

سلسلۂ نصابات علمیہ جامعۂ عثمانیہ

ٹیلرز پریکٹس آف میڈیسن

یعنے

عمل طب

(تیرھواں ایڈیشن)

جلد اول

مرتبہ

ای۔ پی۔ پولٹن۔ ایم۔ اے۔ ایم۔ ڈی۔ (آکسن) ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لنڈن)۔

باعانت

سی۔ پٹنم سیمنڈز و ایچ۔ ڈبلیو۔ باربر

ترجمہ

ڈاکٹر محمد عثمان خانصاحب ایل۔ ایم اینڈ ایس (بمبئی) رکن شعبۂ تالیف و ترجمہ جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی

۱۳۵۶ھ م ۱۳۴۶ف م ۱۹۳۷ء

دارالطبع جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

فہرست مضامین

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

THE PRACTICE OF MEDICINE

عملِ طب

تمہید

1

عملِ طب کی کسی کتاب میں امراض، ان کی نوعیت، ان کے عوارض کی تحریر اور ان کے علاج سے بحث ہونی چاہیے۔

اب تک تشفی بخش طور پر اس امر کی تعیین کبھی نہیں ہوئی ہے کہ مرض کیا چیز ہے یا امراض کن حالتوں کا نام ہے؟ یہ کہنا کہ مرض صحت سے کوئی انحراف ہے یا ایسی کوئی چیز ہے جو صحت کے برعکس ہے، یہ سوال پیدا کر دیتا ہے کہ صحت کیا ہے؟ اس کا جواب یہ ہے کہ صحت سے تمام اعضا یا بافتوں کی کامل ساخت مراد ہے جس کے ساتھ ان کے تمام افعال و وظائف کی کامل انجام دہی بھی ہو، اور بادیٔ النظر میں ساخت یا فعل کے کسی تغیر کو مرض کہا جا سکتا ہے۔ لیکن بعض خاص حالتیں قابلِ غور ہیں۔

چوٹ اور مرض کے درمیان عام طور پر امتیاز کیا جاتا ہے۔ لیکن وہ التہاب جو چوٹ سے علی الاکثر پیدا ہو جاتا ہے ساخت اور فعل کا مرض ہے، اور گو چوٹوں کے فوری اثرات کو عام طور پر امراض نہیں کہا جاتا، تاہم ان سے ایسی بعید تکلیفیں پیدا ہو جاتی ہیں جنہیں امراض کے زمرہ میں شمار کیا جاتا ہے۔

خفیف شکایتیں، خواہ وہ ساخت سے متعلق ہوں (جیسے کہ خفیف

نازلتیں=catarrhs) یا افعال سے (جیسے کہ سر کے درد) اکثر امراض کے نام سے موسوم نہیں کی جاتیں بلکہ ان کو فتور یا شکایات کہتے ہیں۔ تاہم اُن شکایات کے جو جلد جاتی رہتی ہیں اور کوئی اثر باقی نہیں چھوڑتیں، اور اُن شکایات کے درمیان، جو دیرپا ہوتی یا بار بار عود کر آتی یا بالآخر عمر کم کر دیتی ہیں، نہ کوئی بنیادی فرق ہے اور نہ کوئی واضح خطِ امتیاز کھینچا جا سکتا ہے۔

جسم کے مختلف اعضا اور بافتوں کی ساخت کے تغیرات درحقیقت امراض ہیں، جیسے کہ التہابِ شُش یا ذات الریہ (نمونیہ)، جگر کا مزمن التہاب یا کہبتہ (cirrhosis)، اور معدہ کی سرطانی بالیدہ (cancerous growth)— ایسے تغیرات کو اوّلی مرض (primary disease) کے نام سے موسوم کرتے ہیں، جس سے یہ مراد ہوتی ہے کہ مریض کی روئداد مرض میں ان میں سے ہر ایک اولین بنیادی ضرر ہے، اگرچہ ہر ایک میں کوئی ماسبق سبب موجود ہوتا ہے، جیسے کہ ذات الریہ (نمونیہ) کی حالت میں دقیق عضویوں سے تعدیہ کا ہو جانا، کہبتہ (cirrhosis) کی حالت میں کثرتِ شراب نوشی، اور سرطانِ معدہ (carcinoma of the stomach) کی حالت میں کوئی ایسا سبب جو ابتک نامعلوم ہے۔

ان تشریحی خللوں کو بھی امراض کہنا چاہیئے جو بعض حالتوں میں ایسے اوّلی ضرروں (primary lesions) کے بعد واقع ہو سکتے ہیں۔ مثلاً کہبتہ جگر کہفۂ باریطونی کے اندر انصبابِ مائع، استسقائے شکمی (abdominal dropsy) یا استسقائے زقی (ascites) پیدا کر دیتی ہے۔ سرطانِ معدہ، جو بوّاب (pylorus) کو ماؤف کرے، معدہ کی دیواروں کا ثانوی اتّساع (secondary dilatation) پیدا کر دیتا ہے۔ قلب کا مصراعی مرض (valvular disease) جگر اور گردوں میں امتلا (congestion = اجتماعِ خون) اور پاؤں اور ٹانگوں میں استسقا (اجتماعِ مائیت) پیدا کر دیتا ہے۔

پھر اسی طرح تشریحی تغیرات کے ان دونوں گروہوں میں سے کسی ایک کے نتیجہ کے طور پر افعال کے بعض خلل اور غیر طبعی موضوعی (subjective) احساسات ہوتے ہیں، جیسے کہ درد، قئے، یرقان، پیشاب میں البیومن خارج ہونا اور ایسی

بھی دوسری حالتیں ۔ کیا یہ بھی امراض ہیں ؟ اس نتیجہ پر پہنچنے میں کوئی دقت نہیں کہ ان میں بھی مرض کی حالت موجود ہے ۔

بالآخر ہمیں فتورات کی ایک ایسی جماعت سے واسطہ پڑتا ہے جن میں کسی قسم کے تغیراتِ ساخت نہیں پائے جا سکتے ۔ یہ بیشتر نظامِ عصبی سے منسوب کئے جا سکتے ہیں ۔ یہ درد ، تشنج عضلہ ، یا نقصان حس ، یا فقدان قوت ، یا ان عروقی تغیرات پر مشتمل ہوتے ہیں ، جو وعاحرکی اعصاب کے افعالی تغیرات سے ثانوی طور پر پیدا ہوچکے ہیں ۔ یہ تغیر ہر حالت میں فی الوقت مرض ہی ہوتا ہے اور اس کی مختلف مثالیں وظیفی امراض (functional diseases) کے گروہ میں شمار کی جاتی ہیں ۔ جوں جوں منظم تحقیق و تلاش سے ایک صورت میں کوئی ایسا تغیرِ ساخت آشکارا ہوتا جائے گا جس کا اب تک شبہ نہ تھا ، یا دوسری صورت میں کسی سم (toxin) کا عمل ظاہر ہوگا ، ان کی تعداد میں کمی ہونے کا امکان بڑھتا جائے گا ۔

2 لیکن اس موضوع پر ایک دوسرے نقطۂ نظر سے غور کیا جا سکتا ہے ۔ یہ فیصلہ کر چکنے کے بعد کہ اصطلاح مرض کے نہایت وسیع معنی ہیں ، ہم اس امر کی تعیین کے خواہشمند ہو سکتے ہیں کہ امراض کا لفظ کسطرح استعمال کیا جائے ' یعنے یہ کہ ساخت یا فعل کے ممکنہ تغیرات کے متعلق جو کچھ ہم جانتے ہیں اُسے عملی مقاصد کے لئے جداگانہ گروہوں میں مرتب کریں ۔ امراض کے تعلق میں ' عملی مقاصد یہی ہیں کہ دوران حیات میں ، جبکہ ساخت کی تحقیقات اتنی مکمل نہیں ہو سکتی جتنی کہ موت کے بعد ، ان کی شناخت اور ان کا مابعد علاج ہو ۔ پھر ہم یہ محسوس کرتے ہیں کہ اُن مختلف تغیراتِ ساخت کے ساتھ جنہیں ہم خود نہیں دیکھ سکتے ، بعض دوسرے تغیرات ، ثانوی امراض یا افعالی اختلالات موجود ہوتے ہیں جو عمیق تر تغیر کی دلالتیں یا علامتیں ہیں ۔ مثلاً ذات الجنب (pleurisy) میں ہم درد ، کھانسی اور تقاصر تنفس (shortness of breath) پاتے ہیں ، اور سرطان معدہ میں درد اور تخمہ ۔ یہ دلالتیں خود مریض کے موضوعی تجربات ہو سکتے ہیں ، جیسے کہ درد ، جھنجھناہٹ ، کھانے یا حرکت کرنے کی ناقابلیت ۔ یا طبیب کے لئے معروضی امارات (objective signs) جیسے کہ ورم ، سختی ، ارتفاع تپش اور ان معروضی امارات

میں سے خاص کر اُن دلالتوں کا تذکرہ ضروری ہے جو طبیعی امارات (physical signs) کے نام سے موسوم ہیں۔ یہ اصطلاح بیشتر سینہ اور شکم کا امتحان آنکھ سے (معاینہ = inspection)، ہاتھ سے (جس = palpation) اور کان سے (استماع = auscultation) یا قرع = percussion) کونے کے سلسلہ میں استعمال کی جاتی ہے۔ علامات اور طبیعی امارات کسی ضرر ساخت کے ان تمام نتائج کا جو طبیب پر ظاہر ہو سکتے اور اس کی رائے قائم کرنے میں رہنمائی کرتے ہیں، ماحصل سمجھے جاتے ہیں۔

اب اوّل مریض کو بعض احساسات ناسازی اور بے آرامی کے ہوتے ہیں، جو اس کے لئے اصلی بیماری یا مرض ہیں۔ دوم، طبیب اپنے خاص علم کی مدد سے دوسرے خللوں کی موجودگی دکھلا سکتا ہے، جو مریض کو غیر محسوس ہیں۔ سوم پھر بھی کچھ اور امور ایسے باقی رہ جاتے ہیں جن کا مشاہدہ ممکن ہے کہ طبیب نہ کر سکا ہو اور جو صرف امتحان بعد الممات (postmortem examination) سے ماہر امراضیات ہی کے ذریعہ سے منکشف ہوتے ہیں۔

کیا ہمیں امراض کی اصطلاح کو اس سلسلہ کی پہلی یا دوسری شق تک محدود رکھنا چاہیئے، یا ہم اُسے سر کے دردوں، قئے، استسقاؤں، تشنجوں وغیرہ کے لئے بھی استعمال کرنے کی اجازت دے سکتے ہیں، جو مریض کی تکلیف کے تو نہایت نمایاں اجزا ہیں لیکن طبیب کیلئے محض کسی عمیق تر شئے کی علامتیں ہیں، جسے مشخص کرنے کے لئے وہ متواتر کوشاں ہے؟ موقتی طور پر بلا شبہ ہمیں اس اصطلاح کا وسیع الطلاق جائز رکھنا چاہیئے، کیونکہ اول تو ایسے فعلی فتوروں کی ایک پوری جماعت موجود ہے، جو، جہاں تک کہ ہمارا موجودہ علم وسعت رکھتا ہے، کوئی تشریحی بنیاد نہیں رکھتے، اور جنہیں باہم ایک دوسری سے تمیز کرکے ہر ایک کا علاج کرنا لازم ہوتا ہے۔ دوم یہ واقعہ ہے کہ عمیق تر انتشار کے اضرار ممکن ہے کہ اُن حالتوں سے بھی نہایت نامکمل طور پر ظاہر ہوں جو مریض کے لئے بہت تکلیف دہ ہوتی ہیں۔

لیکن گو ہم کبھی استسقاء، یا درد سر یا وجع العصب (neuralgia) کو مرض

تصور کرنے پر مجبور ہو جائیں۔ ہمیں یاد رکھنا چاہئے کہ ہمیں اس حالت سے اس وقت تک کبھی مطمئن نہیں ہو جانا چاہیے جبتک کہ اس امر کے دریافت کرنے کی ہر کوشش عمل میں نہ لائی گئی ہو کہ خرابی کس عضو یا ساخت میں ہے۔ اور ہمیں یہ کا ہلانہ عادت نہ ڈالنی چاہئے کہ تمام علامتوں پر امراض کا نام تھوپ دیں، اور جبکہ ان کا بنیادی سبب بلا مزید دقت معلوم کیا جا سکتا ہو اسکے ازالہ یا ترمیم کی کوشش کئے بغیر ان کا علاج کریں۔
ہر مرض پر عبور حاصل کرنے کے لئے علم کی متعدد و مختلف شاخوں کی واقفیت ضروری ہے، جو حسب ذیل ہیں:۔

بحث اسباب (aetiology) یعنے مرض کے اسباب کا عموجی طور پر مطالعہ **امراضیات** (pathology) یعنے جسم کے اندر اس کے اسباب کا، اور اُن سے پیدا ہو جانے والے اعمال کا مطالعہ **تشریح مرضی** (morbid anatomy) یعنے وہ تغیرات جو ساختوں میں اس سے پیدا ہو گئے ہوں۔ **علامات** (symptoms) یعنے وہ دلائل [جو مریض کے لئے موضوعی (subjective) ہوتی ہیں اور طبیب کے لئے معروضی (objective)، جنکو عام طور پر **طبیعی اشارات** (physical signs) کہتے ہیں] جن سے ہمیں اس کا علم حاصل ہوتا ہے کہ خرابی کیا ہے۔ **تشخیص** یعنے کم و بیش مماثل علامات رکھنے والے امراض کو ایک دوسرے سے پہچاننے کا طریقہ۔ **انذار** (prognosis) خاص مرضی حالت کے مآل اس کی مدت اور اختتام کے متعلق پیش گوئی کا فن۔ بالآخر **تحریز** (prevention) یعنے روک تھام (حفظ ما تقدم = prophylaxis)، اور جب مرضی حالت پیدا ہو جائے تو اس کا **علاج**۔ یہ دونوں علم و فن طب کے مطالعہ کے خاص مقاصد ہیں۔

8　**بحث اسباب** (aetiology)۔ اسباب مرض کی تقسیم عموماً اسباب **معدہ** (predisposing causes) اور **اسباب محرکہ** (exciting causes) میں کی جاتی ہے، لیکن ان کے درمیان کوئی واضح خط امتیاز نہیں کھینچا جا سکتا۔ ایک سبب معدہ بلا مرض پیدا ہوئے عرصۂ دراز تک بروئے کار رہ سکتا ہے، درآنحالیکہ سبب محرک کی مدت عموماً نہایت مختصر ہوتی ہے۔ لیکن وہ حالات جو ایک وقت میں تو بحیثیت اسباب معدہ عمل کرتے ہیں ممکن ہے کہ دوسرے وقت اسباب محرک کے طور پر عامل ہوں۔ حقیقۃً

بحث اسباب مرض کی پوری **تسبیب** (causation) پر حاوی ہے، لیکن شاذ زیادہ تر اس کا اطلاق نسبتہً بعید تر اسباب اور اُن حالات پر کیا جاتا ہے جو ہمیشہ مرض کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں، اگرچہ ہم یہ نہیں کہہ سکتے کہ وہ اس کے وقوع پر کیونکر اثر انداز ہوتے ہیں۔ اُن تعلقات پر جو مرض کو عمر، صنف، آب و ہوا، صحتی ماحول، غذا اور امراض سابقہ کے ساتھ ہوتے ہیں، عموماً اسی عنوان کے تحت غور کیا جاتا ہے۔ اس کے برعکس وہ تغیرات جو جسم کے اندر واقع ہوتے ہیں اور جو مرض سے فی الفور پہلے ہوتے یا مرض پیدا کر دیتے ہیں تسبیبی اجزائے عاملہ نہیں بلکہ امراضیاتی اعمال خیال کئے جاتے ہیں۔

امراضیات (pathology) سے کبھی کبھی مرضی ساختوں کا مطالعہ مراد لیا جاتا ہے، لیکن بہتر یہ ہے کہ اسے مرضی اعمال کے مطالعہ تک محدود رکھا جائے، یعنی عملی طور پر اس اثر تک جو اسبابِ مرض جسم کے فعل اور ساخت پر رکھتے ہیں لیکن **تشریح مرضی** (morbid anatomy) یا **امراضیاتی تشریح** (pathological anatomy) خود مرضی ساختوں کو بالتفصیل بیان کرتی ہے۔

بحث علامات (symptomatology) کسی مرض کے علامات کا مطالعہ ہے اور اسکے اور اُس کی مرضی تشریح کے ساتھ ہمیں اُن امور پر غور کرنا پڑتا ہے جو **پیچیدگیوں** (complications) اور **عواقب** (sequelæ) کے ناموں سے موسوم ہیں۔ حال ہی میں نہایت صحیح طور پر مرض کے ابتدائی علامات کے مطالعہ پر زور دیا گیا ہے تاکہ ابتدائی ترین درجہ ہی میں علاج معالجہ عمل میں لانا ممکن ہو۔

پیچیدگیاں بعض وہ اضرار یا علامات ہیں جو اصلی مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں لیکن صرف گاہے گاہے واقع ہوتے ہیں اور مرض کا لازمی جزو نہیں سمجھے جاتے۔ مثلاً پھوڑے (خراج) حمیٰ معویہ کی ایک پیچیدگی ہیں۔ نفث الدم (hæmoptysis) ریوی تدرن (pulmonary tuberculosis) کی ایک عام پیچیدگی ہے، التہاب نکفیہ (parotitis) ذات الریہ (نمونیہ) کی ایک نہایت شاذ پیچیدگی ہے۔ لیکن اس اصطلاح کا اطلاق زیادہ پابندی کے ساتھ نہیں کیا جاتا۔ مثلاً حمیٰ معویہ میں گلابی دھبے اور اسہال ہمیشہ موجود نہیں ہوتے، تاہم وہ اس مرض کا جزو سمجھے

جاتے ہیں، پیچیدگی کبھی نہیں سمجھے جاتے ۔ ہمیں اُس حالت کو دوسرے نقطۂ نظر سے دیکھنا چاہیے جہاں ایک مرض دوسرے مرض کے ساتھ واقع ہوا ہو لیکن جہاں تک ہمیں معلوم ہے وہ اس سے بالکل بے تعلق ہو ۔ ممکن ہے کہ پیچیدگی محض اتفاقی معلوم ہو تاہم ممکن ہے کہ اوّلی مرض نے کسی ایسے طریقے سے جو ابتک نامعلوم ہے اُس شخص میں دوسرے مرض کے اکتساب کی استعداد پیدا کردی ہو ۔ دو عام صورتیں یہ ہیں :- (۱) کسی خفیف یا شدید سقانی تنور کا ایک ساری مرض سے پیچیدہ ہو جانا، جیسے کہ قرمزیہ (scarlet fever) جو تماس سے پیدا ہو جائے ۔ (۲) کسی مزمن عصبی مرض جیسے کہ فالج نصفی (hæmiplegia) یا حرکی عدم اتساق یا ہر جلہ (locomotor ataxy) کا اختتام ذات الریہ (نمونیہ) اور التہاب شعبت (bronchitis) کے ذریعہ سے ۔

عاقبہ (sequela) وہ علامت یا ضرر ہے جو اصلی مرض کے رفع ہو جانے کے بعد باقی رہے ۔

تشخیص (diagnosis) یعنے بعض علامتوں، طبعی آمارات اور مریضوں کی سرگذشت کے ذریعہ سے امراض کی شناخت، جو سب بلکہ یہ ظاہر کرتے ہیں کہ مریض کو ایک خاص عارضہ لاحق ہے ۔ **تشخیص تفریقی** (differntial diagnosis) سے کسی مرض میں اُن تمام دوسرے امراض کا جو نہایت واضح طور پر اُس سے مشابہت رکھتے ہوں اور اُن اختلافی امور کا علم مراد ہے، جن پر اس مرض کو پہچاننے کے لئے اعتماد کیا جا سکے ۔

اگر دو شکایتوں کے ایک دوسرے کے ساتھ خلط ملط ہو جانے کا امکان ہو، اور ایک شکایت دوسری کے نسبت زیادہ پرخطر ہو تو یہ غلط فیصلہ کہ کم خطرناک شکایت موجود ہے، مریض کے لئے خطرناک ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ اُس کی غیر تشخیص کردہ شکایت بلا معقول علاج کے ایک مہلک درجہ تک ترقی کر جائے ۔ اس کے برعکس اِس غلط فیصلہ سے کہ زیادہ خطرناک شکایت موجود ہے، ممکن ہے کہ طبیب مریض کو بے ضرورت خوف زدہ کر دے، اور یہ بالآخر خود اُس کی بدنامی کا باعث ہو ۔ نسبتہً معمولی، عارضی اور زیادہ شفا پذیر شکایات میں بالخصوص یاد رکھنا چاہیے کہ اِن کا نسبتہً شاذ اور زیادہ خطرناک امراض سے مشابہ ہونا ممکن ہے

ذبحہ صدریہ (angina pectoris) کا مختلف اقسام کے مزمن سوء ہضم کے ساتھ اور التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis) کا حاد سوء ہضم کے ساتھ خلط ملط ہوجانا،
ایسی مثالیں ہیں جو بار بار پائی جاتی ہیں۔ تشخیص میں قرینہ یا قیاس غالب ایک اہم عنصر ہوتا ہے۔ مستثنیٰ مثالوں میں ایک مرض ایسی طبیعی امارت، علامت یا دلالت پیش کرسکتا ہے جو کسی دوسری معلوم حالت سے نہیں پیدا ہوتے۔ ایسی امارت یا علامت کو اس زیر بحث مرض کی علامت دالّہ (pathognomonic) کہتے ہیں۔ حقیقۃً ایسے علامات دالّہ بہت کم ہیں۔

امراض کے متعلق جو بیان اوپر دیا گیا ہے اس سے اندازہ ہوگیا ہوگا کہ تشخیص سے ہمارا مقصد ہمیشہ اوّلی ضرر کا دریافت کرلینا ہونا چاہئے۔ مثلاً ہمیں کسی درد کو رثیتہ (rheumatism) یا روماٹزم کے نام سے موسوم کرکے مطمئن نہیں ہوجانا چاہئے، بلکہ یہ دریافت کرنے کی کوشش کرنی چاہئے کہ آیا ایسا درد ایک عصب پر دباؤ پڑنے سے، کسی عصب کے التہاب سے، یا عصبی انقطاع کے انحطاط سے پیدا ہوگیا ہے۔ لیکن بہت سی حالتوں میں مریض متعدد علامات میں مبتلا ہوتا ہے جیسے کہ درد، کھانسی، متلی، استسقا (dropsy)، البیومن بولیت (albuminuria) وغیرہ۔ قاعدہ یہ ہونا چاہئے کہ ہمیں یہ دیکھنے کی کوشش کرنی چاہئے کہ یہ تمام حالتیں کس حد تک ایک ایسے منفرد اوّلی ضرر کے باعث ہوسکتی ہیں جیسے کہ قلب کے مصراعی مرض، گردے کے دوراتی مرض (granular disease) سے۔ لیکن ہمیں یہ فراموش نہیں کرنا چاہئے کہ بارہا دو یا زائد جداگانہ اضرار ایک ساتھ موجود ہوتے اور علامات کی ایک پیچیدہ ترتیب پیدا کردیتے ہیں۔

اِنذار (prognosis)۔ کامیاب انذار کے لئے ہر مرض کی طبعی روئداد سے اور اس امر سے کہ عمر، صنف، اور دوسرے تسبیبی علامات سے مرض کس حد تک متاثر ہوتا ہے کامل واقفیت رکھنا ضروری ہے، نیز ان تغیرات کا بخوبی معلوم کرنا بھی لازم ہے جو مریض میں روز بروز واقع ہوتے رہتے ہیں۔

انذار میں جو سوالات پیش آتے ہیں وہ حسب ذیل قسم کے ہوتے ہیں:۔
کیا مریض شفایاب ہوجائے گا؟ کیا اسے جلد آرام ہوجائے گا یا اس کا

کوئی عضو ضرر رسیدہ رہ جائے گا؟ کیا اُسے وہ مرض پھر کبھی ہو جائے گا؟ اگر مرض مہلک ہے تو مریض کب تک زندہ رہے گا؟

مرض کے ابتدائی ایام میں شفایابی کے سوال کا جواب صرف اُس فیصدی شرح اموات پر غور کر کے دیا جا سکتا ہے جو اعداد و شمار سے ظاہر ہو۔ جیسے جیسے مرض آگے بڑھتا ہے علامات کی سرعت یا شدت، دوران خون کے حالات، غذا لینے کی قابلیت، نظام عصبی کی سلامتی یہ سب امور ایسے ہیں جو ہماری رائے پر گہرا اثر رکھتے ہیں۔ دوران معالجہ میں انذار اکثر طبیب کی ناموری کے لئے سب سے زیادہ اہمیت رکھتا ہے، اور اگر کوئی رائے جلد بازی سے قائم کر لی جائے اور پھر وہ غلط ثابت ہو تو وہ اکثر علاج کی اور کسی ناکامی کے نسبت اُس کے خلاف زیادہ یاد رکھی جاتی ہے۔

جب کبھی اس کتاب میں یہ بیان کیا جائے کہ کسی مرض کا انذار مساعد ہے تو اس کے یہ معنی نہیں کہ وہ مرض کبھی مہلک نہیں ہوتا بلکہ یہ کہ اس کے بیشتر مریض شفایاب ہو جاتے ہیں۔ اگر کوئی خاص علامت یا پیچیدگی انذار کو کم مساعد بنا دیتی ہے تو اس کے یہ معنے ہیں کہ ایسی پیچیدگیوں والے مریضوں کی فیصدی شرح اموات اُس شرح کے نسبت زیادہ ہو جاتی ہے جو اس پیچیدگی سے پہلے یا پیچیدگی کے بغیر ہوتی ہے۔

تحریز (prevention)۔ مرض کی تحریز یا اُس کے حفظ ماتقدم (prevention or prophylaxis) کو دو نقطہائے نظر سے دیکھا جا سکتا ہے:۔ (۱) جماعتی تحریز اور اس تعلق میں اسے مطالعۂ اصول صحت (hygiene) یا **صحت عامہ** (public health) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے اور اس میں وہ تمام تدابیر شامل ہیں جن کے ذریعہ سے قوم اُن سب خارجی اثرات کو جو مخالف صحت ہوں روکنے یا دفع کرنے کی سعی کرتی ہے (۲) انفرادی تحریز، جس سے خود جسم کو اسباب مرض کے عمل کے خلاف تیار کیا جا سکتا ہے۔ کچھ تو غذا، ورزش، لباس، وغیرہ کے معاملات میں عقل و تمیز سے کام لیکر اور کچھ ایسے مخصوص علاج سے جو خاص امراض میں جدرین رسانی (vaccination) یا نافع محرق تلقیم (autityphoid inoculation) کے ذریعہ کیا جاتا ہے

ان معنوں میں کارگر تجزیہ حاصل کرنے کے لئے امراض کی شناخت عین ابتدا ہی میں ضروری ہے، تاکہ اس سے پہلے کہ مرض قائم ہو جائے اور اعضاء کے اندر ناممکن العلاج تغیرات ساخت واقع ہو چکیں، چارہ سازی ممکن ہو سکے۔ اس مقصد کے لئے ان ابتدائی علامات کے جو مریض میں ظاہر ہوتے ہیں، خاص مطالعہ کی ضرورت ہے۔ طب کے اندر اس قسم کی تجزیہ کی اہمیت روبترقی ہے اور اس پر مناسب مقامات میں تفصیل کے ساتھ غور کیا جائے گا۔

علاج ۔ اس میں پہلے ہمیں جہاں ممکن ہو دفعیہ سبب کی کوشش کرنی چاہئے اور یہ ہو سکے تو ممکن ہے کہ ہم اس کے اثر کی تعدیل میں کامیاب ہو جائیں۔ ممکن ہے کہ ان طریقوں میں سے ایک یا دو مراریض کے تمام علامات و تکالیف کی شفا بخشی کے لئے کافی ہو۔ لیکن بیشتر حالتوں میں ہمیں ایسی تدبیروں سے جن کا بنیادی مرض پر کوئی اثر نہیں ہوتا، علامتوں کا بھی براہ راست تدارک کرنا پڑتا ہے۔ ایسا کرتے وقت ہمیں یہ ہرگز نہیں بھولنا چاہئے کہ ایسی علامتوں کی اہمیت ان کو پیدا کرنے والے مرض کے مقابلہ میں ثانوی درجہ کی ہوتی ہیں۔ اور بالآخر ہمیں تمام صورتوں میں اس میلان ہلاکت کا انسداد کرنا چاہئے، جو ممکن ہے کہ قدرتی ممرِ مرض ہو، یا کسی شاذ پیچیدگی کے باعث اتفاقاً پیدا ہو جائے۔ مثال کے طور پر ہم سِل (phthisis) کو لے سکتے ہیں، جو دراصل پھیپھڑے پر عصیّہ درنیہ (tubercle bacillus) کے حملہ کی وجہ سے ہوتی ہے۔ جب یہ ایک بار اپنے قدم جما لیتا ہے تو اس کا اخراج بلا واسطہ نہیں کیا جا سکتا البتہ بہترین صحی ماحول، تازہ تقویت بخش ہوا، اور مخصوص آب و ہواؤں سے، جو جسم کو اس عصیّہ کے عمل کی مدافعت کی قابلیت بخشتی ہیں، اس کے اثر کی تعدیل کی جا سکتی ہے۔ اس درمیان میں متعدد علامات [کھانسی، نفث (expectoration) درد، پسینہ آنا، اسہال (diarrhœa)] موجود ہوتے ہیں، جو جوں جوں پھیپھڑے کی حالت درست ہوتی ہے گھٹتی جاتی ہیں، اور جن کی روک تھام مناسب دواؤں سے بھی کی جا سکتی ہے۔ مزید برآں ممکن ہے کہ خطرناک پیچیدگیاں پیدا ہو جائیں، بالخصوص نفث الدم (hæmoptysis) یا خون کا تھوکنا، جس سے جان کا براہ راست خطرہ ہوتا ہے، اور معقول علاجی وسائل سے ایسی موت

سے بچاؤ ہو سکتا ہے۔ التہاب پلیورا سے پیدا ہونیوالا انصباب (pleuritic effusion) ایک ایسی مثال ہے، جس میں پلیورا میں مائع کی موجودگی کے باعث کھانسی بہر (dyspnœa) درد، ضیق موجود ہوتے ہیں۔ اِس مائع کو خواہ بذریعہ بزل (tapping) خواہ استعمال ادویہ سے خارج کر دینے کے بعد تمام علامتوں میں افاقہ معلوم ہوتا ہے۔

اِس امر کا یاد رکھنا سب سے زیادہ ضروری ہے کہ کسی بیماری کا علاج صرف کسی قسم کی دوا کا داخلی استعمال نہیں ہے، بلکہ جسمانی اعمال کو دوسرے بہت سے طریقوں سے متاثر کیا جا سکتا ہے۔ یہ اِس قدر بدیہی امر ہے کہ یہ مناسب معلوم ہوتا ہے کہ یہاں اُن علاجی تدابیر کا مختصر بیان درج کر دیا جائے جو قابل حصول ہیں اور جن کا تذکرہ علم العلاج کی کتابوں میں یقیناً بتفصیل درج ہے۔

سکون۔ اس عنوان کے تحت زیادہ کہنے کی ضرورت نہیں۔ بہت سے امراض مثلاً حاد سرایتوں (acute infections) میں سکون عام علاج کا نہایت قیمتی طریقہ ہے جس پر ہمیں دسترس حاصل ہے۔ جیسا کہ ہلٹن (Hilton) نے اپنی کتاب "سکون اور درد" (Rest and Pain) میں اشارہ کیا ہے، درد کی موجودگی ایک اہم ترین داعیہ سکون ہے۔ سکون کے موضوع کا اِس تمام کتاب میں ہمیشہ حوالہ دیا جائے گا۔

غذا۔ غذا پروٹینز (proteins) شحوم (fats) اور کاربوہائیڈریٹس (carbohydrates) پر مشتمل ہوتی ہے اور بعض حالتوں میں ممکن ہے کہ اِن کے تناسب کو بدلنا پڑے۔ مثلاً ذیابیطس (diabetes) میں کاربوہائیڈریٹس کو غذا میں محدود یا بالکل ہی محذوف کر دینا چاہیئے۔ اِسی طرح بعض غذاؤں میں پیورین (purin) اشیاء موجود ہوتی ہیں، جو نقرس (gout) میں مضر ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ اُن میں سخت اعتدال کام میں لانا چاہیئے۔ سخت ورزش کرنیوالے اشخاص کی بنسبت صاحب فراش مریضوں کو کم غذا کی ضرورت ہوتی ہے۔ بخار کی حالتوں میں بہ نسبت اُس وقت کے جبکہ تپش طبعی ہو، زیادہ غذا چاہیئے کیونکہ توانائی نسبتہً زیادہ خرچ ہوتی ہے۔ ساتھ ہی یہ بھی ضروری ہے کہ غذا سہل الہضم شکل میں لیجائے۔ آخر الذکر کا اطلاق مختلف معدی معوی امراض پر ہے۔ غذا اس طرح مرتب کی جائے کہ اُس میں مختلف معین غذائی اشیاء یا حیاتین (accessory food substances or vitamins) کافی موجود ہوں

جن کی موجودگی زندگی کے لئے ضروری ہے ۔

ادویہ ۔ قرابادین برطانوی (British Pharmacopœia) میں اُن دواؤں کی مستند فہرست درج ہے، جن کی علاج میں ضرورت پڑتی ہے لیکن تازہ دوائیں برابر داخل ہوتی رہتی ہیں اور ممکن ہے کہ نسبتہً پرانی دوائیں، جواب اس قرابادین (فارما کوپیا) میں شامل نہیں ہیں، اب بھی کارآمد ہوں ۔ دہن اور معا مستقیم کی راہ سے، اور مرہموں کے ذریعہ جلد کے راستہ سے، اور دوا آمیختہ غسلوں (medicated baths) سے دوا پہنچانے کے قدیم طریقوں کے علاوہ اب دوائیں تحت الجلدی، درون عضلی، درون وریدی اور درون نخاعی اشتراب اور روان رسانی (ionisation) یا درد رسانی (cataphoresis) سے بھی داخل کی جاتی ہیں ۔ اس طریقہ میں ایسے روان شدنی (ionisable) نمکیات جن میں کہ کیمیا دونوں ترکیبی عناصر کارگر دوائیں ہوتی ہیں، جلد پر لگا دیئے جاتے ہیں، اور گیلوانی رو کی وساطت سے ایک یا دوسرا روان بافتوں کے اندر داخل کر دیا جاتا ہے اور وہ مطلوبہ اثر پیدا کرتا ہے ۔

علاج عضوی (organo-therphy) یا علاج بالعصارہ (opotherapy)- بحیثیت ادویہ کی مخصوص شکلوں کے: جو داخلی طور پر یا براہ معاء مستقیم، یا تحت الجلد اشتراب سے دی جاسکتی ہیں، حیوانات کے مختلف اعضا کے اُن خلاصہ جات (درقی غدۂ فوق الکلیہ، جسم نخامی، انسولین) کا تذکرہ ضروری ہے جو انسانی موضوع میں متناظر اعضاء کے نقائص کو رفع کرنے کے لئے کام میں لائے جاسکتے ہیں ۔

دافع سم (antitoxic) اور ضد جراثیم مصل (antibacterial sera)- یہ بعض جراثیمی امراض بشاریہ میں نہایت کارآمد ہوتے ہیں، جیسے کہ خناق یا (diphtheria) میں ۔ یہ ایک ایسے حیوان کے مصل پر مشتمل ہوتے ہیں جو کسی مخصوص مرض کے لئے مامون بنا لیا گیا ہے، اور اس مصل کے اندر ایسے متضاد اجسام (anti-bodies) موجود ہوتے ہیں جو انسانی مریض میں اس مرض کی تعدیل کر دیتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 16) ۔ حیوانوں پر محتاط تجربات کے بعد ان مصلوں کی تعییر (standardisation) کر لی جاتی ہے ۔ ان کا اشراب تحت الجلد یا عضلات کے اندر یا اوردہ کے اندر یا عمود فقری (spinal column) کے غلاف (theca)

6

کے اندر کیا جاسکتا ہے۔

جراثیمی جدریات (bacterial vaccines)۔ جدرین ایک محلول ہے جس میں علاج طلب مرض کے عضویوں سے مماثل نوع کے کئی ملئین (ایک ملئین = ۱۰ لاکھ) مردہ جراثیم موجود ہوتے ہیں اور جو بترجیح زیر علاج مریض سے حاصل کردہ چند جراثیم سے کاشت کرلئے جاتے ہیں۔ ان جراثیم کا اشراب مریض کے مصل دموی کی آپسونی قوت (opsonic power) بڑھا دیتا ہے اور اس طرح مولد امراض جراثیم کو بالآخر ہلاک کرنے میں مدد ہوتا ہے۔

باقی ماندہ طریقہائے علاج میں قدرت کی قوتوں کا استعمال مختلف مخصوص طریقوں سے کیا جاتا ہے۔

حرارت۔ ہیجان یا خراش مقابل (counter-irritation) پیدا کرنے کے اغراض سے گرمی کے، اور حرارت کے منکیف اثرات (کیتی cautery) پیدا کرنے کے لئے حرارت کے مقامی استعمال کے علاوہ روماتزمی مفاصل اور مماثل حالتوں کے لئے تاباں برقی روشنی (incandescent electric lights) کے ذریعہ مشع حرارت (radiant heat) کام میں لائی جاتی ہے۔

حرارت رسانی (diathermy) حرارت کے مقامی طور پر استعمال کرنے کا ایک نسبتہً جدید طریقہ ہے۔ حرارت مسلسل طور پر قائم رکھی ہوئی اعلیٰ تعدد دی رووں (high frequency currents) سے پیدا کی جاتی ہے اور اس شکل میں وہ کسی حصہ، مثلاً ایک مفصل کے اندر، بہ نسبت اُس حرارت کے جس کی برداشت ہوسکے اور جو جارحہ کے باہر کے منبعوں سے بہم پہنچائی گئی ہو، زیادہ گہری داخل ہوتی ہے۔

روشنی۔ ایسا آب و ہوا کے عام فوائد اظہر من الشمس ہیں جہیں دھوپ نکلی ہوئی ہو، بلکہ اُن خطوں میں بھی جہاں موسم نسبتہً کم صاف ہوتا ہو، جب کبھی موقع ملے مریض کو سورج کی تیز روشنی میں کھلا رکھنا بعض شکایات میں مفید ہوتا ہے۔ ذئبہ (lupus) اور قروح تارضہ (rodent ulcer) کے فنسنی روشنی کے علاج (Finsen light treatment) میں معین عرصوں

تک مریض حصّے پر نہایت تیز روشنی ڈالی جاتی ہے۔ یہ روشنی بنفشئی اور ماورائے بنفشئی شعاعوں (ultra-violet rays) پر مشتمل ہے اور ایک ایسی آرک لائٹ (arc light) (قوسی روشنی) سے پیدا کی جاتی ہے' جس سے حراری شعاعیں منقطع کردی جاتی ہیں۔

رانتجنی شعاعیں یا لاشعاعیں (Rœntgen rays or X-rays)۔ ان شعاعوں کے طاقتور اثرات، حسن و قبیح دونوں کے لئے مشہور و معروف ہیں۔ جب یہ غیر محفوظ جلد پر ہمیشہ پڑتی رہیں، جیسا کہ لاشعاعی عاملوں کی حالت میں ہوتا ہے' تو یہ شدید اور لاعلاج التہاب جلد (dermatitis) پیدا کردیتی ہیں، جس سے سرطان (carcinoma) پیدا ہو جاتا ہے۔ خون پیدا کرنے والے اعضا پر ان کے متلف عمل سے جو غیر تکوینی عدم دمویت (aplastic anæmia) پیدا کردیتا ہے' ہلاکت بھی واقع ہوجاتی ہے۔ معقول احتیاطوں کے ساتھ محدود خوراکوں تک استعمال کی جائیں تو یہ جسم کے خلیات کی بالیدگی میں ترمیم کردیتی ہیں، اور روڈنٹ السر (قرحۂ قارضہ = rodent ulcsr)، سرطان (carcinoma) کلائی غدد، سفید دمویتی طحال (leukæmic spleen) سرنگاعی جوفیت (syringomyelia) قوبار (ringworm) یعنے داد اور دوسرے عوارض میں مفید پائی گئی ہیں۔ عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) میں کم نفوذ کرنے والی شعاعیں مقطر کرکے الگ کرلی جاتی اور صرف زیادہ نفوذ کرنے والی شعاعیں استعمال میں لائی جاتی ہیں۔ یہ شعاعیں جسم کے اندر کی عمیق ساختوں مثلاً سرطان زدہ رحم تک پہنچ سکتی ہیں، اور وہ سمت جس سے یہ شعاعیں آتی ہوں، یا بالفاظ دیگر ان کے داخلہ کا دروازہ، بدل دینے سے جلد محفوظ رکھی جاسکتی ہے۔

ریڈیم (radium)۔ اس شئے سے نکلنے والی شعاعیں بھی قوی نیک و بد اثرات رکھتی ہیں۔ ان کا اثر کسی قدر لاشعاعوں سے مشابہ ہے۔

برق۔ اس قوت کے خاص استعمالات شلل (paralysis) اور دوسرے عصبی امراض کے علاج میں کئے گئے ہیں۔ جو عضلات ارادہ سے تہیج نہیں کئے جاسکتے، وہ برقی ہیجان سے منقبض کئے جاسکتے ہیں بشرطیکہ ان کا تغذیہ طبعی ہو اور وہ مبدول نہ ہوگئے ہوں۔ یہ انقباض، جو مقررہ وقفوں کے بعد پیدا کیا جاتا ہے'

عضلات کے اندر دورانِ خون و لمف قائم رکھتا ہے اور صحتیابی میں مد ہوتا ہے۔ ایسے انقباضات فرادی رَو یا برق کی مسلسل رَو کا سلسلہ توڑنے سے پیدا کئے جاسکتے ہیں۔ متعدد دردناک وجع العصبی عوارض کو برق کی مسلسل رو سے فائدہ پہنچتا ہے۔
برق کا ایک دوسرا استعمال جو آجکل مروج ہے، اعلیٰ تعدّدی رَووں (high frequency currents) کا استعمال ہے۔ یہ اعلیٰ قوہ والی، شاید دس ہزار وولٹ کی رَویں، متبادلاً مثبت ومنفی ہوتی ہیں اور ایک ثانیہ کے تقریباً ہر دس لاکھویں حصے میں اپنی اَمارت (sign) بدلتی رہتی ہیں۔ اسی واسطے یہ اتنی سریع ہوتی ہیں کہ حسی اعصاب، یا حرکی اعصاب یا عضلات کو تہیج نہیں کرسکتیں کیونکہ یہ سب صرف تقریباً ۱/۱۰۰۰ ثانیہ مدت کے تہیجات سے تہیجیت ظاہر کرتے ہیں۔ تاہم یہ بافتوں پر بعض اثرات رکھتی ہیں، جو دعوی کیا جاتا ہے کہ حسبِ ذیل ہیں: خلوی فعلیت میں ترقی، عروقی نظام کے تغیرات اور عصبی عضلی نظام کا امتناع (inhibition) یعنے معمولی تہیجات سے اس نظام کی کم حس پذیری۔

غسل اور نطولات (baths and doaches)— ان ذرائع سے حرارت، برودت اور میکانی اثرات پیدا کئے جاسکتے ہیں، اور اس طرح وعا حرکی نظام اور دورانِ خون، مقامی اور عمومی دونوں طور پر متاثر کئے جاسکتے ہیں۔ دوا آمیختہ غسل قلوی غسل اور کبریتی غسل بعض حالات میں نہایت مفید ہوتے ہیں۔ عرقیت (diaphoresis) یا پسینہ بڑھانے کے لئے گرم ہوا کا غسل یا بخاری غسل (vapour bath) کارآمد ذرائع ہیں۔

دَلک (massage) اِس سے مریض کے جوارح اور جسم کی دست ورزنا (manipulation) مراد ہے جو ایک عامل اِس طرح انجام دیتا ہے کہ جس سے اس حصے کے دورانِ خون و لمف میں مدد ملے اور تحوّل (metabolism) کو وہ نتیجہ حاصل ہو جو تندرست آدمی میں فاعلی ورزش سے حاصل ہوتا ہے۔ اِسی طریقے سے اکڑے ہوئے جوڑوں کی اصلاح کی جاسکتی ہے اور انضمامات (adhesions) ڈھیلے کئے جاسکتے ہیں۔ مقامی طور پر اسے جوارح کی چوٹوں کے بعد استعمال کیا جاتا ہے، اور کئی عصبی تحویرات مثلاً اختناق الرحم (hysteria) اور عصبی تہاکت (neurasthenia) میں

جب اس کا استعمال سارے جسم پر کیا جائے تو یہ منفعت بخش ہوتی ہے۔
دست ورزی (manipulation) کے طریقوں میں کسی جارحہ کا فرک (friction) یعنے رگڑنا، دبانا اور قرع کرنا (percussion) اور مفاصل کو انفعالی حرکات (passive movements) دینا شامل ہیں۔ فرک یا لف مالی (effleurage) میں حصۂ بدن پر ہتھیلی سے اوپر کے جانب گویا مرکز جو سمت میں ہتھیلی لگاتے ہیں اور ہاتھ باقاعدگی کے ساتھ ایک۔ دوسرے کے بعد اور حسب موقع کم و بیش تیزی کے ساتھ استعمال کئے جاتے ہیں۔ دبانے میں عجن (petrissage) شامل ہے، جس میں ایک یا دونوں ہاتھوں کی انگلیوں اور انگوٹھے سے عضلہ کا ایک حصہ پکڑ کر اٹھا لیا جاتا ہے اس پر سخت دباؤ ڈالکر اسے انگلیوں اور ماتحت بافتوں کے درمیان بھیر لیا جاتا ہے۔ اسی طرح یکے بعد دیگرے دوسرے اعضاء پر بھی عمل کیا جاتا ہے اور عامل یہ عمل محیط سے مرکز کے طرف کرتا ہے۔ قرع (percussion) میں چپتی (tapotement) یعنے وہ قرع شامل ہے جو انگلیوں کے سروں سے یا سروں کی راحی سطح (palmar surface) سے، یا نصف بند کئے ہوئے ہاتھ کی پشت سے، یا ہاتھ کے زندی (ulnar) یا کعبری (radial) کنارے سے، یا سارے ہاتھ کو جو خلا رسا کرنا کہ اس کے اور سطح جارحہ کے درمیان کچھ ہوا محصور ہو جائے) کیا جاتا ہے تولیزنی (flagellation) یعنے ایک تر تولیہ سے مار نا بھی قرع میں شامل ہیں۔ گوندھنا (kneading) یا مسلنا اور ارتعاش (vibration) بھی کام میں لائے جاتے ہیں۔
مفاصل سے گردش (circumduction)، خمیدگی (flexion) توسیع (extension) اور جر (traction) کے حرکات کرائے جاسکتے ہیں۔ ملنے کی حرکتیں مرکز جو ہونی چاہئیں۔ انھیں کسی روغن، مرہموں یا مروخات (liniments) کے بغیر اخشک ہاتھوں سے کرنا چاہئے۔
مالش کی مدت کسی ایک موقع پر پانچ سے پندرہ دقیقوں تک ہونی چاہئے لیکن تازہ حالتوں میں ایک دن میں تین یا چار نشستیں کافی ہو سکتی ہیں۔ ان دست ورزیوں کا اثر یہ ہے کہ لمف اور خون کا سیلان ان کے اپنے اپنے عروق میں بڑھ جاتا ہے اور جلد کے عضلات اور جلدی محسوسات میں تہیج پیدا ہوتا ہے۔

شویڈنی حرکات (Swedish movements) **علاج ناؤ ہیسیم** (Nauheim treatment) **منظم ورزشیں، فرینکل کے حرکات** (Frænkel's movements)، یہ سب فاعلی حرکات ہیں، جنھیں طبیب یا عامل کے زیر ہدایت خود مریض عمل میں لاتا ہے، اور جن کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ ایک مفصل کے افعال کے متعلق، یا ضعیف قلب کی قوتوں کے لئے، یا فربہی کے علاج کے واسطے یا افعال ہضم کے سرانجام کے متعلق خواہ مقامی طور پر یا عمومی طور پر ورزش کی ایک روزانہ مقدار حاصل ہو جائے۔ یا جیسا کہ فرینکل کی ورزشوں کی صورت میں ہوتا ہے، یہ مقصد ہو سکتا ہے کہ عضلی حرکات میں باہم آہنگی کا فعل پھر قائم ہو جائے۔

جماعت بندی

کچھ عرصہ پہلے امراض کی تقسیم عمومی اور مقامی میں کی گئی تھی۔ ان میں سے آخرالذکر وہ ہیں جن میں جسم کے مخصوص اعضاء یا حصے خاص طور پر یا تنہا ماؤف ہوئے ہوں، جیسے کہ دل، پھیپھڑے، دماغ، یا جلد، اور اول الذکر وہ ہیں جن میں سارے نظام جسم میں اختلال واقع ہوا ہو اور یہ مشکل کہا جا سکے کہ ایک عضو کسی دوسرے کے نسبت زیادہ ماؤف یا متاثر ہوا ہے۔ ان عمومی امراض میں سے بیشتر کا اہم خاصہ یہ تھا کہ اُن کے ساتھ بخار کی موجودگی لازمی تھی، وہ متعدی (contagious)، یعنے ایک شخص سے دوسرے میں منتقل شدنی تھے، اور اُن کا ایک حملہ اس شخص کو مابعد حملے سے کم و بیش محفوظ کر دیتا تھا۔

8

خُردبین کی وساطت سے تحقیقات کے اصلاح یافتہ طریقوں سے اس امر کا ثبوت بہم پہنچ گیا کہ تعدیہ (contagion) یا قیشب (virus)، یا ایک شخص سے دوسرے میں انتقال کا واسطہ، نہ صرف مرئی ذرات پر مشتمل ہے، بلکہ یہ ذرات خود ذی حیات عضویے ہیں، جو مختلف امراض میں مختلف ہوتے ہیں اور جسم کے اندر اور جسم سے باہر دونوں جگہ کاشت اور تجدید پیدائش کی قابلیت رکھتے ہیں۔ ان دقیق

عضویوں کا مطالعہ "علم الجراثیم" یا "جرثومیات" ہے۔

اس طرح معلوم ہوگیا کہ عمومی امراض "ساری" (infectious) اور "نوعی" (specific) دونوں ہیں، اور ٹائفس (typhus) قرمزیہ (scarlet fever) حصبہ یا کھسرا (measles)، چیچک، اور انفلوئنزا ان کی مثالیں ہیں۔ لیکن مزید تحقیقات سے یہ بھی ظاہر ہوگیا کہ بہت سے ایسے امراض بھی جو اب تک مقامی خیال کئے جاتے تھے، نوعی اور ساری حالات کے باعث ہوتے ہیں، مثلاً ذات الریہ (نمونیہ)، کزاز (ططانس) اور خناق وبائی (ڈفتھیریا)۔ بہ لحاظ اپنی حقیقی امراضیات کے یہ فتورات معہ اپنے نمایاں مقامی مظاہر کے، ٹائفس اور چیچک جیسے مشہور بخاروں کے زمرہ میں شامل ہونے چاہئیں۔ پھر جماعت بندی اس واقعہ سے بھی مشکل ہوگئی ہے کہ اگر جسمانی اعضاء کو ایک اساس یا بنیاد کے طور پر قرار دے لیا جائے تو ایسے عمومی امراض موجود ہیں جو بیک وقت سارے جسم کو متاثر کر دیتے ہیں اور کسی ایک عضو پر خاص طور سے اثر انداز نہیں ہوتے۔ لیکن جب ان کی تحقیقات کی جاتی ہے اور ان کا رشتہ استحاوی ساری دقیق عضویئے پائے جاتے ہیں تو روشن ہوجاتا ہے کہ متعدد امراض کو، جو بالخصوص جسم کے ایک ہی عضو یا حصے کو متاثر کرتے ہیں اور اسی واسطے مقامی مرض ہیں، امراض ساریہ کے ساتھ شامل سمجھنا چاہئے۔ اور چونکہ تمام تحقیقات حاضرہ کا رجحان ہر التہابی اور انحطاطی ضرر کا، بلکہ بعض تو بالیدوں کا سبب بھی دقیق عضویوں میں تلاش کرنے کی طرف ہے، لہٰذا امراض ساریہ کی فہرست اُسکے عمومی فتورات میں اُن امراض کے اضافہ سے متواتر بڑھتی جارہی ہے جو ابتک مقامی یا غیر ساری سمجھے جاتے تھے۔

بیک وقت ایک فعلیاتی نظام کے حدود کے اندر پیدا ہوجاتی ہے اور امراض دماغ کو امراضِ نخاع سے، یا امراضِ معدہ کو امراضِ معاء سے علیحدہ کرنے کی کوشش اکثر ناکام ثابت ہوتی ہے کیونکہ یہ حصے کسی مشترک سبب سے بیک وقت متاثر ہوجاتے ہیں۔ مثلاً تحرکی ہرجلہ (locomotor ataxy) اور عمومی شلل مجانین (general paralysis of the insane)، دونوں آتشک کے نتائج ہیں، اور متعدد عضویئے ایک ہی وقت میں دماغ اور نخاع کے، یا دماغی اور نخاعی تحابایا

(meninges) کے، یا معدی اور معائی مخاطی جھلیوں کے التہابی ضرر پیدا کر دینگے۔
لیکن اُن امراض میں سے جنکو پہلے مقامی کہتے تھے بہتوں کو حتی الامکان اُن کی قدیم گروہ بندیوں کے اندر باقی رکھنے میں ایک فائدہ یہ ہے کہ وہ اپنے طبیعی الامارات اور علامات میں اسی گروہ کے دوسرے مقامی عوارض سے لازماً قابل مقابلہ ہوتے ہیں، خواہ ان آخرالذکر کی ساری نوعیت ظاہر ہو چکی ہو یا نہ ہو چکی ہو۔ اسی واسطے پہلے باب میں جو "امراض ساریہ" کے متعلق ہے، ایسے امراض شامل پائے جائینگے جو صریحاً عمومی امراض ہیں، اور ساتھ ہی صرف چند ہی ایسے بھی جو نمایاں مقامی خصائص رکھتے ہیں، اس کے بعد کے باب مختلف نظامات، مثلاً عصبی، تنفسی، قلبی، غذائی وغیرہ کے امراض سے بحث کرینگے، جن میں سے یہ ماننا پڑے گا کہ بہتوں کی ابتداء نوعی سرایت ہوتی ہے۔

امراضِ ساریہ

(INFECTIOUS DISEASES)

ماہیتِ سرایت

امراضِ ساریہ سے وہ امراض مراد ہیں جن کا انحصار جسم کے اندر باہر سے ایک قشپ (virus) داخل ہونے پر ہوتا ہے۔ اور یہ ساری عامل جہاں کہیں ایک مرئی شئے کے طور پر دکھلایا جا سکتا ہے، ایک خوردبینی ذی حیات ہستی یا دقیق عضویہ (micro-organism) ثابت ہوا ہے، جو جسم کے اندر اپنی تعداد بڑھا سکتا ہے۔

لیکن سالہا سال کی تحقیق و تفتیش کے بعد بھی ان میں سے بعض اہم امراض مثلاً کھسرا اور آب ترسی (hydrophobia) کے عضویوں کو خوردبین کی اعلیٰ ترین طاقتوں کی مدد سے دریافت کرنا اور دیکھنا ناممکن ثابت ہوا ہے۔ ان عضویوں کو کبھی کبھی ماورائے خوردبین (ultra-microscopic) کہتے ہیں، اور مرئیت کی حد بظاہر ۱/۶ کرور انچ کا ایک قطر ہے۔ لیکن بلاشبہ یہ قیاس میں آ سکتا ہے کہ ممکن ہے کہ اس سے بھی زیادہ طاقتور عدسے حاصل ہو جائیں، جن سے ان امراض کے عضویے بھی دریافت ہو جائیں۔ مزید برآں یہ بھی ممکن ہے کہ ان کیمیائی توشیوں (chemical stains) کے علاوہ جو ان خمیروں (bacilli) اور نبوتوں (cocci) کے واضح کرنے کے لئے، جن سے ہم اب واقف ہیں، بالکل ضروری ہیں، دوسرے ایسے توشیے بھی دریافت ہو جائیں جو ان عضویات کو ظاہر کر دیں جو اب تک غیر مرئی ہیں۔ ٹیڑھ بر کل (تدرن) اور انفلوئنزا

کے عضیوں کی دریافت کے بہت سال کے بعد آتشک کا نسبتہً بہت بڑا اینیچ مویہ (spirochæte) تلوین کے خاص طریقوں کی مدد سے ظاہر کیا گیا۔

یہ امر کہ ان میں سے بیشتر امراض میں عضویہ کی دقیق جسامت ہی اس کا خاص سبب ہے کہ ہم اُسے دیکھنے میں ناکام رہتے ہیں، اس واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ ان امراض میں سے کئی میں بافتی سیالات، یا بافتوں سے تیار کئے ہوئے سیالات، دقیق ترین مقطاروں (filters) میں سے جو معلوم ہیں، آر پار گذر جاتے ہیں، جیسا کہ مقطار کے استعمال کے بعد بندروں اور دوسرے حیوانات میں ان کی تطعیم سے مرض پیدا ہو جانے کے امکان سے ثابت ہو گیا ہے۔ ایسا قیشب یا عضویہ موقتاً مقطار نا قذ (filter-passer) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے اور مندرجۂ ذیل اس گروہ سے تعلق رکھنے والے سمجھے جاتے ہیں:- کھسرا، آب تر نسی ہڈی توڑ تپ (dengue) ریگ مگسی تپ (sand-fly fever) التہاب رمادی النخاع (poliomyelitis) سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) چیچک (variola) اور گائے کی چیچک (vacoinia) کے عضویئے۔

ان دقیق عضویوں میں سے جو مختلف تلونیوں (stains) اور خردبین کی نہایت اعلیٰ طاقتوں کے مشترک استعمال سے نوعی، متعین، اکثر عدوی امراض کے مسبب عامل ہونا ثابت ہو چکے ہیں بیشتر شقوقی فطراست (Schizomycetæ) یا انشقاقی فطرات (fission fungi) کی جماعت سے تعلق رکھتے ہیں اور ادنیٰ جسر اثیم (lower bacteria) کہلاتے ہیں۔ یہ سب دقیق خلوی اجسام ہیں، جو نواتی مادے سے بنے ہوئے ہوتے ہیں۔ اور جب یہ مردہ یا خشک ہوں تو ان میں بعض صبغات، مثلاً متھلین بلیو (methylene blue) جنشن وائیولیٹ (gentian violet) اور فکسین (fuchsin) سے رنگے جانے کی قابلیت موجود ہوتی ہے۔ یہ مختلف شکلوں میں واقع ہوتے ہیں، مثلاً دقیق، گردی یا بیضہ نما اجسام کی صورت میں، [جن کو نبقات (cocci) یا دقیق نبقوں (micrococci) کے نام سے یاد کرتے ہیں]، سیدھے عصا نما اجسام کی طرح، جنکو عصیات (bacilli) کہتے ہیں، لولبی یا پیچ نما اجسام کی طرح جن کو مر غولیہ یا پیچ مویہ (spirilla or spirochætæ) کہتے ہیں۔ بیتے لیے دھاگوں یا

زنجیروں کی شکل میں باہم چپکے ہوئے رہ سکتے ہیں (نبقۂ سبحیۃ = streptococcus) یا مکعب گروہوں میں (نبقۂ حزمیہ = sarcina) یا بے قاعدہ خوشوں میں نبقۂ عنبیہ = (staphylococcus)۔ بعض جراثیم اہداب (ciliæ) یا سوطیے (flagella) رکھتے ہیں، جنکی وساطت سے وہ آزادانہ حرکت کی طاقت حاصل کرتے ہیں۔ سوطیے چند یا کثیر التعداد، عموماً خلیوں کے جسم کے نسبت زیادہ لمبے، اور مرغولی طور پر بل کھائے ہوئے ہیں۔

ان دقیق عضویوں کی تجدید پیدائش انقسام (division) سے اور جراثیمی خلیہ کے اندر تکوین بذور (formation of spores) سے واقع ہوتی ہے (درون زائیدہ = endogenous)۔ اول الذکر طریقہ سے عضویوں کی نہایت سریع تکثیر واقع ہو جاتی ہے اور اسے درجۂ نابت (vegetative stage) کہتے ہیں۔ دوسرے طریقۂ تکثیر یعنی بذرئیت (sporulation) کا وقوع مخصوص حالات کے تحت عصیتوں اور بعض پیچ مویوں میں ہوتا ہے۔ بالیدگی اور تکثیر نسبتہً سست ہوتی ہے اور اس عمل کو سکونی درجہ (resting stage) خیال کیا جاتا ہے۔ خود دقیق عضویہ کے نسبت بذور مختلف حالات، جیسے کہ حرارت، اگری خشکی، اور دافعات عفونت کے زیادہ متحمل ہوتے ہیں۔

10 ایک دوسرا گروہ یعنے وہ اعلیٰ جراثیم (higher bacteria) جو شعری فطرات (Trichomycetæ) کی جماعت سے تعلق رکھتے ہیں، کبھی کبھی امراض ساریہ کے مسبب ہوتے ہیں۔ یہ کسی قدر زیادہ بڑی جسامت کے ہوتے ہیں، سادہ خلیوں سے بنتے ہوئے ریشکوں (filaments) پر مشتمل ہوتے، اور تجدید پیدائش کے مخصوص اعضا خلیات کے اندر رکھتے ہیں، جنکو تخمک (gonidia) کہتے ہیں۔ ان کی مسلمہ قطعی بیجیاٹوآ (beggiatoa)، تھایو تھرکس (thiothrix)، لیپٹو تھرکس (leptothrix)، کلاڈو تھرکس (cladothrix) اور اسٹرپٹو تھرکس (streptothrix) ہیں۔

اس سے قدرے بلند تر درجہ میں پھپھوندیاں (moulds) یا فطر غزلیہ (hyphomycetæ) ہیں، جیسے قوبا (ringworm) اور سعفہ (favus) کے عضویے متعلق ہیں۔

چند ساری امراض کا انحصار اُن عضویوں پر ہے جن کا حیوانی دنیا میں جماعت تخمِ حیوانات (protozoa) سے متعلق ہونا تسلیم کر لیا گیا ہے۔ یہ عموماً کم دقیق ہیں، ساخت میں زیادہ تنوع ظاہر کرتے ہیں، اور بعض حالات ایک متعین تناسلی عمل کے ذریعہ سے تعداد میں بڑھتے ہیں۔ اِن کی مثالیں زحیر (dysentery) کا معوی امیبا (entamæba)، ملیریا کا دموی امیبا (hæmamæba)، مرض النوم (sleeping sickness) کا جسم ترفانی (trypanosoma)، اور غالباً حمیٰ ناکسہ (relapsing fever)، آتشک، یاز (yaws) اور کالا آزار (kalazar) کے عضویے ہیں۔

مرض کے تعلق میں ایک اور تقسیم بھی کرنی پڑتی ہے۔ بعض جراثیم مرض کا اصلی سبب ثابت ہو چکے ہیں اور مُمرِض جراثیم (pathogenic bacteria) یا طفیلیات (parasites) کہلاتے ہیں۔ یہ زندہ حیوانی اور نباتی بافتوں پر بڑھتے اور پھلتے پھولتے ہیں۔ دوسرے (جراثیم) عموماً مرض کا سبب نہیں ہوتے۔ یہ طفیلیات کے ساتھ مل سکتے ہیں، مگر مُردہ اور ہلاکت پذیر حیوانی بافت میں اور نباتی اور غیر نامیاتی مادے میں پھلتے پھولتے ہیں۔ انھیں گندہ نبات (saprophytes) یا گندہ خور جراثیم (saprophytic bacteria) کہتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ بعض گندہ خور جراثیم طفیلیات بن جائیں اور مرض پیدا کر دیں، اور اِس کے برعکس بیشتر طفیلیات مصنوعی واسطوں (artificial mebia) پر بسر کر کے پھل پھول سکتے ہیں اور اسی واسطے وہ گندہ خور جراثیم کی طرح عمل کرتے ہیں۔

مُمرِض دقیق عضویوں کے ابتدائی انکشافات کے ساتھ قدرتی طور پر خیال کیا گیا کہ مرض کا نوعی سبب (specific cause) دریافت کر لیا گیا ہے۔ لیکن یہ اس معنی میں کہ ہر مخصوص عضویہ صرف ایک مرض کے لئے مختص ہے، صحیح ثابت نہیں ہوا۔ بعض امراض میں صرف ایک ہی مُمرِض دقیق عضویہ پایا جاتا ہے اور یہ نوعی (specific) سمجھا جا سکتا ہے، مثلاً جمرہ (anthrax) اور آتشک میں۔ دوسرے امراض، جیسے کہ ساری التہاب دروں قلبیہ (infective endocarditis)، عفونۃ الدم (septicæmia) اور ذات الریہ (pneumonia) میں ایک سے زائد مرض عضویے مختلف حالتوں میں پائے گئے ہیں۔

مُرض خیال کئے جانے کے لئے ایک عضویے کے لئے جن شرائط کا پورا کرنا ضروری ہے انھیں اولاً کاخ (Koch) نے پیش کیا اور بالآخر کنتھیک (Kanthack) نے ان کی تفصیل بتلائی۔ ایک مُرض نوعی ثُبتہ (specific germ) کے لئے ضروری ہے کہ وہ (الف) ایک طفیلیہ یا امکانی طفیلیہ (facultative parasite) ہو، (ب) زیر بحث مرض سے ہلاک شدہ متاثر حیوان کی بافتوں میں ہمیشہ پایا جائے، (ج) دوسرے امراض میں یا طبعی بافتوں کے اندر کسی بھی حالت میں کبھی واقع نہو۔ (د) مریض یا مُردہ حیوان میں سے ایک مبتلا شدہ حساس حیوان میں منتقل کردہ عضویے وہی اثر کر پیدا کریں، اور اس دوسرے مرض زدہ حیوان میں اصلی عضویہ ضرور ملے، (ہ) اگر اس عضویہ کی کاشت حیوانی جسم سے باہر کی جاسکتی ہے تو ایک حساس حیوان کے اندر تجربۃً تطعیم کردہ مصنوعی کاشت سے وہی مرض پھر پیدا ہوجانا چاہئے، اور اس حیوان کی بافتوں یا خون کے اندر پھر وہی عضویہ لازمی طور پر پایا جائے، (و) مماثل حالات میں یہ مظاہر بلا تغیر تواتر کے ساتھ واقع ہوں (ز) مصنوعی کاشتوں سے حاصل شدہ سموم (toxins) اور زہریلے اشیا کو کیمیائی اور فعلیاتی لحاظ سے اُن اشیاء سے مطابقت رکھنی چاہئے جو مریض جانور سے حاصل ہوں۔

محدود تعداد کے امراض کے عضویئے جن میں حمرہ، خناق وبائی (ڈفتھیریا) اور کزاز (طاطانس) بھی شامل ہیں، ان تمام شرائط کو پورا کرتے ہیں۔ سراجہ (glanders) تدرّن شعاع فطریّت (actinomycosis) سوزاک اور اُذیمائے خبیثہ (malignant œdema) کے عضویئے باستثنائے آخری شرط کے سب شرائط پورے کرتے ہیں۔ وہ امراض جن میں ایک سے زائد مُمرض عضویے ہوتے ہیں، پہلے ہی بیان کئے گئے ہیں۔ اسکے برعکس امراض ذیل میں کوئی نوعی عضویہ اب تک شناخت نہیں کیا گیا ہے، اگرچہ گمان غالب ہے کہ موجود ہو۔ آب ترسی (ہائڈروفوبیا) ہڈی توڑ تپ (dengue) کن پھیڑ (mumps) ثورانی حمیات (exanthems) اور بعض دوسرے امراض۔

مندرجۂ بالا امراض کو پیچیدہ کرنیوالے بہت سے اضرار ان عضویوں سے

ثانوی سرایت پیدا ہوجانے کے باعث ہوتے ہیں، جو جسم کو تباہی پہنچاکر پیپ (pyogenic = ریم زا (نبقہ عنقودیہ = staphylococcus، نبقہ سبحیہ = streptococcus)، نمونیا یا ذات الریہ (نبقہ رئویہ = pneumococcus) وغیرہ پیدا کر دیتے ہیں۔

قشّف (virus) کا عمل اسکے یا بندہ میں۔ قشّف یا دقیق عضویہ، جہاں یہ موجود ہو، نظامِ جسم کے اندر تنفسی خطے (حمّی قرمزیہ ، اور چیچک)، تحلق (ڈفتھیریا) مجرائے غذا (معوی تپ، ہیضہ)، تناسلی غشیۂ مخاطیہ (سوزاک ، آتشک) کی راہ سے، حشرات کے کاٹنے سے (ملیریا، تپ زرد، مرض النوم)، یا جلد کے زیادہ جلی اضرار (آتشک، آب ترسی) سے داخل ہوتا ہے۔ اسکے بعد متناظر مرض کا حملہ ہونا لازم نہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ وہ شخص حسّاس نہ ہو (فطری یا اکتسابی مناعت) یا عضویہ میں اتنی قشفیت موجود نہ ہو کہ جس قدر ضروری ہے۔ (نبقات سبحیہ، اسٹریپٹوکاکائی (نبقات رئویہ، نیوموکاکائی) اور ڈفتھیریائی عصیّے اکثر تندرست اشخاص کی ناکوں سے لگے ہوئے پائے جاسکتے ہیں۔

لیکن اگر عضویہ قشفیت دار (virulent) اور آدمی حسّاس ہے تو قشّف کے داخلہ کے بعد ایک زمانۂ حضانت (period of incubation) آتا ہے جس میں کوئی تغیرات رونما نہیں ہوتے اور جو عموماً دو تین دن سے لیکر پچیس دن تک مختلف ہوتا ہے مگر ہر خاص مرض کے لئے حدود کے اندر ہمیشہ ایک ہی رہتا ہے۔ زمانۂ حضانت کے دوران میں عضویے نمو پاتے، تعداد میں بڑھتے اور وہ زہریلے حاصلات پیدا کرتے رہتے ہیں، جو بڑی حد تک ایک مرض ساری کے مختلف علامات واثرات کا باعث ہوتے ہیں۔ جراثیمی عمل کے امکانی حاصلات بہت سے ہیں، مثلاً گیسیں، شحمی ترشے، سلسلۂ ابازیری کے اجسام، الوان، خمیرات اور ٹومینز (ptomaines)۔ لیکن مرض کے تعلق میں سب سے زیادہ اہم ٹاکس البیومینس (toxalbumins) البیوموزیس (albumoses) یا سمّی پروٹینز ہیں، جو اس سیال میں پائے جاتے ہیں جن میں جراثیم کی کاشت کی گئی ہو اور یہ ایسے حالات ثابت ہوئے ہیں، جن علامات بہت سی حالتوں میں منسوب کئے جاسکتے ہیں۔

جراثیم اور ان کے سموم کے عمل ہی سے بیشتر امراضیاتی تغیرات پیدا ہوجاتے

۱۲

ہیں، جنھیں ہم جسم کے اندر بنیادِ مرض سمجھتے ہیں۔ یہاں ان کا مختصر اجمالی تذکرہ کیا جاسکتا ہے، مندرجۂ ذیل صورتوں پر مشتمل ہوتے ہیں۔ حاد مقامی تغیرات جو مقامِ تطعیم (یعنے مقام داخلۂ تعدیہ) اور دوسری جگہ، ہر دو مقامات پر التہاب (inflammation) نزف (haemorrhage)، اُذَیا یا تنخّر (necrosis) کی صورت میں ہو سکتے ہیں۔ (کاؤ چیچک، آتشک، ڈفتھیریا تپ معوی) یا جلد پر توراناتِ (eruptions) یا تورانی تپیں (oxanthems) جو حاد یا مزمن ہو سکتی ہیں (قرمزیہ، کھسرا، آتشک) یا مختلف مزمن مقامی اضرار، جنکے ساتھ خلوی بالیدگی ہو، جیسے کہ ساری ذراتی سلعات (infective granulomas) (دِقّ دَرَن، آتشک، شعاع فطریت)۔ یا زیادہ وسیع پھیلے ہوئے اضرار، جیسے کہ غدی خلیات کے سحابی اورام (cloudy swellings) جسم کے مختلف حصوں میں نزف یا بالآخر تغیراتِ تحول جنسے سوءِ تغذیہ (malnutrition)، ضعف (cachexia) اور اکثر حمّوی تعامل (febrile reaction) یا ارتفاعِ حرارت (pyrexia) (جس کا بیان بعد میں دیا جائے گا، ملاحظہ ہو صفحہ 18)۔

بعض اوقات دقیق عضویے محلّ تطعیم یا مقامِ حملہ تک ہی محدود رہتے ہیں، لیکن محض ان کے زہر یا سموم نظام جسم کے اندر منتشر ہو جاتے ہیں (تسمّم الدم = toxæmia)۔ یا دقیق عضویے عروق دمویہ کے اندر تعداد میں بڑھ کر ان کی راہ سے احشاء اور بافتوں میں پہنچ جاتے ہیں (عفونۃ الدم = septicæmia)۔ آخر الذکر حالت میں ممکن ہے کہ وہ نظامِ دوران خون کے مختلف حصوں میں محزوز (impacted) ہو جائیں اور اس طرح مرض کے تازہ مرکز بنجائیں عمومی تقیح الدم (general pyæmia) میں یہ مرکز پھیپھڑوں میں اور ان جسمانی احشاء میں، جنھیں نظامی دورانِ خون سے رسد پہنچتی ہے، دیکھے جاتے ہیں، اور بابی تقیح الدم (portal pyæmia) میں سرایت وریدُ الباب (portal vein) کی راہ سے جگر میں پہنچ جاتی ہے۔

مرض کی ترقی کے دوران میں جراثیم یا ان کے نبتے (germs) مریض سے مختلف طریقوں میں نکلتے رہتے ہیں اور اس طرح ممکن ہے کہ وہ دوسرے افراد میں سرایت کا منبع بن جائیں۔

ایک نوعی مرض کی مدت (duration) اکثر خاص طور پر معین و محدود ہوتی ہے۔ مثلاً ٹائیفس، محمی ناکرہ، قرمزیہ، کھسرا، چیچک، اور گاؤ چیچک، ان سب کی ایک معین مدت ہے، جو شاذ ہی تین ہفتوں سے زائد ہوتی ہے اور تقریباً ہمیشہ ایک سی رہتی ہے۔ دوسرے حاد امراض میں یہ مدت زیادہ طویل اور اختلاف پذیر ہوتی ہے لیکن اس کا اندازہ عموماً ہفتوں میں کیا جاسکتا ہے۔ علاوہ بریں دوسرے امراض جیسے کہ آتشک، جذام (leprosy) اور تدرن میں ممکن ہے کہ سرایت عمر بھر قائم رہے۔ لیکن ان میں سے پہلے میں ابتدائی اضرار کی مدت میں بعض قیود ہیں، جو اسے تمثیلی نوعی حمیات (specific fevers) سے قریبی طور پر مماثل بنا دیتی ہیں۔ اس سوال کا قطعی جواب کہ سرایت کو کیا چیز ختم کر دیتی ہے یعنی دقیق عضویوں کو کیا چیز ہلاک کرتی یا اُن کے زہروں کو بے ضرر بنا دیتی ہے ابتک نہیں دیا گیا ہے۔ اغلب اسباب حسب ذیل ہیں:۔ حموی تپش کا اثر (ملاحظہ ہو محمّی ناکرہ)، سفید خلیوں (leucocytes) کے ذریعہ عصیوں کا اتلاف (phagocytosis= **اکّال خلویت**) اور بالخصوص خون یا بافتوں کے اندر ایسے اشیاء (متضاد اجسام (anti-bodies) کا بننا جو عصیوں اور اُن کے زہروں کے لئے مضر ہیں۔

12

انتقال امراض ساریہ۔ یہ دراصل صحت عامہ کی ایک شاخ ہے لیکن اس کا مختصر بیان اس قسم کی کتاب سے خارج نہیں کیا جا سکتا۔ امراض ساریہ کی یہ تعریف کرنے کے بعد کہ وہ ایسے امراض ہیں جن میں کوئی قشب یا دقیق عضویہ جسم کے اندر داخل ہو جاتا ہے، یہاں یہ بیان کر دینا چاہئے کہ یہ قشب اول تو دوسری انسانی ہستیوں سے جو اس مرض میں مبتلا ہیں بلا واسطہ یا بالواسطہ اخذ ہوتا ہے، جیسے کہ قرمزیہ، کھسرا اور دوسرے بہت سے امراض میں۔ یا دوئم حیوانات سے، جیسے کہ داء الکلب (rabies) جمرہ (anthrax) مرض سُترا (foot-and-mouth disease) میں، یا سوئم زمین یا دوسرے کسی منبع سے، جو جہاں تک کہ علم ہے، دوسرے انسانوں یا حیوانوں کے ماقبل اشتراکی عمل سے مبرّا ہو، جیسے کہ کزاز (tetanus) میں۔ جب ایک انسان سے دوسرے میں منتقل ہوتا ہے تو قطع نظر تجربی تطعیم کے وہ ٹھوس بافتوں، طبعی اور امراضیاتی مائع افرازات، زفیری ہوا (expired air)، لباس، یا دوسری چیزوں کی وساطت سے منتقل ہو سکتا ہے۔

بہت سی حالتوں، مثلاً تپ قرمزیہ اور ڈفتھیریا میں تنفسی غشائے مخاطی کا افراز، کُشاق (sputum) کے تقطیروں (droplets) کی شکل میں ؛ انتقال زہر کا ذریعہ ہوتا ہے۔ دوسری حالتوں، مثلاً ہیضہ یا تپ معویہ میں یہ ذریعہ برازی اخراج ہوتا ہے۔ اور دوسری صورتوں، جیسے کہ آتشک اور سراجہ (glanders) میں زخموں کی پیپ ذریعۂ انتقال ہوتی ہے۔ سانس اور جلد سے باہر نکلنے والے نجارات (exhalations) مریض کو حقیقی معنوں میں متعدی (contagious) بنا دیتے ہیں، یعنے اُن لوگوں میں، جو کم وبیش عرصہ کے لئے مریض کے قریب رہیں، مرض پیدا ہو جانے کا خطرہ ہوتا ہے۔ برازی افراغات (fœcal evacuations) اس پانی یا دودھ میں جو دوسرے پیتے ہیں یا ممکن ہے کہ اُس ہوا میں جسے دوسرے لوگ سانس میں لیتے ہیں، سرایت پیدا کر کے عموماً مرض دوبارہ پیدا کر دیتے ہیں۔ اور سب سے آخر میں یہ ضروری ہے کہ قُنب دار پیپ غشائے مخاطی یا جلد کی سطح پر کی کسی خراش (abrasion) کے راستے تماس میں آئے۔

امراض کی ایک روز افزوں تعداد میں یہ ظاہر ہو رہا ہے کہ قُنب یا دقیق عضویہ، بیماروں سے تندرستوں تک، کاٹنے والے یا چوسنے والے حشرات کی وساطت سے منتقل ہوتا ہے، جو یا تو سرایت رساں عامل کو مریض کی جلد میں کےخون کے ساتھ کیا قُنب کو کچھ کے (puncture) کے ذریعہ ایک نئے میزبان کی جلد کے اندر خارج کر دیتے ہیں، یا تندرست جلد پر براز خارج کر دیتے ہیں، جو مَسل مَسلا کر بعد میں کچوکوں کے اندر داخل ہو جاتا، یا دوسرے طور پر اُسے سرایت پہنچا دیتا ہے۔ چنانچہ اس طرح ملیریا، زرد بخار اور مرض النوم مچھروں یا سیٹسی مکھیوں (tsetse flies) سے منتقل ہوتے ہیں، ٹائفس جوؤں (lice) سے، حمّیٰ ناکسہ (relapsing fever) جوؤں سے اور ایسا ہی ایک مرض افریقہ میں قراد (ticks) یعنے چچڑی سے، اور طاعون پسوؤں (fleas) سے منتقل ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ معمولی گھریلو مکھی ہیضہ، تپ معویہ، اسہال اطفال (infantile diarehœa) رَمد (ophthalmia) اور بعض دوسرے امراض کے انتقال میں حصہ لیتی ہو۔ بعض حالتوں میں قُنب، یا دقیق عضویہ، حشرہ کے جسم کے اندر نمو حاصل کرتا ہے۔

اُس زمانہ کی تعیین، جس کے دوران میں ایک مرض ساری کا مبتلا مریض اُس مرض کو دوسروں تک پہنچا سکتا ہے، اُس میں سرایت قائم رہنے کی مدت سے کیجاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 11)۔ وہ بلا شبہ اوّلین علامات کے ظہور کے ساتھ شروع ہوتا ہے، یعنے زمانۂ حضانت کے اختتام پر، اور حاد امراض میں عموماً تین، چار یا پانچ ہفتوں تک محدود رہتا ہے۔ اگر تعدیہ قوابح (pustules) کے خشک ریشوں یعنے کھرنڈوں (چیچک، جدیری یعنے موتیا سیتلا) حلق کے افرازات (ڈفتھیریا، حمّی قرمزیہ) یا ناک ندرست برازات (تپ معویہ، ہیضہ) سے منتقل ہوا ہے، تو مدت کا انحصار ان حالات کے قائم رہنے پر ہوگا۔ ایس واقعہ کی اہمیت روز افزوں ہے کہ ممکن ہے کہ نقیہیت (convalescence) کی تکمیل کے بعد عضوئیے ایک شخص میں مہینوں یا برسوں باقی رہ کر دوسروں میں سرایت کا سبب ہوسکتے ہیں۔ یہ تپ معویہ، ڈفتھیریا، ہیضہ، دماغی نخاعی تپ (cerebro-spinal fever) اور التہاب رمادالنخاع (poliomyelitis) میں واقع ہوتا ہے، اور سرایت رساں اشخاص حامل (carriers) کہلاتے ہیں۔

مخلوط سرایتیں (mixed infections)۔ علم العضویات سے جلد ظاہر ہو گیا کہ یہ قدیم عقیدہ کہ دو ساری امراض جسم پر بیک وقت حملہ آور نہیں ہوسکتے غلط ہے، بلکہ اس کے برعکس واقعہ یہ ہے کہ ایک سرایت کا وقوع اکثر جسم کو دوسری سرایت کے لئے اور بھی زیادہ حساس بنا دیتا ہے۔ مزید برآں بہت سے عضویوں کی قشیت (virulence) ایک نہایت تغیر پذیر چیز ہے، اور اس کا انحصار ایک حد تک دوسرے عضویوں کے سابق الوجود عمل پر ہوتا ہے۔ مخلوط سرایتوں کی معروف مثالوں میں سے بعض حسب ذیل ہیں:- ایک ہی شخص میں قرمزیہ ڈفتھیریا کے ساتھ، حمّی قرمزیہ کالی کھانسی کے ساتھ، حمّی قرمزیہ جدیری کے ساتھ، ڈفتھیریا کھسرا کے ساتھ، کالی کھانسی شعبتی ذات الریہ (broncho-pneumonia) کے ساتھ، اور تدرن لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) کے ساتھ مل سکتے ہیں۔ لیکن شاید سب سے زیادہ اہم اور کثیر الوقوع جسم کا وہ ثانوی حملہ ہے جو کثیر التعداد ساری امراض میں ایریم ساز

13

عضویوں اسٹفلوکاکس پایوجینس آریئس[1] (Staphylococcus pyogens aureus) اور اسٹرپٹوکاکس پایوجینس[2] (Streptococcus pyogenes) سے ہوتا ہے، اور جس سے تقیحی اضرار (suppurative lesious) عفونت الدم (septicæmia) تقیح الدم (pysemia)، اصلی مرض کی پیچیدگیوں یا عواقب (sequels) کے طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔

تحرز سرایت۔ امراض ساریہ کا انتقال ایک شخص سے دوسرے یا دوسروں میں روکنے کے تین طریقے ہیں۔ ایک یہ ہے کہ بیماروں کو تندرستوں سے علیحدہ کر دیا جائے (تفرید = isolation)، دوسرا یہ ہے کہ بیمار شخص میں کے، یا اسکی آلودہ کردہ ہر شئے کپڑوں، کتابوں، کمرہ یا سامانِ چوبی وغیرہ میں کے، یا اُسکے خارج کردہ ہر قسم کے برازات میں کے قشب کو تلف کر دیا جائے (دفع عفونت = disinfection)۔ اگر حشرات سرایت کے اجزا رعاملہ ہوں تو اگر ممکن ہو تو انھیں نیست ونابود کر دینا چاہیے یا کم از کم مریض کے تماس سے روک دینا چاہیے۔ تیسرا طریقہ یہ ہے کہ امکانی یا آئندہ سرایت کی حالت میں ایسی ترمیم پیدا کر دی جائے کہ اگر وہ قشب کے تماس میں بھی لا یا جائے تو وہ اُس کا اثر قبول نہ کرے۔ پیدائش مناعت یا مناعت آفرینی۔ (immunization)

تفرید یا علیحدگی (isolation) مریض کو ایک علیحدہ کمرے میں اور اگر ممکن ہو تو مکان کی ایک جداگانہ منزل میں رکھنا چاہیے، جو کاربولک ایسڈ کے محلول (۴۰ میں ۱ حصہ) سے تر کی ہوئی چادر کا پردہ لگا کر علیحدہ کر دی جائے۔ حتی الوسع مکمل ترویح (ventilation) برقرار رکھنی چاہیے، کیونکہ تازہ ہوا کے متواتر اندر داخل ہونے سے زہر کی ترقیق اس عمل کا اہم ترین حصہ ہے۔ تمام غیر ضروری سامانِ چوبی، پردے اور شطرنجیاں، کپڑے وغیرہ، جنمیں تعدیہ کے چپکے رہنے کا امکان ہو، کمرے سے باہر نکال دینے جائیں۔ تیماردار حتی الامکان ایسے ہوں جو پہلے اس مرض کا حملہ ہونے سے مامون ہو چکے ہوں۔ اور یہ یاد رکھنا چاہیے کہ جب وہ بیمار کے کمرے سے مکان کے دوسرے حصوں میں جاتے ہیں تو ان کے کپڑے، جبتک کہ ایسے بیرونی کپڑے دوسروں کے تماس میں آنے سے پہلے

[1] ریم زرا زریں عنقودیہ
[2] ریم زرا سبحیہ

تبدیل نہ کرلئے جائیں) مرض کو منتقل کر سکتے ہیں۔ مریض کے کمرے میں صرف ایسی کتابوں یا کاغذات یا کھلونوں کو لیجاتے کی اجازت دینی چاہیئے جو بعد میں جلائے جاسکیں۔ اور مریض کے کمرے سے باہر نکالی ہوئی غذا کو دوسرے آدمی نہ کھائیں۔

جبتک کہ مریض کے سرایت رسان ہوتے کا گمان ہو اُسے حس پذیر اور غیر مامون اشخاص سے علٰحدہ رکھنا چاہیئے۔ اسکو لز ایسوسیئےشن (انجمن مدارس) کے طبی افسروں نے مندرجۂ ذیل کو بطور مختصر ترین عرصوں کے اختیار کیا ہے، جو طفح جلدی (rash) یا دوسرے ظواہر کی ابتدا اور مریض کے اپنے گھر یا مدرسہ میں داخل آنے کے درمیان گذرنے چاہئیں:- حُمیرا (rubella) میں سات دن بشرطیکہ اُنفی یا دوسرے علامات باقی نہوں، کھسرا میں دو ہفتے، کن پھیڑ (mumps) میں دو ہفتے، جن میں سے تمام ورم رفع ہونے کے بعد ایک پورا ہفتہ گذر نے دیا جائے۔ ڈفتھیریا میں چار ہفتے، بشرطیکہ تمام اخراجات موقوف ہوگئے ہوں اور اُنفی یا حلقومی مخاط کے اندر کوئی خصیے نہ مل سکتے ہوں۔ کالی کھانسی (pertussis) میں چھ ہفتے، مع اُن دو ہفتوں کے جو تشنجی کھانسی یا ہُوپ (whoop) سے پاک ہوں۔ قرمزیہ میں چار ہفتے، بشرطیکہ تقشیریت کا زمانہ ختم ہوچکا ہو اور خراش حلق، کان یا ناک سے اخراج قارح (suppurating) عسر غدہ یا کوئی اکزمائی (eczematous) تشقق موجود نہو۔ چیچک اور تدبری میں تمام کھرنڈ خارج اور تمام زخم مندمل ہوچکے ہوں۔

دفع سرایت (disinfection) ابرازات کا ازالۂ سرایت۔

تپ معوی میں ساری عائل بول و براز میں موجود ہوتا ہے۔ ان کا ازالۂ سرایت کاربولک ایسڈ (براز کے ہر پائنٹ میں خام ترشہ نصف اونس) خوب ملاکر، یا فارملین (ایک پائنٹ براز میں ایک اونس) سے، یا "کلورائڈ آف لائم" (chloride of lime) ایک پائنٹ میں نصف اونس ملاکر کرنا چاہیئے اور پھینکنے سے پہلے انہیں دو گھنٹے تک رکھا رہنے دینا چاہیئے۔ اگر عملی طور پر ممکن ہو تو بہتر یہ ہے کہ براز کے ساتھ بُرادۂ ہیزم مخلوط کر کے اور تارپین یا نیفتھا (naphtha) شامل کر کے اُسے جلا دیا جائے، یا اُسے قوی معدنی ترشہ سے تلف کر کے زمین میں دفن

کر دیا جائے۔ تب تحرقہ میں تھُوکات (sputa) کی سرایت کا بھی ازالہ کرنا چاہئے۔

لباس کا ازالۂ سرایت۔ کپڑوں کی عفونت کا ازالہ ۵ فی صد لائسال کے محلول میں دیر تک بھگو کر کرنا چاہئے اور بعد میں دھوتے وقت ان کپڑوں کو اُبال لینا چاہئے۔ بہت سے مقامی افسر لباس اور بستر وغیرہ کو علیحدہ کر دیتے ہیں اور پھر اُن کا ازالۂ سرایت بھاپ سے کرنے کے بعد واپس کر دیتے ہیں بستر، کپڑوں وغیرہ کے لئے صرف یہی ایک قابل اعتماد طریقہ ہے۔ اُونی کپڑوں کا تکشف ۱۸۰ درجہ یا ۲۰۰ درجہ کی خشک حرارت میں کرنا چاہئے اور اس کے کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ خاص طور پر تیار کی ہوئی بھٹیاں یا تنور (oven) کام میں لائے جائیں اجو اکثر صحی افسروں کے پاس ہوتے ہیں۔

مریض کا ازالۂ سرایت۔ دوران مرض میں اہم ہے کہ مریض سے نکلنے والے اخراجات کو خشک ہونے دیا جائے تاکہ وہ بصورت گرد و غبار منتشر ہونے پائیں تمام افرازات وغیرہ تر پُچاروں (swabs) سے پونچھ ڈالے جاتے ہیں، جنھیں کسی دافع عفونت محلول میں رکھ دیا جاتا ہے۔ گدیلے اور تکیے برساتی یا جکنٹی (jaconette) سے محفوظ کر لئے جاتے ہیں۔ صحت یابی کے بعد اور اپنے دوستوں کے ساتھ ملنے جلنے سے پہلے مریض کو کئی بار گرم غسل کر لینا اور کاربولک صابن ملوا لینا چاہئے۔ حمی قرمزیہ میں بر آدمہ کا عرصہ تک سلق (desquamation) خاص معالجہ کا محتاج ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 32)۔

کمرے کا ازالۂ سرایت۔ جب مریض وہ کمرہ چھوڑ دے جس میں وہ بیمار رہا ہے تو دوسروں کے قابض ہونے سے پہلے اس کمرہ کا کامل طور پر ازالۂ سرایت ضروری ہے۔ یہ فارمالین (formalin) سے یا سلفیورس ایسڈ گیس (sulphurous acid gas) سے کیا جا سکتا ہے۔

فارمالین استعمال کرنے میں ایک مخصوص آلہ (the Alformant lamp or Lingner's glycoformal apparatus) کی ضرورت ہے۔ کمرہ کو حفاظت کے ساتھ مہر بند کر کے کم از کم چار گھنٹوں کے لئے اس میں بخارات کا اثر ہونے دینا چاہئے

14

لے Mackintosh
لے ایک قسم کا کپڑا

سلفیورس ایسڈ گندھک جلا کر حاصل کیا جاتا ہے۔ کمرہ کی ہزار مکعب فیٹ فضا کے لئے تین پاؤنڈ (۱½ سیر) گندھک استعمال کرنی چاہیئے۔ وہ ایک یا زائد ظروف گلی یا مٹی کی رکابیوں (pipkins) میں رکھ دی جاتی ہے' اور ہر ظرف کو پانی کی ایک بڑی کڑاہی میں دو یا تین اینٹوں پر رکھا ہوا ہونا چاہیئے۔ کھڑکیوں کی درزیں خاکی کاغذ کی دھجیاں چپکا کر بند کر دی جائیں۔ گندھک سلگا کر دروازہ بند کر کے اُس کی درز بندی بھی کھڑکیوں کی طرح کر دینی چاہیئے۔ چوبیس گھنٹوں کے بعد کمرے میں داخل ہو سکتے ہیں اور کھڑکیوں کو اچھی طرح کھول دینا چاہیئے۔ گندھک میں یہ نقص ہے کہ اُس سے دھات کے کام کی جلا چلی جاتی ہے' پیانو باجے اور سینے کی مشینیں خراب ہو جاتی ہیں' چنانچہ دھونی دینے سے تجبیر (fumigation) سے پہلے انہیں باہر نکال دینا چاہیئے۔

گیسی ازالۂ عفونت کے بعد دیوار پر چڑھے ہوئے کاغذ (wall paper) کو اتار کر جلا ڈالنا چاہیئے اور فرش اور لکڑی کے کام کو کاربولک صابن، سینی ٹاس (sanitas) محلولِ فارمالین (۲ فیصدی)، یا آئزال (izal) (ایک فیصدی) سے خوب رگڑ دینا اور چھت پر آہک پاشی کر دینا چاہیئے۔ یا فرش، چھت، دیواروں لکڑی کے کام اور چوبی سامان (فرنیچر) کو روئی سے کامل طور پر مل دیا جائے' جو ازاں بعد معہ ان تمام ٹکڑوں کے جو جابجا گرے ہوں جلا دی جائے۔

امراض ساریہ کی اطلاع (notification)۔ ۱۸۸۹ء کے قانون (اطلاع رسانی) امراض ساریہ میں اطلاع رسانی کے لئے امراض ذیل مختص کئے گئے ہیں:- چیچک، ہیضہ، ڈفتھیریا، غشائی کروپ (membranous croup) سرخبادہ (erysipelas)' قرمزیہ (scarlatina) یا حمّی قرمزیہ (scarlet fever)' ٹائفس (typhus)' تپ محرقہ (typhoid)' تپ معویہ (enteric) اور حمّی ناکسہ (relapsing fever)' مسلسل اور نفاسی تپ (puerperal fever)۔ لوکل گورنمنٹ بورڈ اور وزارت صحت کے ضوابط کے ماتحت عموماً واجب الاطلاع امراض یہ ہیں:- طاعون (plague)' دماغی نخاعی بخار (cerebro-spinal fever)' حاد التہاب سادۃ النخاع (acute poliomyelitis)' حاد سیاقی التہاب دماغ (acute encephalitis lethargica)' حاد التہاب سادۃ الدماغ (acute polioencephalitis)' تدرّن

(tuberculosis) نوزائیدہ مولود (ophthalmia neonatorum) خناق تجارتی (trench fever) زحیر (dysentery) ملیریا (malaria) جاداولی ذات الریہ (acute primary pneumonia) اور حاد انفلوئنزائی ذات الریہ (acute influenzal pneumonia) - امراض ذیل خاص خاص اضلاع میں واجب الاطلاع ہیں، یا تو (الف) مقامی افسران کے احکام کے تحت جو ۱۸۹۹ء کے قانون (اطلاع رسانی) امراض ساریہ کو اور وسعت دیتے ہوں (ب) مقامی قوانین کے تحت یا (ج) خاص ضابطوں کے تحت جو وزیر صحت نے مدوّن کئے ہوں :- جمرہ (anthrax) سراجیہ (glanders) اور آب ترسی (hydrophobia) جدیری (chicken-pox) کالی کھانسی (whooping caugh) ، "تپ" ("fever") ، صیفی اسہال گرما (summer diarrhœa of infants) یا معدی وبائی التہاب امعاء (gastro-epidemic enteritis) ، خسرا اور میرا (rubella or German measles) - دوسرے امراض جو عارضی طور پر مخصوص اضلاع میں واجب الاطلاع قرار دے گئے ہیں یہ ہیں :- کن پھیڑ (mumps) ، حصفۂ متعدی (impetigo contagiosa) اور وبائی انفلوئنزا (epidemic influenza) -

مناعت (immunity) وہ اشخاص جو کسی خاص مرض سے حس ناپذیر ہیں ، منیع (immune) کہلاتے ہیں - ایسی مناعت جزئی ہو سکتی ہے یا کامل ، عارضی یا عمر بھر کی ، فطری یا اکتسابی - فطری یا قدرتی مناعت (innate or natural immunity) کی حالتوں کے متعلق کچھ زیادہ نہیں کہا جا سکتا - حیوانات کے بعض انواع اُن امراض سے منیع ہوتے ہیں جن میں دوسرے انواع مبتلا ہوتے ہیں - انسانوں کی مختلف قوموں میں فطری مناعت کے قریب ترین پہنچنے والی وہ مناعت ہے جو حبشی کو زرد تپ (yellow fever) کے لئے حاصل ہے لیکن کسی خاص قوم کے اندر بھی حس پذیری بہت مختلف ہوتی ہے - یہ واقعہ ہر روز مشاہدہ میں آتا ہے کہ ان متعدد اشخاص میں سے جنکا کسی خاص مرض کے تعدیہ میں منکشف ہوا ہو صرف چند ہی کو اس بیماری کی چھوت لگے گی ، اور بقیہ اشخاص بچ جائیں گے ، گو وہ بہ ظاہر مندرجہ ذیل طریقوں میں سے کسی ایک کے ذریعہ بھی محفوظ نہیں کئے گئے ہوں - مزید برآں ممکن ہے کہ

جو لوگ تعدیہ کے مماثل تکشف سے مبتلائے مرض ہو چکے ہیں ان میں بھی مرض شدت کے نہایت مختلف درجات پیش کرے۔ یہ نہ صرف مشاہدے کی بات ہے بلکہ تجربہ کرکے دکھلا دیا گیا ہے کہ امراض ساریہ سے متاثر ہونے کی قابلیت فاقہ، تکان، سردی، نمی، ناموزوں غذا، اور دوسرے حالات سے جو عام صحت کے لئے ناموافق ہوں، بڑھ جاتی ہے۔ لیکن معلوم ہوتا ہے کہ اس وقت جبکہ ذات الریہ (نمونیا) یا التہاب شعبہ (bronchitis) کے بعد پھیپھڑوں پر تدرنی حملہ واقع ہو جائے، ایک نسبتہً زیادہ مقامی اثر عامل ہوتا ہے۔ لیکن اس قانون کا طریقۂ عمل ہمیشہ واضح نہیں ہوتا، اور یہ بالکل یقینی ہے کہ ایک خاندان کے سب سے زیادہ موٹے تازے اور تندرست نظر آنیوالے بچے اکثر قرمزیہ (scarlatina) کے نہایت شدید حملوں میں مبتلا ہو کر موت کا شکار ہو جاتے ہیں، مگر ممکن ہے کہ دوسرے جو بظاہر زیادہ نازک (کمزور) ہیں ایک خفیف بیماری کے بعد بچ جائیں۔ بعض امراض کی حس پذیری میں ایک جزو عامل مریض کی عمر بھی ہے۔ اس امر کا تذکرہ اس وقت کیا جائے گا جبکہ یہ امراض بیان ہوں گے۔

یہاں موروثی رجحان کو فطری مناعت کے برعکس کہا جا سکتا ہے۔ تدرن (tuberculosis) اس واقعہ کی بہترین مثال سمجھا جاتا ہے۔ جو چیز والدین سے بچہ میں منتقل ہوتی ہے وہ سرایت کی حد سے زیادہ حس پذیری ہے۔ لیکن اس میں زیادہ شک نہیں ہو سکتا کہ بہت سی صورتوں میں نئی نسل براہ راست یا بالواسطہ اپنے بڑوں سے سرایت حاصل کرتی ہے [ملاحظہ ہو تدرن (tuberculosis)]۔

اکتسابی مناعت وہ ہے جو دو یا زائد طریقوں سے ان اشخاص میں پیدا کی جاتی ہے جو پہلے حس پذیر ہوں۔ کسی ساری مرض کے لئے مناعت ہونے کا عام ترین سبب یہ واقعہ ہوتا ہے کہ اس شخص کو وہ مرض پہلے ہی سے ہو چکا تھا۔ اس کلیہ میں کہ حمی قرمزیہ، چیچک، جدری، کھسرا اور دوسرے ایسے ہی امراض ایک ہی مریض میں دوسری بار نہیں ہوتے، نسبتہً چند ہی مستثنیات ہیں۔ یہ محفوظیت غالباً ان حالات سے قریبی رشتہ رکھتی ہے جو کسی خاص سرایت کے مبتلاؤں میں اس سرایت کو ختم کر دیتے ہیں۔ خون اور بافتوں کی وہ متغیر حالت جو دقیق عضویوں کو تلف

کر دیتی ہے، ازاں بعد متعدد سال تک یا عمر بھر برقرار رہتی اور اسی قسم کے کسی مابعد تعدیہ کے اثر کو زائل کر دیتی ہے۔

اس اتفاقی طور پر حاصل شدہ مناعت کے برعکس **مصنوعی مناعت** (artificial immunity) ہے، یعنے وہ مناعت جو ایک شخص میں مرض پیدا کرنے والے قشب یا دقیق عضویہ سے رشتہ رکھنے والی کسی شئے کی تطعیم سے بالارادہ یا بالقصد پیدا کرائی جاتی ہے۔ مصنوعی مناعت یا تو **فاعلی** (active) ہو سکتی ہے یا **انفعالی** (passive)۔

فاعلی یا بلا واسطہ مناعت (active or direct immunity) میں تطعیم (inoculation) سے خود جسمانی خلیات یا سیالات تحریک پاکر ایسے اشیا (= antitoxins) ضد سموم پیدا کر دیتے ہیں، جو اُس مرض کے سموم کی تعدیل کر دیتے ہیں جس کا اندیشہ پہلے سے ہے۔ اشراب کردہ شئے (شربہ) اشیاذیل میں سے کوئی ہو سکتی ہے:۔ زندہ کاشت (living culture) میں کے دقیق عضو یئے جن کی قشبیت (virulence) کمزور یا تخفیف کردہ (attenuated) ہو، یا وہی دقیق عضویئے اپنی پوری قشبیت کے ساتھ مگر نہایت تھوڑی مقدار میں یا مُردہ عضویئے یا اس مرض کے جراثیمی حاصلات یا سموم بلا عضویوں کے۔

ان میں سے پہلا طریقہ چوزوں کے ہیضہ میں، حمرہ گوسفند (anthrax of the sheep) میں، اور انسان میں مرض آب ترسی (hydrophobia) میں استعمال کیا گیا ہے۔ دقیق عضویوں یا قشب (virus) کی تخفیف (attenuation) آکسیجن یا ہوا کی رَو میں کاشت کرکے، یا کسی حیوان کی بافتوں میں سے گذار کر، یا غیر طبیعی تپشوں میں کاشت کرکے، یا کمزور دافعات عفونت کی موجودگی میں اُگا کر کی جا سکتی ہے۔ آب ترسی سے تحفظ کے لئے پاسچر کا مستعمل طریقہ اس مرض کے باب میں بیان کیا گیا ہے۔

چیچک سے بچنے کے لئے جُدَرین زنی (vaccination) کا استعمال (ملاحظہ ہو صفحہ 42) ایک دوسری مثال کے طور بیان کیا جا سکتا ہے، کیونکہ گاؤ چیچک (vaccinia or cow-pox) تقریباً یقینی طور پر چیچک ہے

جو گلے کے اندر سے منتقل ہو کر تخفیف حاصل کر لیتی ہے بجراثیمی جذریبات (bacterial vaccines) تپ محرقہ، ہیضہ اور طاعون سے محفوظ کرنے کے لئے کامیابی کے ساتھ استعمال کئے جاتے ہیں۔ حیوانات میں مناعت انھیں جراثیم کی مردہ کاشتیں اور ان کے سمیات کھلا کر حاصل کی گئی ہے۔

انفعالی یا بالواسطہ مناعت (passive or indirect immunity) میں تعدیل کرنے والی، اور اسی واسطے محافظ شئے جسمانی خلیات یا نسیجات سے نہیں بہم پہنچتی بلکہ باہر سے حاصل ہوتی ہے۔ پہلے ایک حس پذیر حیوان (مثلاً گھوڑا) مرض کے تشبث کے متواتر اشرابات سے منیع (immune) بنا لیا جاتا ہے، اور پھر اس حیوان کے مصل دموی (blood serum) کا تحت الجلدی اشراب اس فرد (انسان) میں کر دیا جاتا ہے جسے محفوظ کرنا منظور ہے۔ اگر حیوان سم (toxin) کے اشرابات سے منیع بنایا گیا ہو تو حاصل شدہ مصل ضد سمی (antitoxic) ہوتا ہے۔ اور اگر اسے جراثیم کے اشراب سے منیع کیا گیا ہو تو حاصل شدہ مصل ضد جراثیمی (antibacterial) یا ضد مائکروبی (antimicrobic) ہوتا ہے۔ دونوں صورتوں میں اشراب کا اثر یہ ہوتا ہے کہ گھوڑے کے مصل میں ضد اشیاء (anti-substances) پیدا ہو جاتے ہیں، جو اس حیوان (انسان) کے خون میں عمل کرتے ہیں جسے محفوظ کرنا ہے۔ مصل میں تر سیم پیدا کرنے کی غرض سے اشراب کردہ مادّوں (شر بہ جات) کو اسی واسطے اینٹی جینس (antigens) کہتے ہیں۔

ضد سمی مصلیات (antitoxic sera) بحیثیت شافی ادویہ استعمال کئے جاتے ہیں۔ اس سے یہ مراد ہے کہ منیع بنائے ہوئے حیوانات کے مصل کا اشراب عضویوں کے سموم کی تعدیل کے لئے کیا جاتا ہے جو پہلے ہی سے جسم میں موجود ہیں اور علامات پیدا کر رہے ہیں (serum therapeutics = علاج مصلی)، مثلاً خناق، کزاز، ذات الریہ اور عفونۃ الدم (septicæmia) میں۔

16

جراثیمی حملے سے تحفظ میں ایک اہم جزو عامل وہ عمل ہے جسے اکال خلویت (phagocytosis) کہتے ہیں، یعنے سفید خلیوں اور جسم کے دوسرے خلیوں سے جراثیم کا تلف ہونا۔ خاص خلیات آکلہ (phagocytes) یہ ہیں:- بڑے یک نواتی

(large mononuclear) اور کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) سفید خلیے، درحلمی خلیے (endothelial cells) اور بعض بافتی خلیے، بیجراثیم کے طرف کھنچ آتے ہیں اور اس کا نام ترتیب کیمیائی (chemiotaxis) ہے۔
کثیر الاشکال نواتی سفید خلیے اور ایوسین پسند (eosinophils) خلیے خرد آکلات (microphages) کی جماعت میں اور زجاجی (hyaline) سفید خلیے، درحلمی خلیے، اتصالی بافت کے خلیے، اور دوسرے بڑے خلیات کلاں آکلات (macrophages) کی جماعت میں شمار کئے جاتے ہیں۔ اول الذکر حاد مرض کے جراثیم کے تدارک میں نسبتہً زیادہ طاقتور ہوتے ہیں اور آخر الذکر مزمن امراض کے جراثیم کے تدارک میں۔
ضد اجسام (anti-bodies) یہ دکھلا دیا گیا ہے کہ جسم کے اندر سموم کا داخلہ، ضد سموم (anti-toxins) پیدا کردے گا، خواہ یہ سمیات جراثیم کے اندر مشمول ہوں (endotoxins = درون سمم) یا جراثیم سے پیدا (exotoxins = برون سمم) ہوں۔ یہ مماثل واقعات کے ایک بڑے گروہ میں سے صرف ایک منفرد مثال ہے، کیونکہ نہ صرف جراثیم اور سمیات کا اشراب، بلکہ خلیوں، جسیمات دمویہ، خمیر لیا (ferments) اور دوسرے اجسام کا اشراب بھی ضد اجسام (antibodies) یا ضد اشیاء (anti-substances) یعنی ایسے جنریں پیدا کردے گا جو جراثیم، خلیات، اور دوسرے اشراب کردہ اشیاء کے خلاف عمل کرتے اُن کو تلف کر دیتی ہیں۔ ضد اجسام جو سرایت سے پیدا ہوتے ہیں، سفید خلیات یا درحلمی خلیات یا ان دونوں سے طحال، غدد لمفائیہ، اور مغز استخواں میں پیدا ہو جاتے ہیں۔
الزاقین (agglutinins) ضد اشیاء کا ایک دوسرا گروہ بتاتے ہیں، جن کے نمونہ میں جراثیمی سرایت، بلکہ کسی دوسرے حیوان کے سرخ جسیمات کے اشراب تک سے ہیجان ہوتا ہے (hæmagglutinins = دموی الزاقین) اگر بعض امراض [تپ متوجہ ماٹی بحر روم (Mediterranean fever) ترحیری ہیضہ] میں ایک مریض یا نقیہہ کا مصل دموی اسی مرض کے عضویوں کی کاشتوں کے ساتھ ملا دیا جائے تو تھوڑے ہی عرصہ میں خردبین کے نیچے نظر آتا ہے کہ عضیوں کی تمام فاعلی حرکت

غائب ہو کر وہ گنجان طور پر مجتمع ہو گئے ہیں (agglutination= التزاق)، یا clumping= التزاز یعنے باہم چپکنا) اگر مصل اور ایک سیالِ کاشت (culture fluid) کو امتحانی نلی کے اندر مخلوط کر دیا جائے تو یہی اثر برہنہ آنکھ کو بھی نظر آ سکتا ہے، اور اس حالت میں کچھ وقت کے بعد عصیوں کا تَرَسُّب واقع ہو کر سیال کا بالائی حصہ صاف رہ جاتا ہے (sedimentation= تثفل یا تہ نشینی)۔ انھیں واقعات پر وہ تشخیصی طریقہ مبنی ہے جو امتحان وِڈال (Widal's test) کے نام سے موسوم ہے (ملاحظہ ہو تپِ معوی)۔

الزاقین (agglutinins) کا عمل مُطلقاً نوعی نہیں ہوتا، مثلاً تپِ معوی کا الزاقین نہ صرف بیسلیس ٹائفوسس (عُصیّۂ تپِ معویہ) کو بلکہ پیرا ٹیفائڈ بیسلائی اور بیسلیس کولائی (عصیّۂ قولونی) کا بھی الزاق کر دے گا۔ نتائج بہ لحاظ اس وقت کے جو صرف کیا جائے اور بہ لحاظ مصل کی حدِ ترقیق کے مختلف ہوتے ہیں۔

الزاقین مصنوعی طور پر بھی حاصل کئے جا سکتے ہیں، کیونکہ ایک ایسے حیوان کا خون، جس میں کسی خاص عُصیّے کی مہلک سے کم مقداریں (sublethal doses) بذریعہ تطعیم داخل کی جائیں، اشراب کردہ عصیّے کے لئے مُلزِق خواص حاصل کر لے گا (Bordet-Durham reaction= تعاملِ بارڈیٹ ڈرہام)۔

رسوبین (precepitins) مماثل اشیاء ہیں جو ان حیوانات کے مصل میں پیدا ہو جاتے ہیں، جن میں جراثیمی سیالاتِ کاشت، البیوموز، دودھ، وغیرہ کی تطعیم کی گئی ہو۔ اِن کو مشمول رکھنے والا مصل متناظر سیالِ کاشت کی، یا اس متناظر نباتی شئے کے محلول کی، جو تطعیم کے لئے استعمال کی گئی ہے، ترسیب کر دیتا ہے۔

ضد اجسام (anti-bodies) کے اُن افعال کو جو جراثیم، جسیماتِ دمویہ، سفید خلیوں، کلوی خلیات اور دوسرے حیوانی خلیات کے متعلق ظاہر ہوتے ہیں، جراثیم پاشیدگی (bacteriolysis)، خون پاشیدگی (hæmolysis)، یا خلیہ پاشیدگی (cytolysis) کہتے ہیں۔ یہ زیادہ تر نوعی ہوتے ہیں، جیسے کہ اول الذکر مثال میں، یعنی اگر بعض جراثیم بذریعہ تطعیم کسی حیوان میں داخل کر دیئے جائیں تو

اس کا مصل بعد میں صرف اُسی قسم کے جراثیم پر متلف اثر رکھتا ہے۔ اگر خرگوش (rabbit) کے جسمیات دمویہ کا ایک گینی پگ کے اندر اشراب کر دیا جائے تو اسکے بعد گینی پگ کا مصل خرگوش کے خون کو جسم سے باہر حل یا لاکی (laked) کر دے گا۔ اگر کبدی خلیات سے تطعیم کی جائے تو یہ مصل کبدی خلیوں کو حل کر دے گا، اور علیٰ ہٰذا القیاس خلیہ پاشیدگی (cytolysis) اور خون پاشیدگی (hæmolysis) کی یہ مختلف قسمیں نہ صرف اُس ضد جسم پر انحصار رکھتی ہیں، جو اس عمل میں پیدا ہو جاتا ہے [اور جسے جسم منیع (immune body) بھی کہتے ہیں] بلکہ انھیں ایک انزائم (enzyme) کی مدد کی بھی ضرورت ہوتی ہے جو مصل میں طبعی طور پر موجود ہوتا ہے اور متمّم (complement) کے نام سے یاد کیا گیا ہے۔ اُس کی موجودگی اس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ گینی پگ کے ایک خون پاش مصل (hæmolytic serum) کی محلل خون قوت میں ۵۵ تا ۶۰ درجہ سینٹی گریڈ کی تپش سے جو متمّم کو تلف کر دیتی ہے، تعدیل واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ایک تندرست گینی پگ کا مصل شامل کر دینے سے یہ قوت پھر واپس لائی جا سکتی ہے۔ متمّم غالباً سفید خلیہ کے حاصلات میں سے ہے اور میٹشنیکاف (Metchnikoff) کے سائیٹیز (cytase) اور بوخنر (Buchner) کے الیکسین (alexine) یعنے صونین سے مماثل ہے۔

خون پاشیدگی (hæmolysis) اور متمّم کے فعل سے تعلق رکھنے والے حقائق سے بعض اہم تشخیصی طریقوں میں استفادہ کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو آتشک (syphilis) ۔

خون کی حفاظت بخش قوت کا دوسرا عنصر آپسونین (opsonins) کی موجودگی ہے۔ یہ وہ اجسام ہیں جو جراثیم پر کچھ ایسا عمل کرتے ہیں کہ جس سے وہ سفید خلیوں کے لئے زیادہ سہل الہضم بن جاتے ہیں (opsono= میں غذا کا انتظام کرتا ہوں یا تیار کرتا ہوں) مصل کی آپسونی قوت کا اندازہ عصیّوں کی اس تعداد سے کیا جاتا ہے جسے اکال سفید خلیے کھا سکتے ہیں (Wright and; Douglas) ۔

استہداف (anaphylaxis) مناعۃ اور عمل سموم سے قریبی تعلق رکھنے

17

والے وہ مظاہر ہیں جو استہداف (anaphylaxis) یا بیش حساسیت (supersensitiveness) کے نام سے مشہور ہیں۔ یہ ۱۹۰۲ء میں ریشا (Richet) نے دریافت کیا۔ اُس نے سی انیمون (sea-anemone) یعنی بحری شقائق کے سمی پروٹین کی ایک خفیف مقدار کا اشراب ایک کتے میں کیا، جس کا نتیجہ یہ ہوا کہ غیر محسوس اور سریع الزوال علامات پیدا ہوگئے۔ چند ہفتوں کے بعد اُس نے اس امید پر کہ کسی قدر مناعت قائم ہو چکی ہوگی ایک دوسری معتاد کا اشراب کیا لیکن بجائے اُس کے شدید تسمم (intoxication) پیدا ہوا اور کتا مر گیا۔ "استہداف" کے معنے مناعت یا امنیت (phylaxis) کے برعکس ہیں۔ اس کی توضیح حسب ذیل ہے:۔ کسی خارجی پروٹین (antigen= اینٹی جن) کا اشراب کسی حیوان میں کیا جائے تو اس میں ضد اجسام (anti-bodies) پیدا ہو جائیں گے، جو رسوبین (precipitins) کی نوعیت کے ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 16)۔ جب تک یہ خون میں باقی رہتے ہیں اسی اینٹی جن کی مزید مقداروں کی ترسیب سے مناعت پیدا کر دیتے ہیں لیکن کچھ عرصہ کے بعد یہ خون میں سے بیشتر غائب ہو کر بافتوں میں داخل ہو جاتے ہیں۔ اس مرحلہ میں خون کے اندر ضد جسم اس قدر کافی نہ ہوگا کہ جو اشراب کردہ اینٹی جن کی ترسیب کر دے اور اسی واسطے آخر الذکر بافتوں پر حملہ آور ہوگا۔ لیکن یہاں دونوں کا تصادم ایک شدید تعامل یعنے استہدافی صدمہ (anaphylactic shock) پیدا کر دے گا۔ (۱) گینی پگ میں ایک نہایت حیرتناک نتیجہ سادہ عضلہ کا انقباض ہے، جو ایک شدید دمہ کے حملہ (asthmatic attack) کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے۔ حیوانات میں بہت سی سمی اشیاء کا اشراب استہدافی صدمہ سے کسی قدر مماثل علامتیں پیدا کر دیتا ہے، چنانچہ یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ آخر الذکر (استہدافی صدمہ) فی الحقیقت ایک زہر، "استہدافی سم" (anaphylatoxin) کے باعث ہے، جو اینٹی جن کی دوسری معتاد دینے پر پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن ہر دو گروہ علامات کا احتیاط کے ساتھ مقابلہ کرنے پر ظاہر ہوتا ہے کہ ان میں ایک فرق ہے۔ طب میں استہداف کی اصطلاح کا سرسری استعمال بعض علامات کے ناگہانی حملے یعنے تنفس (dyspnoea)، اُذیما یا فشار خون کی کمی، ہبوط (collapse) کے لئے یا دوسری معدی معوی علامات، تشنج

(convulsions) اور حسّاسی حالت (allergic state) (ملاحظہ ہو صفحہ 224) کی
شکلوں کو بیان کرنے کے لئے کیا گیا ہے، جو اکثر خون کے بعض تغیرات کے بعد واقع ہوتی
ہیں، جنکو فرانسیسی مصنفین نے "خون پاش بحرجہ" (hæmoclasic crisis) کے نام سے
موسوم کیا ہے (۳) (ملاحظہ ہو صفحہ 226)۔ لیکن عموماً اس کا کوئی ثبوت نہیں ملا کہ جسم
پہلے سے خارجی اشیاء کے لئے حسّاس بنا لیا گیا ہے، جیسا کہ استہداف میں ہوتا ہے،
اور یہ سمجھنا بہت زیادہ صحیح ہے کہ حسّاسی حالت کسی زہر کے راست فعل کے باعث
ہوتی ہے، بالخصوص اس وجہ سے کہ حیوانات میں بعض زہروں، مثلاً ہسٹامین
(histamine) سے ایسے ہی علامات پائے گئے ہیں۔

جب ڈفتھیریا دوسرے مرض کے علاج کے لئے ایک مصل جیع (immunised
serum) استعمال کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 15) تو کبھی کبھی (تقریباً ۱۰ فیصدی
حالتوں میں) مریض سمّی علامات میں مبتلا ہو جاتا ہے جو سات سے دس دن کے اندر
پیدا ہو جاتے ہیں اور اشراب کردہ مصل کی وجہ سے ہوتے ہیں نہ کہ اس کے اندر کے
غیر اجسام کی وجہ سے۔ یہ علامات حسب ذیل ہیں:۔ مقام اشراب پر شری
(urticarial) ورم اور ایکے ساتھ ہی متلازم لمفائی غدد کا ورم۔ تورّان [شری یا حلقہ نما
(circinate) اور حصبہ نما (morbilliform) یا قرمزیہ نما (scarlatiniform)]
کا بقیہ جسم میں انتشار۔ دوسرے حصوں میں غدی ورم۔ چہرے، جسم یا مزمار (glottis)
کا اوذیما۔ جوڑوں کا درد۔ خفیف حرارت۔ اور کبھی البیومن بولیت (albuminuria)،
اسہال یا التہاب شعبات (bronchitis) نیز درجۂ حضانت میں سفید خلیات کی تکثیر
(leucocytosis) کے بعد کثیر الاشکال نوات دار خلیوں (polymorphonuclear
cells) کی قلت (leucopenia) واقع ہو جاتی ہے۔ اس کو مرض مصلی (serum
disease) کہتے ہیں۔ یہ علامتیں ایک دو دن میں رفع ہو جاتی ہیں۔ جو کچھ پہلے بیان
ہو چکا ہے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ یہ مشتبہ ہے کہ آیا مرض مصلی فی الحقیقت
استہدافی الاصل ہے بھی یا نہیں۔

18

یہ اور ایسے ہی علامات ایک دوسرے اشراب کے بعد اور بھی زیادہ واقع
ہونے کا امکان ہے اور اس حالت میں وہ یقیناً استہدافی ہوتے ہیں۔ استہداف کو

اپنے نوک کے لئے چھ سے بارہ دن کی ضرورت ہوتی ہے۔ اسی واسطے دوسرا اشراب جو چھ دن کے عرصہ سے پہلے دیا جائے، عموماً کوئی نتیجہ نہیں پیدا کرتا۔ اگر ان دونوں اشرابات کے درمیان کا فاصلہ بارہ دن سے لیکر چھ یا آٹھ ہفتوں (کبھی چھ مہینوں) تک ہوتو دو قسموں کا تعامل واقع ہوسکتا ہے:- (۱) فوری تعامل جس میں علامات دوسرے اشراب کے تھوڑے ہی عرصہ بعد یا چوبیس گھنٹوں کے اندر واقع ہوکر جلد ہی یعنی عام علامات تو چوبیس گھنٹوں میں اور مقامی علامات دو یا تین دن میں غائب ہوجاتے ہیں۔ یہ علامات یہ ہیں:- اشراب کے مقام پر اذیما، ارتفاع تپش، ورم غدد، اشتری (urticaria) چہرہ کا تہیج اور قلت خلیات ابیض (leucopenia)۔ بعض اوقات خطرناک علامتیں (نام نہاد استبدادی صدمہ = anaphylactic shock) اشراب کے بعد نصف گھنٹے کے اندر واقع ہوسکتی ہیں۔ مریض دقت تنفس کی شکایت کرتا ہے اس کا سینہ پھیلا ہوا اور سخت یا بے حرکت ہوجاتا ہے، چہرہ میں امتلاء (congestion)، اور مخاطی جھلیوں میں ازراق (cyanosis) ہوجاتا ہے۔ پندرہ سے بیس دقیقوں کے اندر آرام معلوم ہوتا ہے۔ ایسے دورے میں مریضوں کی ہلاکت تک واقع ہوگئی ہے (۲) اسراع یافتہ تعامل (accelerated reaction) جو دوسرے اشراب کے چار سے آٹھ دنوں کے بعد طاری ہوتا ہے۔ اسے اسراع یافتہ (accelerated) اس لئے کہتے ہیں کہ وہ ایک منفرد اشراب کے بعد واقع ہونیوالے علامات کے نسبت زیادہ جلد واقع ہوتا ہے۔ یہ علامات ان سے مشابہ ہیں جو ایک ہی بڑی معتاد کے بعد پیدا ہوجاتے ہیں (serum disease = مرض مصلی)، لیکن عموماً زیادہ حاد ہوتے ہیں اور بارہ سے اٹھارہ گھنٹوں کے اندر غائب ہوجاتے ہیں۔

اگر مصل کا استعمال علاجی وجوہ کی بنا پر ضروری ہو تو استبدادی صدمہ کے وقوع کے خدشہ سے اسے دینے میں تامل نہیں کرنا چاہئے۔ یہ کہنا غیر ممکن ہے کہ آیا ایک مریض مصل کی ایک سابق معتاد سے حساس (sensitised) بن گیا ہے یا نہیں۔ لیکن اگر خیال کیا جائے کہ حالت ایسی ہی ہے، یعنے اس میں حساسیت موجود ہے اور دوسرا اشراب کرنا ہو تو اسے غیر حساس (desensitised) بنا لینا چاہئے۔ اس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اصلی اشراب سے پانچ یا چھ گھنٹے پہلے اس مصل کی ½ یا ایک مکعب سنٹی میٹر کا

اشراب کر دیا جائے۔ اگر اس سے زیادہ عجلت مطلوب ہو تو ایسے ابتدائی اشراب کے پانچ یا دس منٹ کے بعد ایک نسبۃً خاصہ بڑا اشراب کیا جائے۔ اور علیٰ ہٰذا القیاس مماثل وقفوں کے بعد بڑھتی ہوئی مقداریں دی جائیں، یہاں تک کہ سب دیا جا چکے۔ ابتدائی صدمہ کا علاج خلاصۂ نخامیہ (pituitary extract) ایٹروپین (atropine) یا ایڈرینن (adrenin) کے درون وریدی یا درون عضلی اشرابات سے کیا جاتا ہے، اور اگر ضرورت ہو تو خالص آکسیجن بھی ایک انفی قاثاطیر (nasal catheter) سے دی جاتی ہے۔ کلورل ہائڈریٹ (chloral hydrate) بھی دیا جا سکتا ہے۔

ارتفاع تپش

(PYREXIA)

تپ اور **ارتفاع تپش** کی اصطلاحیں ہمیشہ مماثل مفہوم میں نہیں استعمال کی جاتیں۔ ارتفاع تپش کبھی صرف ایسی حالت تک محدود رکھا جاتا ہے کہ جسم کی تپش مرتفع ہے، لیکن تپ سے مراد تپش کا بلند ہونا ہے، مع دوسرے تمام جسمانی اختلالات کے جو عموماً اس کے ساتھ واقع ہوتے ہیں۔

جولانِ تپش (range of temperature)۔ بحالت صحت، جبکہ مریض بستر پر آرام سے ہو، منہ کی تپش علی الصباح تقریباً ۹۷ درجہ ف سے لیکر تیسرے پہر کے وسط میں ۴ء۹۸ درجہ ف تک متغیر ہوتی ہے۔ **مستقیمی تپش** (rectal temperature) مماثل حالات کے تحت ۹۷ درجہ اور ۲ء۹۹ ف کے درمیان متغیر ہوتی ہے۔ عضلی ورزش مستقیمی تپش کو ۲ درجہ ف بڑھا سکتی ہے، لیکن منہ کی تپش وہی رہتی ہے یا دراصل کم ہو جاتی ہے۔ یہ اس وجہ سے ہے کہ تعریق (پسینہ نکلنا) اور تنفس کی زیادتی منہ کو ٹھنڈا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔

اس کے برعکس مستقیمی تپش جسم کی اندرونی تپش سے زیادہ قریبی طور پر مقاربت رکھتی ہے ۔ منفذبول سے خارج شدہ بول کی تپش ہمیشہ مستقیمی تپش سے قدرے بلند ہوتی ہے بغل کی تپش تقریباً وہی ہوتی ہے جو منہ کی، اور جلدی اور جسمانی تپش کے درمیان درمیان ہوتی ہے۔ بیماری میں تپش ۹۳٫۲ درجہ ف (۳۴٫۵ سنٹی گریڈ) بلکہ اس سے بھی کم سے لیکر ۱۱ درجہ یا ۱۱۱ درجہ (۴۳٫۹ سنٹی گریڈ) تک ہوتی ہے ۔ ۱۱۶ درجہ اور ۱۲۲ درجہ کی تپشیں بھی مرقوم ہیں، لیکن ان کی صحت کے متعلق بہت شبہ ہے ۔

طبعی سے اوپر یا نیچے حرارت کے مختلف درجے ظاہر کرنے کے لئے بہت سے اصطلاحات استعمال کئے گئے ہیں ۔ وُونڈرلِک (Wunderlich) جملہ اصطلاحات درج کرتا ہے، لیکن علاج کی ضرورت پڑتی ہے وہ سب مندرجہ ذیل میں شامل ہیں۔

19

ہبوطی تپش (collapse temperature) ۹۲٫۳ درجہ (۳۳٫۵ درجہ سنٹی گریڈ) یا اس سے بھی کم سے لیکر ۹۶ درجہ (۳۵٫۵ درجہ سنٹی گریڈ) تک۔

زیر طبعی تپش (subnormal) .... ۹۶ درجہ سے ۹۷٫۵ (۳۶٫۴ درجہ سنٹی گریڈ) تک ۔

طبعی تپش (normal) .... ۹۷٫۵ درجہ سے ۹۹ درجہ (۳۷٫۲ درجہ سنٹی گریڈ) تک ۔

خفیف یا معتدل ارتفاع تپش .... صبح ۹۹ درجہ سے ۱۰۱ درجہ (۳۸٫۲ سنٹی گریڈ) تک، یا شام میں ۱۰۲٫۵ درجہ (۳۹ درجہ سنٹی گریڈ) تک ۔

شدید ارتفاع تپش .... صبح ۱۰۱ درجہ سے ۱۰۳ درجہ (۳۹٫۴ درجہ سنٹی گریڈ) تک، یا شام میں ۱۰۵ درجہ (۴۰٫۵ درجہ سنٹی گریڈ)۔

اشد ارتفاع تپش (hyperpyrexia) ۱۰۵ درجہ سے اوپر۔

یہ اصطلاحیں سمجھ کے ساتھ استعمال کرنی چاہئیں، کیونکہ تپش اُس مقام کے لحاظ سے جہاں سے وہ لی جائے اور دن کے وقت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے چنانچہ وہی تپش جو دوپہر کے بعد زیر طبعی کہی جا سکتی ہے صبح کے اول اوقات میں بالکل طبعی ہوگی ۔

تپش کی تسجیل۔ جسمانی تپش معمولی سریری اغراض کے لئے سریری سیمابی تپش پیما (clinical mercurial thermometer) کے ذریعہ سے دیکھی جاتی ہے، جو تپش کی تسجیل، جسم سے علٰحدہ کئے جانے کے بعد، سیمابی استوانہ کے ایک ایسے حصہ

سے کرتا ہے جو اس آلہ کے جوف کے اندر واپس نہیں ہونے پاتا۔ اس آلہ کا جوف بغل، کنج ران، دہن یا معاء مستقیم میں رکھا جا سکتا ہے۔

پہلے دو مقامات میں یہ دیکھنا ضروری ہے کہ جوف جلد کے ساتھ کامل تماس رکھتا ہے اور اسے وہاں اتنی کافی دیر تک رہنا چاہیئے کہ جس میں جلد کی سطح عام جسمانی تپش حاصل کرلے تپش پیمائی حساسیت کے لحاظ سے (اسکے لئے) ایک سے تین یا پانچ دقیقے کافی ہوتے ہیں۔ دہن میں جوف زبان کے نیچے رکھنا چاہیئے اور شیشہ کی ڈنڈی کی گرفت لبوں سے کرلی جائے۔ جب مستقیمی تپش لی جاتی ہے تو جوف کو پورا اینچ اندر داخل کر دیا جاتا ہے۔ نتیجہ قابل اعتماد ہوتا ہے لیکن ظاہر ہے کہ یہ طریقہ ہمیشہ سہولت بخش نہیں ہوتا۔

صحت اور مرض دونوں حالتوں کے روزانہ اختلافات کی وجہ سے مناسب یہ ہے کہ تپش کی تسجیل دن میں کم از کم دو بار کیجائے۔ بہترین اوقات صبح ۵ یا ۶ بجے اور شام میں ۵ یا ۶ بجے کے ہوں گے، تاکہ ادنیٰ ترین تپش اور بلند ترین تپش کا مشاہدہ کیا جائے۔ عمرانی حالات بیماری کی خفیف صورتوں میں عموماً اس کی اجازت نہیں دیتے چنانچہ زیادہ تر ۱۰ بجے صبح اور ۴ سے ۶ بجے تک کے اوقات منتخب کئے جاتے ہیں لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ ۱۰ بجے صبح تپش پہلے ہی بلند ہوتی رہتی ہے اور یہ کہ ۶ بجے شام کے بعد اعظم تپش عموماً گذر چکی ہوتی ہے۔ شدید بیماریوں، جیسے کہ تپ محرقہ (typhoid fever)، ذات الریہ (pneumonia) وغیرہ میں تپش کم از کم ہر چوتھے گھنٹے دیکھنی چاہیئے، تاکہ روزانہ اختلافات کی نگرانی زیادہ صحت کے ساتھ ہو سکے۔ اور تپش کا اندراج تمام حالتوں میں ایک تختۂ کاغذ (chart) پر ہونی چاہیئے، جس میں ہر مشاہدہ کے لئے ایک نقطہ لگا کر ایک نقطہ سے دوسرے تک خط کھینچ دئے جائیں۔ تختہ پر یہ درج کر دینا ضروری ہے کہ آیا تپش منہ، بغل یا معاء مستقیم میں لی گئی ہے۔

وہ حالتیں جو ارتفاع تپش کو مستلزم ہیں

ارتفاع تپش (pyrexia)، تپ (fever)، حمی تعامل (febrile reaction)

کے ساتھ علاوہ ارتفاع تپش کے دوسرے بہت سے اختلالات واقع ہوتے ہیں۔
واقعہ یہ ہے کہ جب کبھی نہایت مختصر عرصہ سے زیادہ کے لئے تپش بلند ہو جاتی ہے تو جسم کے ہر فعل میں کم و بیش خلل واقع ہو جاتا ہے۔ یہ کہ یہ کم از کم جزءً بلند تپش کا بلا واسطہ نتیجہ ہے تجربہ کر کے دکھلایا جا سکتا ہے۔ لیکن تقریباً ان تمام صورتوں میں جن میں ارتفاع تپش مرض کی وجہ سے ہو جائے یہ جاننا ضروری ہے کہ جسم کے اندر سموم دوران کر رہے ہیں اور یہ کہ غالباً وہی ان کثیر التعداد حالات کا سبب ہیں جو پہلے صرف بلند تپش سے منسوب کئے جاتے تھے۔

جِلد چھونے سے گرم، اور کبھی شدت کے ساتھ گرم، اور عموماً خشک محسوس ہوتی ہے، مگر تر بھی ہو سکتی ہے، خصوصاً جبکہ تپش کم ہو رہی ہو۔ بعض امراض میں پسینے با فراط آتے ہیں، جو تپش کو کبھی تو محسوس طور پر اور کبھی بمشکل کسی قدر، گھٹا دیتے ہیں۔ ایسے پسینہ سے بعض اوقات عرقی دانوں (sudamina) یا جھینوں (miliaria) کا ثوران ہوجاتا ہے۔ جسم کی جلد کی رنگت عموماً طبعی ہوتی ہے، باستثنا اُس وقت کے جبکہ ایسے ثورانات (eruptions) موجود ہوں، جیسے کہ دُخنیہ (miliaria)، یا قرمزیہ (scarlatina)، کھسرا (measles)، یا ٹائفس (typhus)، اور دوسرے امراض کے نوعی طفحات (specific rashes)۔ لیکن چہرہ اکثر تمتما یا ہوا ہوتا ہے، خاصکر آغاز تپ میں۔ اکثر رخسار اور لب سُرخ ہوتے ہیں، اور چہرہ دوسری جگہ چھپکا۔ بعد میں خشل دوران خون کے ساتھ، چہرہ خوب ممتلی (congested) یا کبود (livid) ہوجاتا ہے اور اطراف بھی یہی تغیر ظاہر کرتے ہیں۔

نمشہ (petechiae) اور تحت الجلدی نزفات، جو ساری مرض کے خبیث ترین اقسام (چیچک، ٹائفس، کھسرا، قرمزیہ) میں واقع ہوتے ہیں، بلا شبہ عروق شعریہ کی دیواروں پر قیمتی سموم کے فعل کا نتیجہ ہیں۔

غذائی نظام۔ زبان پر میل کی تہ (فَرو = fur) جم جاتی ہے۔ عام طور پر ابتداءً یہ فرو سپید ہوتی ہے اور زبان ابتک تر ہوتی ہے۔ پھر زبان خشک ہو جاتی ہے، فرو کوروں اور نوک سے اُتر کر نیچے شوخ سرخ زبان ظاہر کر دیتی ہے بعد میں زبان نہایت خشک، کرخت (سخت)، میلے بھورے رنگ کی، سطح پر مشقوق

اور ریق (saliva) کے خشک باقیات، غدی افرازات، غذا اور گاہے خون سے (جسکے ساتھ سرخلیہ مخلوط ہوتا ہے) فطرآسا بالیدگیوں اور جراثیم سے، جن کو اعضائے مضغ کی مجہول حالت میں جمع ہو جانے کا موقع ملجاتا ہے، پیپڑائی ہوئی ہوتی ہے۔ اِس مرحلہ میں مسوڑے بھی ایسے ہی جماؤ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں، جس کو وسخ الاسنان (sordes) کہتے ہیں۔ عدم اشتہا (anorexia) تپ کی سب سے پہلی علامتوں میں سے ایک علامت ہے۔ کبھی متلی موجود ہوتی ہے اور تمام حالتوں میں ہاضمہ کمزور ہوتا ہے۔ آنتوں میں عموماً قبض موجود ہوتا ہے۔ طحال اکثر خفیف سی، اور بعض امراض میں بہت زیادہ، کلانی یافتہ اور الیم (tender) ہوتی ہے۔

دورانِ خون۔ قلب کا فعل تیز ہو جاتا ہے، پہلے اس میں تحریک ہوتی ہے اور پھر وہ نسبتہً کمزور پڑ جاتا ہے۔ نبض کی جولانی ۸۰ سے ۱۲۰ یا تا ایندتک پہنچ جاتی ہے۔ پہلے وہ ممتلی (full)، مُشرف (bounding) اور محکم (firm) ہوتی ہے، لیکن جلد ہی نسبتہً زیادہ لین (soft) اور ضربتینی (dicrotic) ہو جاتی ہے۔ نسبتہً بعد کے مرحلوں میں، جوں جوں قلب زیادہ کمزور ہوتا جاتا ہے، وہ تیز، نہایت صغیر (small)، آسانی ضغط پذیر (compressible)، دوان (running)، یا مُرفرف (flickering) ہو جاتی ہے۔ قلب کے فعل کے مترقی ضعف کے ساتھ پہلی آواز دھیمی یا غیر مسموع ہو جاتی ہے، اور صدمۃ القلب (heart-impulse) بھشکل سے باہر کے جانب محسوس کیا جا سکتا ہے، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ قلب متسع ہو رہا ہے۔

تنفس۔ یہ نبض اور تپش کی زیادتی کے تناسب سے تیز ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ فی دقیقہ تیس یا چالیس تک بڑھ جائے۔ جب مرض کچھ عرصہ تک جاری رہ چکتا ہے تو پھیپھڑوں کے قاعدوں میں امتلا (امتلا اورکودی (hypostatic) congestion) واقع ہو کر سینہ کے بالائی حصے کے سامنے کے تنفسی حرکات میں مبالغہ ہو جاتا ہے۔

گردے۔ جلد اور پھیپھڑوں کے ذریعہ سے آبی بخار کے نقصان کے باعث

تپ میں پیشاب کم ہوجاتا ہے اور اس کا بلاواسطہ نتیجہ یہ ہے کہ وہ گہرے رنگ کا ہوتا ہے اور ٹھنڈا ہوجانے پر اس میں یوریٹس (urates) کا خشتی سرخ رنگ کا ثفل (sediment) تہ نشین ہوجاتا ہے۔ شدید حموی عوارض میں البیومن کی خفیف مقداروں کا موجود ہونا بھی ممکن ہے۔

تحوّل۔ ارتفاع تپش پیدائش حرارت میں زیادتی، اور اس طرح جسمانی تحول میں بیشی پیدا کردیتا ہے۔ یہ اس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ تنفسی تبادلہ (respiratory exchange) (یعنے آکسیجن کے داخلہ اور CO_2 کے اخراج) میں زیادتی ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ جسمانی بافتوں کی لاغری اور اس کے ساتھ بول میں نائٹروجن کے اخراج کی زیادتی بھی ہو۔ یہ جزءً جسمانی خلیات پر سموم کے زہریلے فعل کے باعث ہوسکتی ہے، اگر غیر نائٹروجینی اغذیہ بالخصوص کاربو ہائیڈریٹس کی کافی مقداروں کے استعمال سے نائٹروجن کا نقصان بڑی حد تک روکا جاسکتا ہے۔ پھر جسم ان کو کام میں لاسکتا اور خود اپنے پروٹینز (proteins) کو بچا سکتا ہے۔ اگر غیر نائٹروجنی اغذیہ کافی میسر ہوں تو جسمانی تپش کی زیادتی سے جو ایک طبعی موضوع میں مصنوعی طور پر پیدا کی گئی ہو، جسمانی پروٹینز کی شکست و ریخت نہیں ہوتی (۴)۔

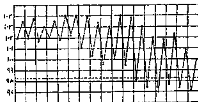
عصبی نظام۔ ارتفاع تپش کے آغاز میں دردسر عام ہے ایک گرانی کا احساس، سستی، یا غور کرنے یا کسی ذہنی سعی کرنے کا عدم میلان بھی ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد مریض صرف دماغی محنت ہی نہیں کرنا چاہتا بلکہ قوائے ذہنیہ سے کام بھی نہیں لے سکتا۔ اُس پر غنودگی طاری ہوجاتی ہے، اور جب اس کو نیند لگ جاتی ہے تو وہ بڑبڑانا شروع کردیتا ہے۔ بعد میں وہ دراصل سوئے بغیر ہذیان (delirium) سے متاثر ہوجاتا ہے، اور یہ ہذیان بڑبڑی (muttering) اور کبھی مانیائی (maniacal) ہوتا ہے، جس میں مریض بستر سے اٹھکر نکل جاتا ہے، اپنے تیمارداروں یا نرسوں کے ساتھ ہاتھاپائی کرنے لگتا، یا کھڑکی سے باہر کود پڑتا ہے۔ آخری درجوں میں اُس پر گہری بے ہوشی یا سُبات (coma) طاری ہوجاتا ہے۔ اس سُبات کے ابتدائی درجہ میں مریض اکثر اپنی انگلیوں سے کپڑے نوچنے، یا اپنے سامنے ہوا میں خیالی چیزوں کو پکڑنے لگتا ہے۔ نظام عضلی

21 کا اختلال عام جسمانی کمزوری لیتیاں یا جوارح کے رعشہ (tremor) سے جبکہ انہیں حرکت دی جائے، اور عضلات کے جھٹکوں (subsultus tendinum = نفض الاوتار) سے ظاہر ہوتا ہے، اور عضلۂ عاصرۃ المبرز (sphincter ani) کے استرخا سے پاخانہ خطا ہو جاتا ہے (incontinence of faeces)، اور حشائی احساسات کی کمی احتباس البول (retention of urine) اور شانہ کا خطرناک انتفاخ پیدا کر دیتی ہے۔

روزانہ تغیرات۔ تپ میں تپش روزانہ اتار چڑھاؤ ظاہر کرتی ہے، جو عموماً ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ تندرستی میں دیکھے جاتے ہیں، یعنے تپش صبح کو نسبتہً کم اور شام میں نسبتہً زیادہ ہوتی ہے۔ ادنیٰ ترین درجہ عام طور پر آدھی رات کے قریب یا دو بجے شب کو اور بلند ترین علی الصباح ۴ سے ۸ بجے تک پہنچتا ہے۔ کبھی اس کے برعکس ہوتا ہے اور تپش صبح اعلیٰ ترین اور شام کو ادنیٰ ترین درجہ کی ہوتی ہے (typus inversus = طرز معکوس)۔ نبض اور تنفس تپش کے ساتھ ساتھ زیادہ اور کم ہوتے ہیں اور مریض کی عام بے آرامی بھی اسی طرح سے متغیر ہوتی رہتی ہے۔

ارتفاع تپش کے اقسام۔ ارتفاع تپش جو کسی بیماری کے ساتھ ہوتا ہے یا خود مرض اسی پر مشتمل ہوتا ہے، تین قسموں میں سے ایک قسم کا ہو سکتا ہے: وہ **مسلسل** ہو سکتا ہے، یا **متفتر** (remittent) یا **متوقف** (intermittent) (تصویر 1)۔ مسلسل بخار وہ ہے جس میں تپش ہمیشہ طبعی درجہ سے اوپر ہو اور صبح اور شام کی تپشوں کے درمیان کے فرق ان تغیرات سے کبھی زیادہ نہیں بڑھتے جو تندرستی میں ہوتے ہیں، یعنے ڈیڑھ درجہ سے۔ تپ متفتر (remittent fever) میں بھی تپش ہمیشہ درجۂ طبعی سے اوپر رہتی ہے، لیکن فرق ۱½ درجے سے زائد ہوتے ہیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ صبح وہ دو یا تین درجہ گر جائے لیکن طبعی درجہ تک کبھی نہیں پہنچی۔ متوقف ارتفاع تپش (intermittent pyrexia) وہ ہے جس میں صبح کی تپش درجۂ طبعی یا اس سے نیچے تک گر جاتی ہے، لیکن شام کی زیادتی درجۂ طبعی سے دو، تین یا زائد درجہ اوپر ہوتی ہے۔ اس آخری قسم کو بعض اوقات

عادتی تپ (hectic fever) کہتے ہیں۔



تصویر نمبر ۱ ارتفاع تپش کے اقسام

بیماری کی بعض حالتوں میں ایک وقت تو ارتفاع تپش مسلسل کو دوسرے وقت منفتر (remittent) اور تیسرے وقت متوقف رو قفہ کے ساتھ (intermittent) ہوسکتا ہے جیسا کہ تپ معویہ (enteric fever) اور سل ریوی (phthisis) میں ہوتا ہے۔

ارتفاع تپش کا محرک تپ کی بہت سی حالتوں میں نہایت متعین مرض کا پتہ چل سکتا ہے، اور آغاز و انتہا بعض خصوصی مظاہر سے ممتاز ہوتے ہیں۔

تپ عموماً جاڑے کے احساس کے ساتھ شروع ہوتی ہے، یہ محض سردی کا ایک خفیف سا احساس ہوسکتا ہے، جس کی وجہ سے مریض آگ ڈھونڈھتا ہے، یا وہ کانپنے یا لرزنے لگتا ہے، اور بالآخر اُسے واضح قشعریرہ یا لرزہ (rigor) چڑھ آتا ہے۔ یہ لرزے کا حملہ ہوتا ہے، جس میں مریض کا سارا جسم کانپنے لگتا ہے، اُسکے دانت بجنے لگتے ہیں، اُسے شدت کے ساتھ جاڑا چڑھتا ہے، اُس کا چہرہ پچکا ہوا (pinched) اور ناک کان اور انگلیوں کے سرے کبود ہو جاتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو نظام عصبی کا سریری امتحان۔حرکی علامات)۔ لیکن گو سطح ٹھنڈی ہوتی ہے مگر اندرونی حصے گرم ہوتے ہیں اور تپش پیما سے ظاہر ہوگا کہ تپش ابتدا ہی سے برابر

ٹھہرتی ہے، یہ قشعریرہ یا لرزہ چند دقیقوں سے لیکر نصف یا ایک گھنٹہ یا زائد
تک رہ سکتا ہے۔ چھوٹے بچوں میں عموماً لرزہ نہیں پایا جاتا، بلکہ بجائے اسکے
کبھی کبھی تشنجات (convulsions) موجود ہوتے ہیں۔

تپ کا دوسرا درجہ اوج (fastigium) ہے، جس میں جلد گرم ہوتی ہے
اور متذکرۂ بالا مختلف مظاہر موجود ہوتے ہیں۔ 22

بعض تپوں میں تیسرے درجہ کے آغاز سے عین پہلے، تپش زیادہ ہو کر
اپنے درجۂ اتم یا بحران (acme) تک پہنچ جاتی ہے۔

تیسرا درجہ نزول تپش (defervescence) کا ہے، جو یا تو بحران
(crisis) یا تحلل (lysis) کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ بحران (crisis) میں تپش بارہ
سے چھتیس ۳۶ گھنٹے کے اندر گر کر بسرعت درجۂ طبعی تک پہنچ جاتی ہے۔ اُس کے
ساتھ کبھی بشدت پسینہ آتا ہے، اور کبھی اسہال ہوتا ہے (critical sweat or
diarrhoea = بحرانی تعرق یا اسہال)۔ تحلل (lysis) میں تپش نسبتۂ زیادہ تاخیر
کے ساتھ گرتی ہے، اور طبعی درجہ تک پہنچنے میں تین یا چار دن لیتی ہے۔

ارتفاع تپش کے بعد تپش چند دنوں تک عموماً درجۂ طبعی سے نیچے
(subnormal = تحت الطبعی) رہتی ہے، یعنے صبح ۹۶ یا ۹۷ درجہ، اور اسی وقت
سے زمانۂ نقاہت (convalescence) کا آغاز ہوتا ہے۔

قشعریرہ یا لرزہ (rigor)، اوج (fastigium) اور بحران (crisis)
ملیریا کی بعض قسموں میں تمثیلی طور پر واقع ہوتے ہیں اور پھر یہ سب چھ سے بارہ
گھنٹے کے عرصہ کے اندر ختم ہو جاتے ہیں۔

تپوں میں موت۔ یہ اولاً نظام عصبی پر سموم کی قشبیت کے فعل
سے اور اسکے تمام جسمانی افعال پر اثر انداز ہونے سے چند روز میں، یا نسبتۂ
زیادہ عرصہ تک سموم کا مسلسل عمل ہونے سے واقع ہوتی ہے۔ دوئم، صرف قلیل التعداد
مثالوں میں، شدید ارتفاع تپش (hyperpyrexia) سے، اگرچہ اُس وقت
جبکہ مریض دوسرے اسباب سے قریب المرگ ہو، تپش کا نہایت زیادہ
ہو جانا شاذ نہیں ہے۔ سوئم فشل قلب (cardiac failure) سے۔ چہارم

ریوی پیچیدگیوں سے۔

شدید تپ کی تقریباً تمام موتوں میں بعض تشریحی تبدیلیاں مشترک ہیں، جو غالباً بالخصوص جراثیمی سرایت کے باعث ہوتی ہیں سرخ جسیمات کم ہوجاتے ہیں اور سفید خلویت (leucocytosis) (یعنے سفید خلیات کی کثرت) عام ہے۔ پلیورا اور گرد قلبیہ (pericardium) کی مصلی جھلیوں کے نیچے چھوٹے چھوٹے نمشے (petechiæ) یا نزفات (hæmorrhages) پائے جاتے ہیں۔ ٹھوس احشا (جگر، طحال اور گردے) کلائی با فتہ اور نرم ہوتے ہیں، اور گردے اور جگر خردبین کے نیچے ورم سحابی (cloudy swelling) ظاہر کرتے ہیں، جسکے ساتھ اُن کے افرازی خلیوں میں کچھ ذراتی تغیر یا شحمی انحطاط نظر آتا ہے۔ شدید ارتفاع تپش میں مرکزی عصبی نظام کے خلیوں میں منتشر تکوین ہوتی ہے اور ذراتِ نسل غیر موجود ہوتے ہیں۔ سرگردوں کے قشرہ میں کے لیپائیڈز خارج ہوجاتے ہیں۔

عضلات نرم اور خستہ ہوسکتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ انحطاط ظاہر کریں جسے ابتداءً زینکر (Zenker) نے بیان کیا تھا اور جو اب ایک تَرَوُّ یعنی تخثر (coagulative necrosis) سمجھا جاتا ہے۔ اِس حالت میں عضلی ریشے ایک متجانس، بےرنگ، موم نما مادے میں تبدیل ہوجاتے ہیں، جو اُستوانے بناتا ہے جو پارہ پارہ ہوکر بالآخر ایک ذراتی بُرادہ (detritus) بنجاتے ہیں۔ اِس کے ساتھ کبھی کبھی نزف بھی واقع ہوتا ہے۔ یہ تغیر رانوں کے عضلاتِ مُبعِّدہ (abductors) میں، عضلاتِ شکمیہ مستقیمہ (recti abdominis) میں ڈایافرام (diaphragm) میں اور زبان کے عضلات میں نہایت عام ہے۔

ارتفاع تپش کا سبب۔ جسمانی تپش کا اس کے طبعی معیار پر قائم رہنا دو عاملات یعنے پیدائش حرارت یا تولید حرارت (thermogenesis) اور نقصان حرارت یا حرپاشیدگی (thermolysis) پر منحصر ہے۔ تپ کی حالت میں پیدائش حرارت زیادہ ہوتی ہے۔ ملیریائی قشعریرہ کے دوران میں پیدائش حرارت ۲۰۰ فیصدی بڑھتا پایا گیا ہے، لیکن نقصانِ حرارت وہی رہتا ہے۔ اِس عرصہ میں، جو شائد تقریباً ایک گھنٹہ ہوتا ہے، جسمانی تپش بڑھتی رہتی ہے۔ جب

ایک بلند درجۂ تپش قائم ہوجاتا ہے تو پیدائش حرارت کم ہوکر درجۂ طبعی سے تقریباً
۵۰ فیصدی اوپر رہ جاتی ہے، لیکن نقصانِ حرارت بڑھ جاتا ہے تاکہ توازن قائم
رہے۔ دوسری تپتوں میں، جنکے ساتھ لرزہ (قشعریرہ) نہیں ہوتا، ارتفاع تپش
کے دوران میں پیدائش حرارت اور نقصانِ حرارت دونوں بتدریج بڑھتے رہتے
ہیں، البتہ اول الذکر آخر الذکر کے نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ جب بلند درجہ کی تپش قائم
ہوجاتی ہے تو پیدائش حرارت کا انحصار درجۂ تپش پر ہوتا ہے اور تقریباً تمام تپوں
میں مماثل ہوتا ہے، یعنے ہر درجۂ فارن ہائٹ کے لئے ۱۲ فیصدی کی زیادتی ہوتی ہے۔
تعجب ہے کہ اس ارتفاع کی مقدار تقریباً وہی ہوتی ہے جو فی الزجاجہ (in vitro)
کیمیائی تعاملات کے ارتفاع کی مقدار ہے (۵)۔ تنظیم تپش مرکزی عصبی نظام
سے متعلق ہے، اگرچہ یہ اغلب ہے کہ کوئی منفرد خصوصی "منظم حرارت مرکز" موجود نہیں۔
حرارت کی پیدائش جسمانی احشاء اور بالخصوص کالبدی عضلات (skeletal muscles)
میں ہوتی ہے اور بعض حالتوں میں حرارت کی یہ بیش پیدائش مرکزی عصبی نظام سے
ان ساختوں کو جانے والے برآئندہ اعصاب کی اُس تحریک کے باعث ہوسکتی ہے،
جو یا تو اول الذکر کے ہیجان سے یا محیط سے پیدا ہونے والے معکوس ہیجان سے پیدا
ہوتی ہے۔ نقصانِ حرارت، جلد سے ۸۰ فیصدی کے برابر اشعاع (radiation) نقل
حرارت (convection of heat)، ایصال (conduction)۔ اور تبخیر
(evaporation) کے ذریعہ سے، اور تقریباً ۱۰ فیصدی کی حد تک پھیپھڑوں سے،
اور تقریباً ۲ فیصدی کی حد تک بول و براز سے واقع ہوتا ہے۔ متعلقہ عصبی آلہ
خاصکر و عاصر کی نظام ہے، جس کے ذریعہ سے دورانِ خون جلد میں سے ہوتا ہے۔
اگر جلد گرم ہوجائے تو عروق متسع ہوجاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ گرم خون
جسم کی سطح کو آجاتا ہے۔ پسینہ نقصانِ حرارت کو بافراط بڑھا دیتا ہے، بوجہ
اس تبخیر کے جو واقع ہوتی ہے۔ تیز بخار کے ساتھ تنفس تیز ہوجاتا ہے اور ریوی
سطح سے واقع ہونے والا نقصانِ حرارت اُسی تناسب سے بڑھ جاتا ہے۔

عموی حمیات کی گروہ بندی حسب ذیل کی گئی ہے: (۱) وہ امراض جو
عموی سرایت کے باعث ہوں، یعنے نوعی حمیات (specific fevers)؛ (۲) مقامی

23

التہاب کے باعث پیدا شدہ تپیں، جنھیں پہلے علاماتی حمیات (symptomatic fevers) کہتے تھے اور (۳) وہ تپیں جو عصبی نظام کے مقامی مرض سے پیدا ہوتی ہیں یا اس کے وظیفی خلل (functional failure) کے ساتھ متعلق ہوتی ہیں۔ آخرالذکر کو عصبانی حمیات (neurotic fevers) کہتے ہیں۔

اب پہلے تیسرے گروہ کو لیجئے۔ تجربہ سے اور مرضی حالتوں سے یہ ظاہر ہوگیا ہے کہ قشرِ دماغ (cortex cerebri) یا نواۃ ذنبی (nucleus caudatus) یا ان ریشوں کو جو وہاں سے نکلکر عضلات کو جاتے ہیں ماؤف کرنے والے اضرار کے بعد نمایاں قسم کا ارتفاعِ تپش واقع ہوسکتا ہے۔ مثلاً یہ کبھی کبھی دماغی نزف (cerebral hæmorrhage) دماغی سلعہ (cerebral tumour) اور التہاب سحایہ (meningitis) کی حالتوں میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ ارتفاعِ تپش کمتر مسلسل ہوتا ہے مگر مغالطہ کا یہ باعث ہے بلندئ تپش زیادہ تر دیکھی جاتی ہے۔ وہ بلند تپشیں جو محیطی خراش مثلاً سنگہائے مرارہ (gall-stones) کے گذرنے، سے پیدا ہوتی ہیں درآرندہ اعصاب کی وساطت سے انھیں مرکزوں کے ہیجان سے اور وہیں عمل کرنے والے فعل منعکس سے منسوب کیجاسکتی ہیں۔

نخاع کے مرض یا چوٹ کی حالتوں میں مرضیوں میں بے انتہا بلند یا بے انتہا کم تپش کا پیدا ہوجانا ممکن ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جسم دماغ کے اندر کے منظم مرکزوں سے منقطع ہوکر کسی حد تک ایک سرد خون والے (cold-blooded) حیوان سے مشابہت رکھتا ہے۔ اگر گرم پانی کی بوتلوں اور کمبلوں کی موجودگی کی وجہ سے تپش بلند ہوجائے تو تحوّل زیادہ ہوجاتا ہے۔ اور تپش جس قدر بلند ہوتی ہے اسی قدر تحوّل زیادہ ہوتا ہے ایک دائرۂ فاسدہ قایم ہوجاتا ہے کیونکہ نقصانِ حرارت میں کوئی معکوس زیادتی نہیں ہوتی۔ اسی طرح اگر جسم بہت زیادہ سرد ہوجائے تو تحوّل کم ہوجاتا ہے اور جسم اس کی وجہ سے تدریجاً سرد تر ہوتا جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ماحول کی تپش کی باحتیاط تنظیم نہایت اہم ہے۔

اور کبھی دوسرے عموی اختلالات ہیں جنکا نہ تو کوئی مقامی سبب پایا جاسکتا ہے، نہ مندرجۂ ذیل گروہوں کے ساتھ کوئی تلازم یہ عام طور پر وظیفی

(functional) ہسٹریائی (hysterical) یا عصبیاتی (neurotic) سمجھے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ دماغ کے اندر کے مرکزوں میں تغیرات واقع ہوجانے کے باعث ہوں۔ علاوہ ازیں اس کے کہ ان کی مُدّت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے، یہ اکثر تپ کے ممتاز اختلالات (مثلاً عدم اشتہا، فرو آلود زبان، اور لاغری) کے بغیر واقع ہوتے ہیں۔

نوعی بخاروں کا انحصار، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، جسم کے اندر جراثیم یا دقیق عضویوں کے داخلہ پر ہوتا ہے، جو خون یا بافتوں کے اندر تعداد میں بڑھ جاتے ہیں۔ اور ارتفاع تپش کو دماغ پر جراثیمی سموم کے عمل واثر کے باعث سمجھنا چاہئے۔ بعض دوسرے نباتی اور حیوانی زہر بھی جسمانی تپش میں تغیرات پیدا کر دیتے ہیں۔ وہ ارتفاع تپش جو مقامی التہاب کے ساتھ متلازم ہو (علاماتی بخار) بلاشبہ متعلقہ دقیق عضویوں (اسٹریپٹوکاکائی، اسٹیفلوکاکائی) کے سموم کے انجذاب کے باعث ہوتا ہے۔

طویل ارتفاع تپش ۔اگرچہ ہم تسلیم کرتے ہیں کہ ارتفاع تپش بیشتر اس سرایت کے باعث ہوتا ہے جس کے ساتھ وہ متلازم ہے اور اسی واسطے وہ چند گھنٹوں سے لیکر کئی ہفتوں تک ہو سکتا ہے، تاہم یہاں اُن امراض کا بیان کرنا مناسب ہے، جو نہایت عام طور پر ایسے ارتفاع تپش کے مُسبّب پائے جاتے ہیں، جو کئی ہفتوں یا مہینوں تک طول کھینچتا ہے۔ یہ حسب ذیل ہیں:۔ تپ محرقہ اور محرقہ نما (پیرا ٹائیفائیڈ) الحمیٰ بحر روم (میلیٹنسس ففیور)، ملیریائی تپ، تدرّن، عفونت الدم، جرثومہ بولیت (bacilluria) خبیث التہاب بطانۂ قلب (malignant endocarditis)، متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) بیض دمویت (leukæmia)۔ مندرجۂ ذیل حالتیں نسبتۃً کم عام ہیں:۔ آتشک (syphilis)، کبدیت جگر (cirrhosis of the liver) مرض ہاجکن (Hodgkin's disease)، اور سلعات خبیثہ (malignant tumours)۔

تحت الطبعی تپش (subnormal temperatures)۔ غیر طبعی

24

ادنیٰ تپشوں کا موضوع ارتفاعِ تپش کی بحث سے مناسب طور پر جدا نہیں کیا جا سکتا' اور تحت الطبعی تپشوں کے اسباب کی مندرجۂ ذیل فہرست' جو جانسین (Janssen) نے درج کی ہے، مفید ثابت ہوگی: (۱) جسم سے حرارت کا بالواسطہ اخراج، جیسے کہ بے ہوش یا شراب پیئے ہوئے اشخاص کے نہایت سرد ہوائی کمروں میں تکشف کی حالتیں، یا نہایت سرد پانی میں پڑے رہنے کی حالتیں۔ (۲) جسم سے سیال کی بڑی مقداروں کا نکل جانا، جیسے کہ اسہال، ہیضہ، التہابِ امعا (enteritis)' یا شدید نزف۔ (۳) ضعف (cachexia) اور خواء (inanition) کی حالتیں، جیسے کہ مجریٰ غذا کے مختلف حصوں کا سرطانی سلعہ (carcinoma)۔ شدید ذیابیطس، مُتلف عدم دمویت، حموی امراض کی نقیہیت، اور بہت سے مزمن ذہنی امراض۔ (۴) دورانِ خون سے تعلق رکھنے والے خطرناک اختلالات، مثلاً فشلِ قلب (cardiac failure) اور تنفسی راہوں کی تنگی (stenosis)۔ (۵) مرکزی عصبی نظام کے مختلف امراض، دماغی نزف اور سدادیت (embolism) کا وقوع، دماغی رسولیوں کی بعض حالتیں اور عمومی شللِ مجانین (general paralysis of the insane)۔ (۶) حسّی اعصاب کی تراش جیسے کہ معوی تخنیق (intestinal strangulation)' معوی انثقابات (intestinal perforations) اور اعمالِ جراحیہ میں۔ (۷) وسیع جلدی امراض، مثلاً عمومی اکزما (eczema) اور وسیع حرقات (burns)۔ (۸) تپوں کے بعد جبکہ تپش طویل عرصہ تک طبعی درجہ سے نیچے رہ سکتی ہے، یا تقیح الدم (pyæmia) کے دوران میں۔ (۹) فاسفورس، آیوڈوفیم، مارفین، کاربولک ایسڈ اور الکحل سے سمومیت۔ بول دمویت (uræmia) اور ذیابیطسی کوما (diabetic coma)۔

اُن امراض کا عام علاج جن میں ارتفاعِ تپش ہوتا ہے:-

ہر مخصوص حالت کا علاج کم و بیش اُس کے سبب پر منحصر ہوگا، لیکن عام اصولِ علاج حسبِ ذیل ہیں:- مریض کو بستر میں آرام کرنا چاہئیے، ایسے کمرے کے اندر جس کی ترویح کامل ہو اور جس میں سے تمام آئینے، جاذبِ توجہ تصویریں، یا دوسری ایسی

چیزیں، جو اسے ہذیان ہونے کی حالت میں تحریک و ہیجان پہنچانے کا امکان رکھتی ہوں، علیٰحدہ کر دی گئی ہوں۔ اُس کی نگرانی شبانہ روز، بہتر تو یہ ہے کہ ایک تربیت یافتہ ممرضہ (trained nurse) کے ذریعہ کی جائے، اور اسے نہایت صاف رکھنا چاہیئے۔ اُسے ٹھنڈا رکھنا چاہیئے، اور اگر تپ بہت زیادہ ہو تو اس کے کپڑے کم کر دئے جائیں۔ اس طریقہ سے کبھی کبھی تپش نمایاں طور پر کم کی جا سکتی ہے، اور اس نکتہ کو اور بھی زیادہ یاد رکھنا چاہیئے کیونکہ مریض کے دوستوں کا رجحان اُس پر کپڑے لادنے کا ہوتا ہے تاکہ اسے "سردی نہ لگنے پائے"۔ لیکن اطراف کی بہ احتیاط نگرانی کرنی چاہیئے اور اگر ضرورت ہو تو اُنہیں خاص طور پر ڈھانک دینا چاہیئے۔

آج کل اُس غذا کو، جس کی مریض کو اجازت دی جاتی ہے، محدود کرنے کا اتنا رجحان نہیں ہے جتنا پہلے تھا۔ ارتفاع تپش زیادتی تحوّل کو مستلزم ہے، چنانچہ اگر ارتفاع تپش طویل عرصہ تک جاری رہا ہو تو ایک بالغ کو ۔ ۔ ۔ ۔ ۲ حرارے (calories) یا اس سے زائد کی اجازت دی جا سکتی ہے۔ یہ ضروری ہے کہ غذا زود ہضم اور مریض کی پسند کے مطابق ہو۔ دودھ (دن بھر میں ۲ یا ۳ پائنٹ) غذا کا اہم عنصر ہوگا، اور لیکٹوز (lactose) یا خلاصۂ مالٹ (malt extract) بھی شامل کیا جا سکتا ہے، تاکہ حراری قیمت بڑھ جائے۔ اُن حالتوں میں، جن میں دودھ ناموافق ہو یا معدہ میں گرانی کا احساس پیدا کر دے یا نکل جائے، اُس میں اُسکے حجم کی نصف یا مساوی مقدار میں آش جو (barley water) یا سوڈا واٹر ملا دیا جائے یا اسے ذرا اور لائکر پینکریاٹیکس (liquor pancreaticus) کے ساتھ گرم کرکے پیپٹون زدہ (peptonised) یا پہلے سے ہضم شدہ (predigested) بنا لیا جائے۔ آراروٹ، مکی کا آٹا (cornflour)، بلانمانژ (ایک قسم کی جیلی، (blanc-mange)، کسٹرڈ (custards)، دودھ کی پڈنگ (milk-puddings)، مسکہ روٹی کی اجازت دی جائے اور اگر مریض گوارا کر سکے تو مچھلی اور چوزے کا قیمہ بھی دیا جائے۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ بیف ٹی (beef-tea)، گوشت کا شوربہ (muttonbroth)، چوزے کا شوربہ (chicken-broth)، اور بچھڑے کے گوشت کی یخنی (veal broth)، اگرچہ یہ بھوک کو تیز کرنے میں بہت عمدہ عمل کرتے ہیں،

عملاً بحیثیت غذا کوئی قیمت نہیں رکھتے۔

سر پر برف کی تھیلی لگانا اکثر مفید ہوتا ہے، خاصکر جبکہ درد سر ایک نمایاں علامت ہو۔

صفائی دہن کے طرف بار بار توجہ ضروری ہے، کیونکہ اُس میں افرازات اور وسخ الاسنان (sordes) کے اجتماع کے بعد التہابِ نکفیہ (parotitis) اور دوسری پیچیدگیاں پیدا ہو جانے کا اِمکان ہے۔ غذا کے بعد ہر بار، یا اِفرازات کے لحاظ سے اِس سے بھی زائد بار، مُنہ کو کسی دافع عفونت محلول، جیسے کہ پانی میں بنائے ہوئے تھائمال (thymol) کے محلول یا ۲ فیصدی محلولِ بورک ایسڈ سے دھوکر صاف کر دینا چاہئے۔

جب تسمم الدم (toxæmia) کی شدت ایک خاص نقطہ پر پہنچ جائے اور مریض کے عضوی احساسات سُست پڑ جائیں، تو احتباسِ بول کے حفظ ماتقدم کے خیال سے مثانہ کی بہ احتیاط نگہداشت کرنی چاہئے۔ قرع (percussion) سے عانہ پر پُری (fulness) اور اصمیت (dulness) بھرے ہوئے مثانہ کی امارات ہیں، اور بعض تیمارداروں کے اِس بیان کو کہ مریض کو پیشاب آ تا رہا ہے اِحرام کے ثبوت کے طور پر نہیں منظور کر لینا چاہئے کہ احتباسِ بول نہیں ہو رہا ہے۔ پیشاب کی خفیف مقداروں کا بار بار بے اختیار خارج ہو جانا درحقیقت اِس کا نتیجہ ہے کہ مثانہ پہلے سے خوب پھولا ہوا ہے، بلکہ اگر ترس کی استدعا پر مریض پیشاب کی بڑی بڑی مقداریں خارج کر چکا ہو تو بھی ممکن ہے کہ اُس کے مثانہ کے اندر ایک پائنٹ یا اِس سے بھی زیادہ مقدار باقی رہ جائے، جو دستی امتحان (manual examination) سے ظاہر ہو جائے گی۔ ایسی صورت میں جبتک کہ یہ علامِ استعداد باقی رہے قاثاطیر (catheter) کا اِستعمال روزانہ دو بار کرنا چاہئے۔

ارتفاعِ تپش کی بعض حالتوں میں تپش کا تدارک براہ راست اُن طریقوں سے کیا جاتا ہے جن کو دافع تپ (antipyretic) کہتے ہیں۔ (لیکن) یہ صاف صاف سمجھ لینا چاہئے کہ ایسے علاج سے بیماری کی مدت کم نہیں ہوگی، نیز یہ کہ بہت سی بیماریوں میں تپش خود بخود چند گھنٹوں میں کم ہو جاتی ہے، یعنی علی الصباح۔

نیز یہ کہ معتدل آب و ہواؤں میں نہایت شاذ ہی، باستثنائے رثیمتی شدید ارتفاع تپش (rheumatic hyperpyrexia =) اس کا کوئی خطرہ ہوتا ہے کہ تپش ایسی بلندی کو پہنچے گی کہ جو براہ راست ہلاک ہو سکے۔ اور یہ کہ اگر تپش کو مصنوعی وسایل سے بہت زیادہ گھٹا دیا جائے تو طبیب مرمرض کے متعلق تپش سے قطعی طور پر صحیح اندازہ نہیں لگا سکتا اور سب سے زیادہ اہم یہ ہے کہ ارتفاع تپش کو جسم کے ایک مدافعتی میکانیہ کے طور پر سمجھنا چاہئے جو سرایت رساں دقیق عضویوں کے مقابلے کے لئے ہے لہذا اُس میں بلا احتیاط دنارل مزاحمت نہیں کرنی چاہئے۔ لیکن اکثر ایسے علاج سے اُس وقت کے لئے جبکہ ہر متواتر خوراک یا اطلاقیہ عمل کر رہا ہو مریض کو زیادہ آرام محسوس ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بعض امراض میں احشار کو نقصان پہنچنے کا خطرہ کم ہو جائے۔

دافع تپ طریقے تین گروہوں میں تقسیم کئے جا سکتے ہیں:-

نسبتہً ہلکے مبرّدات (milder refrigerants) یعنی معمولی مالحات (saline remedies) ’سائٹریٹ آف پوٹاسیم‘ (citrate of potassium) ایسیٹیٹ آف امونیم (acetate of ammonium) مخفّف ترشے (dilute acids) ہیں جو پہلے ہر تپ میں دئے جاتے تھے مگر بہت کم اثر رکھتے ہیں۔

نسبتہً قوی تر دافع تپ (antipyretic) **ادویہ**۔ زمانۂ موجودہ میں یہ اور یہ اپنے خالص دافع تپ فعل کے لئے بہت کم استعمال کئے جاتے ہیں۔ اگر ان میں سے کوئی ایک منفرد خوراک میں کسی ایسے مریض کو دیا جائے جس کی تپش ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ ہو، تو تپش دو یا تین گھنٹوں کے اندر کم ہو کر طبعی بلکہ اُس سے بھی نیچے چلی جاتی ہے، لیکن وہ پھر سات آٹھ گھنٹوں میں زیادہ ہو کر ایسی بلندی کو پہنچ جاتی ہے، جو اُس بلندی سے چنداں مختلف نہیں ہوتی جو دافع تپ دوا نہ دینے کی صورت میں پہنچ جاتی۔ مندرجۂ ذیل ادویہ اکثر کام میں لائے گئے ہیں:- کونین سلفیٹ (quinine sulphate) ۲۰ سے ۳۰ گرین

تک۔ سیلیسین (salicin) ۳۰ گرین سیلی سلک ایسڈ (salicylic acid) ۲۰ گرین
اینٹی پائرن (antipyrin) (phenazone) ۱۵ گرین، اینٹی فیبرن (antifebrin)
(acetanilide) ۵ سے ۱۰ گرین تک فینا سٹین (phenacetin) ۵ سے ۱۵ گرین تک۔ آخرالذکر تین
دوائیں اپنے دافع تپ عمل میں نہایت یقینی ہیں لیکن مذکورہ حد سے متجاوز مقدار
میں یہ دوائیں بالخصوص آخری دو زرراق (cyanosis) اور ہبوط (collapse)
پیدا کر دینے کا رجحان رکھتی ہیں۔

برودت کا بیرونی استعمال۔ یہ کئی طریقوں سے کیا جاسکتا ہے:۔

غسل بارد (ٹھنڈا غسل)، لفِ مبتل (wet pack) یعنی ٹھنڈے کپڑے میں
لپیٹنا، اسفنج کرنا (sponging)، برف لگانا، لیٹر کی نلیاں (Leiter's coils or
tubes)۔ اگرچہ یہ دواؤں کے استعمال کی نسبت زیادہ دقت طلب ہے۔ مگر اس کا
استعمال زیادہ بہتر طور پر قبضہ میں رکھا جاسکتا ہے اور اس میں مریض کو نقصان
پہنچنے کا خطرہ بھی کم ہوتا ہے۔

غسل بارد۔ سرد غسل بہ تپ محرقہ کے علاج میں بہت مستعمل ہے۔ تپش
ہر تیسرے گھنٹے دیکھی جاتی ہے اور جب کبھی ان وقتاً فوقتاً مشاہدات میں سے
کسی ایک میں ۱۰۲ درجہ فارن ہائٹ یا اس سے زیادہ پائی جاتی ہے تو مریض
کو ۷۰ درجہ فارن ہائٹ والے مغسل (bath) میں بٹھلا دیا جاتا ہے جس میں وہ دس
یا پندرہ منٹ تک، بہ لحاظ اس اثر کے جو اس پر ہو، ٹھہرتا ہے پھر اسے مغسل سے
نکالکر، آہستہ سے خشک کر کے دوبارہ بستر میں لٹا دیا جاتا ہے۔ اب عموماً تپش
۹۸، ۹۹ درجہ تک گری ہوئی بلکہ اس سے بھی کم پائی جائے گی۔ اس طریقہ میں
ترمیمات کی گنجایش ہے۔ مشاہداتِ تپش نسبتاً کم مرتبہ کئے جاسکتے ہیں۔ مغسل
کا استعمال صرف اسی وقت کیا جائے جب جسمانی حرارت ۵، ۱۰۲، یا ۱۰۳،
یا ۵، ۱۰۳ درجہ پر ہو، اور غسل کی تپش ۹۰ درجہ تک کم اور ۸۰ یا ۹۰ درجہ تک
زیادہ ہو۔ بعض اوقات مریض کو ۹۰ درجہ کی تپش والے مغسل میں رکھدیا جاتا ہے
اور پھر اس میں برف داخل کر کے حرارت کو ۸۰ یا ۷۰ درجہ تک نیچے لاتے ہیں۔

یہ ظاہر ہے کہ غُسلوں کی تعداد جس قدر زیادہ اور ان کی تپش جسقدر کم ہوگی، اُسی قدر اُن کا اثر اوسط جسمانی حرارت (mean body heat) پر زیادہ تر ہوگا۔ مسلسل تغریق (continuous immersion) بھی کامیابی کے ساتھ استعمال کی گئی ہے۔

لَفِ مبتل (wet pack)۔ ایک چادر برف جیسے سرد پانی میں بھگو کر نچوڑ لی جاتی ہے اور اُسے دس یا پندرہ منٹ کے لئے مریض پر لپیٹ دیا جاتا ہے، اس کا استعمال جسمانی تپش کی انخیں حالتوں میں کیا جاتا ہے، جنکی ہدایت غُسل کے لئے کی گئی ہے۔

اسفنج پھیرنا (sponging)۔ بدن کو برہنہ کرکے اُس پر سات سے دس یا پندرہ منٹ تک سرد یا برف جیسا سرد پانی اسفنج سے پھیرا جاتا ہے۔ یہ طریقہ عموماً اُتنا کارگر نہیں ہوتا جتنے کہ پہلے دو طریقے۔ تپش عام طور پر ڈیڑھ سے دو درجہ تک گر جاتی ہے۔

برف کی تھیلیاں۔ یہ سینہ یا شکم پر مختلف عرصوں کے لئے رکھی، یا ایک جُھولے کے اندر مریض کے اوپر لٹکائی جاسکتی ہیں۔

مُہیّجات (stimulants)۔ تمام محموی امراض میں ایک درجہ ایسا پیش آسکتا ہے جبکہ قلب کا فعل اور عصبی نظام اِس قدر شدت کے ساتھ متاثر ہو جاتے ہیں کہ کسی نہ کسی قسم کا مصنوعی تہیّج ضروری ہوتا ہے۔ لیکن اگرچہ ایسے درجہ کو ظاہر کرنے والے علامات عموماً ارتفاعِ تپش کے تناسب کے لحاظ سے شدید ہوتے ہیں، تاہم وہ خود تپ کے باعث اتنے نہیں ہوتے جتنے کہ اُن سموم کے باعث جو خون میں دَوران کرتے رہتے اور بذاتِ خود ارتفاعِ تپش کا سبب ہیں۔

ایسے تشلُّلِ قلب اور عصبی انبطاح (nervous prostration) کے نتائج حسب ذیل ہیں:۔ نبض تیز اور کمزور، قلب کی پہلی آواز غیر مسموع اور اُس کا فعل بے قاعدہ، ازرَاق (cyanosis)، پھیپھڑوں کے قاعدوں میں استلاءِ دموی اور تہیّج (اُذیما)، زبان خشک اور مرتعش عضلی رعشہ (muscular tremor) بے خوابی اور ہذیان۔

تہییج کا سادہ ترین طریقہ، جو عرصہ سے رائج ہے، برانڈی یا وسکی کی شکل میں الکحل کا استعمال ہے اسکی مقدار چوبیس گھنٹوں میں ۲ سے ۶ یا ۸ اونس تک ہو سکتی ہے۔ لیکن زیادہ مقداریں بہت دنوں تک جاری نہیں رکھنی چاہئیں، اور خاصکر طویل بیماریوں، جیسے کہ تپ محرقہ، میں اس کے اثرات پر احتیاط کے ساتھ نگاہ رکھنی چاہئے کیونکہ بہت زیادہ مقدار نبض کی تیزی اور غنودہ بربری ہذیان (drowsy muttering delirium) کو جاری رکھے گی، جس سے بعینہٖ اسی حالت کا دھوکا ہوگا جسکے (علاج کے) لئے وہ ابتداً دی گئی تھی۔ اگر ہذیان ماینائی شکل اختیار کرلے تو الکحل سے اس میں زیادتی ہونیکا بہت امکان ہے۔

نسبتہً حال ہی کے زمانہ میں تہییج کے دوسرے طریقے پسند کرتے کا بڑھتا ہوا رجحان رہا ہے، جنھیں اکثر کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جا سکتا ہے، ایسے طریقے درج ذیل ہیں:۔ لائکر اسٹرکنائنی (liquor strychuinæ) کا تحت الجلدی انشراب ۲، ۳، یا ۴ قطروں کی مقدار میں دن میں دوبار یا حسب ضرورت زیادہ بار۔ ٹینچر آف ڈیجیٹالس (tincture of digitalis) کا داخلی استعمال، ۱۵ یا ۲۰ قطروں کی مقداروں میں، دن میں تین بار۔ کیفین اور سوڈیم سیلی سی لیٹ (caffein and sodium salicylate) کے یا کیفین اور سوڈیم بنز وایٹ (caffein and sodium benzoate) کے دو ہرے نمک کا درون عضلی انشراب بالغ کے لئے ۵ گرین کی مقدار میں کافور (camphor) کا درون عضلی انشراب، ۱۰ یا ۱۵ یا ۲۰ فیصدی طاقت کے محلول کا جو روغن زیتون (یا روغن گنجد) میں تیار کیا گیا ہو۔ کافور کی مقدار ایک بالغ کے لئے ۳ سے ۵ گرین ہے۔ ایڈری نالین (adernalin) کا درون عضلی انشراب۔ بہرحال ہر مقدار کا نتیجہ یہ رہنمائی کرے گا کہ دوسری مقدار کس وقت دی جائے۔

ضربۃ الحرارت (لُو لگنا)

(HEAT STROKE)

[ضربت الشمس (sunstroke)، سکتۂ حراری (heat apoplexy)، تپ حراری (thermic fever)]

معتدل آب و ہواؤں میں غیر معمولی موسم گرما کے مختصر عرصوں میں بعض اشخاص میں، بالخصوص اُن میں جن کی صحت پہلے سے خراب ہو، چند علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں، جن کو عام طور پر حراری خستگی (heat-exhaustion) کہتے ہیں۔ مریض کو غشی (faintness)، دُوار (vertigo)، متلی یا قے کی شکایت ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ بعض اوقات اُس پر بے ہوشی بھی طاری ہو جائے۔ نبض تیز اور خیطی (thready) اور تنفس غیر عمیق (shallow) ہوتا ہے۔ جسمانی تپش طبعی درجہ سے کم یا نہایت کم بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ عموماً اگر مریض کو ٹھنڈی جگہ رکھکر اُس کے سر اور گردن پر ٹھنڈا پانی چھڑک کر تبرید پہنچایا جائے تو یہ علامتیں دور ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات بوڑھوں اور کمزوروں میں فشلِ قلب سے موت واقع ہو سکتی ہے۔

لیکن مداریتی ملکوں میں گرمی کے اثرات خود کو نسبتہً بہت زیادہ شدید علامتوں کی صورت میں ظاہر کر سکتے ہیں، جنکو ضربتہ الحرارت (heat-stroke) یا لُو لگنا کہتے ہیں۔ آفتاب کی شعاعوں میں تکشف ضربتہ الحرارت پیدا کر دیگا، بالخصوص اگر سر یا گردن کی پُشت (گُدّی) کھلی ہوئی ہو۔ لیکن دھوپ میں بلا واسطہ تکشف ہوئے بغیر بھی ضربتہ الحرارت کا پیدا ہو جانا ممکن ہے ہر شخص جس پر بلند ہوائی تپش کا اثر پڑے ضربتہ الحرارت میں مبتلا ہو سکتا ہے بالخصوص جبکہ وہ کسی دوسرے مرض میں پہلے ہی سے مبتلا ہو۔ جبتک کہ بیرونی تپش تقریباً ۱۱۰ درجہ فارن ہائٹ نہ چڑھ جائے یہ مرض شاذ ہوتا ہے اور زیادہ تر اُسوقت

27

ہوتا ہے جبکہ ہوا کی مرطوبیت (humidity) زیادہ ہو۔
ضربۃ الشمس (sunstroke) کی اصطلاح اکثر اس اثر کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے جو خیال کیا جاتا ہے کہ آفتاب کی کیمیائی شعاعوں (actinic rays) میں منکشف ہونے سے پیدا ہو جاتا ہے، علاوہ جسمانی تپش کے ارتفاع کے لیکن شہادت اس خیال کے خلاف ہے۔

بحث اسباب۔ ضربۃ الحرارت کے اسباب معدّہ میں سے اہم ترین بلا شبہ طبعی فعلیاتی وظائف کا وہ اختلال ہے، جو ملیریا، التہاب امعاء یا دوسرے امراض سے پیدا ہو گیا ہو۔ جب موسم گرم ہوتا ہے تو وہ مریض جو کسی ایسی ہی شکایت کے باعث پہلے سے شفاخانہ میں ہوں اکثر ضربۃ الحرارت میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔
اسباب معدّہ میں بہ لحاظ اہمیت اس کے بعد دوسرا سبب **سمیّت الکحول** یا الکحولیت (alcoholism) ہے، بالخصوص اگر روح شراب (spirits) کا استعمال دن کی گرمی میں کیا جائے۔ قبض بھی بیشتر اوقات ضربۃ الحرارت کا پیش رَو ہوتا ہے۔ بھاری لباس یا تنگ اور چست کپڑے، زیادتی محنت اور تکان بھی اہم حالات معدّہ میں سے ہیں۔

تشریحی تغیرات۔ حراری خستگی (heat exhausion) کے باعث واقع ہونے والی سریع موت کی حالتوں میں نہایت کم تغیر دیکھا جاتا ہے۔ اُس قسم میں جس میں شدید ارتفاع تپش ہو (hyperpyrexial variety) خون سیّال رہتا ہے، بایاں بطین اپنی مایوسین (myosin) کی ترویب کی وجہ سے منقبض اور دایاں بطین متسع ہوتا ہے، پھیپھڑے نہایت محتقن ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی پلیورا کے نیچے نزف ہوتا ہے، دماغی سحایا ممتلی ہوتے ہیں، اور دماغ کے سفید مادہ میں نزفات موجود ہوتے ہیں۔ عصبی خلیات ترویبی تنخّر (coagulative necrosis) ظاہر کرتے ہیں جنھیں اجسام نسل (Nissl bodies) غیر موجود اور نواتے متورم ہوتے ہیں اور اُن کی کروماتین پاشیدہ ہوتی ہے۔

امراضیات۔ بلند بیرونی تپش، ایسے شخص پر عمل کر کے جسکے طبیعی

فعلیاتی وظائف مرض کی وجہ سے مختل ہو چکے ہوں، میکانیہ تنظیم حرارت میں عارضی انہدام پیدا کر دیتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جسمانی تپش بلند ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے۔ جب یہ واقع ہو تو تحول بڑھ جاتا ہے اور ایک دائرۂ فاسدہ قائم ہو جاتا ہے، یہاں تک کہ تپش زندگی کے لئے متناقض ہو جاتی ہے۔ تجربۃً دکھلایا گیا ہے کہ ۱۰۸ درجہ فارن ہائٹ کی تپش پر عصبی نظام کی نیوروگلابولین (neuroglobulin) کی بہ سرعت ترویب ہو جاتی ہے۔

لیکن بعض ماہرین کا خیال ہے کہ صرف کرۂ ہوائی کی بلند تپش ضربۃ الحرارت پیدا کرنے کے لئے کافی نہیں ہے۔ وہ تپش کو غالباً کسی ایسے نامعلوم عضویہ کی تو عی سرایت کا نتیجہ خیال کرتے ہیں، جو اپنے نمو کے لئے کرۂ ہوائی کی بلند تپش کا محتاج ہوتا ہے۔ ایسا کوئی عضویہ ابتک علیحدہ نہیں کیا گیا ہے اور یہ نظریہ بالخصوص اُن دلائل پر مبنی ہے جو اس مرض کی وبائیات (epidemiology) سے ماخوذ ہیں۔

علامات۔ ابتداءً عموماً ناگہانی ہوتی ہے۔ مریض بے چینی، دورانِ سر اور ٹہر کی کی شکایت محسوس کرتا ہے اور ممکن ہے کہ اُسے متلی یا قے بھی ہو۔ اُسے اکثر بار بار پیشاب آتا ہے اور پسینہ کم آتا ہے یا بالکل موقوف ہو جاتا ہے۔ اس مرحلہ میں مستقیمی تپش بڑھتی جاتی ہے۔ ان علاماتِ منذرہ (premonitory symptoms) کے بعد بہت جلدی مریض بیہوش ہو جاتا ہے، جسکے ساتھ سانس مشقت طلب (laboured) اور شخیری (stertorous) اور نبض تیز ہوتی ہے۔ جلد بالکل خشک اور چھونے سے گرم معلوم ہوتی ہے۔ چہرہ تمتما یا دکھائی دیتا ہے یا اُس میں نمایاں ازراق (cyanosis) ہو سکتا ہے۔ شدید تشنج (convulsions) بار بار ہوتے ہیں جنکے ساتھ بول و براز خطا ہو جاتا ہے۔ اس درجہ میں مستقیمی تپش کی جولانی ۱۰۸ سے ۱۱۲ درجہ فارن ہائٹ تک ہو سکتی ہے۔ اگر مریض کو بلا علاج کئے چھوڑ دیا جائے تو اُس کی نبض بتدریج کمزور ہو جاتی ہے اور تنفس کا فشل (respiratory failure) ہو کر وہ کوما (coma) کی حالت میں مر جاتا ہے۔ لیکن اس کے برعکس اگر مندرجۂ ذیل طریقوں سے اُس کی تپش گھٹائی جائے تو ایک گھنٹہ یا اس سے کم کے اندر اُسے دوبارہ ہوش آ جاتا ہے۔

اور اگر تپش چند روز تک کسی قدر بڑھی ہوئی رہتی ہے تاہم تقیبت بتدریج قائم ہو جاتی ہے مسلسل دردیا ئے سر کا کئی ہوائی کی بلند تپش کی بڑھی ہوئی حساسیت، اور گاہے دیوانگی بھی، ضربۃ الحرارت کے شدید حملے کے ایسے عواقب ہیں جو نادر الوقوع نہیں۔

انذار (prognosis)- اس کا انحصار تقریباً تمام تر اس سرعت پر ہوتا ہے جسکے ساتھ علاج شروع کیا جائے اور اُن اصولوں پر جو فی الحقیقت کارگر علاج کے لئے ممکن الحصول ہوں۔ کوما ئی مریضوں میں، جن میں تپش ۱۱۰ درجہ فارن ہائٹ سے متجاوز ہوں، انذار ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے۔ اگر تپش کو کم بھی کر دیا جائے تو بھی مریض، تا صحکہ جسکہ وہ کمزور ہو گیا ہو، ہبوط (collapse) سے ہلاک ہو سکتا ہے۔

علاج۔ ضربۃ الحرارت کی زیادہ شدید شکلوں میں علاج فوری ہونا چاہئے اور سرگرمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ مریض کے کپڑے اتار کر اُسے برہنہ کر کے ایک واٹر پروف (موم جامہ کی) چادر پر یا کہ پسینہ دیدہ تو یہ ہے کہ تاروں کے گدیلے (wire mattress) پر رکھ دیا جائے اور پھر اُسے برف کے بڑے بڑے ٹکڑوں سے خوب ملا جائے یا اس پر برف جیسا ٹھنڈا (ice-cold) پانی چھڑکا جائے۔ علاج کے اثرات کو منضبط رکھنے کی غرض سے ہر چند منٹوں کے فاصلہ سے مستقیمی تپش دیکھنی چاہئے۔ اگر زوردار تشنجات ہو رہے ہوں تو کلورو فارم سنگھا کر انھیں روک دینا چاہئے، کیونکہ وہ مریض کی تپش کو اور بھی زیادہ بلند کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اگر امتلا کچھ بھی نمایاں ہو تو بہترین یہی ہے کہ بلا تاخیر فصد کھولکر (venesect) ۱۵ سے ۲۰ اونس تک خون نکال دیا جائے۔ اس حقیقت کو ملحوظ رکھتے ہوئے کہ دماغی ملیریا (cerebral malaria) کی موجودگی کو مستثنیٰ کرنا شاذ ہی ممکن ہوتا ہے بہتر یہی ہے کہ ایک معمولی سلسلہ تدبیر کے طور پر ۱۵ گرین کونین بائی ہائڈرو کلورائیڈ (quinine biydrochloride) کا درون وریدی استعمال کیا جائے۔ اگر خون زیادہ لزج معلوم ہو تو اسے ایک پائنٹ طبعی الملح میں ترقیق کر کے دے سکتے ہیں۔ اگر با وجود ان تدبیروں کے مستقیمی حرارت کم نہ ہو تو ایک پائنٹ برف زدہ پانی (iced water) کا حقنہ (enema) دیا جائے۔ لیکن اس میں ایک خرابی یہ ہے کہ اس سے مستقیمی تپش بہت دیر تک قابل اعتماد نہیں رہتی۔ جب مستقیمی

تپش گر کر ۱۰۲ درجہ فارن ہائٹ پر آجائے تو برف لگانا موقوف کر کے مریض کو ایک خشک بستر پر لٹا کر اُس کی حالت کو بغور دیکھتے رہنا چاہیئے۔ اگر تپش پھر سیلان ارتفاع ظاہر کرے تو اُسے روکنے کے لئے برف کا علاج استعمال کرنا چاہیئے، یا ہبوط کی حالتوں میں جن میں تپش کم ہو، مہیجات جیسے کہ اسٹرکنین (strychnine) دیئے جائیں اور جلد پر گرم پانی کی بوتلیں لگائی جائیں۔ اگر قلبی یا کلوی سرایت کی کوئی شہادت موجود ملے تو کونین سے علاج جاری رکھنا چاہیئے، اور جیسے ہی کہ نقاہت کافی طور پر قائم ہو جائے مریض کو سرد آب و ہوا میں منتقل کر دینا چاہیئے۔

حمیٰ قرمزیہ

(SCARLET FEVER)

قرمزیہ

(scarlatina)

حمیٰ قرمزیہ ایک متعدی مرض ہے، جس کی ممتاز خصوصیتیں یہ ہیں:- تپ، خراش حلق، جلد پر ایک شوخ سرخ رنگ کا ثوران، اور بعض پیچیدگیوں کا رجحان جنمیں گردوں کا التہاب حاد نہایت اہم ہے۔

بحث اسباب۔ عموماً قرمزیہ اس مرض کے کسی پہلے مریض سے ماخوذ ہوتا ہے، راست تماس سے، زیادہ قربت سے، یا لباس، کتابوں، کاغذوں، اور دوسری چیزوں کے ذریعہ سے، جنکے ساتھ اس مرض کا قشب نہایت مضبوطی کے ساتھ چپکا رہتا ہے۔ ایسے وسایل کی وساطت سے وہ ملک کے میلوں فاصلہ پر منتقل ہو گیا ہے،

یا پھیفتوں اور ہینیوں شست پڑا رہنے کے بعد کسی مناسب مرکز سرایت سے دوچار ہو کر پھر مرض کو اس کی مکمل صورت میں پیدا کر دیتا ہے۔ کبھی اس کی سرایت اس دودھ سے منتقل ہوتی ہے' جو غذا کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے' اور اگرچہ دودھ بعض اوقات دودھ والے (گوالے) یا اس کے ساتھیوں کے جسم میں کے قرمزیہ کے تماس سے سرایت زدہ ہو جاتا ہے' تاہم اغلب یہ ہے کہ وہ دودھ بہم پہنچانے والی گائے کے تھنوں یا بالکھ (udder) کی مرضی حالت سے سرایت حاصل کرتا ہے۔ اب عام طور پر یقین کیا جاتا ہے کہ حلق اور ناک سے نکلنے والے افرازات سرایت کے خاص منبعے ہیں' اور تقشر جلد کو جو عرصۂ دراز تک اس کا باعث سمجھی جاتی رہی ہے' انتشار مرض سے بہت کم تعلق رکھتی ہے۔

اِس کی پیدائش میں صنف، پیشہ، اور عمرانی حیثیت کوئی اثر نہیں رکھتے' لیکن قرمزیہ میں مبتلا ہونے والوں کی بہت بڑی اکثریت چھوٹے بچوں کی ہوتی ہے۔ یہ بالغوں میں مقابلتہً کمیاب ہے' اور نہایت چھوٹے بچے بڑے بچوں کی نسبت کم حس پذیر ہوتے ہیں۔ تاہم بوڑھے لوگ گاہے گاہے اِس میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔ اور اس کا تحفظ ہمیشہ کامل نہیں ہوتا، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بعض اشخاص پر اس کا دوسرا حملہ بھی ہو جاتا ہے۔ کھلے زخموں والے مریض، اور نفاسی عورتیں، قرمزیہ سے بالمخصوص حس پذیر معلوم ہوتی ہیں' جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ زخم یا رحم منتخب کیلئے داخلہ آسان کر دیتے ہیں۔ جراحی حالتوں میں یہ مرض اکثر خفیف ہوتا ہے اور اس کا طفح (rash) جزئی اور کم شدت کا ہوتا ہے' چنانچہ اسی وجہ سے قرمزیہ کے ساتھ اس کا تعلق عرصۂ دراز تک غلط سمجھا گیا۔ اب بھی یہ مشتبہ ہے کہ آیا ان میں سے بعض حالتیں کہیں اسٹریپٹوکاکائی (نبقات سبحیہ) کی سرایت کے باعث تو نہیں ہوتیں جس کا حقیقی حمیٰ قرمزیہ سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔

مرضی تشریح قرمزیہ سے موت کے بعد اعضا کوئی خاص چیز نہیں ظاہر کرتے۔ خبیث (malignant) حالتوں میں وہی تغیرات پائے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 22) جو ارتفاع تپش والے اور عفونتی (septic) امراض میں عام ہیں' لیکن

خون کی غیر معمولی سیّالیت، نرم جگر اور طحال، مِسلی جھلیّوں پر نمشی دھبّے (petechial spots) اور پھیپھڑوں کے قاعدوں کا رکودی امتلاء (hypostatic congestion) لوزتین، تقرّح (ulceration) یا تقیّح (suppuration) کی وہی حالتیں ظاہر کرتے ہیں جو دورانِ زندگی میں مشاہدہ میں آچکی تھیں۔

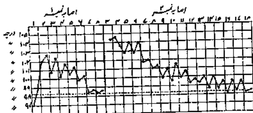
حمّیٰ قرمزیہ کا تشنّب غالباً ایک خون پاش تبقّہ سبحیہ (اسٹرپٹوکاکس) ہے۔ وہ نیلے تودے، جو اجسامِ ڈوہلے (Döhle's bodies) یا اجسامِ مشمولہ (inclusion bodies) کہلاتے ہیں اور کثیر الاشکال نواتی جسیمات ابیض (polymorphonuclear leucocytes) کے اندر دیکھے جاتے ہیں، غیر معمولی تعداد میں پائے جاتے ہیں۔ 29

بہت سی پیچیدگیاں جو حلق، کانوں، اور دوسرے حصّوں کو ماؤف کرتی ہیں، ثانوی عوارض ہیں، جو ریم آفرین عضویوں سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

علامات اور مرض۔ زمانۂ حضانت دو[1]، تین[2]، یا چار[3] دن اور شاذ چھ[4] دن تک کا ہوتا ہے۔ حملہ عموماً ناگہانی ہوتا ہے۔ مریض کو لرزہ چڑھتا ہے یا قے ہوتی ہے، اور وہ جبہی دردِ سر (frontal headache) کی شکایت کرتا ہے، جسکے ساتھ ساتھ پُشت اور اعضا میں درد اور عدم اشتہا موجود ہوتے ہیں۔ تپش ۱۰۳-۱۰۴ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے، نبض نہایت سریع اور تنفس تیز ہو جاتا ہے۔ جلد ہی خراشِ حلق کی کچھ شکایت ہوتی ہے اور نگلنے میں درد معلوم ہوتا ہے۔

دوسرے دن (یعنے عموماً پہلی علامت سے بارہ[12] اور چھتیس[36] گھنٹوں کے درمیان) طفح (rash) ظاہر ہوتا ہے۔ وہ پہلے سینہ کے بالائی حصے پر گردن کے سامنے اور جانبوں پر دیکھا جاتا ہے، لیکن جلد ہی شکم اور پُشت پر اور پھر بالائی اور زیرین جوارح پر پھیل جاتا ہے۔ وہ چھوٹے چھوٹے سرخ دھبّوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو مرکز میں شوخ رنگ کے اور کور کی جانب دھندلے اور اسقدر گنجان ہوتے ہیں کہ اُن کی نسبتہً پھیکے رنگ کی کوریں تقریباً باہم مل جاتی ہیں۔ بعض اوقات ان کی پیوستگی کامل ہوتی ہے، جس سے جلد کا رنگ یکساں تیز سرخ

ہو جاتا ہے۔ کبھی تو ران زیادہ جُدا جُدا ہوتا ہے اور دھبتوں کے درمیان پھیکے رنگ کی جلد کے رقبے نظر آتے ہیں۔ سَر، پیشانی اور گال عموماً گہرے اور یکسا نیت



تصویر ۲۔ قرمزیہ میں تپش کی نوعیت

کے ساتھ سرخ ہوتے ہیں، اور طفح کی وہ نُقطہ نما ترتیب نہیں ظاہر کرتے جو دوسری جگہ نظر آتی ہے۔ لیکن منہ کے گرد کی جلد پھیکے رنگ کی رہ جاتی ہے اور گالوں کے مقابلے میں شدید تضاد (contrast) ظاہر کرتی ہے (circum-oral pallor= گرد دہنی شحوب)۔ طفح کی کثرت کے ساتھ جلد قدرے متورّم ہو جاتی ہے۔ تو ران رنگ کی گہرائی اور اپنے پھیلاؤ کے لحاظ سے بہت سی قسمیں ظاہر کرتا ہے۔ وہ محض پھیکے گلابی، یا گہرے نیلے ارغوانی رنگ کا ہو سکتا ہے۔ اور بعض شدید حالتوں میں بثور (papules) سطح سے اوپر اُبھرے ہوئے ہو سکتے ہیں، بلکہ آبلے یا پیپ کے چھوٹے نقطے تک بنا سکتے ہیں، اور گاہے ماہے نمشے (petechiæ) نمودار ہو جاتے ہیں۔ طفح اپنے پھیلاؤ میں نہایت محدود ہو کر صرف سینہ پر، یا جانگوں، کہنیوں یا ٹخنوں پر چکیتوں کی طرح واقع ہو سکتا ہے، اور یہ اکثر اوقات دوسرے حلوں میں، اور اُن خفیف حالتوں میں ہوتا ہے جو بعض اوقات کھلے زخموں والے مریضوں میں دیکھی جاتی ہیں، جس کا تذکرہ ابھی کیا جا چکا ہے۔ طفح تیسرے یا چوتھے دن اپنی انتہا پر پہنچکر جو تھے، یا پانچویں یا چھٹے دن ڈھلنا شروع ہوتا ہے سب ملکر وہ پانچ سے دس دن تک جاری رہ سکتا ہے۔ طفح کے ڈھلنے

کے بعد تقشّر (desquamation) واقع ہوتا ہے یعنے بشرہ یا برجلد (cutis) کی اوپری تہیں اُتر کر گِر جاتی ہیں۔ یہ گردن کی جانبوں پر سپید سبوسی (بھوسی نما) تُد قات (flakes) کی صورت میں واقع ہوتا ہے، اور اس سے پہلے [جیسا کہ کیگر (Caiger) نے بتلایا ہے] آلپین کی نوک جیسے نشیب یا گڑھے ظاہر ہوتے ہیں، جو ہر بشرہ کی چوٹی پَر کے بَر آدمہ کے پھٹنے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ اس قدر جلد کہ چھٹے یا ساتویں دن واقع ہو سکتا ہے، جبکہ ابھی تو ران ٹانگوں پر بدستور نظر آتا ہے۔ لیکن اُترنے والے سَر حلمہ کی مقدار اور ریزوں کی جسامت نہایت مختلف ہوتی ہے۔ کبھی ہاتھوں یا پاؤں کی انگلیوں کے سِروں پر یا ہتھیلیوں کی شکنوں میں کسی قدر نا چیز سے زائد اور کچھ نہیں ہوتا۔ لیکن دوسری حالتوں میں بَر جلد نسبتہً بڑے تُد قات (flakes) کی شکل میں اُتر جاتی ہے، اور شاذ مثالوں میں ہاتھوں اور ہاتھ کی انگلیوں کے دستانہ نما سانچے پورے اُتر کر نکل جاتے ہیں۔ تقشّر میں عام طور پر چار سے چھ ہفتے لگتے ہیں، لیکن ان خاص حالتوں میں نسبتہً بہت زیادہ طویل عرصہ درکار ہوتا ہے۔

حلق میں یہ دیکھا جاتا ہے کہ لہاۃ (uvula) نرم تالو اور حلقوم (fauces) گہرے سُرخ اور اکثر قدرے اُذیمائی ہوتے ہیں۔ لوزتین (tonsils) سُرخ متورّم، خط درمیانی کے جانب اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں، اور جرابوں (follicles) کے متقفّح (پیپ والا ہوا) یا پیلی یا زردی مائل افراز سے بقاعدہ طور پر ڈھکے ہوئے ہونے کی وجہ سے متعدد زرد نقطے پیش کرتے ہیں۔ مابعد درجوں میں ممکن ہے کہ ان میں تقیح پیدا ہو جائے یا غشیّات (sloughs) بن جائیں۔ انفی مخاطی جھلی بھی ملتہب ہو جاتی ہے اور کچھ مخاطی افراز خارج کرتی ہے۔ تحت الفکی (submaxillary) اور عنقی (cervical) غدد بڑھ کر الیم ہو جاتے ہیں۔ زبان پہلے سپید دبیز فَرو سے خوب ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، لیکن چند روز میں یہ اس کی نوک سے قاعدہ تک صاف ہو کر نکل جاتا اور ایک شوخ سرخ رنگ کی کچی سطح چھوڑ دیتا ہے، جس پر عموماً فطری الشکل (fungiform) حُلیمات نمایاں ہوتے ہیں، جس سے ایک ایسا منظر پیدا ہو جاتا ہے جو اسٹابری کی زبان ("strawberry tongue") کے نام سے مشہور ہے۔

30

تپش اکثر زیادہ رہتی ہے اور پہلے دن ۱۰۴ یا ۱۰۵ درجہ تک پہنچکر چند روز تک اِسی لیول پر رہتی ہے بلکہ ممکن ہے کہ ۱۰۶ درجہ تک پہنچ جائے۔ اِس کے ساتھ جلد تیزی کے ساتھ گرم اور عموماً خشک رہتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ پسینہ بکثرت آئے۔ نبض ۱۲۰، ۱۴۰ بلکہ ۱۶۰ تک بڑھ جاتی ہے۔ شدید حالتوں میں قوئی ذہنیہ سست پڑ جاتے ہیں، ہذیان بار بار ہوتا ہے، بالخصوص شب کے وقت، اور غنودگی اور کوما طاری ہو جاتے ہیں۔ مرض چوتھے، پانچویں یا چھٹے دن اپنی شدت کو پہنچتا ہے اور پھر طفح کے ڈھلنے کے ساتھ تپش گرنا شروع ہوتی ہے اور عموماً بتدریج ہی، لیکن بعض اوقات زیادہ ناگہانی طور پر کم ہوکر طبعی درجہ کو پہنچ جاتی ہے اور بتدریج نقیہت قائم ہو جاتی ہے۔ مُہلک حالتوں میں موت تقریباً پانچویں دن یا دس کے بعد خستگی سے یا ٹائیفائیڈی حالتوں (typhoid conditions) کے باعث واقع ہوسکتی ہے، جنکے ساتھ پست ہذیان (low delirium)، نیم کوما (semi-coma) اور خشک بھوری زبان ہوتی ہے۔ یا موت اِس سے بھی بعد میں پیچیدگیوں کے نتیجہ کے طور پر واقع ہوسکتی ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب۔ یہ کثیر التعداد اور اہم ہیں[1]۔ نہ صرف لوزتین، بلکہ نرم تالو اور لہاۃ تک کا اغتاث (sloughing) ممکن ہے۔ زیادہ تر تو جبڑے کے نیچے کے اور گردن میں کے غدد بہت متورّم، اور اُن کے قرب وجوار کی تحت الجلدی بافت دررسیختہ (infiltrated) ہوکر عضیل (brawny) اور متصلّب (indurated) ہو جاتی ہے پھر جلد ایک سیاہی مائل سُرخ رنگ اختیار کر لیتی ہے اور اُس کے نیچے اغتاث (sloughing) واقع ہو جاتا ہے جو اُسے ایک بڑے ماتحت رقبہ پر سے علیحدہ کر دیتا ہے۔ ایسی حالتیں اکثر مُہلک ہوتی ہیں۔

---

[1] اِس عنوان کے تحت توسین کے اندر دئیے ہوئے اعداد وہ فیصدی تعداد میں ظاہر کرتے ہیں، جو میٹرا پالیٹن اسائلمس بورڈز کے شفا خانوں میں ۲۱۰۰۶ مریضوں سے ۱۹۱۱ء میں حاصل ہوئیں۔

دوران تقشیرت میں بھی التہابِ غدد (adenitis)، سادہ (۸، ۴/۸) اور تقیحی
(suppurative) (۲۳/۱)، دونوں کے ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ التہاب حلق سے
اوپر آدستا کی نالی میں پھیل کر التہابِ اُذن (otitis) (۸/۱) پیدا کر سکتا ہے، جس
سے طبلِ گوش (tympanum) کا پھوڑا، غشائے طبلی کا انشقاق اور سیلان الاُذن
(otorrhœa) پیدا ہو سکتے ہیں۔ یہ زندگی کے ابتدائی پانچ سالوں میں بہت عام
طور پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ قرمزیہ کے دوران میں یہ چنداں اہم نہ معلوم ہو،
لیکن ہفتوں بلکہ برسوں بعد کے خطرناک یا مہلک نتائج کی بنیاد ہوتا ہے، جن میں خلیاتِ
حلمیہ (mastoid cells) کا تقیح، التہابِ سحایا (meningitis)، خراجِ دماغ
(abscess of the brain)، جانبی جوف یا ورید وداجی کی علقیت (thrombosis
of the lateral sinus or jugular vein) [جس کا نتیجہ یائیمیا یعنی تقیح الدم
ہوتا ہے]، اور جانبی جوف سے نزف، اور وجہی شلل یا لقوہ (facial paralysis)
بیان کئے جا سکتے ہیں۔ ماؤف جانب کا بہرا پن تو بلا شبہ ہو ہی سکتا ہے، لیکن چھوٹے
بچوں میں دونوں جانب کا التہابِ اُذن مستقل صمم و بکم (deaf-mutism) کا سبب
ہو سکتا ہے۔ دوسرے مقامی اضرار بھی بطور عواقب واقع ہو سکتے ہیں، مثلاً قرنیہ کا
انخشاش، تحت الجلدی بافتوں میں پھوڑے، یا آکلۃ الفم (cancrum oris)۔

قرمزیہ کے تعلق میں گردہ اکثر ماؤف ہو جاتا ہے اور التہابِ گردہ (nephritis)
اور البیومن بولیت (albuminuria) ذیل کے تین طریقوں سے واقع ہو سکتے ہیں:
البیومن بولیت اکثر طفیف اور سیّار کے درجہ میں موجود ہوتی ہے۔ یہ مقدار میں تھوڑی،
اور مدت میں عارضی ہوتی ہے، اور غالباً اُسی طریقہ سے پیدا ہوتی ہے، جس طرح
یہ دوسری سرایتوں کی شدید حالتوں میں ہوا کرتی ہے (۶/۹۷)۔ دوم التہاب
گردہ (nephritis) (۲/۳۸) بیماری کے آغاز سے دو سے تین یا چار ہفتوں
تک پہلے بطور ایک عاقبہ (sequela) کے شناخت ہو سکتی ہے، جبکہ مریض بالکل
نقیہہ ہوتا ہے یا صرف تقشّر کی شکایت موجود ہو۔ اُس وقت یہ ایک جاڑے
کے احساس، ارتفاعِ تپش اور گدلے بھورے یا خون کے رنگ کے البیومینی
بول کے ساتھ شروع ہوتی ہے، اور یہ سب بلا استسقا (dropsy) کے وقوع کے

31

رفع ہو جاتے ہیں۔ دوسری حالتوں میں پہلی چیز جو نظر آتی ہے، پاؤں اور چہرہ کا کچھ ورم ہوتا ہے اور پھر پیشاب مقدار میں کم گہرے رنگ کا اور البیومنی ہوتا ہے، جس کے ساتھ دموی لون اور ذراتی، زجاجی (hyaline) اور سرطلی سانچے (casts) ہوتے ہیں۔ خفیف حالتوں میں شفا پانی عام ہے۔ گو ممکن ہے کہ استسقا عمومی ہو کر چھٹے، ساتویں، یا اٹھارہ مہینوں کے بعد موت شدید یہ ثانوی پیچیدگیوں کے ساتھ واقع ہو جائے، جو دوسری جگہ بیان کی جائینگی (ملاحظہ ہو التہاب گردہ = nephritis)۔

شعبتی ذات الریہ (broncho-pneumonia) التہاب شعبت (bronchitis) التہاب گردقلبہ (pericarditis) اور التہاب دروں قلبیہ (endocarditis) ہر حالت میں ا۔ سے ۲ فیصدی تک اور ذات الریۂ التہاب حنجرہ (laryngitis) التہاب سحایا (meningitis) تقیح الدم (pyæmia) داءالرقص یا رقص (chorea) یرقان (jaundice) اور عنقی التہاب تسیج خلوی (cervical cellulitis) اور بھی کمتر واقع ہوتے ہیں۔ ذات الریہ اور شعبتی ذات الریہ یا ہلاکتوں کا سبب ہوتے ہیں۔ حلق سے عفونتی مادے سانس میں اندر لینے سے شعبتی ذات الریہ پیدا ہو سکتا ہے۔ ذات الجنب (pleurisy) (۵۔ ۶) بطور ایک عاقبہ کے واقع ہو سکتا ہے، اور اگر انصباب پیدا ہو جائے تو وہ جلد ہی قیحی بن سکتا ہے۔ جیسا کہ دوسری شدید تپوں میں ہوتا ہے، بعض اوقات انتساع قلب (dilatation of the heart) واقع ہو جاتا ہے اور یہ صدمۂ قلب (heart-impulse) کی جگہ بدل جانے سے شناخت ہو سکتا ہے۔ حمٰی قرمزیہ کے بعد ایک حاد التہاب مفاصل (acute general arthritis) جو رثیتی تپ (rheumatic fever) سے نا قابل تمیز ہوتا ہے، اس قدر جلد پیدا ہو جاتا ہے کہ جوڑ اسی وقت متورم ہو سکتے ہیں جبکہ ابھی طفح موجود ہے۔ اگرچہ عام طور پر یہ قرمزیتی وجع المفاصل (scarlitinal rheumatism) مشہور ہے، تاہم ممکن ہے کہ یہ ایک التہاب اغشیۂ زلالیہ (synovitis) ہو جو ادنیٰ مرض کے عفونتی عضویوں کے بلا واسطہ فعل کے باعث ہوتا ہے۔ یہ بہت سے جوڑوں کو

ماؤف کرسکتا ہے، مگر عموماً شدید نہیں ہوتا۔ اسکے ساتھ دروں قلبی خرخرہ (endocardial murmur) اور بعد میں مستقل صِماعی مرض (valvular disease) ہوسکتا ہے۔ یہ اکثر قرمزیہ کی مشتبہ حالت میں تشخیص کو یقینی بنانے کے لیے مفید ہوتا ہے۔ انتہائی حالتوں میں جوڑوں میں پیپ پڑ جاتی ہے۔ خاطف پرپیورا (purpura fulminans) کی جو خود ایک شاذ حالت ہے، تقریباً ایک درجن شائع شدہ حالتیں حمّی قرمزیہ کے عاقبہ کے طور پر واقع ہوئی ہیں۔ قرمزیہ سے ڈفتھیریا کے بعض تعلقات آخر الذکر کے تحت بیان کیئے گئے ہیں۔ (ملاحظہ ہو ڈفتھیریا)۔

اقسام۔ معتدل شدت کے قرمزیہ کی معمولی شکلوں کے علاوہ جو بالآخر صحتیاب ہوجاتی ہیں، ایسی حالتیں بھی ملتی ہیں جو قرمزیۂ خبیثہ (scarlatina maligna) کہلاتی ہیں۔ یہ شکل، جو سمّی قسم (toxic form) کے نام سے (جو چنداں منطقی نہیں) بھی موسوم ہے، بیشتر اُن حالتوں پر مشتمل ہے جن میں خراش حلق کے سوائے اور کوئی دوسری پیچیدگی نہیں ہوتی اور جو مرض کی شدت کی وجہ سے پانچ یا چھ دن کے اندر مہلک ثابت ہوتی ہیں۔ بعض اوقات مریض پر تشنجات اور بہوشی طاری ہوجاتے ہیں اور وہ، اس سے پہلے کہ طفح کو نمویاب ہونے کا وقت ملے، بارہ یا چوبیس گھنٹے کے اندر ہی لقمۂ اجل ہوجاتا ہے۔ دوسری حالتوں میں شدید لرزہ (قشعریرہ) اور استفراغ، ابتدا ہی سے شدید یا کبود طفح، تیز تپ اور ہذیان ہوتا ہے، اور مریض دو یا تین دن میں ہلاک ہوجاتا ہے۔

شدید حلقی علامات والی حالتیں ذبحی قرمزیہ (scarlatina anginosa) کے نام سے موسوم کیجاتی ہے۔ اسی سے قرحی قرمزیہ (scarlatina ulcerosa) یا کیگر کی عفونتی قسم (Caiger's septic form) تقریباً متناظر ہے، جس میں حلقوم کے قروح ایک عفونتی مرکز بنا دیتے ہیں، جس سے نظامِ جسم مسموم ہوسکتا ہے۔

مخفی قرمزیہ (latent scarlatina) کی اصطلاح میں وہ حالتیں شامل ہیں، جن میں طفح اور خراشِ حلق اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ شناخت میں نہیں آتی، اور مرض صرف تقشّر یا استسقائے لحمی (anasarca) کے وقوع سے پہچانا جاتا ہے۔

تشخیص۔ قرمزیہ، بالخصوص اس وقت جبکہ یہ مرض پھیلا ہوا معلوم ہو،

خفیف تپ اور خراشِ حلق کے وقوع سے پہچانا جاتا ہے، جسکے ایک دن کے بعد مخصوص منقّط احمراری طفح (punctate erythematous rash) ظاہر ہو۔ دوسرے ممیّز ظواہر جن سے تشخیص میں امداد مل سکتی ہے حسب ذیل ہیں: بدنا گہانی آغاز جسکے ساتھ اکثر قے اور گرد تحتی شعوب ہوتا ہے، جو سرخ گالوں سے تضاد ظاہر کرتا ہے۔ زبان کی حالت، جو پہلے فرو دار اور کنارے پر سرخ بعد میں چکیتی دار اور بالآخر "اسٹابری" جیسی ہوتی ہے، اور اپینی سوراخ اور ندفی تقشّر (pinhole & flake desquamation) ظاہر کرتی ہے (صفحہ 36 بھی ملاحظہ ہو)۔

ابتدائی درجہ میں جبکہ خراشِ حلق نمایاں ترین مظہر ہوتی ہے، حمیٰ قرمزیہ کو ڈفتھیریا، التہاب لوزہ (tonsillitis)، انفلوئنزا کی ذبحی شکل (anginous form of influenza) اور آتشک ثانوی سے شناخت کرنا پڑتا ہے۔ جب طفح نمودار ہوگیا ہو تو حمیٰ قرمزیہ کو کھسرا، حمیرا (ملاحظہ ہو صفحہ 86)، آتشکی گلابی طفح (syphilitic roseola)، "تائفس اور ان "عفونتی" ("septic") طفحات سے تمیز کرنا چاہیے، جو حمیٰ نفاسی (puerperal fever) اور دوسری عفونتی حالتوں میں واقع ہوسکتے ہیں۔ بالکل غیراہم عفونتی مراکز جیسے کہ حصفہ (impetigo) قرمزیہ جیسا طفح پیدا کرسکتے ہیں۔ مختلف دوائیں بھی حمیٰ قرمزیہ سے مشابہ طفح پیدا کرسکتی ہیں، اور وہ طفحات بھی ہیں جو غذا کی وجہ سے پیدا ہونے والے معوی اختلال کے ساتھ متلازم ہیں، یا گھوڑے کے مصل کے اشراب کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں۔

ایسی حالتوں میں عموماً خراشِ حلق یا خاص قسم کی زبان نہیں ہوتی، اور نہ قرمزیہ کا تمثیلی ممر، لیکن ممکن ہے کہ حلق بعد میں آتر جائے۔

چیچک کا گلابی طفح اکثر ایسا پھیلاؤ رکھتا ہے جو ممتاز ہوتا ہے، یعنی بغل چڈھے اور رانوں کے قرب و جوار میں۔ اور اس کا رنگ نسبتاً زیادہ ارغوانی ہوتا ہے۔

پہلے چار دنوں میں کثیرالاشکال نواتی سفید خلیوں میں تقریباً ہمیشہ ڈوہلے کے نام پر داخل اجسام مشمولہ (inclusion bodies) موجود ہوتے ہیں جو اس مرض کیلئے

32

مخصوص نہیں ہیں، لیکن اگر یہ اس زمانہ میں غیر موجود ہوں تو قرمزیہ ہونے کا امکان نہیں ہو سکتا۔

انذار تمام حالتوں میں نہایت غیر یقینی ہوتا ہے۔ خفیف ترین حالتوں تک میں کلوی پیچیدگیاں خطرناک یا مہلک ہو سکتی ہیں۔ باایں ہمہ ہلاکت مختلف ہوتی ہے، بعض وبائیں بے انتہا خفیف ہوتی ہیں لیکن دوسری وباؤں میں ہلاکت کی تعداد ۳۰ یا ۴۰ فیصدی ہو سکتی ہے۔ ۱۹۱۲ء میں میٹروپالیٹن بورڈ کے شفاخانوں میں ہلاکت ۴ء۱ فیصدی تھی اور ۱۹۱۵ء میں ۳ء۲ فیصدی۔ یہ ممکن ہے کہ انفرادی حالتوں میں انذار کا تعین مریض کے روزانہ تغیرِ حالت پر سے کر نا پڑے۔ پیچیدگیاں سے خطرہ بڑھ جاتا ہے۔ نہایت شدید ذُبحہ (angina) اور شدید یا کبود طفح جو دیر سے ظاہر ہو، ناموافق ہیں، اور وہ حالتیں جن میں عنقی غدہ کا انفتاش (sloughing) ہو عموماً مہلک ثابت ہوتی ہیں۔ ڈاکٹر ڈبلیو ہنٹر (Dr. W. Hunter) بیان کرتا ہے کہ ابتدائی ذُبحہ، التہاب ندہ دار حلق، ناک اور کانوں کی پیچیدگیاں ان لوگوں میں جو پہلے ہی سے خراب دانتوں، متورم مسوڑھوں یا جو فیسوزی پیپ (pyorrhœa alveolaris) (فمی تعفن = oral sepsis) میں مبتلا ہوں، بہ نسبت دوسروں کے جنکے دہن بالکل تندرست ہیں، زیادہ شدید ہوتی ہیں۔ حمی قرمزیہ کا حملہ اُن عورتوں میں جن کی زچگی حال ہی میں ہوئی ہو، زیادہ فیصدی ہلاکت ظاہر کرتا ہے۔

تحریزی تدابیر قرنطینہ کا عرصہ آٹھ دن ہے۔ تفرید (علیحدگی) حتی الامکان انتہائی عجلت کے ساتھ عمل میں لانی چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 13)۔ چونکہ حمّوی شفاخانوں سے اپنے گھروں کو واپس جانے والے نقیہ مریض یہ مرض اپنے اُن بھائی بہنوں میں جو اُس وقت تک سرایت زدہ نہ تھے بکثرت منتقل کر دیتے ہیں، لہٰذا اِن نئے مبتلاؤں کے لئے **واپسی مریضوں** (return cases) کا نام تجویز کیا گیا ہے۔ اب یہ امر تسلیم کر لیا گیا ہے کہ تعدیہ (contagion) تقشّر بذریعہ جلد کے نسبت زیادہ اکثر حلق، ناک یا کان سے نکلنے والے افرازات کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے لہٰذا آخر الذکر پر بھی اتنی ہی توجہ مبذول کرنی لازم ہے جتنی کہ

اول الذکر کی طرف کی جاتی ہے۔ اسی واسطے اگرچہ کسی مریض کو غیر محفوظ اشخاص کے ساتھ کم از کم چار ہفتے گذر جانے تک ملنے جُلنے کی اجازت نہیں دینی چاہیئے، تاہم اگر کوئی خراش حلق یا ناک یا کانوں سے کوئی اخراج پھر بھی جاری ہو تو اس عرصہ کو اور بھی بڑھا دینا لازم ہے۔

آخری ازالۂ سرایت یہ ہے کہ مریض گرم غسل کرے اور اپنے بال خوب دُھلوائے۔ اگر شفاخانے میں ہو تو گھر جانے سے پہلے کچھ عرصہ تک اُسے دوسرے حاد مریضوں سے علیحدہ رکھنا چاہیئے۔

حُمّیٰ قرمزیہ کے لئے افراد کی حسّاسیت، کاشف ڈِک ("Dick" test) سے حال ہی میں متعین کی گئی ہے۔ نوعی دَم پاش تسبیح سبحیہ (specific hæmolytic streptococcus) کے سمّی متقطر (filtrate) کے مُرقّق محلول کا ۰.۱ سے ۲.۰ مکعب سی سی تک درون اَدَمی (intradermal) اشراب کیا جاتا ہے، اور گرم کیا ہوا سمّ بطورِ عیار (control) کام میں لایا جاتا ہے۔ سرخی کا ایک مقامی رقبہ، جو چار سے چھ گھنٹے تک میں شروع ہو کر چوبیس گھنٹوں میں درجہ اتم کو پہنچ جائے، مثبت تعامل ظاہر کرتا ہے۔ ابھی یہ کہنا پیش از وقت ہے کہ آیا اس سمّ کے زیادہ بڑے اشرابات حسّاس افراد کو منیع (immune) بنا دیں گے، جس طرح کہ خُناقیہ یا میں کاشف شِک (Schick test) کرتا ہے۔

علاج - حُمّیٰ قرمزیہ کا نوعی علاج (specific treatment) محض حال ہی کے سالوں میں ممکن ہوا ہے۔ قرمزیہ کے مریضوں سے کاشت کردہ منبتات سبحیہ (اسٹرپٹوکاکائی) سے تیار کئے ہوئے ضد زہری مصل (antitoxic sera) بیرونِ ملک میں کسی قدر عمومیت کے ساتھ استعمال کئے گئے ہیں اور کہا جاتا ہے کہ وہ اِس مرض کے عمر میں خوشگوار ترمیم پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن وہ ابھی بھی زیرِ تجربہ ہیں۔

اِس سے قطع نظر، علاج اُسی طریقہ سے کرنا چاہیئے جیسا کہ دوسری تپوں کا ہوتا ہے، یعنی خوب ترویح یافتہ کمرہ، بستر میں لیٹے رہنا (recumbent position)، ہلکی غذا، اور احتیاط کے ساتھ تیمارداری (nursing)۔ دوسروں کے مفاد کے لئے بیمار کی علیحدگی ناگزیر ہے۔ بدن کو روزانہ نیم گرم پانی سے اسفنج کیا جائے۔

سادہ مالحات (simple salines) کا اندرونی استعمال کیا جائے اور برف کے ٹکڑے چوس کر خراش حلق میں تخفیف کی جاسکتی ہے۔ اگر لوزتین بہت متورم اور افرازسے بہت ڈھکے ہوئے ہوں تو آخرالذکر کو ترلینٹ (تُسالہ) کی پھریریوں (pledgets) سے نکال دیں اور ایسی ذریعہ سے دافع سرایت (disinfectant) یا قابض (astringent) محلولات لگا دیں۔ فارملین (formalin) (۲۰۰ میں ا) لائکر فیری پرکلورائڈی (liquor ferri perchloridi) (½ ڈرام میں پانی ایک اونس) ، ڈائلیوٹ ہائڈروکلورک ایسڈ (dilute hydrochloric acid) (½ ڈرام ایک اونس میں) ، یوسال (eusol) یا آئزال (izal) اس طرح استعمال کئے جاسکتے ہیں، اور جب ناک ماؤف ہو تو ایسی ہی دوائیں مناسب طاقت کی اس میں پچکاری کرنے کے لئے استعمال کی جاسکتی ہیں۔ اگر فمی عفونت (oral sepsis) کی حالت موجود ہو تو ابتدا ہی سے اُس کا علاج دافعاتِ عفونت (antiseptics) سے کرنا چاہئے۔ گردن اور جبڑے کے زاویوں کے قریب وجوار کے درد اور ورم کے لئے تکمیدات (hot fomentations) یا گرم پانی میں بھگو کر نچوڑی ہوئی بورک لِنٹ (boric lint) (تُسالۂ بورک) استعمال کرنی چاہئے۔ پیچیدگیوں کے لئے مخصوص علاج کی ضرورت ہوگی۔ پھوڑوں کو ابتدا ہی میں کھول دینا چاہئے۔ التہابِ اُذن (otitis) میں سینک سے اور منفذِ گوش کے اندر آہستہ سے گرم پانی داخل کرنے سے درد میں تخفیف حاصل ہوسکتی ہے۔ اگر درمیانی گوش کے تقیح کی تشخیص ہوگئی ہو تو غشائے طبلی (membrana tympani) میں شگاف دینے کی ضرورت ہوسکتی ہے، اور منفذِ گوش میں گرم پانی یا مُرَقّق ببتالِ کانڈی (Condy's fluid) یا بورک ایسڈ کے محلول (۲۰ میں ا) سے آہستہ سے پچکاری لگا سکتے ہیں۔ التہابِ زلالی (synovitis) کے لئے سیلی سلیٹ آف سوڈیم (salicylate of sodium) ۱۰ یا ۱۵ گرین کی مقداروں میں دینا چاہئے، اور کلوروفارم (chloroform) کا یا بیلاڈونا (belladonna) کا مروخ (liniment) مقامی طور پر استعمال کرسکتے ہیں۔ قرمزی التہابِ گردہ (scariatinal nephritis) کے علاج کے متعلق اسکے بعد غور کیا جائے گا۔ (ملاحظہ ہو nephritis)۔ شدید تا لفانمی قسموں میں، جبکہ ساتھ تیز کمزور نبض موجود ہو، تہییجات (stimulants) جیسے کہ برانڈی

38

اور اُمونیا دینا چاہئے، اور ان سمّی حالتوں کے لئے گارڈن (Gordon) کم از کم ۵۰ سی سی کی مقداروں میں ایک بیش گرفتہ مصل دارِ نبقات سبحیہ (polyvalent antistreptococcic serum) کے استعمال کی سفارش کرتا ہے۔ جہاں تیز تپ کے ساتھ ہذیان اور ہیجینی موجود ہو تو سرپا جسم پر سرد انسکاب (cold affusion) سے اکثر آرام حاصل ہوتا ہے۔

ممکن ہے کہ سردی کا نکشف۔ التہاب گردہ (nephritis) کے وقوع میں مُمد ہوتا ہو، چنانچہ جب تک تقشّر جاری رہے اس سے خاص طور پر حفاظت کرنی چاہئے۔ وقتاً فوقتاً مالح ملینات (saline laxatives) کے ذریعہ آنتوں کا آزادانہ فعل بھی جاری رکھنا چاہئے۔ جہاں طاقت آنے میں تاخیر ہو کونین (quinine) اور دوسرے مقویات (tonics) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

حصبہ (کھسرا) (Measles)

(morbilli)

کھسرا ایک متعدی وبائی مرض ہے، جو ایک گلابی یا سرخ داغوں کے ثوران اور تنفسی مخاطی جھلیوں کی نازلت (catarrh) سے ممیز ہے۔

بحث اسباب ۔ متمدن قوموں میں اس کا پھیلاؤ ایسے حالات واحول کے تحت ہوتا ہے جو قرمزیہ کو متاثر کرنے والے حالات سے نہایت مماثل ہوتے ہیں۔ یہ ان وباؤں کے طور پر واقع ہوتا ہے، جو بوڑھوں کی نسبت زیادہ تر کم عمر والوں پر حملہ آور ہوتی ہیں، جس کی وجہ زیادہ تر یہ ہے کہ اس جماعت کے تقریباً تمام زیادہ عمر والے اراکین چھوٹی عمروں میں اس مرض میں مبتلا ہو چکے ہیں اور اسی وجہ سے وہ دوسری دفعہ سرایت ہونے سے محفوظ ہوتے ہیں۔ لیکن نہایت چھوٹی عمر کے شیر خوار نسبتاً کم حس پذیر معلوم ہوتے ہیں اور جب وہ گرفتار مرض ہو جاتے ہیں تو کسی قدر

بڑے بچوں کے نسبت اُن میں یہ مرض زیادہ خفیف شکل میں ہوتا ہے۔ یہ بڑے شہروں میں تقریباً مسلسل موجود رہتا ہے اور ایک مقام سے دوسرے مقام تک محدود حملوں کی شکل میں پھیلتا رہتا ہے، جو دفع ہو جاتے ہیں اور اُن کی جگہ دوسرے حملے دوسرے مقامات پر پھوٹ پڑتے ہیں۔ لیکن جہاں اِس کا داخلہ ایسی آبادیوں میں ہو جائے جن میں یہ مرض پہلے کبھی نہ آیا ہو، یا جو سالہا سال تک اس سے بالکل پاک رہی ہوں، وہاں پھر یہ ایک بڑی اور مہلک وبا کی صورت میں آبادی کی اکثریت میں، کم عمر اور بوڑھوں، سب پر یکساں طور پر حملہ آور ہوتا ہے۔ یہی حالت ۱۸۴۶ء میں جزائر فیرو (Faroe Islands) میں ہوئی۔

سرایت ایک نامعلوم قِشب (virus) کے باعث ہوتی ہے جو غالباً ناک اور حلق کے افرازات میں موجود ہوتا ہے۔ تجربۃً یہ مرض اس مارخذ سے حاصل شدہ افراز کی تطعیم سے منتقل کر دیا گیا ہے۔ سرایت اِس طرح مریض کے تماس سے، یا اُس ہوا کے تماس سے پھیلتی ہے جسے اس نے سرایت زدہ کر دیا ہو۔ قِشب کپڑوں، کھلونوں اور دوسری چیزوں سے بھی چپکا رہتا ہے، اگرچہ اتنی زیادہ مضبوطی کے ساتھ نہیں کہ جتنی مضبوطی سے قرمزیہ کا تعدیہ چپکتا ہے۔ یہ طفح سے پہلے کے نازلتی درجہ (catarrhal stage) درجہ میں اور طفح کے جاری رہنے کے دوران میں خاص طور پر متعدی ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ اِس کا انحصار زیادہ تر اُس پیچیدگی پر ہے جو ہلاکت کا سبب ہوتی ہے کیونکہ وہ کھسرا جس میں پیچیدگی موجود نہ ہو شاذ ہی مہلک ہوتا ہے۔ حنجرہ (larynx) اور قصبۃ الریہ (trachea) کی غشائے مخاطی کی سرخی مشاہدہ میں آتی ہے۔ طحال معتدل طور پر متورم ہوتی ہے۔ التہاب شعبتیہ (bronchitis) اور ذات الریہ (pneumonia) کے اضرار کوئی خاص ظواہر نہیں پیش کرتے۔ لیکن ممکن ہے کہ کہفۂ پلیورا میں سیال اور غشائے پلیورا کے نیچے نمشئے (petechiæ) موجود ہوں۔ شعبیتی غدد (bronchial glands) اکثر بڑھے ہوئے اور نرم ہوتے ہیں۔ بعض اوقات معاء لفائفی (ileum) اور قولون

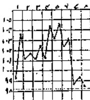
(colon) کی مخاطی جھلی میں امتلاء (congestion) پایا جاتا ہے۔

علامات اور مُمَر۔ دوسرے متعدی امراض کی طرح کھسرے کا زمانہ حضانت

34

بھی اختلاف پذیر ہوتا ہے، مگر وہ اکثر دس یا گیارہ دن پایا گیا ہے۔ مرض ارتفاع تپش، اور نازلتی علامتوں کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ تپش شاید ۱۰۲ درجہ تک بلند ہوجاتی ہے۔ بچہ کی بھوک زائل ہوجاتی ہے، اُس پر غنودگی طاری ہوتی ہے اور وہ علیل سا معلوم ہوتا ہے ممکن ہے کہ پہلے قَے یا جاڑہ ہو، یا بچوں میں تشنج کے دورے ہوں۔ اس کے ساتھ ملتحمہ (conjunctiva) سرخ اور ممتلی (suffused) ہوجاتا ہے، آنکھوں سے پانی بہتا ہے، ناک سے مخاطی اخراج خارج ہوتا ہے اور شعبی افراز کے باعث کھانسی ہوتی ہے۔ نازلتی علامتیں جاری رہتی ہیں، لیکن تپش عموماً پہلے دن کے بعد کم ہوجاتی ہے اور دوسرے دو ایک دن تک نیچے لیول پر جاری رہکر پھر دوبارہ بلند ہوجاتی ہے۔ کبھی اس ابتدائی زمانہ میں ایک نام نہاد طفح متقدمہ (prodromal rash) ہوتا ہے، جو قرمزیہ کے طفح کی طرح، یا شَری (urticarial) یا حقیقی حصبی طفح کی طرح ہوسکتا ہے۔ وہ صرف چوبیس یا چھتیس گھنٹے تک باقی رہتا ہے۔

مخصوص ثوران نہایت عام طور پر چوتھے دن ظاہر ہوجاتا ہے لیکن وہ اتنا جلد کہ تیسرے دن بھی ہوسکتا ہے۔ پہلے وہ چہرے، بالوں کی جڑوں، پیشانی اور کنپٹی میں یا کانوں کے پیچھے دیکھا جاتا ہے اور از ان بعد گردن، دھڑ اور جوارح میں پھیل جاتا ہے۔ وہ گلابی دھبوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو گول، بیضوی یا بے قاعدہ شکل کے، اور سطح سے قدرے اوپر اُٹھے ہوئے ہوتے ہیں اور باہم ملکر بے قاعدہ گروہ بنالیتے ہیں، جنکی شکل ممکن ہے کہ کسی قدر ہلالی ہو، اور جو جلد کا کچھ درمیانی رقبہ غیر متأثر چھوڑ دیتے ہیں۔ رنگ میں وہ قرمزیہ کے طفح کے رنگ کے نسبت عموماً زیادہ سیاہی مائل سرخ یا زیادہ ارغوانی ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے ان میں فرق کرنا مشکل ہوجائے، بالخصوص جبکہ دھبے ہموار طور پر پھیلے ہوئے ہوں اور آپس میں ملے ہوئے نہ ہوں۔ کبھی کبھی ثوران کے تاریک ترین حصے میں حبیب نمشے (petechiæ) واقع ہوتے ہیں، اور دوسری حالتوں میں بعض بثور (papules) کے



تصویر ۳ - کھسرا میں تپش کی نوعیت (بتتبع اسٹرمپل)

مرکزوں میں چند آبلے بن سکتے ہیں۔ یہ طفح چہرہ پر بالکل پوری طرح سے نکلتا ہے اور اُسے ایک ذرد وڑے دار (blotchy) اور متورم شکل کا بنا دیتا ہے، اور اگرچہ یہ اطراف پر نسبتہً کم کثرت کے ساتھ ہوتا ہے، تاہم یہ پشت اور بازوؤں پر دَر ریزش (infiltration) کی مسلسل چکتیاں بنا سکتا ہے۔ یہ اپنی زیادتی تک پہنچنے کے لئے ایک سے تین دن تک لیتا اور پھر بہ سرعت زوال پذیر ہوتا ہے، اور زیادہ تر پہلے وہیں سے کمہلانا شروع کرتا ہے جہاں یہ پہلے ظاہر ہوا تھا۔ یہ عموماً بھورے یا زردی مائل بھورے رنگ کی کچھ چتیاں (mottling) چھوڑ دیتا ہے، جو چند روز تک باقی رہتی ہیں، لیکن نمشے (petechiæ) اور بھی زیادہ نمایاں داغ باقی چھوڑتے ہیں۔ نیز اسکے بعد خفیف تقشّر باریک بھوسی چھلکوں کی صورت میں واقع ہوتا ہے، لیکن اسکے کبھی ایسے بڑے بڑے قاشات (flakes) نہیں ہوتے جیسے کہ قرمزیہ میں دیکھے جاتے ہیں۔

اگر درجۂ منذرہ (prodromal stage) میں تپش کم ہوجائے تو وہ طفح کے ظہور کے ساتھ پھر ۱۰۲-۱۰۳ درجہ بلکہ اس سے بھی زیادہ تک بلند ہوجاتی ہے اور دو تین یا چار دن میں درجۂ اتم کو پہنچکر طفح کا ڈھلنا شروع ہونے کے ساتھ ہی عموماً کسی قدر ناگہانی طور پر کم ہوجاتی ہے، اور ممکن ہے کہ تقریباً چھتیس گھنٹوں میں طبعی درجہ تک پہنچ جائے۔ نازلہ (catarrh) سابقہ ثانی درجہ میں برابر جاری رہتی ہے اور ممکن ہے کہ جبہی جوفوں (frontal sinuses) میں پہنچکر دردِ سر پیدا کردے۔ کم و بیش عمومی التہاب شعبیہ موجود ہوتا ہے، جو کھانسی، نفث مخاط (expectoration of mucus) اور منتشر خرخرات (diffused rhonchi) سے ظاہر ہوتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ حنجرہ بھی ماؤف ہوجائے، جو آواز کے بیٹھنے کروپی کھانسی اور بعض اتفاقی حالتوں میں صرصری تنفس (stridulous breathing) سے ظاہر ہوتا ہے۔

طفح کے ظہور سے پہلے بھی تالو اکثر غیر طبعی سرخی، منتشر یا جکیتوں کی صورت میں ظاہر کرتا ہے، اور تقریباً ہمیشہ وہ انتشار بھی جو فلاٹو کے یا کاپ لِک کے داغوں (Filatow's or Koplik's spots) کے نام سے مشہور ہیں۔ یہ چھوٹے، اُٹھے ہوئے، سپید یا دودھیا رنگ کے (opal) نقطے ہوتے ہیں، جن کی جسامت ایک چھوٹی آلپین کے سر کے برابر ہوتی ہے اور جو عموماً ایک سُرخی دار قاعدے پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ خدّی مخاطی جھلی پر، نیچے کے جبڑے کے ضواحک (premolar teeth) کے مقابل بہترین نظر آتے ہیں، اور اس سے کم حد تک دوسرے دانتوں کے مقابل۔ یہ توران سے دو یا تین دن پہلے ظاہر ہوتے ہیں۔ زبان عموماً فَروَدار ہوتی ہے اور فطرئی الشکل حلیمات (fungiform papillæ) نمایاں ہوتے ہیں۔ تپ کے دفع ہوجانے کے بعد طبعی اشتہا اور نیند کی واپسی عموماً سُرعت کے ساتھ ہوتی ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب[1]۔ اہم ترین پیچیدگیاں وہ ہیں جو اعضائے تنفس سے متعلق ہوتی ہیں اور کھسرے سے متعلق موتوں کی اکثریت اُنھیں کے باعث ہوتی ہے۔　35
پھیپھڑوں کا التہاب کثیر الوقوع ہے اور عموماً اُس التہاب شُعَبِیّہ (bronchitis) کے پھیلنے سے منسوب کیا جاتا ہے جو اس مرض کی تمام حالتوں میں عام ہوتا ہے۔ لیکن یہ ذات الریہ (نمونیہ) اپنے پھیلاؤ میں لُختکی (lobular) ہوسکتا ہے یا لُختی (lobar)، اور ممکن ہے کہ یہ ایک حالت میں شُعَیبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) (۱۶/۱۹) کے مظاہر پیش کرے، اور دوسری حالت میں کُرُوپی یا نیوموکاکی ذات الریہ (croupous or pneumococcal pneumonia) کے مظاہر۔ التہابِ حنجرہ (laryngitis) (۲/۶۶) اِتنا شدید ہوسکتا ہے کہ اختناق (asphyxia) کا خطرہ پیدا کردے اور اُنکے ساتھ جھلی کا بننا بھی ہو۔ ایسی بعض حالتوں میں یا یہ حقیقی خُناق یا ہوسکتا ہے۔ دوسری حالتوں میں یہ عفونیاتِ ریم زا (pyogenic organisms) سے پیدا ہوجاتا ہے۔ دوسری

---

[1] قوسین کے اندر دئے ہوئے اعداد میٹرو پالیٹن اسائلم بورڈز کے شفاخانوں کے ۱۹۱۴ء کے ۱۰۷۴ مریضوں کی فیصدی تعداد ظاہر کرتے ہیں۔

پیچیدگیاں یہ ہیں: التہاب ملتحمہ (conjunctivitis) (۱/۳۳) التہاب قرنیہ (keratitis) (۲۱ و) یا التہاب قزحیہ (iritis) التہاب الفم (stomatitis) (۴ و ۱) اور التہاب لعابیہ (parotitis) اوستاکی نالی کا التہاب، التہاب اذن (otitis) (۳ و ۳) اسہال (diarrhoea) یا زحیر (dysentery) جو علی الترتیب چھوٹی یا بڑی آنت کے التہاب معوی (enteritis) کی وجہ سے ہوتے ہیں، البیو مین بولیت (albuminuria) (۳ و ۳۴) اور نزف معوی (intestinal hæmorrhage)۔ کبھی دہن کی گنگرین واقع ہوتی ہے، جسے آکلۃ الفم یا نوما (cancrum oris or noma) کہتے ہیں (۹ و ۱۹۳) اور فرج کی گنگرین (gangrene of the vulva) جو شاذ تر ہوتی ہے، اسے بھی نوما کہتے ہیں۔ عواقب کے ضمن میں بالخصوص ان جھول کی مزمن التہابی حالتوں کا ذکر کیا جا سکتا ہے جو دوران مرض میں ماؤف ہوتے ہیں، مثلاً اعضائے تنفس کی مزمن نازلت (chronic catarrh) مزمن رمد (chronic ophthalmia) کا کلائی لوزتین یا کلائی غدد، التہاب اذن مع اخراج مواد اور سل کے نتیجہ کے (ملاحظہ ہو صفحہ 30) تدرن (tuberculosis) التہاب درون قلبیہ (endocarditis) اور عام نقص تغذیہ (general malnutrition)۔

اقسام۔ کھسرا بلا ثوران، اور کھسرا بلا نازلت بیان کئے گئے ہیں، لیکن یہ مشتبہ ہے کہ آیا اول الذکر ہوتا بھی ہے؟ اور ممکن ہے کہ آخر الذکر کی بعض حالتیں دراصل حمیرا (rubella) یا جرمن کھسرا ہی ہوں (ملاحظہ ہو صفحہ 36) بہرصورت یہ مرض خفیف ہوتا ہے۔ زیادہ شدید اور خبیث قسموں کی ایک مثال نزفی حصبہ (hæmorrhagic measles) ہے، جس میں مخاطی جھلیوں سے نزف ہوتا ہے، اور ثوران پر بنفشی (purpuric) ہو جاتا ہے۔ دوسری شدید قسموں کی ممتاز خصوصیات حسب ذیل ہیں: شدید تپ، سیاہ یا کبود طفح جو اکثر ناقص النمو ہوتا ہے، تیز اور کمزور نبض، انحطاط (prostration) ہذیان، خشک بھوری زبان، اور عمومی طائفائڈی حالت۔

تشخیص۔ قرمزیہ اور حمیرا کے ساتھ خلط ملط ہونے کا بہت امکان رہتا ہے

(ملاحظہ ہو صفحہ 36)۔ ٹائفس میں طفح اتنا بثوری (papular) نہیں ہوتا، چہرہ کم ہی متاثر ہوتا ہے، طحال متورم ہوتی ہے اور انفی یا ملتحمی نازلت نہیں موجود ہوتی۔ بعض اوقات چیچک کے ثوران کا ابتدائی درجہ کھسرا کے ابتدائی درجہ سے مشابہ ہوتا ہے۔ نازلت کی عدم موجودگی، اور درد سر، درد پشت، اور قے کی سرگذشت چیچک کی تائید میں ہیں۔ وردی ثورانات (roseolous eruptions) جو نوعی تپوں سے علیحدہ ہوں، کھسرا سے مشابہ ہو سکتے ہیں، مگر وہ کھسرا کی مخصوص تپ اور نازلت کی عدم موجودگی سے شناخت کئے جا سکیں گے۔ کاپ لک کے داغ (Koplik's spots) تشخیص میں کار آمد ہوتے ہیں، کیونکہ وہ دوسرے ثورانی امراض میں شاذ ہی ہوتے ہیں۔

انذار۔ یہ عموماً مساعد ہوتا ہے۔ ہلاکت بیشتر ۱ سے ۲ فیصدی تک ہوتی ہے، اگرچہ کبھی کبھی نسبتہً نہایت شدید وبائیں بھی واقع ہوئی ہیں اور ریوی اور حنجری پیچیدگیوں کا غلبہ مرنوں کی فیصدی تعداد کو بہت کچھ بڑھا دیتا ہے۔ ان کے علاوہ خبیث حالتیں شدید تپ، سیاہ یا کبود ثورانات اور سریع الوقوع ہبوط (collapse) یا انحطاط (prostration) سے شناخت ہو سکتی ہیں۔

علاج۔ کھسرے کا علاج قرمز یہ کے علاج سے اصولاً مختلف نہیں۔ بچہ کو ایک مناسب کمرے میں رکھا جائے، جو گرم اور خوب ترویح یافتہ ہو، ہوا کے جھونکوں سے مبرّا اور ایسا مرتب ہو کہ ان بچوں کو سرایت نہ ہوتے دے جو ابتک متاثر نہ ہوئے ہوں۔ ثوران کے نکلنے تک بستر میں لٹا دینا چنداں ضروری نہیں۔ غذا، جیسی کہ دوسرے حمی عوارض میں ہوتی ہے، ہلکی اور زود ہضم ہونی چاہئے۔ نازلت کا جو ابتدا ہی سے موجود ہوتی ہے، منفثات (expectorants) سے علاج کرنا چاہئے، جیسے کہ اسکوئل (squills) یا اسپی کا کوآنا وائن (ipecacuanha wine) یا کمپاونڈ ٹنچر آف کیمفر (compound tincture of camphor) کی قلیل مقداریں۔ حلقوم اور ناک کا دافع عفونت علاج رئوی اور اذنی دونوں قسم کی پیچیدگیوں کو روکنے کا کام دے سکتا ہے۔ مثلاً گلیسرین آف بورک ایسڈ (glycerin of boric acid) روزانہ تین یا چار بار حلق میں لگایا جائے، اور ناک میں ریسارسین (resorcin) ۱ فیصدی کے محلول کا رشاش (spray) کیا جائے یا پوٹاسیم پرمینگنیٹ

(potassium permanganate) کے ہلکے محلول سے پچکاری لگائی جائے۔ اگر تپ تیز رہے تو اُسے نیم گرم پانی کے استعمال سے گھٹایا جائے اسفنج کرکے یا ۹۵ یا ۹۰ درجہ پر مفلس میں تفریح کرکے، جیسے ٹھنڈا پانی ڈالکر اور بھی زیادہ کم کیا جاسکتا ہے۔ تپش ۱۰۵ درجہ جیسے بلند لیول پر شاذ ہی زیادہ گھنٹوں تک رہتی ہے لیکن مریض کو حتی الامکان ایسی نقصان رساں حالت سے بچانا مناسب ہے اور ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ پر بھی ٹھنڈے پانی سے اسفنج کرنے سے بہت کچھ آرام بلکہ نیند بھی حاصل کی جاسکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 25)۔ تہیجات کی صرف نہایت شدید شکلوں میں ضرورت ہوتی ہے۔ تپ اُترنے کے دو یا تین دن بعد عام طور پر بچہ کو اُٹھنے کی اجازت دی جاسکتی ہے، لیکن اُسے اور ایک ہفتہ یا دس دن تک کمرے میں محدود رکھنا چاہیئے نقیہیت کے دوران میں عام صحت کی خبر گیری کرنی چاہیئے، اور آیرن (iron) یا مچھلی کے جگر کا تیل (cod-liver oil) دیا جاسکتا ہے اور ساتھ ہی شاید سمندر کے کنارے یا دوسرے صحت بخش مقام پر تبدیل ہوا بھی کریں۔ ذات الریہ (نمونیہ) اور اسہال کا علاج معمولی طریقہ سے کیا جائے، اور کانوں سے اخراج مواد کا تدارک دافع عفونت غسولات (antiseptic lotions) مثلاً پوٹاشیم پرمینگنیٹ یا بورک ایسڈ سے بار بار دھو کر کریں۔

حُمیرا

(Rubella)

(جرمن کھسرا) - (رٹیلن) - (وردیہ)

(German measles) (Rötheln) (Roseola)

یہ ایک حمّی طفحیہ (exanthem) ہے، جو بہت سے امور میں کھسرا اور قرمزیہ دونوں سے مشابہت رکھتا ہے، لیکن بلا شبہ ان دونوں سے جداگانہ ہے۔ اِس کے متعلق میں ابھی کوئی نوعی دقیق عضویہ دریافت نہیں ہوا ہے۔

36

بحث اسباب ۔ یہ اتنا ساری نہیں جتنا کہ خسرا ہے، اور بہت کچھ اسی طریقہ سے پھیلتا ہے، بالخصوص کسی ایسے شخص کے ساتھ قریبی اختلاط سے جو اس مرض میں مبتلا ہو۔ محدود حملے اس کا عام نتیجہ ہیں، اور نسبتہً زیادہ عمر کے بچے اور نوعمر بالغ بآسانی سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔

علامات ۔ زمانۂ حضانت اکثر سولہ یا سترہ دن ہوتا ہے اور اس سے چند روز کم یا زیادہ ہو سکتا ہے۔ ایک درجۂ منذرہ یا تو بالکل ہوتا ہی نہیں یا زیادہ سے زیادہ ثوران کے ظہور سے پہلے آدھے دن تک رہتا ہے۔ اور اس درجہ میں ہوائی راہوں کی متحاطی جھلیوں کی یا ملتحمہ کی خفیف نازلت ہوتی ہے۔ لیکن بعض حالتوں میں ثوران ہی مرض کی علامت کی پہلی دلالت ہوتا ہے۔ یہ متعدد گلابی رنگ کے دھبوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو گول یا بیضوی، سطح سے نہایت خفیف سے ابھرے ہوئے، یکساں پھیلے ہوئے اور عموماً جُداجُدا ہوتے ہیں اگر یہ بعض اوقات نہایت گنجان طور پر بھی مرتب ہوتے ہیں۔ یہ دھبے مختلف جسامتوں کے ہوتے ہیں۔ جب چھوٹے اور گنجان طور پر مرتب ہوتے ہیں تو ممکن ہے کہ یہ قرمزیہ کے طفح سے بہت مشابہت رکھتے ہوں۔ جب نسبتہً بڑے ہوں تو زیادہ تر خسرا سے مشابہت ہوتی ہے، لیکن یہ عموماً ملتقی (confluent) نہیں ہوتے اور ہلالی شکل نہیں اختیار کرتے۔ جلد میں خفیف خارش محسوس ہو سکتی ہے۔ ثوران زیادہ تر چہرے، دھڑ، بازوؤں اور ٹانگوں پر ہوتا ہے، اور پہلے بیشتر چہرے پر ظاہر ہو کر بسرعت دوسرے حصوں میں ہو جاتا ہے۔ یہ عموماً خسرا کے نسبت کم مدت کا ہوتا ہے اور اکثر صرف دو دن تک اور کبھی تین یا چار دن تک قائم رہتا ہے۔ جیسا کہ خسرا میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ اسکے چند دن بعد تک جلد کی رنگت کسی قدر متغیر رہے۔ تقشّر عموماً نہیں ہوتا اور بڑے تہ دار (flakes) کی صورت میں تو کبھی نہیں ہوتا، جیسے کہ قرمزیہ میں ہوتے ہیں۔ تالو اور حلقوم عموماً کسی قدر امتلا (injection) یا سرخی کے دھبے اور لکیریں ظاہر کرتے ہیں اور ممکن ہے کہ لوزتین قدرے متورم ہوں۔ ملتحمات سُرخی دار ہوتے ہیں اور عموماً خفیف کھانسی اور چھینکیں موجود ہوتی ہیں۔ گردن کی پشت پر غدد ابی

(occipital) خلفی (mastoid) اور مؤخر عنقی (posterior cervical) خلطوں کے اور بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں کے غدد لمفائیہ اکثر متورم اور ائیمہ ہوتے ہیں۔ یہ ورم دو یا تین ہفتوں تک قائم رہ سکتا ہے، لیکن تقیح کبھی نہیں دیکھا گیا۔ حالتوں کی اکثریت میں تپ بالکل غیر موجود ہوتی ہے، اگر تپ ہوتی ہے تو تپش درجہ طبعی سے صرف ۱ یا ۲ درجہ اوپر ہوتی ہے اور ایک، دو، یا زیادہ سے زیادہ تین دن تک قائم رہتی ہے، اور مختلف حالتوں میں نہایت اختلاف ظاہر کرتی ہے لیکن اکثر دانوں کے نمویاب ہونے سے پہلے درجہ طبعی تک گر جاتی ہے۔ بہت سے مریضوں کو بیماری کا احساس مطلق نہیں ہوتا اور ان کی بھوک آخر تک بدستور قائم رہتی ہے۔ متذکرہ پیچیدگیوں کے علاوہ اور کوئی پیچیدگی بالکل شاذ ہے اور انذار نہایت مساعد ہوتا ہے۔

علاج۔ علاج اسی اصول پر جاری رکھنا چاہئے جو کھسرا کے لئے درج کیا گیا ہے۔

قرمزیہ، کھسرا اور حمیرا کی تفریقی تشخیص۔ ابتدائی درجہ:-

قرمزیہ میں ابتدا اچانک ہوتی ہے اور پہلا درجہ چوبیس گھنٹے تک رہتا ہے۔ متلی اور قے موجود ہوتی ہے، مگر نازلت زیادہ نہیں ہوتی۔ کھسرا میں واضح نازلت اور ملتحمہ کا امتلاء (suffusion) طفح سے تین سے زائد دن تک پہلے ہوتا ہے۔ حمیرا میں خفیف سی نازلت ہوتی ہے، جو صرف چند گھنٹوں تک قائم رہتی ہے۔

غددی التہاب (adenitis) قرمزیہ میں جبڑے کے زاویوں کے نیچے کے غدد قطعی طور پر ماؤف ہوتے ہیں اور بعض اوقات دوسرے خطوں میں بھی لمس پذیر (palpable) ہو سکتے ہیں۔ کھسرا میں جبڑے کے زاویوں کے نیچے خفیف ورم ہو سکتا ہے مگر کبھی کبھی پچھلے غدد متاثر ہوتے ہیں، اسی طرح جیسے کہ حمیرا میں۔ حمیرا میں پشت گردن کے غدد کی نمایاں اور مخصوص کلانی ہوتی ہے۔

نوعیت طفح۔ قرمزیہ میں دقیق بثور (papules) اور عام احمرار (general erythema) ہوتا ہے۔ یہ اکثر تختی سرخ رنگ کا ہوتا ہے۔ یہ اطراف پر چکتی دار ہو سکتا ہے۔ جلد کا کچھ واضح ورم ہو سکتا ہے۔ کھسرا میں دھبے بڑے اور سرخ ہو سکتے ہیں اور حد دار خاکوں والی معین چکتیاں بنا سکتے ہیں۔ حمیرا میں کھسرا

کے نسبت دیکھتے زیادہ چھوٹے زیادہ گول اور زیادہ گلابی رنگ کے اور جُدا جُدا ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اِن کے باہم ملنے سے چکتیاں بنجاتی ہیں۔

طفح کا پھیلاؤ۔ قرمزیہ میں ہتھیلیاں، تلوے، اور چہرہ سُرخ ہوجاتے ہیں لیکن طفح سے ماؤف نہیں ہوتے۔ نمایاں گرد فمی شحوب (circum-oral pallor) موجود ہوتا ہے۔ جلد الراس (scalp) بھی غیر متاثر رہجاتی ہے۔ کھسرا اور حمیرا میں تمام حصے ماؤف ہوسکتے ہیں اور گرد فمی خطّہ پر ہمیشہ حملہ ہوتا ہے۔

تپ قرمزیہ میں ارتفاع تپش نمایاں اور نبض تیز ہوتی ہے۔ خراش حلق نمایاں ہوتی ہے، تالوکا امتلا شدید ہوتا ہے، اور باستثنائے عفونتی قسم کے عموماً کوئی شعبی نازلت (bronchial catarrh) نہیں موجود ہوتی نزول تپ (defervescence) کسی قدر تدریجی ہوتا ہے کھسرا میں ارتفاع تپش واضح ہوتا ہے، بنیئی اختلال (constitutional disturbance) بہت اور بلا خراش حلق ہوتا ہے۔ کاپ لِک کے داغ (Koplik's spots) قیصدی سے اوپر حالتوں میں خدی غشائے مخاطی پر موجود ہوتے ہیں، شعبی نازلت ایک معمولی خصوصیت ہوتی ہے، جو شاذ کر اکثر شعبی رئوی التہاب (برانکو نمونیہ) پیدا کردیتی ہے۔ حمیرا میں ارتفاع تپش خفیف اور بعض اوقات غیر موجود ہوتا ہے اور مریض کو تندرستی کا احساس ہوتا ہے۔ خراش حلق اگر موجود ہوتی ہے تو نہایت خفیف سی اور شعبی نازلت عموماً غیر موجود ہوتی ہے۔

زبان۔ قرمزیہ میں زبان بسرعت تین درجے طے کرتی ہے: فرودار مع سُرخ کوروں کے، چکیتی دار، اور اسٹابری کی طرح۔ کھسرا میں اس پر خوب تہ جمی ہوتی ہے اور کبھی کبھی وہ چکیتی دار ہوتی ہے، لیکن تمثیلی طور پر اسٹابری کی طرح نہیں ہوتی۔ حمیرا میں خفیف فرو ہوسکتی ہے۔

طفح کے کمہلانے کے بعد جلد۔ قرمزیہ میں جلد کسی قدر غیر شفاف، بارچینٹ دکمائے ہوئے چمڑے کی طرح، اور لون کی وجہ سے پرپیش زردیا یکی نظر آتی ہے۔ تقشّر البیبن کے سوراخ اور ندفی قسم (pinhole-and-flake type) کا ہوتا ہے۔ عموماً البیبنی سوراخ ابتدا میں گردن پر بہترین دیکھے جاتے ہیں۔ تقشّر اکثر نہایت

افراط کے ساتھ ہوتا ہے کبھی کبھی ان میں ملی بھوری چتیاں ہوتی ہیں۔ تقشر باریک اور سبوسی (بھوسی جیسا) ہوتا ہے اور افراط کے ساتھ نہیں ہوتا۔ خمیرا میں چند روز تک ہلکا زردی مایل بھورا لون ہو سکتا ہے، لیکن یہ عام نہیں۔ تقشر عموماً تقریباً غیر محسوس ہوتا ہے۔

چیچک

(Small-pox)

جُدری

(Variola)

چیچک ایک نوعی متعدی مرض ہے، جس میں ایک مخصوص قسم کا قاتحی (pustular) توران ہوتا ہے، جو ایک قشب (virus) کے باعث ہوتا ہے، جو غالباً ورائے خرد بینی (ultra-microscopic) ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ مرض فقط تعدیہ (contagion) سے پیدا ہوتا ہے اور جو بلاشبہ خاصکر سرایت زدہ اشخاص کے گرد کے کرۂ ہوائی میں سانس لینے سے ہوتا ہے۔ جب مریض شفاخانہ میں مجتمع ہوتے ہیں تو یقین کیا جاتا ہے کہ سرایت ہوائی حمل (aerial convection) سے کم از کم پاؤ میل تک واقع ہوتی ہے۔ یہ کپڑوں، بستر، اور دوسری چیزوں سے بھی منتقل ہوتی ہے جو مریضوں کے تماس میں رہی ہوں، اور اس کی تطعیم قاتحات (pustules) کے مادہ کی وساطت سے بھی ہو سکتی ہے۔ لیکن مریض توران سے پہلے ہی ساری ہوتے ہیں، اور قشب ان لوگوں کے اجسام تک سے خارج ہوتا ہے جو مر چکے ہیں۔ مرض کی حساسیت تمام عمروں اور

دونوں اصناف میں یکساں ہوتی ہے، بلکہ رحم کے اندر (in utero) جنین بھی اُسے ماں سے حاصل کر سکتا ہے۔ لیکن حساسیت اُس وقت اور زندگی کے پہلے سال میں بعد کے نسبت کمتر بیان کی جاتی ہے۔ کہتے ہیں کہ سفید اقوام کے نسبت حبشی اس سے متاثر ہونے کی زیادہ قابلیت رکھتے ہیں۔ عام طور پر یہ مرض ایک ہی شخص میں صرف ایک ہی بار ہوتا ہے۔ لیکن کبھی کبھی دوسرے اور تیسرے حملے بھی واقع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ دوسرا حملہ پہلے کے نسبت اور بھی زیادہ شدید ہو، اگرچہ وہ عام طور پر نسبتہً ہلکا ہوتا ہے۔

اٹھارویں صدی کے اختتام پر ویکسی نیشن (vaccination) یعنے جدری رسانی کی ایجاد کے بعد سے اس مرض میں مبتلا ہونے کی قابلیت، اور نتیجۃً اس کی وباؤں کی تعداد اور شدت بڑی حد تک کم ہو گئی ہے۔ مثلاً گزشتہ صدی کے وسط میں اس ملک (یعنے انگلستان) میں چیچک سے سالانہ کئی ہزار موتیں ہوتی تھیں۔ (۲)۔ ۱۸۷۱ء میں فرانس اور پروشیا کی جنگ کے زمانہ میں یورپ سے آنیوالے پناہ گزینوں کے ساتھ داخل شدہ سرایت کے باعث اموات کی تعداد ۲۳۰۰۰ تھی، لیکن اُس وقت سے ابتک برابر کمی ہوتی رہی ہے اور ۱۹۰۵ء سے موتوں کی تعداد ہمیشہ تیس سے نیچے رہی ہے۔ یہ اچھا نتیجہ بالخصوص جدری رسانی کی وجہ سے ہی نہیں ہو سکتا، کیونکہ اِس صدی کے آغاز کے بعد سے جدری رسانیدہ شیر خواروں کا تناسب پیدائشوں کی تعداد کے مقابلہ میں دراصل ۶۵ فیصدی سے ۳۴ فیصدی تک گھٹ گیا ہے۔ بلکہ یہ (اچھا نتیجہ) تشخیص کی اُن مزید آسانیوں کے باعث ہے جو اِس مرض کے واجب الاطلاع (notifiable) ہو جانے کے بعد سے میسر ہیں اور غالباً اِس وجہ سے بھی کہ موجودہ زمانہ میں انگلستان میں یہ مرض ہلکے قسم کا ہوتا ہے۔

چیچک کی وبائیں اپنی شدت میں نہایت مختلف ہوتی ہیں۔ نسبتہً ہلکی قسمیں، جو کبھی کبھی "جدری کاذب" (alastrim) کہلاتی ہیں، افریقہ اور امریکہ میں ہوتی ہیں، اور شدید تر قسمیں ایشیا اور یورپ میں۔ اِس میں کوئی شبہ نہیں کہ ہلکی اور شدید قسمیں دراصل ایک ہی مرض ہیں، کیونکہ اگرچہ عموماً وہ اپنی اصلی نوعیت

نہیں ہوتی تاہم ایسی مثالیں واقع ہوئی ہیں جن میں کئی قسم بڑھ کر شدید قسم بنگئی ہے۔
چیچک کا خطرہ ہمیشہ ہمارے ساتھ ہے اور جب یہ یاد کیا جاتا ہے کہ روئے زمین پر چیچک کی تقریباً اس لاکھ واردات ہوتی ہیں اور یہ کہ ہمارے وسیع تجارتی تعلقات کے ساتھ اس ملک میں چیچک کا داخل ہوجانا ایک امکان سے زائد ہے، تو یہ قرین عقل ہوگا کہ تمام ممکن تحریزی تدابیر اختیار کی جائیں یعنی عام جدرین رسانی (دیکھیں ملاحظہ ہو صفحہ 43)، سریع تشخیص، اطلاع رسانی (notification) اور سرایت زدہ اشخاص اور متماسین (contacts) کی علیحدگی اور آخرالذکر کی بازجدرین رسانی (re-vaccination)۔

مرضی تشریح ۔ نزلی حالتوں میں مخصوص احشاء کے اندر منصب (effused) خون مل سکتا ہے۔ قائحوں (pustules) کے امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ عمل ادمہ کی تلیمی تہ کی بیش دمویت (hyperaemia) کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ پھر برجلد (cuticle) کی اوپری یہ عمیق تر تہوں سے اوپر ابھر کر آبلہ بنا دیتی ہے۔ ناتیمی (umbilication) بعض اوقات ایک بال کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے، یا ایک پسینہ کے غدہ کی قناۃ کے اس مقام پر پھیلاؤ (distension) کے رکنے سے، یا منحنی شکل مالپیجی (rete Malpighi) کے خلیوں کے ایک ریشے کی صورت میں قرع جانے سے۔ اسی طرح بنے ہوئے ریشوں کے بند وہ فاصلات بنا دیتے ہیں، جو آبلہ کو خانو (loculi) میں تقسیم کر دیتے ہیں۔ مرکزی بندیافید (retinaculum) کے ٹوٹ جانے سے قائحہ (pustule) تقیح کے آخری درجوں میں نصف کروی بنجاتا ہے۔ اس طرح جو ندبات (scar) پیدا ہوجاتے ہیں ان کا اوپری یا گہرا ہونا اس عدد پر منحصر ہے جس حد تک تقیحی عمل جلد کی تلیمی تہ کو ماؤف کرتا ہے۔ پیپ میں اور مختلف اعضاء میں وقیق سبقے (micrococci) ثانوی سرایتوں کے باعث پائے گئے ہیں۔ دوران مرض میں جلد ہی کبدی خلیے شحمی انحطاط ظاہر کرتے ہیں۔

علامات اور مصر ۔ زمانۂ حضانت پانچ سے بیس دن تک مختلف ہوسکتا ہے لیکن عموماً تقریباً بارہ دن ہوتا ہے۔ مرض بیشتر یکایک ایک نمایاں قشعریرہ

(rigor) یعنے لرزے اور جاڑے کے ساتھ شروع ہوتا ہے، جسکے ساتھ شدید درد پشت، شدید درد سر اور قے ہوتی ہے۔ تپش بُخار ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴ درجہ تک چڑھ جاتی ہے، اور دوسرے دن اس سے بھی زیادہ بلند ہوسکتی ہے۔ مریض اکثر نہایت علیل ہوتا ہے اپنا کام جاری رکھنے کے قابل نہیں ہوتا اور غالباً صاحب فراش ہوجاتا ہے۔ عدم اشتہا (anorexia)، تشنگی، فرو دار زبان، تے، اور قبض بھی موجود ہوتے ہیں۔ تیسرے دن تشبیلی ثوران نکل آتا ہے، لیکن ابتدائی درجہ میں مریضوں کی کچھ تعداد میں طفحات (rashes) واقع ہوتے ہیں، جسے واقف ہونا تشخیصی اغراض کے لئے اہم ہے۔

ابتدائی ثورانات۔ یہ (۱) احمراری (erythematous) اور (۲) نزفی (hæmorrhagic) ہیں۔

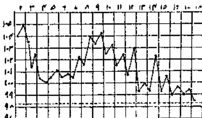
(۱) احمراری طفح نزفی طفح سے پہلے ظاہر ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ خفیف یا ترمیم شدہ چیچک میں وہ بے قاعدہ شکل کی چکتیوں کی صورت اختیار کرتا ہے، جو سریع الزوال ہوتی ہیں اور اپنی جگہ بدلتے رہنے کا رجحان رکھتی ہیں، اور سطح سے اوپر محسوس طور پر ابھری ہوئی نہیں ہوتیں۔ یہ طفح اکثر خسرہ اسے مشابہت رکھنے والا سمجھا جاتا ہے لیکن شاذ ہی جانے کے نیول سے اوپر چہرہ پر پھیلتا ہے۔ شدید چیچک میں احمرار جوارح کی بیرونی سطحات اور دھڑ پر بڑے رقبے یا رقعے (plaques) بناتا ہے، جن کا رنگ شوخ اور حاشئے خوب واضح ہوتے ہیں۔ زیادہ شاذ صورتوں میں ساری جسمانی سطح احمرار کی ایک مسلسل چادر سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے لیکن یہ حمی قرمزیہ کی طرح منقّط نہیں ہوتی۔

(۲) نزفی طفحات سرایت کا زیادہ شدید درجہ ظاہر کرتے ہیں۔ یہ خموں (flexures) کے لئے ایک خاص الف رکھتے ہیں اور ایک احمرار کی طرح شروع ہوسکتے ہیں۔ نہایت مخصوص وممتاز طفحات میں سے ایک "مثلث طفح" (triangular rash) ہے، جو شکم کے زیریں نصف میں ناف سے نیچے کی طرف واقع ہوتا ہے، چڈوں کو ڈھانکتا اور رانوں تک پھیل جاتا ہے۔ یہ ایک اُلٹے مثلث

39

مساوی الساقین کی شکل کا ہوتا ہے، جس کا قاعدہ ناف کے لیول کے قریب ہوتا ہے۔ یہ اکثر اوقات بغلوں میں، اور بازوؤں اور دھڑ کے ہم پہلو حصوں پر ظاہر ہو کر یہاں سے پہلوؤں (flanks) پر سے ہوتا ہوا نیچے کی جکیتیوں تک پھیلتا ہے۔ یہ چھوٹے چھوٹے نزفی رقبتوں یا نمشوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو کہلانے کے بعد کچھ عرصہ تک بھورے یا زردی مائل بھورے داغ چھوڑ دیتے ہیں۔ یہ ابتدائی طفحات عام طور پر دوسرے دن ظاہر ہوتے ہیں، اور تقریباً دو دن تک قائم رہتے ہیں۔ یہ بثوری ثوران (papular cruption) کے ابتدائی درجے کے ساتھ ساتھ موجود رہتے ہیں، لیکن اس کے کامل نمو سے پہلے پہلے غائب ہو جاتے ہیں۔

نزفی طفح کی دوسری شکل پرپیورائے جدری (purpura variolosa) ہے، جو مرض کی ایک نہایت شدید قسم ہے۔ دوسرے دن بلکہ پہلی علامت کے چوبیس گھنٹوں کے اندر ہی ایک قرمزیہ کی شکل کا طفح ظاہر ہوتا ہے، اور اس کے بعد فلد ہی تحت الجلدی نزف، کچھ تو نمشی اور کچھ نسبتہً بڑی چکیتیوں کی صورت میں ہوتا ہے۔ چہرہ سرخ اور پھولا ہوا اور آنکھیں ممتلی (suffused) ہوتی ہیں، صفرائی مادوں یا خون کی قے ہو سکتی ہے، براز خون آمیز ہوتا ہے، اور قارورہ میں البیومن یا خون ہوتا ہے۔ ذہن کی حالت عموماً آخر کے قریب تک درست رہتی ہے، استثنائی طور پر ہذیان یا کوما دیکھا جاتا ہے۔ یہ حالتیں، اکثر تین دن کے اندر بلکہ اس سے بھی پہلے تقریباً ہمیشہ مہلک ہو جاتی ہیں۔



تصویر ۴۔ چیچک میں تپش کی نوعیت (بہ تتبع اسٹریمپل)

نوعی یا ماسکی توران (specific or focal eruption)۔ یہ عام طور پر بیماری کے تیسرے دن چہرے، پیشانی اور جلد الراس پر چھوٹے سُرخ بثور بنکر شروع ہوتا ہے، اور بعد میں یہی سینہ، پشت، بازوؤں اور ہاتھوں پر اور بالآخر جسم کے زیریں حصے، ٹانگوں اور پاؤں پر ظاہر ہوجاتے ہیں۔ یہ بثور جلد ہی اُبھر آتے ہیں۔ یہ سخت ہوتے ہیں اور انگلی سے چھونے پر گہرے سے پھیلے ہوئے محسوس ہوتے ہیں۔ اس حالت کو بعض اوقات چھترے نما (shotty) کہتے ہیں۔ اِن کے ظہور سے دوسرے دن کے اختتام پر مرکز میں ایک چھوٹا سا آبلہ ظاہر ہوتا ہے جو ابتداءً صاف وشفاف ہوتا ہے۔ جیسے جیسے وہ آیندہ دو دنوں کے دوران میں بڑا ہوتا جاتا ہے اُس میں ایک مخصوص تغیر واقع ہوتا ہے:۔ مرکز نشیب دار (پچکا ہوا) ہوجاتا ہے اور محیطی حصہ اُس کے گرد ایک اُبھرا ہوا حلقہ بنا دیتا ہے۔ اس عمل کو آبلہ کی نافینی (umbilication) کہتے ہیں۔ اگر آبلہ میں سوراخ کردیا جائے تو مشمول مصل کی صرف ایک خفیف مقدار خارج ہوگی، اور بقیہ کا احتباس اُن فاصلات (septa) کی وجہ سے ہوتا ہے جو آبلہ کو جداگانہ کُبھوں یا خانوں (loculi) میں تقسیم کردیتے ہیں۔ آبلہ کی نافینی کے وقوع کے ساتھ اُس کے مافیہ تقریباً ہم زمان طور پر غیر شفاف ہوجاتے ہیں، اور بالآخر تقریباً چھٹے دن (مرض کے آٹھویں دن) وہ بالکل ریمی ہوجاتے ہیں۔ آبلہ کے اندر کے اِس تغیر کے دوران میں گردوپیش کی جلد گلابی ہوکر اُس کے گرد ایک التہابی ہالہ بنادیتی ہے، اور اگر کہیں بہت سے قاشحات ہوں، مثلاً چہرے پر، تو اِس سے بہت کچھ ورم پیدا ہوجاتا ہے، جو اکثر اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ چہرے کی شناخت بالکل ناممکن ہوجاتی ہے۔ جلد الراس تنیدہ (tense) اور الیم (tender) ہوجاتی ہے اور ہاتھ کی انگلیاں بھی اِسی سبب سے اکثر بہت متورّم ہوجاتی ہیں۔ تقیّح کا درجہ دو یا تین دن تک قائم رہتا ہے اور پھر قاشحات بتدریج خشک ہوجاتے ہیں، مرکز سے شروع ہوکر اور بالآخر ایک بھورا یا سیاہی مائل بھورا کھرنڈ (scab) بناکر جو کئی دنوں تک چپکا ہوا رہتا ہے۔ بعض اوقات اِس تجفیف (desiccation) یعنے خشک ہونے سے پہلے آبلہ سے کچھ پیپ کا اخراج ہوتا ہے، اور خشک ہونے کے ساتھ ساتھ چہرے اور دوسرے حصّوں کا ورم رفع ہوجاتا ہے۔ بالآخر کھرنڈ اتر کر

رگر جاتا ہے اور ایک تاریک سُرخ داغ باقی رہ جاتا ہے، جو پہلے تو عام سطح سے قدر سے اُوپر اُٹھا ہوا ہوتا ہے لیکن چند ہفتوں کے عرصہ میں ایک منخفض سپید ندبہ (scar) کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ قائحات چہرہ پر اور ہاتھوں کی پُشت پر نہایت کثرت کے ساتھ بنتے ہیں، لیکن دھڑ اور جسم کے ڈھکے ہوئے حصوں پر نسبتہً کم ہوتے ہیں۔ بہت سے لوگوں کا خیال ہے کہ وہ حصّے جو ابتدائی احمراری (erythematous) یا نمشی (petechial) طفحات کا مقام رہے ہیں تو عی ثوران کی کم قابلیت رکھتے ہیں۔ ثوران کے یہ تمام درجے پہلے چہرہ پر واقع ہوتے ہیں اور پھر ایک دن کے بعد دھڑ اور اطراف پر۔ اس کے برعکس اُن حصوں میں جنھیں خراش پہنچائی گئی ہو (مثلاً پلستر یا آبلہ خیز ادویہ لگا کر) بکثرت قائحات بننے کا امکان ہوتا ہے۔ قائحات جلد تک محدود نہیں رہتے بلکہ مخاطی جھلیوں پر بھی ہوتے ہیں۔ وہ بالخصوص دہن اور سخت اور نرم تالو پر واضح طور پر دیکھے جاتے ہیں، لیکن بوجہ اُس متواتر رطوبت کے جو اُن کو پہنچتی رہتی ہے جلد پر کے قائحات سے مختلف شکلیں پیش کرتے ہیں۔ وہ شاذ ہی تکمیل یافتہ قائحات کی صورت میں نمو یاب ہوتے ہیں، بلکہ صرف رمادی یا موتیوں جیسے ارتفاعات (ابھار) ہوتے ہیں، جو خراشیدہ ہو جانے کا امکان رکھتے ہیں اور اوپری تاکلات (erosions) یا قروح بنا دیتے ہیں۔ زبان پر عموماً تہ چڑھی ہوئی ہوتی ہے اور وہ کم و بیش قائحات سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ اُس کا جرم شاذ ہی ملتہب ہوتا ہے۔ حنجرہ کا تقرّح بلکہ گردغضروفی التہاب (perichondritis) بھی واقع ہو سکتا ہے، اور یہ عمل انفی غشائے مخاطی تک پھیل سکتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ورم اور کھرنڈ بنجانے کے باعث سانس میں رکاوٹ ہوتی ہے۔

عام حالات۔ خفیف حالتوں میں ثوران کے ظہور کے ساتھ ابتدائی تپ (primary fever) دفع ہو جاتی ہے اور تپش بالکل طبعی درجہ تک پہنچ سکتی ہے، چنانچہ ایسے مریض جو ابتدائی تین دنوں میں اپنے گھروں میں ٹھہرے رہے ہوں، جب اپنے طبیب کے پاس یا شفاخانہ جاتے ہیں تو آنچ

سارے جسم پر بثور بکثرت ہوتے ہیں لیکن وہ نسبتۃً آرام محسوس کرتے ہیں اور ان میں نہ صرف تپ بلکہ دردِ سر، دردِ کمر، قئے اور عام کسلمندی بھی موجود نہیں ہوتی۔
لیکن جب دانے پیپ دار ہوجاتے ہیں تو تپ از سرِنو آجاتی ہے، جو ثانوی یا عفونتی تپ (secondary or septic fever) ہوتی ہے، اور جاڑے کے ساتھ چڑھتی اور تین سے چھ یا آٹھ دن تک قائم رہتی ہے۔ تپش ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک بلند ہوجاتی ہے، اپنے عمر میں بیشتر متفتر (remittent) ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ بے خوابی، دردِ سر، اور ہذیان، اور نبض ۱۰۰ سے ۱۲۰ تک ہوتی ہے۔
جب کھرنڈ خشک ہونے لگتے ہیں اور جلد کا ورم کم ہوجاتا ہے تو یہ سب شکایتیں پھر رفع ہوجاتی ہیں۔ کھرنڈ اترنے کے ساتھ بعض مریضوں کے بال بلکہ ناخن تک گر جاتے ہیں۔

اقسام۔ چیچک کی بہت سی ذیلی تقسیمیں کی گئی ہیں۔ مندرجۂ ذیل وہ اقسام ہیں جو موجودہ زمانہ میں عموماً تسلیم کی جاتی ہیں:۔ (الف) معمولی یا غیر ملتقی (discrete) چیچک، جس پر مندرجۂ بالا بیان کا بیشتر اطلاق ہوتا ہے (ب) غیر ملتقی چیچک کی ایک خفیف شکل، جو بعض وباؤں کی ممیز خصوصیت ہے، (ج) ملتقی (confluent) چیچک، (د) خبیث (malignant) چیچک، وہ جدری پرپورا (purpura variolosa) جس کا پہلے ذکر ہوچکا ہے (ہ) نزفی (hæmorrhagic) چیچک (نزفی قاحی جدری = variola hæmorrhagica pustulosa) (و) ترمیم شدہ چیچک، اور (ز) تطعیمی (inoculated) چیچک۔
(ب) مندرجۂ ذیل، مرض کی اس نہایت خفیف شکل کی خصوصیات ہیں جو گذشتہ تین سال کے دوران میں مڈلینڈز (Midlands) میں پھیلا تھا۔ ڈربی شائر میں ۲۰۰۰ واردانوں میں کوئی موتیں نہیں ہوئیں علامات منذرہ نہایت خفیف اور بعض اوقات غیر موجود تھے۔ ان کا آغاز مخفی (insidious) تھا اور دردِ سر، دورانِ سر اور اعضا شکنی موجود تھی۔ ارتفاعِ تپش ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ سے ۱۰۲ درجہ فارن ہائٹ تک تھا۔ سابقہ طفحات یا نزفات نہ تھے اور انتہائی انحطاط (prostration) بھی نہ تھا۔ ماسکی ثوران (focal eruption) ہمیشہ

تیسرے دن کے اختتام پر نہیں بلکہ بعض اوقات ابتدائی تسمم الدم (primary toxæmia) کے فوراً بعد ظاہر ہوا، اور ایک تہائی حالتوں میں وہ اس قدر تاخیر سے ہوا کہ ابتدائی تسمم الدم کے اختتام کے بعد ایک سے چار دن کا فاصلہ چھوڑ کر قتّالی (virulent) چیچک کے نسبت دانے زیادہ چھوٹے اور زیادہ اوپری طور پر واقع ہوئے تھے، اور اُن کا ارتقاء سریع تر تھا۔ وہ کامل طور پر قائحات نہ بنے تھے، بلکہ خشک ہو کر باجرے کے دانوں کی طرح ہوتے تھے۔ آبلے یک خانئی (unilocular) تھے۔ عموماً ثانوی تپ نہیں ہوتی تھی۔

(ج) ملتقی چیچک (confluent small-pox) وہ شکل ہے جس میں ثوران بکثرت اور عام علالت متناظراً شدید ہوتی ہے۔ ابتدائی تپ تیز ہوتی ہے اور طفح کے ظاہر ہونے کے ساتھ تپش خفیف حالتوں کی طرح گر کر طبعی درجہ پر نہیں آتی۔ طفح جلد حتیٰ کہ تقریباً دوسرے دن ظاہر ہو جاتا ہے اور نہایت کثرت کے ساتھ نمودار ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قائحات چہرہ پر، جو سب سے زیادہ ماؤف ہوتا ہے، گنجان ہوتے ہیں، جلد بے انتہا متورم ہوتی ہے، اور درجۂ تقیح میں کئی قائحات باہم مل کر بے قاعدہ اور کم و بیش وسیع پیپ دار آبلے بنا دیتے ہیں۔ ناک، حلق اور حنجرہ کی مخاطی جھلیوں کی ماؤفیت نسبتہً بہت زیادہ ہو جاتی ہے اور شدید ہوتی ہے۔ ثانوی تپ بھی تیز ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ ہی انتہا انحطاط، تیز نبض، اور ہذیان اور کوما موجود ہوتے ہیں۔ پیچیدگیاں اکثر ہوتی ہیں اور زیادہ خطرناک ہوتی ہیں اور ہلاکت زیادہ ہوتی ہے۔ موت خستگی (exhaustion) یا شدید تپ (hyperpyrexia) یا تقیح الدم (pyæmia) سے واقع ہوتی ہے۔

(د) خبیث چیچک (malignant small-pox) یا جُدری برفیرا (purpura variolosa) جس میں ابتدائی اڑتالیس گھنٹوں کے اندر جلد میں نزف ہوتے ہیں، بیان ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 89)۔ ایک دوسری قسم میں (ا) نزفی رجحان بعد میں ظاہر ہوتا ہے۔ نوعی ثوران ظاہر ہو جاتا ہے اور پھر نزف بثور کے اندر، یا اور بھی بعد قائحات کے اندر یا قائحات کے درمیان کی جلد کے اندر واقع ہوتا ہے۔

نشئے (petechiæ) اکثر پہلے اطراف زیریں پر واقع ہوتے ہیں۔ مخاطی جھلیاں بھی نزفات سے، یا غشائی چکیتوں سے ماؤف ہوتی ہیں۔ اور ناک، پھیپھڑوں، گردوں یا رحم سے جریان خون (bleeding) واقع ہوتا ہے۔ یہ حالتیں زیادہ تر مہلک ہوتی ہیں۔

(د) ترمیم شدہ چیچک (modified small-pox) جو اکثر جدری نما (varioloid) کہلاتی ہے، اُن اشخاص میں ہوتی ہے جو جُدرین رسانیدہ ہیں لیکن چیچک سے محفوظیت دراصل کم جُدرین رسانی کی وجہ سے، یا مرورِ زمانہ سے اس کے اثر کے زوال کے باعث، نامکمل ہوتی ہے۔ اس کے اور پہلے بیان کی ہوئی غیر ملتقی چیچک (discrete variola) کی خفیف شکل کے درمیان کوئی واضح خطِ امتیاز نہیں قائم کیا جاسکتا۔ بعض اوقات ابتدائی تپ شدید ہوتی ہے، جس میں تپش بلند درجہ کی ہوتی ہے، لیکن یہ مختصر عرصہ کی ہوتی ہے۔ ثانوی تپ نہایت خفیف ہوتی ہے، اور توران محض نامکمل طور پر نمو پاب ہوتا ہے۔ اس میں عموماً شفا ہوجاتی ہے۔

(س) جب چیچک کی تطعیم کی جائے (inoculated) تو دوسرے دن مقام علیہ پر ایک پھنسی (pimple) اُٹھ آتی ہے۔ یہ نمو پاب ہوکر ایک آبلہ یا قاحہ بنجاتی ہے۔ پھر مریض کو لرزہ چڑھتا ہے، اور بغلی غدد متورم ہوکر کچھ تپ ہوجاتی ہے اور تقریباً گیارھویں دن چیچک کا معمولی توران ظاہر ہوکر اپنے مدارج طے کرتا ہے۔ یہ حملہ عموماً خفیف ہوتا ہے، لیکن مرض متعدی اور کبھی کبھی مہلک ہوتا ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب بیشتر حسبِ ذیل ہوتے ہیں: پھوڑے اور سرخبادہ (erysipelas)، التہاب ملتحمہ (conjunctivitis) اور بعض اوقات تقیحی التہاب قرنیہ (suppurative keratitis) سے آنکھ کا اتلاف۔ مزمن التہاب اُذن (choronic otitis)، اور کان کی ہڈیوں کی بوسیدگی (caries)۔ نظام تنفسی میں التہاب شعبتہ (bronchitis)، شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) اور ذات الجنب (pleurisy)، اور متذکرہ بالا تغیرات حنجرہ عصبی نظام میں ذیل کے عوارض واقع ہوسکتے ہیں: فالج نصفی (hemiplegia) غالباً شریانی علقیت (arterial thrombosis) یا التہاب دماغ (encephalitis) کی وجہ سے التہاب

نخاع (myelitis) مختلف شکلوں میں، کبھی کبھی صلابت منتشرہ (desseminated sclerosis) اور التہاب اعصاب کثیرہ (multiple neuritis)۔

تشخیص۔ اس پہ درجۂ مرض کے لحاظ سے بہترین طور پر غور کیا جاسکتا ہے۔

(۱) قبل الثوران درجہ (pre-eruptive stage) میں سر اور پشت میں شدید درد اور قے کے ساتھ (جو چیچک کی امتیازی خصوصیتیں ہیں) لرزے کے وقوع سے انفلوئنزا، حاد رثیتہ (acute rheumatism)، درد کمر (lumbago) یا دوسرے حاد امراض کا گمان ہوسکتا ہے۔ (۲) ابتدائی ثورانی درجہ (eruptive stage):- شکم کے زیریں حصوں اور چڈوں میں نمشی ثورانات نہایت ممتاز خصوصیات ہیں لیکن جب نزفات زیادہ عمومی (جدری پرپیورا = purpura variolosa) ہوں تو پرپیورا (purpura)، عفونۃ الدم (septicæmia) اور نمشوں (petechiæ) کے دوسرے اسباب (مثلاً حمی قرمزیہ اور غذائی سمیت) سے تفریق ضروری ہے۔ احمراری ثوران کی قرمزیہ اور خسرا سے قریبی مشابہت ہوسکتی ہے چیچک کا قرمزیہ نما ثوران منقط (punctate) نہیں ہوتا اور اس کے ساتھ حلق کا التہاب بھی نہیں ہوتا۔ حصبہ نما (morbilliform) ثوران خسرا کے ثوران کی طرح ابھرا ہوا نہیں ہوتا اور چہرے پر شاذ ہی ہوتا ہے۔ بعض اوقات آتشک بھی ویسا ہی ثوران پیش کرتی ہے (۳) بثوری درجہ کا نوعی ثوران، جو پہلے چہرہ پر نمودار ہوتا ہے اور اکثر دو دو یا تین تین کے گروہوں میں مجتمع ہوتا ہے، بثوری احمرار (papular erythema)، مثلاً بثوری خسرا کے طفح، سے مشابہ ہوسکتا ہے۔ (۴) آبلہ دار درجہ میں چیچک کو جدیری (chicken pox) سے (جسکا بیان آگے صفحہ 45 پر ہے) اور داء الفقاع (pemphigus) سے متفرق کرنا چاہیئے۔ (۵) قاحی درجہ میں وہ قاحی اکزیما (pustular eczema) سے مشابہ ہوسکتی ہے۔ (۶) کھرنڈ بننے کے درجہ میں وہ مزمن اکزیما یا تسلخی التہاب جلد (exfoliative dermatitis) سے مشابہ ہوسکتی ہے۔ (۷) بالآخر اس امکان پر بھی غور کرنا ضروری ہے کہ کسی شخص کے ندبات حال ہی میں چیچک سے پیدا ہوگئے ہوں اور اس سے ممکن ہے کہ خاندان کے دوسرے اراکین

42

میں ایک مبہم حاد عارضہ کی نوعیت کا پتہ چل جائے۔ مریض کی تازہ سرگذشت کی تفتیش بھی بہ احتیاط کرنی چاہئے۔

اِنذار کا انحصار جُدرین رسانی پر ہے۔ تقریباً وہ تمام اشخاص، جن پر جُدرین رسانی کے بعد پہلے چند سالوں میں حملہ ہوا ہے، شفایاب ہو جاتے ہیں۔ بعد کے برسوں میں کسی تحفظی عمل کا پتہ چلانا مشکل ہوتا ہے۔ نمثیلی نزفی قسم ہمیشہ مہلک ہوتی ہے۔ معمولی ملتقی چیچک کے مریضوں میں سے تقریباً ایک تہائی، اور غیر ملتقی چیچک کے مریضوں میں سے ۵ سے ۱۰ فیصدی تک مرجاتے ہیں۔ تقیح کی زیادتی ہلاکت کی سب سے زیادہ یقینی علامت ہے۔ نہایت خفیف وباؤں کی موجودگی بھی یاد رکھنی چاہئے۔

علاج عام اصول علاج وہی ہیں جو پہلے بیان کئے ہوئے ساری امراض کے لئے درج کئے گئے ہیں۔ مریض کو دوسروں کی حفاظت کے خیال سے علیحدہ رکھنا چاہئے۔ اُسے ایک بہت ہوادار کمرے میں بستر پر رہنا چاہئے، اور دُودھ اور زود ہضم غذا کی وافر مقدار، اور تشنگی بجھانے کے لئے ٹھنڈک پہنچانے والے مشروبات لینا چاہئے۔

جب چیچک مہلک ہوتی ہے تو موت نہایت عام طور پر دانوں کے تقیح کے باعث ثانوی تپ کے درجہ میں واقع ہوتی ہے سنہ ۱۹ء میں قاہرہ کے ڈریر (Dreyer) نے جو طریقہ ایجاد کیا ہے وہ شدید چیچک کے لئے بہترین علاج ہے۔ سارے جسم کی جلد پر روزانہ ۳ یا ۵ فیصدی پرمینگنیٹ کا محلول ایک بار لگا دیا جاتا ہے۔ اگر جلد زیادہ حس پذیر ہو تو ½ ۱ فیصدی طاقت کا محلول استعمال کریں۔ ملتقی چیچک کی حالتوں میں بہترین یہ ہے کہ مریض کو پرمینگنیٹ کے مغسل میں، جو جسمانی درجۂ تپش پر ہو، یا ۷ گھنٹے کے لئے روزانہ دو بار رکھ دیا جائے۔ اگر یہ علاج جلد شروع کیا جائے تو یہ تقیحی عمل کو کم کر دیتا، قروح الفراش (bed-sores) کے بننے اور عام عفونت کو روکتا، مریض کے آرام کو بڑھاتا، اور تیمارداروں کی سرایت کے خطرے کو کم کر دیتا ہے۔ نیند لانے کے لئے افیون دی جاسکتی ہے۔ زیادہ

شدید حالتوں میں مہیجات (stimulants) آزادانہ طور پر دیئے جائیں۔
اگر ایک جدرین نارسانیدہ (unvaccinated) شخص چیچک کے خطرے میں آ گیا ہو تو اُس کی جدرین رسانی فی الفور کر دینی چاہئے، کیونکہ یہ یقینی ہے کہ اس کارروائی سے مرض میں مفید ترمیم کی جاسکتی ہے۔

جُدرین رسائی

(VACCINATION)

چیچک کی روک تھام۔ تطعیم (inoculation) اور جُدرین رسانی (vaccination)۔ اس مشاہدے کہ چیچک، جب وہ آبلہ کے مافیہ کی تحت الجلد تطعیم سے منتقل کی گئی، ایک ایسا حملہ پیدا کر دیا جو اس حملہ کے بنسبت جو تعدیہ سے منتقل ہو خفیف تر تھا، اس مرض کی زیادہ خطرناک قسموں سے افراد کی حفاظت کے ذریعہ کے طور پر تطعیم کے استعمال کا رواج پیدا کر دیا۔ لیڈی میری ورٹلی مانٹیگو (Lady Mary Wortley Montagu) نے اٹھارہویں صدی کے اوائل میں اس طریقہ کو انگلستان میں رائج کیا، اور اُن کی مثال کی وسیع طور پر تقلید کی گئی۔ لیکن اس کارروائی میں ایک خطرناک نقصان موجود تھا۔ تطعیم کے ذریعہ سے داخل کی ہوئی چیچک، اگرچہ وہ خفیف ہوتی تھی، متعدی تھی، اور اس طرح انتشارِ مرض میں بلاشبہ مددملتی تھی۔ اس کا نتیجہ یہ ہوا کہ تطعیم بُرا سمجھی جانے لگی اور بالآخر اس کی جگہ جدرین رسانی (vaccination) یعنے گاؤ چیچک (vaccinia or cow-pox) کی تطعیم نے لی، جسے پہلے ۱۷۹۶ء میں جینر (Jenner) نے استعمال کیا۔ اُسے یہ تجربہ کرنے کا خیال اُن واقعات پر سے ہوا، جو شیرخانوں میں عرصۂ دراز تک مشاہدہ میں آچکے تھے، یعنے یہ کہ گائیں تھنوں اور بالکھ کے ایک قائمی مرض میں مبتلا ہونے کی قابلیت رکھتی ہیں، جو اکثر اوقات اتفاقی طور پر

اُن کا دودھ دوہنے والے مردوں اور عورتوں میں منتقل ہوجاتا ہے اور یہ کہ یہ اشخاص بعد میں تعدیہ کے ذریعہ یا تطعیم کے ذریعہ (جو اس زمانہ میں رائج تھی) چیچک سے حس پذیر رہتے ہیں۔ اسکے برعکس یہ مشاہدہ میں آیا کہ جن لوگوں کو چیچک نکل چکی تھی ان کو گایوں سے یہ مرض نہیں لگتا تھا۔ جینر نے مریضوں میں گاؤ چیچک کی تطعیم کی جس سے اس کے مخصوص و ممیز اثرات پیدا ہوگئے۔ اور پھر اسے یہ معلوم ہوا کہ ان میں سے بعض مریض چیچک کے قشب سے حس ناپذیر تھے جس سے دوسرے جدرین نارسانیدہ اشخاص میں تمثیلی جدری پیدا ہوگئی۔ اس وقت سے اب تک چیچک سے محفوظ رکھنے میں جدرین رسانی کی قوت واقفات سے بہت کچھ ثابت ہو چکی ہے جنکا دہرانا یہاں میرے لئے غیر ضروری ہے۔

گاؤ چیچک آبلوں کے مشہور لمف (lymph) کی وساطت سے ایک آدمی سے دوسرے آدمی میں بار بار منتقل کی جاسکتی ہے، اور ایسا کرنے میں لمف کی مرض دوبارہ پیدا کرنے کی قوت اور چیچک سے محفوظ رکھنے کی قوت میں کوئی بڑی نمایاں کمی نہیں ہوتی۔ یہ بازو بہ بازو جدرین رسانی ابتدائی زمانہ میں عام طور پر مستعمل تھی، اور کبھی کبھی اس سے آتشک اور دوسرے امراض بھی منتقل ہوجاتے تھے۔ اسی کا نتیجہ ہے کہ اب اس کی جگہ ایسے لمف کے استعمال نے لے لی ہے، جو براہ راست ایک ایسے بچھڑے سے حاصل کیا جاتا ہے جس میں چیچک کے قشب کی تطعیم پہلے سے کر لی گئی ہو۔ اس لمف کی ترویج میں کوپ مَن (Copeman) کے یہ بتلا دینے سے بہت آسانی ہوگئی کہ کیمیائی طور پر خالص گلیسرین کے ۵۰ فیصدی محلول آبی کے بہ لحاظ وزن چھ حصوں کے ساتھ بچھڑے کے لمف یا آبلہ کے گودے کا ایک حصہ خوب ملا دینے اور ازاں بعد اس آمیزے کو استعمال سے پہلے چند ہفتوں تک روشنی سے محفوظ کردہ مہر بند شعری انبوبات میں ذخیرہ رکھنے سے، کوئی نبقات سبحیہ (اسٹریپٹوکاکائی) یا نبقات عنقودیہ (اسٹافلوکاکائی) جو لمف کے اندر موجود ہوں [بلکہ اگر ٹیوبرکل بیسی لائی (عصیات درنیہ) داخل کردئے جائیں تو وہ بھی] بالکل تلف ہوجاتے ہیں۔ بچھڑے کے گلیسرین آمیز لمف (glycerinated calf lymph) کا استعمال ۱۸۹۸ء کے قانون جدرین رسانی (Vaccination Act) میں جائز تسلیم

کر لیا گیا۔

طریقۂ جدرین رسانی۔ عملیہ کے لئے جو حصہ منتخب کیا جاتا ہے وہ عموماً بائیں بازو کی بیرونی جانب، عضلہ دالیہ (deltoid muscle) کی منتہا کے قریب کا ہوتا ہے۔ جلد پہلے اچھی طرح دھو کر عقیم بنالی جاتی اور بائیں ہاتھ سے تان لی جاتی ہے۔ جدرین سیچو کا لگا کر یا کھرچ کر داخل کی جاسکتی ہے۔ اگر اول الذکر طریقہ سے داخل کی جاتی ہے تو وہ عقیم نشتر (lancet) جو شعری انبوب سے لمف زدہ کرلیا جاتا ہے، تین، چار یا پانچ مقامات پر، جو ½ سے ½ انچ تک کے فاصلہ پر ہوتے ہیں، ترچھے رُخ میں داخل کیا جاتا ہے، تاکہ لمف کا داخلہ، ممکن ہو تو خون نکالے بغیر یقینی طور پر ہوجائے اگر جدرین آخر الذکر طریقہ سے (یعنے کھرچ کر) داخل کی جاتی ہے تو منتخبہ مقامات کی جلد ایک عقیم نشتر سے دو یا تین سمتوں میں کھرچ دی جاتی ہے، کچھ خون نکلا ہو تو اُسے پونچھ دیا جاتا، اور لمف کو مسل کر اندر داخل کر دیا جاتا ہے، یا پہلے ہر مقام پر لمف کا ایک ایک قطرہ رکھ کر جلد کو اُس میں سے کھرچ دیا جاتا ہے۔ لمف خشک ہوجانے کے بعد ان نشانات پر کلوڈیئن (collodion) لگا دیا جاتا ہے، لیکن بعد میں جب آبلہ اُٹھ آئے تو نسائے بورک (boric lint) کی ایک گدّی لگا دینی چاہیئے۔

انگلستان کے قانون کے رو سے لازم ہے کہ تمام بچوں کی جدرین رسانی چھٹے مہینے کی عمر سے پہلے کرائی جائے، باستثنا اِس کے کہ والدین میں سے کوئی ایک یہ طبی صداقت نامہ پیش کر دے کہ بچہ یہ عملیہ کرانے کے ناقابل ہے، یا اپنے ضمیری ایقان کا ایک قانونی بیان پیش کرے کہ اِس کارروائی کو وہ بچہ کی صحت کے لئے مضر خیال کرتا ہے۔ یہ بتلا دینا ضروری ہے کہ آج کل اِس امر کے متعلق کہ چیچک کی روک تھام کے لئے جدرین رسانی کو کیونکر استعمال کرنا چاہیئے، دو رائیں ہیں۔ ایک رائے شیر خواروں کی جدرین رسانی کی اہمیت پر اصرار کرتی ہے، اور ساتھ ہی اس پر بھی کہ حتی الامکان وقتاً فوقتاً باز جدرین رسانی (re-vaccination) کی جائے اور یہ کہ جو افراد چیچک کے کسی مریض سے متماس ہوئے ہوں اُن کی جدرین رسانی کی جائے۔ دوسری رائے شیر خواروں کی جدرین

رسانی کو اس وقت تک غیر اہم سمجھتی ہے، جب تک کہ مُتماسین (contacts) کی جدرین رسانی عمل میں لائی جا رہی ہو۔ اول الذکر رائے زیادہ وسیع طور پر اختیار کی گئی ہے، اور اس کا اختیار کرنا محفوظ نہ ہے۔

انسان میں جُدرین رسانی۔ جب گاؤ چیچک کے آبلہ سے نکالے ہوئے لمف کی تطعیم انسانی جلد کے نیچے کی جاتی ہے تو دوسرے یا تیسرے دن کے اختتام تک کچھ نہیں ہوتا، اور پھر مقام تطعیم پر ایک بثرہ (papule) نمودار ہوجاتا ہے۔ یہ جسامت میں بڑھتا ہے اور چوتھے یا پانچویں دن ایک آبلہ بنجاتا ہے جو بڑا ہوکر ایک گول چھالا (bleb) بنا دیتا ہے، جو چپٹا یا مرکز میں کسی قدر نشیب دار اور رنگ میں پھیکا رادی ہوتا ہے۔ آٹھویں یا نویں دن اس کے ما فیہ پیپ دار ہونا شروع ہوتے ہیں، اور اس کے گرد التہاب کا ایک گلابی منطقہ بنجاتا ہے۔ آبلہ زیادہ غیر شفاف بنجاتا ہے، سرخی وسعت میں بڑھتی ہے، اور اس کے ساتھ صلابت (induration) بھی پیدا ہوجاتی ہے۔ متصلہ لمفی غدد متورّم اور آلیم ہوجاتے ہیں، اور اس وقت خفیف درجہ کا بخار اور کسلمندی (malaise) موجود ہوتی ہے۔ تقریباً دسویں یا گیارھویں دن قانحہ (pustule) خشک ہونا شروع ہوتا ہے، اور آئندہ چند دنوں میں ایک بھورا کھرنڈ (scab) بنجاتا ہے۔ گرد وپیش کا التہاب رفع ہوجاتا ہے، اور تقریباً تیسرے ہفتے کے اختتام پر چھلکا اتر جاتا ہے اور ایک نشیب دار، گڑھے دار اور مستقل ندبہ (scar) رہ جاتا ہے۔

حالتوں کی بڑی اکثریت میں جُدرین رسانی کامل طور پر بے ضرر طریقہ عمل ہے، لیکن کبھی اتفاقی حادثات بھی مشاہدہ میں آتے ہیں۔ جُدرین رسانی کے زخم پر سرخبادہ (erysipelas) کا حملہ اسی طرح ہوسکتا ہے جسطرح کہ دوسرے زخموں میں اتفاقی سرایت کی وجہ سے، اور گنگرین نہایت شاذ صورتوں میں واقع ہوئی ہے۔ اب اس میں بھی شبہ نہیں ہوسکتا کہ انسانی جُدریتی لمف سے آتشک منتقل ہوسکتی ہے، اگر وہ برہنہ آنکھ سے بالکل صاف اور خون سے مبّرا نظر آئے۔ لیکن بچھڑے کے لمف کے استعمال سے یہ خطرہ بلاشبہ دور ہوگیا ہے۔ اگر انسانی

44

لمف کام میں لایا جائے تو یہ معلوم ہونا چاہئیے کہ اُس کو بہم پہنچانے والا بچہ مرض کے ہر خطرہ سے مُبّرا ہے اور تندرست والدین سے پیدا ہوا ہے۔ اِسکے برعکس یہ عملیہ اُن بچوں پر بالکل نہیں کرنا چاہئیے جن کا جسمانی تغذیہ خراب ہو یا جو اکزیمائی (eczematous) یا دوسرے ثورانات میں مبتلا ہوں، باستثنا وبائی زمانوں کے، جبکہ چیچک کے خطرہ کے مقابلہ میں موجودہ خرابیٔ صحت میں زیادتی کا امکان ہر لحاظ سے بے حقیقت ہو سکتا ہے۔

وزارتِ صحت کی خاص اطلاع کی رُو سے اُن ۷ ۳۲۶۶۸۹ ابتدائی جُدرین رسانیوں میں سے جو ۱۹۱۱-۱۹ء کے عرصہ میں ہوئیں، اڑسٹھ مداقت نامجات موت جُدرین رسانی سے متعلق تھے۔ یہ تمام موتیں جُدرین رسانی کے باعث نہیں تھیں۔ بعض حالتوں میں جُدرین رسانی کا عمل موت سے تھوڑے عرصہ پہلے کیا گیا تھا، جو دوسرے امراض، مثلاً کھسرا، شُعبتی ذات الریہ وغیرہ کے باعث واقع ہوئی۔

بعض اوقات خاطی گاؤ چیچک (aberrant vaccinia) کی وارداتیں مشاہدے میں آتی ہیں۔ دودھ دوہنے والوں کے ہاتھوں پر دودھ دوہتے وقت تطعیم واقع ہو سکتی ہے، اور مؤلف کے دیکھے ہوئے ایک مریض میں قرنیہ (cornea) میں تطعیم ہو جانے سے ایک آنکھ اندھی ہو گئی۔ بازوؤں پر معمولی جُدرین رسانی کے بعد انفرادی حالتوں میں ثانوی چیچک لبوں، زبان، لوزتین، پپوٹوں وغیرہ پر ہونا بیان کی گئی ہے۔

اعادۂ جُدرین رسانی (revaccination)

پہلی جُدرین رسانی کس حد تک کارگر ہوئی ہے اِس کا اندازہ عموماً ندبات (scars) کی تعداد اور گہرائی سے کیا جاتا ہے، اور وبائی زمانوں میں مُہلک حالتوں میں ندبات کی تعداد اور مُہلک وارداتوں کی فیصدی تعداد کے درمیان ایک معکوس نسبت ظاہر ہوتی ہے، یعنے چار ندبوں والی حالتوں میں ہلاکت سب سے کم، ایک ندبہ والوں میں اِس سے زیادہ اور سب سے زیادہ اُن میں تھی جن کا جُدرین رسانیدہ ہونا بیان تو

کیا گیا لیکن جن میں کوئی نمایاں ندبہ بالکل موجود نہ تھا۔ لیکن بہر حال جدرین رسانی کا اثر محافظ صرف ایک محدود مدت تک قائم رہتا ہے، جو غالباً بارہ سے پندرہ سال تک ہوتی ہے۔ اس طرح یہ قرین مصلحت ہے کہ ہر شخص کی جدرین رسانی پھر بچپن یا ابتدائے بلوغ میں کی جائے، اور اس کے بعد اگر چیچک وبائی صورت اختیار کرلے تو کسی بھی عمر میں آعادۂ جدرین رسانی (revaccination) کے نتائج اس اثر کے کم ہونے کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ ممکن ہے کہ وہ بالکل ناکامیاب ہو، یا محض تھوڑی سی مقامی خراش پیدا کردے، یا ممکن ہے کہ وہ ایک تھیلی آبلہ پیدا کردے۔

موتیا سیتلا یا کنکر بچھر

(Chicken-pox)

جُدیری

(varicella)

جُدیری، موتیا سیتلا یا کنکر بچھر ایک نوعی ساری مرض ہے، جو آبلوں کے ایک ثوران سے ممیز و ممتاز ہے۔ یہ عموماً بچوں میں ہوتا ہے، لیکن شیر خواروں اور بالغوں پر بھی حملہ آور ہوسکتا ہے۔ اس کا تعدیہ ہوا سے یا کپڑوں سے منتقل ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ آبلوں کی پیپ اور کھرنڈوں سے بھی، کیونکہ اس کی تطعیم کامیابی کے ساتھ کی گئی ہے۔ ایک حملہ مناعت پیدا کردیتا ہے، کیونکہ دوسرا حملہ اسی شخص میں بالکل شاذ ہوتا۔ گو یہ اکثر چیچک کے ساتھ خلط ملط کردیا گیا ہے (یعنی غلطی سے اسے چیچک سمجھ لیا گیا ہے) لیکن یقیناً یہ ایک مختلف مرض ہے: جُدرین رسانی جُدیری (موتیا سیتلا) سے نہیں محفوظ رکھتی، نہ جُدیری چیچک سے۔ جُدیری اور نملۂ نطاقی (herpes zoster) کا ابتلاف (ساتھ ہوتا) اکثر مشاہدہ میں آیا ہے

لیکن ان کے درمیان کا تعلق ابتک غیر واضح ہے۔ زمانۂ حضانت تقریباً دو ہفتہ ہے لیکن اتنا کم کہ دس دن یا اتنا طویل کہ انیس دن ہو سکتا ہے۔ نوران پہلے گلابی رنگ کے دھبوں یا بثور پر مشتمل ہوتا ہے جن پر بارہ یا چوبیس گھنٹوں میں آبلے بنجاتے ہیں۔ یہ عموماً تنیدہ (tense)، نیم کروی، اور قطر میں ⅛ سے ¼ انچ تک ہوتے ہیں۔ ان کے اندر کا سیال پہلے صاف اور بے رنگ ہوتا ہے، لیکن جلد ہی اوپل پتھر کے رنگ کا یا دودھ جیسا ہو جاتا ہے، اور پھر آبلہ سکڑ کر ایک زرد یا بھورا کھرنڈ بنجاتا ہے، جو چند روز تک چپکا رہتا ہے اور پھر جدا ہو جاتا ہے اور پھر ایک گلابی داغ باقی رہجاتا ہے۔ کامل طور پر بنا ہوا آبلہ ایک التہابی منطقہ سے گھرا ہوا ہوتا ہے، جو آبلہ کے خشک ہونے پر رفع ہو جاتا ہے۔ یہ آبلے چیچک کی نسبت زیادہ اوپری اور کم خانہ دار ہوتے ہیں۔ بعض آبلوں کے بعد منخفض (گڑھے دار) ندبے (cicatrices) باقی رہ جاتے ہیں، لیکن ان کی تعداد کبھی زیادہ نہیں ہوتی۔

حملہ کا زمانہ عموی تعاقل سے ظاہر ہوتا ہے، جو عموماً نہایت خفیف ہوتا ہے ایک پھیلا ہوا یا چکتی دار احمرار (erythema) اصلی طفح سے پہلے نکل سکتا ہے لیکن یہ طفح چوبیس گھنٹے کے اندر ظاہر ہوتا ہے۔ یہ سب سے پہلے سینہ پر نمودار ہوتا ہے اور نہایت عام طور پر یہیں دیکھا جاتا ہے، لیکن چہرہ، دھڑ، اور جوارح بھی ماؤف ہوتے ہیں۔ یہ دھبے زیادہ کثیر التعداد نہیں ہوتے، لیکن ابتدائی ظہور کے بعد تازہ دھبے دو یا تین دن تک بنتے رہتے ہیں اور عموماً یہ تعداد میں پچاس سے ۲۰۰ تک ہوتے ہیں۔ چند آبلے دہن، تالو اور لبوں کی مخاطی جھلی پر بھی بنتے ہیں۔ آبلوں سے پہلے جو کچھ تپ ہوتی ہے وہ چند گھنٹوں یا دو تین دن تک جاری رہتی ہے اور عموماً ۱۰۲ درجہ سے اوپر نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ ۱۰۴ درجہ تک پہنچ جائے۔ گردن کے لمفی غدد بڑھے ہوئے ہو سکتے ہیں۔ موت نہایت شاذ و اقع ہوتی ہے لیکن نقاہت ہمیشہ سریع نہیں ہوتی۔

گنگرینی جدیری (varicella gangrenosa) میں بعض آبلے جسامت میں بڑھکر، متقیح ہو کر سرخی مائل بھورے یا کالے کھرنڈ بنا دیتے ہیں، جنکے نیچے جلد کا اغتشاش پیدا ہو جاتا ہے، اور بالآخر یہ مدور قروح چھوڑ دیتے ہیں، جن کی

45

کوریں صاف کٹی ہوئی ہوتی ہیں۔ بچہ بہت بیمار ہوجاتا ہے اور ممکن ہے کہ موت واقع ہوجائے۔ حبابی جدیری (varicella bullosa) میں معمولی آبلوں کے علاوہ بڑے بڑے حبابات (bullæ) بھی پائے جاتے ہیں۔

ایسی واردات میں مندرج ہوئی ہیں جن میں ناسخوں کے اندر اور گرداگرد، نیز جلد کے دوسرے مقامات پر آتزن واقع ہوا ہے، اور ناک، دہن، مھبل (vagina) اور معا مستقیم سے خون کا سیلان، اور مصلی جھلیوں کے نیچے نمشے (petechiæ) پائے گئے۔ ان میں سے بیشتر حالتیں بالآخر مہلک ثابت ہوئیں۔

جُدیری کا علاج۔ بچوں کو علٰحدہ کر دینا چاہئے، لیکن بستر پر رہنے کی اکثر ضرورت نہیں ہوتی۔ صرف اتنی ہی ضرورت ہوتی ہے کہ غذا ہلکی دی جائے اور آنتوں پر توجہ دی جائے۔

چیچک اور موتیا سیتلا کی تفریقی تشخیص۔ بعض اوقات

موتیا سیتلا کو ترمیم شدہ چیچک سے شناخت کرنا مشکل ہوتا ہے اور آخر الذکر کی وباؤں کے زمانہ میں موتیا سیتلا کو واجب الاطلاع قرار دینا مناسب معلوم ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 14) تاکہ چیچک کی کوئی واردات انسران صفائی سے نظر انداز نہ ہو جائے۔ چونکہ ان دونوں حالتوں کی تفریقی تشخیص تپوں کی تشخیص میں ایک نہایت اہم امر ہوتی ہے، لہذا یہاں اس پر کسی قدر تفصیل کے ساتھ بحث کی گئی ہے۔ نیز ملاحظہ ہو چیچک کی تشخیص (صفحہ 41) سب سے پہلے مریض کا معائنہ خوب اچھی روشنی میں کرنا چاہئے اور مریض کے کپڑے اتروا کر اور ڈھانکنے کے لئے ایک کمبل استعمال کر کے اس کی جلد کا جتنا زیادہ حصہ ممکن ہو بیک وقت دیکھنا چاہئے۔

وانکلین (Wanklyn) (۲) کی رائے ہے کہ سریری مظاہر کے چار نہایت اہم گروہ حسب ذیل ہیں:-

(۱) انبطاح (prostration)۔ یہ عموماً چیچک کی ایک قابل اعتماد

امارت (sign) ہوتا ہے جبکہ اس پر طفح کی گنجانی کے لحاظ سے غور کیا جائے۔ اگر طفح بکثرت موجود اور اس سے پہلے انبطاح بالکل غیر موجود ہو تو یہ چیچک کے بہت خلاف ہے۔

(۲) طفح کا پھیلاؤ سب سے زیادہ اہم ہے۔ کلک میلارڈ (Killick Millard) (۲) حسب ذیل لکھتا ہے: "(۱) سر اور گردن کو نظر انداز کرو۔ (۲) باقی ماندہ جسم کو (الف) دھڑ اور (ب) جوارح میں تقسیم کرو۔ پھر اگر با احتیاط شمار کرنے پر اضرار (دانے) جوارح پر زیادہ کثیر التعداد ہوں تو مرض تقریباً یقینی طور پر چیچک ہے۔ لیکن اگر دانے دھڑ پر زیادہ کثیر التعداد ہوں تو مرض تقریباً یقینی طور پر موتیا سیتلا ہے۔ یہ سچ ہے کہ چند حالتیں ایسی ہوتی ہیں جن میں اضرار (دانے) تقریباً مساوی طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں اور اس غرض سے کہ اگر کوئی غلطی بھی ہو تو اس کے نتائج نسبتہً زیادہ خطرناک نہ ہوں (یعنی یہ کہ گو مرض موتیا سیتلا ہی ہو مگر پھر بھی اس پر چیچک ہی ہونے کا شبہ کیا جائے بجائے اس کے کہ اس کے برعکس سمجھا جائے)۔ اس طریق شناخت میں اتنا اضافہ کرو بناء بہتر ہے کہ کہنیوں اور شانوں کو بھی جوارح کا حصہ شمار کر لیا جائے اگرچہ میں یقین کرتا ہوں کہ اگر اس طریق شناخت سے صحیح نتائج اخذ کرنا مقصود ہو تو ان خطوں کو دھڑ کے ساتھ شمار کرنا چاہیئے"۔

(۳) تحجّر یا جلد کے اندر گہرائی۔ جدیری میں بثور اوپری ہوتے ہیں اور چیچک میں گہرے۔ جلد کے زیادہ ملائم حصوں جیسے کہ بغلوں، سینہ یا پہلوؤں، پر واقع ہونے والے اضرار پر غور کرنا بالخصوص مفید ہے۔ جلد کے اندر اضافی گہرائی ایسے مقامات پر زیادہ آسانی کے ساتھ محسوس ہو جاتی ہے اور انگلی اور انگوٹھے کے درمیان جلد کا ایک ڈھیلا دہراؤ ٹٹول کر پھر انے سے۔

(۴) یکسانگی۔ اس سے یہ مراد ہے کہ چیچک کا طفح ایک معین شرح سے ترقی کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ جدیری (varicella) کے بثور چند گھنٹوں کے اندر آبلے بنجاتے ہیں، اور یہ تنفط (vesiculation) چوبیس اور زیادہ سے زیادہ اڑتالیس گھنٹوں میں اختتام کو پہنچتا ہے اور ان کے مائع گدلے رنگ کے ہوتے ہیں اور شاذ ہی حقیقۃً ریمی یا پیپ دار ہوتے ہیں۔ آغاز طفح کے بعد

سے دو یا تین دن میں دانے خشک ہو جاتے ہیں چیچک میں بثور کا تقشّع بہ احتیاط امتحان کرنے پر عموماً اڑتالیس گھنٹوں کے بعد نظر آتا ہے۔ وہ تکمیل پر پہنچنے سے پہلے اور چار روز لیتا ہے۔ شدید چیچک میں تقریباً تمام دانے متقیح ہو جاتے ہیں لیکن یہ تغیر طفح کے چھٹے دن تک تکمیل کو نہیں پہنچتا۔ ترمیم شدہ چیچک میں نسبتاً تھوڑے سے دانے ہی تاگی ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ سارا طفح تقشّعی یا نیم تاگی درجہ میں دب جائے۔ اگر طفح بثوری ہے اور تین یا چار دن تک ایسا ہی رہے تو وہ چیچک نہیں ہو سکتی چیچک کی نزعی حالت کی تشخیص اکثر بثوری طفح کے نمودار ہونے سے ہو جاتی ہے۔ بہ الفاظ دیگر اس کا اعادہ یوں کیا جا سکتا ہے کہ چیچک کا طفح نمویاب ہو کر پختہ ہوتا ہے۔

دوسرے خصائص جو گزشتہ زمانہ میں چیچک کو تجدیری سے تمیز کرنے میں کام میں لائے جاتے تھے وہ اب عام طور پر اس مقصد کے لئے بہت کم مفید سمجھے جاتے ہیں۔ وہ حسب ذیل ہیں: چیچک میں دانے چھرّے جیسے (shotty) ہوتے ہیں اُن میں ناف بینی (umbilication) ہوتی ہے اور متعدد خانے (multiloculation) ہوتے ہیں، یہ دانے ہتھیلیوں تلوؤں یا تالو پر ہوتے ہیں۔ ایک معین رقبہ میں اُن کا نمو یکساں ہوتا ہے، لیکن جدیری میں دانے کسی مخصوص رقبے میں فصلوں کی صورت میں (in crops) نمودار ہوتے ہیں۔

کن پھیڑ (تکاف)

(MUMPS)

نوعی التہاب نکفیہ

(specific parotitis)

کن پھیڑ ایک نوعی متعدی مرض ہے، جس کا اصلی ضرر غدۂ نکفیہ (parotid gland) کا التہاب ہے۔

یہ بیشتر بچوں اور نوعمر بالغوں میں ہوتا ہے۔ کم عمر شیر خوار، نیز زیادہ عمر والے لوگ زیادہ شاذ مبتلا ہوتے ہیں۔ اُناث کے نسبت ذکور زیادہ حس پذیر ہوتے ہیں۔ اس کا کوئی دقیق عضویہ شناخت نہیں ہوا ہے، لیکن معلوم ہوتا ہے کہ اس کا تشنب التہاب رماد النخاع (poliomyelitis) کے تشنب کی طرح تقطیر پذیر ہے، اور مرض زدہ کفیہ سے حاصل شدہ مصل کا انشراب بندر کے غدد کفیہ میں کرنے سے ایسے علامات پیدا ہوئے ہیں جن کا کن پھیڑ کے علامات سے مقابلہ کیا جاسکتا ہے۔

علامات۔ زمانۂ حضانت چودہ سے چھبیس دن تک ہے اور بیشتر اوقات تیئیس، بیس، یا اکیس دن ہوتا ہے۔ ابتداءِ مرض ایک یا دو دن تک کسی قدر کسلمندی سے ظاہر ہو سکتی ہے، لیکن اکثر پہلی علامت ایک جانب کے جبڑے اور گال میں درد اور سختی کا احساس ہوتی ہے۔ پھر شحمۂ گوش (lobule of the ear) کے عین نیچے ورم ہوجاتا ہے، جس سے وہ باہر کے طرف ہٹ جاتی ہے، اور جبڑے اور زائدہ حلمیہ کے درمیان کا نشیب پُر ہوجاتا ہے۔ پھر ورم اُور نیچے کو، جبڑے کے فرع (ramus) کے نیچے پھیل کر تحت اللسانی (sublingual) اور تحت الفکی (submaxillary) غدد کو ماؤف کر سکتا ہے۔ ایک یا دو دن کے بعد دوسرے جانب کے غدد ماؤف ہوکر سارے جبڑے کے گرد ایک جانب سے دوسرے جانب تک، ایک حلقہ سا بنا دیتے ہیں۔ یہ ورم پھیکے رنگ کا، لچکدار، قوام میں گندھے ہوئے آٹے جیسا (doughy) اور چھونے سے الیم ہوتا ہے۔ لیکن تقیح شاذ ہی ہوتا ہے۔ اندر کی طرف لوزتین اور حلقوم کسی قدر متورم ہوتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دانت بڑی مشکل سے جدا کئے جا سکتے ہیں اور نصف انچ یا اس کے قریب سے زائد نہیں جدا ہو سکتے۔ چباتے اور نگلنے میں بہت درد ہوتا ہے، جبڑے کی حرکت میں وثابی درد (darting pain) ہوتا ہے، جو کچھ عرصہ تک رہتا ہے۔ افراز ریق طبعی، یا بڑھا ہوا، یا گھٹا ہوا ہو سکتا ہے۔ بخار معتدل درجہ کا ہوتا ہے اور تپش اکثر ۱۰۲ درجہ تک بلند ہوجاتی ہے۔ خون میں لمفی خلیوں (lymphocytes) کی اضافی اور مطلق زیادتی ہوجاتی ہے اور یہ حالت چودہ دن تک قائم رہتی ہے۔ ورم

سات سے دس دن تک رہتا اور بتدریج کم ہوجاتا ہے، اور مریض عموماً تین ہفتوں کے اندر بالکل اچھا ہوجاتا ہے۔ کبھی کبھی اس غدہ کے اوپر کی جلد متقشر (desquamated) ہوجاتی ہے۔ کن پھیڑ کی ایسی حالتیں بھی بیان کی گئی ہیں جن میں صرف تحت الفکی غدد ماؤف ہوئے ہیں۔

پیچیدگیاں ۔ بعض اوقات کن پھیڑ کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عین اس وقت جبکہ التہاب نکفیہ کم ہورہا ہے، یعنے تقریباً ساتویں یا آٹھویں دن، التہاب خصیہ (orchitis) واقع ہوجاتا ہے۔ لیکن یہ التہاب اس سے پہلے یا بعد میں بھی ہوسکتا ہے، بلکہ ممکن ہے کہ التہاب نکفیہ سے پہلے ہوجائے۔ یہ ۲۰ تا ۳۰ فی صدی ذکور مریضوں میں ہوتا ہے اور لڑکوں کے نسبت بالغوں میں زیادہ عام ہے۔ یہ عمل پہلے بربخ (epididymis) میں شروع ہوکر خصیہ متورم ہوجاتا ہے اور ممکن ہے کہ طبقۂ غمدیہ (tunica vaginalis) کے اندر انصباب (effussion) اور صفن (scrotum) کا اُذیما واقع ہوجائے۔ اس کے ساتھ درد اور الیمیت اور تپش کی زیادتی ہوتی ہے، جو ۱۰۴ درجہ تک پہنچ سکتی ہے اور شاذ صورتوں میں ہذیان حاد ہوجاتا ہے۔ یہ التہاب چند روز میں کم ہوجاتا ہے لیکن ممکن ہے کہ اس کے بعد مستقل ذبول ہوجائے۔ اور بھی زیادہ شاذ دوجانبی التہاب خصیہ ہوتا ہے۔ عورتوں میں پستانیں ملتہب ہوسکتی ہیں (التہاب پستان=mastitis)، یا بیرونی تناسلی اعضا متورم ہوجاتے ہیں، اور شاذ صورتوں میں بیضیین (ovaries) ملتہب ہوتے ہیں۔ التہاب پستان لڑکوں میں بھی دیکھا گیا ہے۔ التہاب بانقراس (pancreatitis) بھی مرقوم ہے، جو عموماً پہلے ہفتہ کے آخر میں واقع ہوکر دو سے سات دن تک قائم رہتا ہے۔ لیکن اس کا، التہاب نکفیہ سے پہلے ہونا بھی معلوم ہوا ہے۔ رودۂ معدہ (epigastrium) اور بائیں مراقی خطے (hypochondrium) میں درد، الیمیت اور ورم سے، اور ارتفاع حرارت، متلی، قے، اور کبھی اسہال، یا براز کے ساتھ چربی خارج ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔ سریع الزوال ذیابیطس بھی بیان کیا گیا ہے۔ التہاب سحایا (meningitis)، التہاب عصب بصری (optic neuritis)، التہاب

اذن (otitis)، التہاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis)، بصلی شلل (bulbar paralysis)، التہاب دروں قلب (endocarditis) اور التہابِ گردہ (nephritis) اس کے شاذ عواقب ہیں۔

کن بجیبیڑ میں تشریحی تغیر رقیق غددکی ہیں جو فیزی لیفی بافت کی متصلی اور خلوی التہابی دررریزش ہے۔

تشخیص میں کوئی دقت نہیں پیش آتی اور انذار مساعد ہوتا ہے۔

علاج ۔ مریض کو ایک کمرے میں رہنا چاہئے۔ یقین کیا جاتا ہے کہ بستر پر لیٹے رہنے سے پیچیدگیاں پیدا ہونے کی قابلیت کم ہو جاتی ہے، بالخصوص مردوں میں التہابِ خصیہ کے متعلق۔ غذا مائع شکل میں دینی چاہئے۔ مقامی طور پر تکمید (fomentation) اور افیون اور بیلا ڈونا (belladonna) کے ضماد سے عموماً آرام معلوم ہوتا ہے۔ اور ایک دافع عفونت غسولِ فمی (mouth-wash) کا جس میں بورک ایسڈ شامل ہو، بار بار استعمال کرنا چاہئے۔ داخلی طور پر پوٹاسیم سائٹریٹ (potassium citrate) یا ایمونیم ایسی ٹیٹ (ammonium acetate) کی خفیف مقدار میں مریض کے لئے فائدہ بخش ہو سکتی ہیں۔

کالی کھانسی

(Whooping-cough)

سعال دیکی۔ شہقہ

(pertussis)

کالی کھانسی ایک مرض ہے جسکی ممیز خصوصیت ایک مخصوص قسم کی تشنجی کھانسی ہے، جسکے بعد ایک لمبا کھینچا ہوا شہیق (inspiration) تقریباً مسدود مزمار

کے راستہ سے عمل میں آتا ہے، جس سے ایک مرغی کی آواز (crowing noise) یا ہُوپ (whoop) پیدا ہو جاتی ہے۔

یہ ایک متعدی بیماری ہوتی ہے، جس میں عام طور پر کسی قدر قریبی تماس کی ضرورت ہوتی ہے لیکن کبھی کبھی بظاہر کپڑوں اور کبھی یقینی طور پر بساق (sputum) سے منتقل ہوتی ہے۔ بچے اس سے بہت جلد پذیر ہوتے ہیں اور بیشتر اشخاص کو یہ مرض اوائل عمر میں ہوتا ہے، لیکن بالکل شاذ طور پر اس کا بالغوں پر بھی حملہ ہوتا ہے۔ امراض طفحیہ (exanthems) کے نسبت اس کا دوسرا حملہ ایک ہی مریض میں اور بھی زیادہ شاذ ہے۔ یہ ایک اور آٹھ سال کی عمروں کے درمیان نہایت عام ہے اور لڑکوں کے نسبت لڑکیاں اس میں زیادہ مبتلا ہونے کا رجحان رکھتی ہیں۔ یہ وبائی صورتوں میں واقع ہوا کرتی ہے، لیکن اس امر کی زیادہ شہادت موجود نہیں ہے کہ آب و ہوا یا موسم اس کی وبا کا باعث ہوتا ہے۔ اکثر مشاہدہ کیا گیا ہے کہ کالی کھانسی کی وبا خسرا کی وبا کے بعد فی الفور واقع ہوتی ہے۔

امراضیات۔ ۱۹۰۶ء میں بوردے (Bordet) اور گینگو (Gengou) نے ایک عُصَیّہ بیان کیا جو تقریباً عُصَیّہ انفلوئنزا (bacillus influenzæ) کی جسامت کے برابر لیکن اُس سے نسبتاً لمبا اور زیادہ موٹا اور خصائص کاشت میں کسی قدر مشابہت رکھنے والا تھا۔ اُسے انہوں نے مرض کے ابتدائی درجوں میں اُس لزج مخاط کے اندر بہترین طور پر دیکھا جو نسبتاً چھوٹی نالیوں کے اندر سے بذریعہ نفث خارج ہوا تھا اور اُس میں وہ تقریباً خالص کاشت کی صورت میں تھا۔ لیکن وہ اکثر دوسرے انفلوئنزائی عصیوں کے ساتھ موجود ہوتا ہے۔ وہ اب بیسیلیس پرٹسس (B. pertussis) کہلاتا ہے۔ نقیہہ مریضوں کا مصل وہی اس عُصَیّہ کا التزاق کرتا ہے اور اس کے ساتھ متممی تعامل کا انحراف ظاہر کرتا ہے۔ اس سے تیار کردہ مُجدرینات اس مرض کے عمر پر مفید اثر ظاہر کرتی ہیں (Freeman)۔ اگر چہ کھانسی اُس افراز کے باعث ہوتی جاتی ہے جو عضویوں سے پیدا ہو جاتا ہے، تاہم ہوپ (whoop) کی توجیہہ اس قدر آسانی کے ساتھ نہیں ہوتی۔ عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ وہ مزمار

کے تشنجی انسداد سے پیدا ہوجاتی ہے، لیکن اُس کی توجیہ غالباً احبال الصوت (cords) کے انفعالی تقرّب (passive approximation) سے، یا جبکہ یکایک شہیق (inspiration) واقع ہوتا ہو آزادانہ نہ کھلنے سے ہوجائے گی۔

کالی کھانسی کی مَرضی تشریح اُس کی پیچیدگیوں بالخصوص شعبتی التہاب الریہ (برانکو نمونیہ) کی مرضی تشریح ہے۔ حنجری اور قصبیتی اغشیۂ مخاطیہ ملتہب اور شعبتی غدد متورّم ہوتے ہیں۔

علامات۔ زمانۂ حضانت تقریباً دس دن ہے۔ اِس کے حدود چار سے چودہ دن تک ہیں۔ پہلا درجہ شعبتی نازلہ (bronchial catarrh) کا ہے جو معمولی نزلہ سے ہمیشہ قابلِ شناخت نہیں ہوتا۔ کھانسی اور کافی بڑے بچوں میں نفث (expectoration) ہوتی ہے اور سینہ میں چند خراخر (rhonchi) اور خفیف ارتفاع تپش لیکن

48

بعض اوقات کھانسی کے ساتھ نفیری سعی کی غیر معمولی تکرار ہوتی ہے، جو شبہ پیدا کرسکتی ہے۔ یہ ابتدائی التہاب شعبۂ سات سے دس دن تک جاری رہتا ہے اور پھر کم و بیش سریع برزخیت سے شہقی درجہ (whooping stage) پیدا ہوجاتا ہے۔ ابتداءً کھانسی کے بعد شاید ایک لمبا کھینچا ہوا شہیق (inspiration) ہوتا ہے اور پھر ایک ایسی ہوپ (whoop) جس میں غلطی کا احتمال نہیں ہوسکتا۔ لیکن خود کھانسی بھی ویسی ہی مخصوص ہوتی ہے جیسی کہ ہوپ۔ ممکن ہے کہ بچہ بظاہر اچھا ہو اور کھلونوں سے کھیل رہا ہو جبکہ وہ یکایک ٹھہر جاتا ہے، ایک لمحہ کے لئے گھبرایا ہوا معلوم ہوتا ہے اور پھر شاید اپنی ماں یا دایہ کے طرف دوڑتا ہے۔ ایک مختصر سی کھانسی ہوتی ہے ایک کے بعد ایک بعد دیگرے کئی بار کھانسی آتی ہے اور درمیان میں کوئی شہیق (inspiration) نہیں ہوتا، ہر متوالی (بعد میں آنیوالی) کھانسی نسبۃً کم پُرشور اور زیادہ گھٹی ہوئی (stifled) ہوتی جاتی ہے یہاں تک کہ سات یا دس تا بیس کے دوران میں کھانسیوں کی تعداد بڑھ کر پندرہ یا بیس اخراجی ساعی تک پہنچ جاتی ہے۔ پھر ایک لمبا کھنچا ہوا شہیق ایک پُرشور حنجری آواز کے ساتھ ہوتا ہے، جسے "ہوپ" (whoop) کہتے ہیں۔ اِس کے بعد مختصر کھانسیوں کا ایک دوسرا دورہ

ایک دوسری ہوپ کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ اور یہ سلسلہ ایک یا دوبار اور، نسبتاً کم شدت اور کم شور کے ساتھ واقع ہوسکتا ہے، یہاں تک کہ بالآخر تھوڑا لوجدار مخاط بذریعہ نفث خارج ہوتا ہے یا قے ہوجاتی ہے۔ کھانسنے کی ساعتی کے دوران میں چہرہ خون سے ممتلی یا ازرق (cyanosed) اور متورم ہوجاتا ہے، آنکھیں سر سے نکلی پڑتی ہیں، زبان منہ سے باہر لٹک جاتی ہے، خون آلود ریق تمام منہ میں کھانسا جاتا ہے، اور شہیق سے بھی اُس وقت تک کوئی آرام نہیں ہوتا جبتک کہ بالآخر مخاط نفث کے ذریعہ خارج نہ ہوجائے یا دورہ موقوف نہ ہوجائے۔ اِس عرصہ کے دوران میں بچہ اِس مطلقاً ناقابلِ ضبط معکوس فعل سے بالکل بے بس ہوجاتا ہے۔ بستر میں لیٹا ہوا بچہ جب کھانسی کے حملے کی آمد آمد محسوس کرتا ہے تو وہ اپنے کھٹنے کی کٹوری کو پکڑ کر اپنے منہ کے نیچے رکھ لیتا ہے اور دوسرے چند ثانیوں میں کھانسی سے بالکل بے بس، اور گرد و پیش میں جو کچھ ہو رہا ہے اُس سے بے خبر ہوجاتا ہے۔ کھانسنے کی کوششوں کے دوران میں تنفس میں جو مزاحمت پیش آتی ہے اُس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بیشتر اوقات نزفات (hæmorrhages) واقع ہوتے ہیں۔ ناک دہن یا مسوڑھوں سے جریانِ خون ہوتا ہے تحت الملتحمہ کدم (subconjunctival ecchymosis) جلد کے نمشے (petechiæ)، اور نہایت شاذ حالتوں میں دماغی نزف (cerebral hæmorrhage) واقع ہوجاتا ہے۔ سینہ کے اندر خون کی واپسی میں متواتر مزاحمتوں کے باعث کچھ عرصہ کے بعد چہرہ اکثر ایک پھولا ابھرا ہوا منظر اختیار کرلیتا ہے۔ کھانسی کے دوران میں نیچے کے کترنوں (اسنانِ ثنایا (incisor teeth) کے دباؤ سے بعض اوقات لجام اللسان (frænum linguæ) پر ایک چھوٹا قرحہ بنجاتا ہے۔ کھانسی کے دورے اکثر ناگہانی معلوم ہوتے ہیں، لیکن اگر بچہ روتا ہے یا غصہ میں آتا ہے، یا اگر بچہ کو چھیڑا بھی جائے، مثلاً اُس وقت جبکہ امتحانِ سینہ کے لئے دایہ کپڑے اتارنا شروع کرتی ہے، تو دورے ہمیشہ شروع ہوجاتے ہیں۔ حملے دن اور رات دونوں میں ہوتے ہیں اور یہ عموماً دیکھا گیا ہے کہ دن کے دوسرے بارہ گھنٹوں کے نسبت شب کے اوقات میں ۶ بجے شام اور ۹ بجے صبح کے درمیان، زیادہ تر ہوتے ہیں۔ اَیو ی لینا ہسپتال

(Evelina hospital) کے بیمار بچوں کے دارالمرضیٰ (ward) کے مشاہدات سے
اس کی تصدیق نہیں ہوئی۔ دَوروں کی تعداد، جو جیسا کہ اوپر بتلایا گیا ہے تین
یا چار اصلی "ہوپوں" (whoops) پر مشتمل ہوتے ہیں، چوبیس گھنٹوں میں ایک سے
ساٹھ تک ہوتی ہے، لیکن چالیس حملوں سے زائد تعداد بہت شاذ ہوتے ہیں، اور
بہت سی حالتیں چوبیس گھنٹوں میں کبھی تیس تک نہیں پہنچتیں۔ وقفوں کے
دوران میں ممکن ہے کہ بچہ بالکل اچھا ہو اور جب تک کہ کوئی پیچیدگی ہو، اسے
تپ نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ اس کی بھوک بھی اچھی ہو اور قے سے جو کچھ نقصان
ہوتا ہے بچہ اس کی تلافی جلد کر لیتا ہے، اور قاعدہ ہے کہ قے سب دوروں میں
نہیں ہوتی بلکہ ان کی نسبتہً خفیف تعداد ہی میں ہوتی ہے۔ کالی کھانسی کا یہ
دوسرا درجہ مختلف عرصے (اکثر تین سے چھے ہفتوں) تک جاری رہتا ہے لیکن
بعض اوقات وہ تین ماہ یا زائد تک رہتا ہے۔ حملوں کا تواتر بتدریج کم ہوتا
جاتا ہے، یہاں تک کہ وہ بالکل موقوف ہوجاتے ہیں، یا جوں جوں وہ کم ہوتے
ہیں ان کے ساتھ سادہ کھانسی کے حملے ہوسکتے ہیں جن کے بعد ہُوپ نہیں ہوتی اور
یہ کھانسی چند ہفتوں تک جاری رہ سکتی ہے۔ موت دَوروں سے براہ راست
شاذ ہی ہوتی ہے۔ مگر کبھی کبھی وہ مزمار کے طویل انسداد سے، یا دماغی نزف کے
باعث اس طرح واقع ہوسکتی ہے۔

لیکن دوسری **پیچیدگیاں اور عواقب** واقع ہوتے ہیں، جو کالی
کھانسی کو ایک شدید بلکہ خطرناک شکایت بنا دیتے ہیں۔ اول الذکر جماعت
میں **التہاب شعبتہ** (bronchitis) شمار کیا جا سکتا ہے، جو ممکن ہے کہ شروع
سے آخر تک جاری رہے، اور **شعبتی ذات الریہ** (broncho-pneumonia)
(سال ۱۹۱۴ء کے ایم۔ اے۔ بی ہسپتالوں کی ۸۸۹ وارداتوں کے ۴۸ء۱۱ فیصدی) جو
متفترہ (remittent) قسم کی بلند تپ، تنگی لغطات (crepitant rales) یا اصمیت
(dulness) کی جھلکیوں اور انبوبی تنفس (tubular breathing) سے، اور
کھانسی کے درمیان وقفوں میں مسلسل بُہر (dyspnoea) سے ظاہر ہوتا ہے۔ شعبتی
ذات الریہ کے دوران میں ہوپ اکثر (نہ کہ ہمیشہ) غیر موجود ہوتی ہے اور اسی طرح

49

اُس وقت بھی غیر موجود ہوتی ہے جبکہ دوسری کوئی عمومی پیچیدگی پیدا ہو جائے۔ التہاب الاُذن (otitis) (۲ ۹۶۵) قرمزیہ اور کھسرا کے نسبت کمتر ہوتا ہے۔ عمومی تشنج (۲۶۹) بعض اوقات واقع ہوتے ہیں، یا تو دوروں کے بالواسطہ نتیجہ کے طور پر، یا نسبتہً کم عام طور پر دماغی نزف (cerebral hæmorrhage) یا تلقیت (thrombosis) کی، یا ممکن ہے کہ ذات الریہ (نمونیہ) کی علامت کے طور پر۔ کبھی کبھی شعبتی التہاب (bronchitis) نفاخ (emphysema) اور شعبتی تمدد (bronchiectasis) مع گرز شکلئی اصابع (clubbing of the fingers) واقع ہوتے ہیں۔ کالی کھانسی اور تدرن (tuberculosis) کے درمیان کوئی تعلق نہیں معلوم ہوتا۔

تشخیص - اِس کا انحصار خاصکر ہوپ (whoop) پر، کھانسی کی ارتعاشی نوعیت پر، اور اُس باقاعدگی پر ہوتا ہے جو مرض کے مرمیں نازلتی درجہ سے ارتعاشی درجہ تک ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شعبتی غدد کی کلانی سے ایسی کھانسی پیدا ہو جائے جو کسی قدر ہوپ کی کھانسی سے مشابہ ہو، لیکن اُس میں سرایت کی سرگزشت اور ہوپ (whoop) نہ ہوگی۔ مزید برآں ششش کے ایسے دوسرے امراض کے علامات بھی موجود ہو سکتے ہیں جن کو کالی کھانسی سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ کالی کھانسی میں خون کے سفید خلیات فی مکعب ملی میٹر ۱۵۰۰۰ سے ۳۰۰۰۰ تک بڑھ جاتے ہیں، اور تفریقی شمار (differential count) میں ۴۰ فیصدی کثیر الاشکال نواتی خلیوں کے مقابلہ میں لمفی خلیات (لمفوسائٹس) ۶۰ فیصدی ہوتے ہیں۔ چند ایوسین پسند خلیے (eosinophils) بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ تغیرات بالکل ابتداہی میں واقع ہوتے ہیں اور تشخیص میں کار آمد ہیں (H. T. Ashby)۔ عصیہ پرٹسس (B. pertussis) کی کاشت سے یقینی تشخیص کی جا سکتی ہے۔ یہ نازلتی درجہ میں ۷۵ فیصدی دوروں کے درجہ میں ۴۵ فیصدی، اور پانچ ہفتوں کے بعد صرف ۹ یا ۱۰ فیصدی حالتوں میں پایا گیا ہے۔

انذار کا اندازہ پیچیدگیوں کی شدت پر سے کیا جاتا ہے۔

علاج - بچہ کو ایک گرم لیکن خوب ہوادار کمرے میں رکھنا چاہیے لیکن

ایک غیر پیچیدہ حالت میں بستر میں لٹا رکھنے کی ضرورت نہیں۔ آشوب کے دوروں کو روکنے کے لئے مختلف الاقسام ادویہ استعمال کئے گئے ہیں۔ اُن کے ذریعہ سے ممکن ہے کہ بیماری کی مدت اور شدت کم ہوجائے۔ بیلاڈونا (belladonna) ٹنکچر کی شکل میں بہت مستعمل ہے، جسکے ۲ یا ۳ قطرے دو سال عمر والے بچے کو دن میں تین بار، اور زیادہ عمر والے بچوں کو نسبتاً بڑی مقداریں دیجا سکتی ہیں۔ پانچ یا چھ سال کے بچے میں یہ خوراک احتیاط کے ساتھ ۱۰ سے ۱۵ قطروں تک بڑھائی جاسکتی ہے۔ ڈائلیوٹ (مُرقق) ہائڈروسائنک ایسڈ (dilute hydrocyanic acid) (۱ سے ۲ قطروں تک)، کلورل (chloral) (۲ سے ۵ گرین تک)، پوٹاسیم برومائڈ (potassium bromide) (۲ سے ۵ گرین تک)، ہائڈروبرومک ایسڈ (hydrobromic acid) (۳ سے ۱۰ قطروں تک)، اینٹی پائرین (antipyrin) (۱ سے ۵ گرین تک)، اور برومو فارم (bromoform) (۳ سے ۵ قطروں تک روغن بادام اور لعاب ٹراگا کنتھ یا صمغ عربی میں ملاکر) دیئے گئے ہیں۔ حال ہی میں بینزل بینزوایٹ (benzyl benzoate) نہایت کامیابی کے ساتھ آزمایا گیا ہے۔ یہ ایک قوی دافع تشنج (antispasmodic) دوا ہے۔ ۲۰ فیصدی طاقت کا الکحلی محلول استعمال کیا جاتا ہے اور اس کی مقدار خوراک ۵ سے ۴۰ قطروں تک پانی کے اندر دن میں تین یا چار بار ہے، جس کا انحصار مریض کی عمر اور حملہ کی شدت پر ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ بینزالڈی ہائڈ (benzaldehyde) ۱ سے ۵ فیصدی کی تغیر پذیر مقداروں میں شامل کیا جاسکتا ہے اور یہ اثر کو بڑھا دیتا ہے۔ جہاں کھانسی حلق میں گدگدی ہونے سے پیدا ہوتی ہو، لوزہ لسانی (lingual tonsil) پر ٹنکچر آف آیوڈین (tincture of iodine) کی پھریری لگانے سے آرام حاصل کیا جاسکتا ہے۔ مریض کے کمرے کو تپانے کے لئے مختلف دافع عفونت بخارات (antiseptic vapours) استعمال کئے گئے ہیں، جیسے کہ کاربولک ایسڈ (carbolic acid) یا کریاسوٹ (creosote)۔

پیچیدگیوں کا علاج، ادویہ اور عام انتظام دونوں کے لحاظ سے اسی طریقہ سے کرنا چاہئے جس طرح سے کہ ہوپ سے علٰحدہ ان کا تدارک کیاجاتا

ہے (ملاحظہ ہو برانکائٹس اور برانکو نمونیہ)۔

غدّی بخار

(GLANDULAR FEVER)

یہ شکایت، جسے فیفر (Pfeiffer)، پارک ویسٹ (Park West)، ڈاسن ولیمز (Dawson Williams) اور دوسروں نے بیان کیا ہے، عمیق عنقی اور دوسرے لمفی غدد کے التہابی ورم اور تپ پر مشتمل ہوتی ہے۔ یہ وبائی صورتوں میں واقع ہوسکتی ہے، بلاشبہ ساری ہے، اور بالخصوص چودہ سال سے نیچے کی عمر کے بچوں کو متاثر کرتی ہے۔ اس کا زمانہ حضانت پانچ سے سات دن تک ہوتا ہے۔ مریض یکایک گردن کی کرختگی، نگلنے کی دقت، عموی نحالی میں مبتلا ہوجاتا ہے، اور ساتھ ہی عدم اشتہا (anorexia) اور شاید قے ہوتی ہے۔ حلقوم (fauces) اکثر سرخ ہوتا ہے، مگر اس میں دوسری کوئی شکایت نہیں ہوتی۔ درد کے دوسرے یا تیسرے دن عنقی غدد اور عموماً عضلہ قصیہ حلمیہ (sternomastoid muscle) کے نیچے اور اس کے اگلے کنارے کے برابر کے غدد بڑھے ہوئے اور الیم پائے جاتے ہیں۔ دوسرے ایک یا دو دن میں دوسری جانب کے غدد، اور موخر عنقی، ابطی اور کنج ران کے غدد بھی ماؤف ہوسکتے ہیں۔ عموی درد شکم اور الیمیت موجود ہوتی ہے اور جگر، طحال، اور ماساریقی غدد بڑھے ہوئے ہوسکتے ہیں۔ دو سے پانچ دن کے بعد غدد چھوٹے ہونا شروع ہوتے ہیں اور ان میں تقیح نہیں ہوتا۔ تپش تیسرے دن ۱۰۴ درجہ تک پہنچ سکتی ہے اور جبتک غدد بڑھے ہوئے رہتے ہیں وہ بلند رہتی ہے۔ قبض اکثر تکلیف دہ ہوتا ہے۔ عموماً یہ مرض بلا پیچیدگیوں کے رفع ہوجاتا ہے، لیکن بعض حالتوں میں نزفی التہاب گردہ (hæmorrhagic nephritis) واقع ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ قلت الدم (anæmia) کی وجہ

50

سے نقیہیت میں تاخیر ہو۔ اس مرض کی جرثومیات (bacteriology) سر دست منفی ہے۔ لیکن . . . ہر ا یا زائد کثرت خلیات بیضا (leucocytosis) مع لمفی خلیوں کی زیادتی کے، ایک ممیز تغیر ہے گو یہ اکثر عارضی ہوتا ہے۔

تشخیص۔ غدد بہ سرعت بڑھ جاتے ہیں اور قلت الدم موجود نہیں ہوتی۔ باوجود بلند تپش کے بنیئی اختلال (constitutional disturbance) عموماً خفیف ہوتا ہے۔ یہ آخرالذکر خاصہ اس مرض کو بیضی دمویت (leukæmia) سے متمیز کرنے میں مدد ہوتا ہے۔ یہ مرض اکثر التہاب لوزہ (tonsillitis)، کن پھیڑ (mumps)، حاد تدرنی غدی التہاب (acute tuberculous adenitis) یا حاد مرض ہاجکن (acute Hodgkin's disease) (۱۲) تشخیص کر لیا جاتا ہے۔

علاج۔ آرام، سادہ غذا، پارہ (mercury) کی خفیف مقداروں یا املاح (salines)، اور دوران نقیہیت میں لوہے کی تجہیزات (preparations of iron) کے استعمال پر مشتمل ہے۔

عفونۃ الدم

(SEPTICÆMIA)

عفونۃ الدم کی تعریف ایک ایسی حالت کے طور پر کی جا سکتی ہے، جس میں دقیق عضویے دوران کرنے والے خون میں پہنچ کر اُس کے ذریعہ سارے جسم میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ اکثر ایک ورید سے غیر عفونتی طریقہ سے نکالے ہوئے خون سے جراثیمی کاشتیں تیار کی جا سکتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 87)۔ لیکن اس کا انحصار جراثیم کی اُس تعداد پر ہے جو خون کے اندر دوران کر رہی ہو، اور یہ استنباط کر نا خالی از خطر نہیں کہ چونکہ کاشت منفی ہے لہذا عفونۃ الدم موجود نہیں ہے۔ ساتھ ہی اس اصطلاح

کو کسی ماسکہ (focus) مثلاً کسی دانت کی جڑ کے گرد کے پھوڑے سے چند اسٹریپٹو کاکائی
کی اتفاقی علیحدگی کے لئے استعمال نہیں کرنا چاہئے جو جوئے خون کے اندر جاکر غالباً تلف ہو جاتے
ہیں۔ بہت سی نوعی سرایتیں ہر مرض کی بالکل ابتدا ہی میں عفونۃ الدم پیدا کر دیتی ہیں
اور اسی وجہ سے ایسا ہوتا ہے کہ وہ سرایت جسم کے مختلف حصوں میں پھیل کر اس مرض
کے لئے مخصوص یا ممیز ہوتی ہے۔ مثلاً تپ محرقہ کی مختلف سرایتوں، دماغی نخاعی تپ
(cerebrospinal fever)، نیوموکاکی ذات الریہ وغیرہ میں نوعی جراثیم کی کاشت
خون سے تیار کی جاسکتی ہے۔ ایسی حالتوں میں اس حالت کو ٹائفائڈی، مننگوکاکائی
یا نیوموکاکائی عفونۃ الدم کہتے ہیں جب عفونۃ الدم کی اصطلاح بطور خود استعمال کی جاتی
ہے تو وہ عموماً جوئے خون پر اسٹریپٹو کاکائی، اسٹیفلو کاکائی، یا دوسرے ریم زا
(pyogenic) جراثیم کا حملہ ظاہر کرتی ہے، جو کسی ابتدائی ماسکہ، مثلاً عفونتی زخم، عفونتی
رحم، یا خراج زائدہ دودیہ (appendix abscess) سے آتے ہیں۔

علامات تقیح الدم (pyæmia) کے علامات سے بہت مشابہ ہوتے ہیں
ارتفاع تپش نہایت ابتدائی امارتوں میں سے ایک امارت ہے، اور ممکن ہے کہ
یہ قشعریرہ کے ساتھ ہو۔ اس کے ساتھ ہی زبان فرودار ہوتی ہے، اور عدم اشتہا
شاید قے، انبطاح (prostration)، کمزوری، اور بالآخر ٹائفائڈی حالت
(typhoid state) کی تمام کیفیتیں موجود ہو جاتی ہیں، جیسے کہ ہذیان، ذہول
(stupor)، خشک بھوری زبان، چہرے کی پھیکی رنگت اور جوارح کا رعشہ
(tremor)۔ بعض اوقات دست آنے لگتے ہیں اور بعض اوقات جلد پر احمرار
(erythema) کی چکتیاں یا نمشے (petechiæ) اور ممکن ہے کہ التہاب گردہ
(nephritis) بھی موجود ہو۔ ان علامات کی مدت تغیر پذیر ہوتی ہے اور مہلک
حالتوں میں دو تین دن سے لیکر آٹھ یا دس دن تک ہو سکتی ہے نسبتہً خفیف
حالتیں نسبتہً بہت طویل عرصہ کے بعد شفایاب ہو سکتی ہیں۔ موت کے بعد وہ حالتیں
پائی جاتی ہیں جو پہلے بیان ہو چکی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 22)۔
علاج۔ اگر ممکن ہو تو ایک مصل (serum) استعمال کیا جائے جو عضویے

کی اُس قسم سے تیار کیا گیا ہو جو مریض کے سرایت رساں عضویے کی قسم سے متناظر ہو، ورنہ ایک یا پولیولنٹ اینٹی اسٹریپٹو کاکس سیرم (polyvalent antistrepto - coccus serum) آزمایا جائے۔ جدریات (vaccines) بھی استعمال کیے جا سکتے ہیں۔ ایک ایسے معطی (donor) سے جو اُس مخصوص عضویے کے خلاف منیع کر لیا گیا ہو انصرافی یا نقل الدم (blood transfusion) بھی کامیابی کے ساتھ آزمایا گیا ہے۔ حسب ضرورت جراحی تدابیر بھی عمل میں لائی جا سکیں۔

سیپریمیا (گندیدگی خون)

(SAPRÆMIA)

51

اس حالت کے عام علامات عفونتہ الدم کے علامات سے مماثل ہوتے ہیں۔ یہ ایک سمیت الدم (toxæmia) ہے جو خون میں اُن زہریلی اشیاء، سموم یا ٹومینس (ptomaines) کے دوران کے باعث ہوتا ہے، جو متنخر بافتوں (necrosed tissues) پر جراثیم کا عمل ہونے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور سیپریمیا (sapræmia) عفونتہ الدم (septicæmia) سے اس حقیقت میں اختلاف رکھتا ہے کہ عضویے مقامی ضرر تک محدود رہتے ہیں اور خون کے اندر نہیں داخل ہوتے۔ سموم کے منبع کی علیحدگی کے لئے معقول مقامی علاج کے بعد فوراً اصلاح پائی جاتی ہے، کیونکہ پھر خون میں مزید سموم نہیں داخل ہوتے اور جو سموم وہاں پہلے سے موجود تھے وہ بول میں یا دوسرے طور پر خارج کر دیئے جاتے ہیں۔ سیپریمیا (sapræmia) وضع حمل کے بعد عفونت الرحم (uterine sepsis) کی پیچیدگیوں میں سے ایک پیچیدگی ہے۔

تقیح الدم

(PYÆMIA)

مختلف حصوں یا احشاء میں پھوڑوں کا بننا جو تقیح الدم (pyæmia) کا امتیازی

خاص ہے، جسم کے کسی حصے میں ایک اتفاقی یا جراحی کھلے ہوئے زخم کا یا پیپ کے اجتماع کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ اس زمانہ سے پہلے جبکہ لارڈ لسٹر نے دافع عفونت طریقۂ علاج کو تقریباً عام طور پر رائج کیا تقیح الدم شفاخانوں کے جراحی دار المرضیٰ کے لئے ایک بڑی بلا تھا لیکن وہ ایسے اضرار سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جن سے بعض اوقات طبیب کو واسطہ پڑتا ہے (جیسے کہ مخاطی سطحات کے تقرحات) اور جو دافع عفونت معالجہ سے شفایاب نہیں ہوتے۔

تقیح الدم (pyæmia) کا نام اس خیال سے پیدا ہو گیا کہ پیپ در اصل ابتدائی ضرر کے مقام سے جوشِ خون میں ثانوی پھوڑوں کے مقام تک منتقل ہوتی ہے پھوڑے جو اس مرض کا ممیز خاصہ ہیں در اصل انقباع (infarction) یا دقیق عروق کی اس سدادیت (embolism) کا نتیجہ ہوتے ہیں جو علقہ (thrombus) کے حصّوں یا فواضل (debris) سے واقع اور پیدا ہو جاتی ہے [ملاحظہ ہو سدادیت (embolism)] جس سے نہ صرف انسدادِ عروق بلکہ التہاب و تقیح بھی واقع ہو جاتے ہیں۔ تقیح الدم کے ساتھ عام دموی سرایت (عفونت الدم = septicæmia) ممکن ہے کہ موجود ہو یا نہ ہو۔ ابتدائی سرایت خیز مرکز کے محل وقوع سے، جوشِ خون کی سمت کی بنا پر کسی حد تک اس امر کی تعیین ہوتی ہے کہ پھوڑے کن اعضا میں واقع ہونگے، جیسا کہ ذیل میں درج ہے:- (۱) جہاں ضرر محیطی نظامی دورانِ خون میں واقع ہو، مثلاً حاد عظمی لبّی التہاب (acute osteomyelitis) میں وہاں پھوڑے یا عفونتی منقعمات (septic infarcts) اولاً شش میں واقع ہوتے ہیں۔ لیکن بعض دقیق سدادات (emboli) ریوی دورانِ خون میں سے گزر جانے میں کامیاب ہوں گے، جس کا نتیجہ یہ ہوگا کہ عضلۂ قلب اور دوسرے احشار میں مزید پھوڑے پائے جا سکتے ہیں (۲) جہاں ابتدائی مرکز سرایت شش میں ہو، مثلاً مزمن شعبی تمدد (chronic bronchiectasis) میں یا قلب میں ہو مثلاً ساری التہاب بطانۂ قلب (infective endocarditis) میں وہاں پھوڑے یا منقعمات (infarcts) دماغ میں یا نظامی دورانِ خون کے دوسرے اعضا میں واقع ہونگے۔ (۳) بابی تقیح الدم (portal pyæmia) میں ابتدائی ضرر ان حصوں کے تقرح کی کوئی شکل ہوتا ہے،

جو اپنا خون ورید بابی (portal vein) کے اندر خالی کرتے ہیں، مثلاً زائدۂ دودیہ کا پھوڑا (appendix abscess) اور ثانوی پھوڑے جگر کے اندر بنتے ہیں، تقیحی التہاب ورید بابی (suppurative pylephlebitis) کے ساتھ یا اس کے بغیر (ملاحظہ ہو pylebhlebitis)۔

بحث اسباب - اتفاقی یا جراحی زخموں کے علاوہ، وہ اضرار جو جسم کو تقیح الدمی سرایت کا مورد بناتے ہیں حسب ذیل ہیں:۔ راج پھوڑے (carbuncles)، پھوڑے (boils)، ہمت کا تقرح زائدہ دودیہ کا تقرح (التہاب زائدہ:appendicitis)، ناسور (fistula)، سوزاک (gonorrhœa) غدای وریدوں (prostatic veins) کی عفونتی علقیت (septic thrombosis)، التہاب اذن وسطی (otitis media)، اور رحمی سطح کا بعد الولادت (post-partum) تکشف۔ یقین کیا جاتا ہے کہ کثرت شراب نوشی، ایسی عام حالتیں جیسے کہ مرض برائٹ (Bright's disease) اور حمیات حادہ تقیح الدم کے وقوع کی استعداد پیدا کر دیتے ہیں۔ ابتدائی مرکز سرایت کا دریافت کرنا ہمیشہ ممکن نہیں ہوتا۔

علامات - یہ مرض اکثر ناگہانی طور پر ایک طویل قشعریرہ کے ساتھ شروع ہوتا ہے، جسکے بعد براقراط پسینہ آتا ہے اور ہبوط (collapse) ہو جاتا ہے، تپش بلند ہو جاتی ہے، اور دوران تپ میں روزانہ ایک، یا دو یا تین قشعریرے ہوتے رہتے ہیں لیکن ان میں اکثر کوئی باقاعدگی نہیں پائی جاتی۔ عدم اشتہا تشنگی، اور خشکی زبان، تشویش، انحطاط (prostration)، سریع تنفس، اور لاغری بھی موجود ہوتے ہیں۔ چہرہ عموماً پھیکا پیلا بلکہ نمایاں طور پر یرقانی (jaundiced) ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بول میں کسی قدر صفراوی لون (bile pigment) موجود ہو۔ متلی بھی اکثر موجود ہوتی ہے اور اسہال بھی بعض اوقات ہو جاتا ہے۔ کثرت خلیات سپید (leucocytosis) نمایاں ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ قشعریرے پانچ یا چھ دن کے بعد موقوف ہو جائیں لیکن متوقف (intermittent) یا متفتر (remittent) تپ

52 جاری رہتی ہے۔ کبھی کبھی سریع الزوال احمراری چکتیاں جسم کے مختلف حصوں میں ہوجاتی ہیں۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے مقامی اضرار مختلف ہوتے ہیں اور علامات میں بھی انھیں کے لحاظ سے اختلاف پایا جاتا ہے۔ جب پھیپھڑے ثانوی پھوڑوں کا مقام ہوتے ہیں (جیسا کہ عام طور پر ہوتا ہے) تو تنفس تیز ہوجاتا ہے ساتھ ہی ساتھ ضمنی تنفس (supplementary breathing) اور قاعدوں پر ہوا کا کم داخل ہوتا ہے اور شاید تیز چٹختے ہوئے لغطات (crackling râles) ہوتے ہیں، یا اصمیت (dullness) و نبیبی تنفس (tubular breathing) یا رئوی تجسّد (pulmonary consolidation) یا پلیوُرائی سیّال (pleural fluid) کے دوسرے علامات موجود ہوتے ہیں۔ التہاب گردقلب (pericarditis) یا التہاب باریطون (peritonitis) اپنے اپنے مخصوص علامات سے ظاہر ہونگے۔ اِن حالتوں کی مدت اکثر بالکل مختصر ہوتی ہے، یعنے چھے سے دس دن تک کی تاقمقہ ٹڈی حالت طاری ہوجاتی ہے جیکے ساتھ انبطاح (prostration) ذہول (stupor) ہذیان خشک بھوری زبان اور نبض ضعیف تیز ہوتی ہے اور موت واقع ہوجاتی ہے۔

مزمن حالتوں میں، جہاں احشاء بچ جاتے ہیں اور پھوڑے مفاصل میں بنتے ہیں، آخرالذکر متورّم، الیم اور گرم ہوجاتے ہیں۔ جوارح یا جسم کی سطح پر الیم نقطے نمودار ہوکر ان کے نیچے جلدی پھوڑے بنجاتے ہیں، جن میں پتلی نا تندرست پیپ اور ناکمل طور پر نمو یافتہ تحدیدی دیواریں ہوتی ہیں۔ کئی ہفتوں یا مہینوں تک تازہ پھوڑے وقتاً فوقتاً بنتے رہتے ہیں، اور ممکن ہے کہ مریض بالآخر شفایاب ہوجائے بعض اوقات جسائۃ مفاصل (ankylosis of joints) کے ساتھ، یا دیر یا تسمم الدم (toxæmia) سے موت واقع ہوسکتی ہے۔ دوسری حالتوں میں ممکن ہے کہ ثانوی اضرار کے مخصوص محل و قوع کی وجہ سے علامتیں ترسیم یافتہ ہوجائیں۔ اُس تقیح الدم میں جو التہاب اُذن کی وجہ سے ثانوی ہوتا ہے پھیپھڑے ماؤف ہوجاتے ہیں یا ممکن ہے کہ ذات الجنب (pleurisy) یا تقیح صدر (empyema) ہوجائے اور جرثومی شش تقریباً غیر ماؤف رہے۔ اگر التہاب سحایا (meningitis) ہوجائے تو دماغی علامتیں دوسری علامتوں کو بڑی حد تک

ڈھانک لینگی۔

تشخیص۔ کسی زخم کے علاج کے دوران میں قشعریروں اور بہ کثرت پسینوں کا آنا اور اسکے بعد ہبوط (collapse) اور ٹائیفائڈی حالت کا طاری ہونا درآنحالیکہ زخم نے ایک نا تندرست شکل اختیار کرلی ہو عفونتہ الدم (septicæmia) اور تقیح الدم (pyæmia) کا مخصوص و ممیز خاصہ ہے۔ جہاں یہ علامتیں بلا کسی بیرونی زخم کے واقع ہوں یہی تشخیص صریح ہوسکتی ہے اور اولی ضرر کی جستجو کرنی پڑے گی ہو ممکن ہے کہ التہاب اذن اور کان سے اخراج مواد، ناک کا مرض، معوی تقرح یا شکمی تقیح ثابت ہو۔ آخرالذکر دو حالتوں میں اضرار غالباً بابی دوران خون تک محدود ہونگے (ملاحظہ ہو تقیحی التہاب ورید الباب = suppurative pylephlebitis) بعض اوقات قشعریرے ایسی باقاعدگی کے ساتھ واقع ہوتے ہیں کہ ملیریا سے مشابہ ہوتے ہیں۔ کونین کی بے اثری، ایک مستقیب ضرر کی موجودگی، اور خون میں ملیریائی طفیلیات کی عدم موجودگی، یہ سب تقیح الدم کی تائید میں ہونگے۔ خبیث التہاب درون قلبیہ (malignant-endocarditis) کی شناخت عموماً ایک قلبی خریر (cardiac murmur) کی موجودگی سے ہوجاتی ہے لیکن ریوی مصراعوں کے درون قلبیہ کا التہاب (endocarditis of the pulmonary valves) بھی اس تقیح الدم سے پیدا ہوسکتا ہے جو کسی تقیحی ضرر سے ثانوی طور پر واقع ہوگیا ہو۔

آخری درجوں میں تقیح الدم تپ معویہ (enteric fever) سے قریبی طور پر مشابہ ہوسکتا ہے، بالخصوص اگر کوئی صریح ضرر ایسا موجود نہ ہو جو اولی الذکر کی طرف دلالت کرے لیکن قشعریرے تپ معویہ میں شاذ ہوتے ہیں۔ بالآخر رثیت (rheumatism) سے مشابہ جوڑوں کے دردوں سے جو زچگی یا اسقاط (miscarriage) کے چند ہی ہفتوں کے اندر واقع ہوں ہمیشہ تقیح الدم کا شبہ پیدا ہونا چاہئے۔ اس مرض میں ہر جوڑ میں جبکہ وہ ماؤف ہوتا ہے التہاب قائم رہتا ہے درآنحالیکہ رثیت (روماٹزم) میں درد اکثر ایک جوڑ سے دوسرے جوڑ میں منتقل ہوتے رہتے ہیں اور ان جوڑوں میں جو پہلے ماؤف ہوئے تھے پھر عود کرسکتے ہیں۔

علاج۔ یہ جسمانی اقسام میں تقریباً یاس انگیز ہے لیکن ان قسموں میں جنمیں التہاب زلالی (synovitis) اور جلدی خراج (cutaneous abscesses) ہوں، چند اں ناامید کن نہیں۔ پالیویلینٹ اینٹی اسٹریپٹوکاکک سیرم (polyvalent antistreptococcic serum) کا اشراب بہت سی حالتوں میں نہایت مفید ثابت ہوا ہے اور اسے یقیناً آزمانا چاہئے۔ اگر اس سے کامیابی نہ ہو یا اسکے ساتھ ہی ساتھ کوئنین (۵ گرین) یا سوڈیم سلفوکاربولیٹ (sodium sulphocarbolate) (۱۰ گرین) ہر چوتھے گھنٹے دینا چاہئے۔ بہرصورت غذا اور مہیجات آزادانہ طور پر دیئے جائیں۔ اگر اولی ضرب تک رسائی ہو سکے تو اس کا جراحی تدارک اس طرح کرنا چاہئے کہ آزادانہ سیلیت (free drainage) اور عدم عفونت (asepsis) حاصل ہو جائیں۔ اور ثانوی پھوڑوں کو جہاں کہیں رسائی ہو سکے کھول دینا چاہئے۔

سُرخباده

(Erysipelas)

(St.Anthony's Fire,The Rose)

سُرخباده ایک نوعی متعدی مرض ہے، جو التہابِ جلد کی ایک مخصوص شکل ہے اور اسٹریپٹوکاکس پایوجینس (streptococcus pyogenes) کے حملہ سے پیدا ہوتا ہے۔

53 **بحثِ اسباب۔** سرخباده کا عام ترین سبب محرک (determining cause) کسی زخم کی موجودگی ہے، خواہ یہ اتفاقی ہو یا عملیہ کا نتیجہ ہو۔ اور سرایت بلاشبہ اس انشقاقِ سطح کی راہ سے واقع ہو کر گرد و پیش کی جلد میں پھیل جاتی ہے۔ گو یہ بعض اوقات بہ ظاہر بلا کسی زخم کے پیدا ہو جائے، تاہم ایسی حالتوں

میں عموماً پایا جائے گا کہ ایک خفیف کھرنچ (scratch) یا ایک خراشیدہ پھنسی (pimple) یا جلد کا کوئی دوسرا نہایت خفیف ضرر موجود ہے ۔

یہ شیر خوار بچوں اور چالیس سال سے اوپر والوں کو دوسروں کے نسبت زیادہ ماؤف کرتا ہے ۔ مرد اور عورت اس کی استعداد تقریباً مساوی طور پر رکھتے ہیں ۔ بعض ذاتی حالتیں اس استعداد کو بڑھا دیتی ہیں ۔ جگر اور گردوں کا مزمن مرض، مزمن الکحلیت (chronic alcoholism) ، اور ناکافی غذا سے نقص تغذیہ (malnutrition) ممکن ہے کہ سردی، اور رطوبت، ہجوم یا گنجائی (overcrowding) ، خراب ترویح (bad ventilation) نجاست، اور خراب غذا اور پانی بھی اسی طرح عمل کریں ۔ ممکن ہے کہ کوئی شخصی رجحان بھی موجود ہو، کیونکہ یہ مرض اکثر ایک ہی شخص میں مکرر ہو جاتا ہے ۔ بہرحال اس سے حاصل شدہ مناعت سریع الزوال ہوتی ہے ۔

امراضیات ۔ ماؤف شدہ حصے کی جلد کے خردبینی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ جلد اور تحت الجلدی ساختیں متورم، آؤبیائی اور بڑے بڑے ذراتی سپید خلیوں سے پُر ہوتی ہیں، جو ادمہ کی بالائی تہوں میں لمفائی عروق کو قریبی طور پر محصور اور پُر کر دیتے ہیں ۔ مرض اوپری لمفی فضاؤں کے ذریعے سے پھیلتا ہے ۔ وہ اکثر اُن خطوط پر مسدود یا موقوف ہو جاتا ہے جہاں جلد ماتحت حصوں کے ساتھ قریبی طور پر چپکی ہوئی ہوتی ہے، مثلاً پوپارٹ کے رباط (Poupart's ligament) اور عرف حرقفی (crest of ilium) کے برابر برابر ۔

مرض کے بڑھتے ہوئے حاشیے پر، نیز مرکزی حصوں کی جلد کے عمیق تر حصوں میں لمفی عروق اور لمفی فضاؤں میں اکثر پٹو کا کائی (نبقات سبحی) پائے جاتے ہیں ۔ اور خرگوش اور انسانوں میں کاشتوں سے کامیابی کے ساتھ تطعیم کی گئی ہے ۔

علامات ۔ چوٹ اور جراحی عملیہ سے قطع نظر سرخباده نہایت عام طور پر چہرہ پر حملہ آور ہوتا ہے اور مندرجۂ ذیل بیان کا اطلاق خاص طور پر اسی خطۂ پر ہوتا ہے ۔ اس مرض کا زمانۂ حضانت غالباً چند ہی دن، یعنے تین سے چھ

اور بعض مثالوں میں نسبتاً بہت زیادہ طویل ہوتا ہے۔ حملہ عموماً جاڑے یا قشعریرے، اور ایسی کسلمندی (malaise) کے ساتھ ہوتا ہے، جیسی کہ عموماً نوعی تپوں کے آغاز کے ساتھ ہوا کرتی ہے یعنی دردِ سر، عدمِ اشتہا، فرو دارز بان اور عام اعضا شکنی۔ چند گھنٹوں کے اندر ایک سرخ، الیم دھبہ (spot) چہرے کے کسی حصے: ناک کے پہلو، اندرونی گوشۂ چشم (ماق) (inner canthus of the eye)، یا بیرونی گوش پر ظاہر ہوتا ہے۔ اگر کھلد کا کوئی ضرر موجود ہو تو یہ دھبہ اُس سے بھی شروع ہو سکتا ہے، اور اکثر یہ کسی ایک ذہنۂ ناک، دہن، یا بیرونی گوش کی غشائے مخاطی اور جلد کے مقامِ اتصال پر شروع ہوتا ہے۔ یہ دانہ یا دھبہ بڑھ جاتا ہے اور جلد شوخ سرخ، متورم اور نہایت الیم ہو جاتی ہے اور دبانے سے اس میں کسی قدر گڑھا پڑ جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ التہاب چہرہ کے ایک جانب محدود رہے، لیکن زیادہ اکثر یہ دونوں جانبوں کو ماؤف کرتا ہے اور ممکن ہے کہ جلد الراس تک پھیل جائے۔ یہ مختلف سرعت کے ساتھ پھیلتا ہے، بڑھتی ہوئی کور نمایاں طور پر واضح الحدود (sharply defined)، دبیز اور جلد سے ابھری ہوئی ہوتی ہے اور سامنے اس جلد کے نیچے جو ابھی سرخ نہیں ہوئی ہے، زبان جیسے چھوٹے ابھار محسوس ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ تین چار یا پانچ دن میں سارا چہرہ اس طرح ڈھک جائے۔ عروج مرض میں چہرہ ایک عجیب منظر پیش کرتا ہے۔ یہ بے حد متورم ہوتا ہے اور اس کی رنگت شوخ یا سیاہی مائل سرخ ہوتی ہے۔ پپوٹے پھول کر پکوڑوں جیسے نظر آتے ہیں۔ عموماً ان کے درمیان سے کچھ مخاط آمیز پیپ رستی رہتی ہے۔ کان موٹے اور بہت بڑے ہو جاتے ہیں اور مریض بالکل پہچان میں نہیں آتا۔ جلد الراس متورم اور پھولی ہوئی ہوتی ہے۔ اکثر گالوں یا پپوٹوں پر آبلے بن جاتے ہیں، جن میں زرد مصلی قیحی (sero-purulent) یا قیحی سیال موجود ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ پھوٹ جائیں اور زرد کھرنڈ رہ جائیں جو مریض کو اور بھی بدشکل بنا دیتے ہیں۔ گردہ پیش کے لمفی غدد بڑے ہوتے اور الیم ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ وہ جلد کے ظاہری التہاب کے آغاز سے پہلے ہی اس طرح ماؤف ہوں۔

اس مرض کے ساتھ عموماً تپ تیز ہوتی ہے۔ عموماً تپش ابتداء ہی سے ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ بلند ہو کر تیسرے یا چوتھے دن ۱۰۴ یا ۱۰۵ کے اہم درجہ

کو پہنچ جاتی ہے۔ تقریباً چھٹے دن کسی قدر یکایک کم ہونے کا رجحان رکھتی ہے، لیکن اگر التہاب جلد جاری رہا تو وہ بلند قائم رہ سکتی ہے یا ممکن ہے کہ مقامی مرض کے کسی تازہ حملہ کے ساتھ پھر اور بلند ہوجائے۔ فی الحقیقت اس کا انحصار زیادہ تر جلد کے التہاب پر ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں، شاید زیادہ اکثر اُس وقت جب کہ سرخبادہ وسیع نہیں ہوتا، ممکن ہے کہ تپش ۱۰۲ درجے سے اوپر نہ چڑھے۔

54

نبض تیز اور مستلی اور تعداد میں ۱۰۰ سے ۱۲۰ تک یا زائد ہوتی ہے۔ زبان ایک دبیز سپید فروسے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ بول مقدار میں قلیل ہوتا ہے، اور بہت سی حالتوں میں اُس میں کسی قدر البیومن بھی ہوتا ہے، جو چند روز تک موجود رہ سکتا ہے۔ انتہائی حالت غشائے مخاطی پر بھی حملہ آور ہوتی ہے۔ تالو، حلقوم، لوزتین اور بعض اوقات حنجری غشائے مخاطی سرخ اور متورم ہوسکتی ہے اور ممکن ہے کہ تنفس اور نگلنے میں دقتیں پیدا کردے۔ خون کثرتِ خلیاتِ بیضا (leucocytosis) ظاہر کرتا ہے۔ شدید حالتوں میں ہذیان عام ہوتا ہے اور یہ عموماً دھیمی بڑبڑی (low muttering) قسم کا ہوتا ہے، اور کبھی بعد میں ہوسکتا ہے۔ جبکہ التہاب ابھی ایک جانب بڑھ رہا ہے، ممکن ہے کہ وہ پہلے ماؤف شدہ مقامات پر گھٹنا شروع کردے۔ پھر یہ تھتری حاشیہ (receding edge) نسبتاً کم واضح ہوجاتا ہے اور بڑھتے ہوئے حاشیہ کے مقابلہ میں، رنگ اور ارتفاع دونوں کے لحاظ سے بتدریج تندرست جلد کے ساتھ مل جاتا ہے۔ ورم، الیبیت اور دبانے سے تقعیر (pitting on pressure) یہ سب باری باری سے سارے ماؤف شدہ رقبہ پر گھٹ جاتے ہیں۔ رنگ کسی قدر پھیکا پڑجاتا ہے، لیکن وہ زیادہ تر ایک بھوری جھلک میں تبدیل ہوجاتا ہے، اور اب مردہ برجلد کے بڑے اور موٹے موٹے گالے اُترنا شروع ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ عمل چند روز لے۔ جلد اور اس کے سرخبادہ کے بعد بال بھی جلد کے ساتھ ساتھ یا کسی قدر بعد میں گرجاتے ہیں۔

موت خستگی (exhaustion) کے باعث واقع ہوجاتی ہے، جسکے ساتھ ہذیان اور کوما ہوتا ہے، بالخصوص بوڑھے مریضوں، عادی شراب خواروں، اور مزمن حسائی امراض والوں میں۔ وہ پیچیدگیوں کے باعث بھی واقع ہوسکتی ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب۔ جلد کے نیچے پھوڑے بن سکتے ہیں، یا شدید جلد اغشات یافتہ ہوکر لمفی غدد کا تصلب (induration) یا شاذ طور پر تقیح واقع ہوسکتا ہے۔ حنجری اُذیما اختناق پیدا کرسکتا ہے۔ ذات الریہ (نمونیہ) اور ذات الجنب (پلیورسی) ایسی پیچیدگیاں ہیں جو بعض اوقات واقع ہوجاتی ہیں، اور التہاب باریطون (peritonitis) اور التہاب درون قلبیہ (endocarditis) کا اندراج بھی ہوا ہے۔ سرخباده کے تعلق میں اکثر اوقات تقیح الدم (pyæmia) اور التہاب سحایا (meningitis) بیان کئے گئے ہیں، لیکن یہ دونوں بذاتہٖ سرخباده کے راست نتیجہ کے طور پر شاذ ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اول الذکر اس نوعی التہاب سے پہلے کے زخم سے پیدا ہوجائے۔ آخر الذکر اس وقت واقع ہوسکتا ہے جبکہ ابتدائی ضرر کسر جمجمہ (fracture of the skull) ہو، یا جبکہ سرایت محجر (orbit) سے اندر کو پھیل گئی ہو۔ جلد الراس کے سرخباده میں ہذیان شدید یا مانیائی اور اختباطات (delusions) کے ساتھ ہوسکتا ہے، لیکن خود ہذیان التہاب سحایا کی تشخیص کے لئے کافی نہیں ہوسکتا۔ ذہنی اختلال بھی ایک عاقبہ کے طور پر ہوسکتا ہے۔

تشخیص۔ وجہی سرخباده (facial erysipelas)، احمرار (erythema)، حاد اکزیما (acute eczema)، منطقی (herpes zoster)، بلکہ کن پھیڑ (mumps)، جوفِ سنی خراج (alveolar abscess) کے ساتھ خلط ملط ہوسکتا ہے۔ احمرار (اریتھیما) سرخ چکتیوں کی صورت میں ہوتا ہے، جو عموماً دو یا تین کی تعداد میں ہوتی ہیں اور نسبتہً بہت کم ابھری ہوئی ہوتی ہیں اور اُن کے ساتھ تپ نمایاں نہیں ہوتی۔ حاد اکزیما اور نملہ (ہرپیس) کے آبلے ممیز ہوتے ہیں، اور نملہ یک جانبی اور عصب پنجم کے پھیلاؤ کے رقبوں میں سے کسی ایک رقبہ میں

محدود ہوتاہے۔ سرخباده کے ممیز و مخصوص خصائص حسب ذیل ہیں:۔ سرخی کا پھیلنا جس کا نتیجہ یہ ہوتاہے کہ اتم سرخی ہمیشہ نقطۂ آغاز سے فاصلہ پر ہوتی ہے۔ التہاب میں کان کا بھی مبتلا ہوجانا۔ بڑھتے ہوئے منطقہ میں جلد کی بہت زیادہ الیتت۔

انذار۔ یہ اگرچہ بیشتر حالتوں میں امید افزا ہے لیکن ماؤف شدہ سطح کی وسعت کے لحاظ سے خطرناک ہوتاہے۔ اور یہ بوڑھے مریضوں، مزمن حشائی مرض، الکحلیت (alcoholism) اور نقص تغذیہ (malnutrition) کے مریضوں میں اکثر ہلاک ہوتاہے۔

علاج۔ چونکہ سرایت جلد کی لمفی فضاؤں کی راہ سے پھیلتی ہے لہٰذا یہاں فضاؤں کو منقبض کرنے سے روکی جاسکتی ہے۔ اس کو عمل میں لانے کا یہ طریقہ ہے کہ پھیلتی ہوئی کور کے باہر خم ناپذیر کلوڈین (non-flexible collodion) کا ضماد ایک حلقہ کی صورت میں کرادیا جائے۔ جب کلوڈین پپڑا جائے تو ضماد مکرر کردینا چاہئے۔ بعض اوقات اینٹی اسٹرپٹوکاکس سیرم (antistreptococcus serum) کو روزانہ ایک یا دوبار، ۱۵ تا ۲۰ سی۔ سی کی مقداروں میں تحت الجلدی استراب کے طور پر استعمال کرنے کے بعد عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اسٹرپٹوکاکس سے گھوڑے کی متواتر تنظیم (inoculation) کرکے اسے منیع بنالینے کے بعد سیرم (مصل) اس سے حاصل کیاجاتاہے (ملاحظہ ہو ذخنیہ یا اینٹی ٹاکسین، صفحہ 70)۔ جہاں تپ غیر معمولی طور پر طوالت کھینچے یا بلند ہو تو نیم گرم یا سرد اسفنج کا استعمال (sponging) کرنا چاہئے۔ غذا ہلکی، زود ہضم اور مقوی ہونی چاہئے، جیسی کہ دوسری حموی حالتوں میں ہوتی ہے، اور مریضانہ حالتوں میں الکحل، پورٹ وائن (port-wine) یا برانڈی کی شکل میں دیا جاسکتاہے۔

55

رثیتی تپ

(RHEUMATIC FEVER)

حاد اور تحت الحاد رثیتہ

(acute and subacute rheumatism)

رثیتی تپ ایک حموی مرض ہے، جس میں مفاصل کا یا قلب اور اس کی جھلیوں کا، یا دونوں کا ایک ساتھ حاد التہاب ہوتا ہے۔ؔ رثیتی عوارض، جن میں حاد (acute) اور تحت الحاد (subacute) رثیتہ اور داء الرقص (chorea: زفن) شامل ہیں، بچوں کے لئے ایک نہایت شدید خطرہ کا خدشہ رکھتے ہیں، کیونکہ یہ قلب میں مضرت پیدا کر دینے کا باعث ہوتے ہیں۔ جسمانی عیوب والوں کے ایل۔سی۔سی مدارس (L.C.C. Schools for the physically defective) میں تقریباً

؎ روماٹزم (rheumatism = رثیتہ) اور روماٹک (rheumatic) کی اصطلاحوں کا استعمال عوام اور طبی کتابوں دونوں نے بلا امتیاز مزید بہت سے ایسے عوارض کے لئے کیا ہے جنہیں مفاصل یا درد یا سردی سے متعلق ہوتے ہیں۔ شاید آخرالذکر کے لئے اس کا استعمال زیادہ صحیح ہے، کیونکہ یہ نام ایک ایسے لفظ (péw) رثیتہ سے ماخوذ ہے جس کے معنی "میں بہتا ہوں" ہیں، اور یہ کٹارر (katappéw) یعنی نازلت کے لفظ کے ساتھ ملا ہوا ہے۔ لیکن زیادہ مناسب یہی ہے کہ ان اصطلاحات کو صرف اسی مرض کے ساتھ جو اب بیان کیا جا رہا ہے، اور ان حالتوں کے ساتھ جو غالباً اس سے ملتی جلتی ہیں، محدود رکھا جائے۔

نصف موتیں اسی سبب سے ہوتی ہیں، اور جو فی الحال بچ گئے ہیں ان میں سے بہت سے بڑے ہو جانے پر مزمن معذورین سے زیادہ بہتر نہیں ہوتے۔

بحث اسباب ۔ اس میں کوئی شبہ نہیں ہو سکتا کہ رثیتہ ایک دقیق عضویے (micro-organism) کی سرایت کی وجہ سے ہوتی ہے۔ اور اس عضویہ کو، جسے پائنٹن (Poynton) اور پین (Paine) نے ایک ڈپلوکاکس (diplococcus) (نفقۂ زوجی) اور بیٹن (Beaton) اور ائینلی واکر (Ainley Walker) نے جو لولوں یا چھوٹی زنجیروں کی شکل میں واقع ہونے والے اسٹرپٹوکاکس کے طور پر بیان کیا ہے، بہتوں نے اس مرض کا سبب تسلیم کر لیا ہے۔ مہلک حالتوں میں یہ خون، مصراع قلب، گرد قلبہ (pericardium) اور لوزتین (tonsils) سے علیحدہ کر کے نکالا گیا ہے۔ مصنوعی واسطوں پر اس کی کاشت کی جا سکتی ہے۔ اور کاشتوں کی تطعیم سے ایسے اضرار (lesions) پیدا کئے گئے ہیں جو رثیتہ کے اضرار سے مشابہ ہوتے ہیں۔ لیکن اس کے برخلاف بہت سے قابل مشاہدین اس عضویہ کو علیحدہ کرنے میں ناکام بھی رہے ہیں۔

یہ مرض دونوں صنفوں میں اور تقریباً ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن پچاس سال کی عمر کے بعد اور شیر خواروں میں نہایت شاذ ہے۔ بہت لوگوں کا خیال ہے کہ اس کے وقوع کا رجحان موروثی ہوتا ہے۔ چند حالتوں میں یہ مرض متعدی پایا گیا ہے۔ سرد اور رطوبت عموماً اسکے محرک اسباب سمجھے جاتے ہیں۔ کثیر التعداد حالتوں کی تحلیل سے اور تپش اور موسموں کے ساتھ ان کے تعلقات سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ مرض بلند تپش، دھوپ کے اوقات، اور کچھ حد تک مرطوبیت اور مشرقی ہواؤں کے تناسب کے لحاظ سے کثیر الوقوع ہوتا ہے، لیکن زیادہ بارش کے زمانوں میں حقیقتہً کم ہوتا ہے۔ لندن میں یہ موسم بہار اور فصل خریف میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ مدارین (tropics) میں یہ شاذ ہوتا ہے۔ داء الرقص (chorea) رثیتی تپش (rheumatic virus) کے مظاہر میں سے ایک مظہر ہے یہ قرمزیہ (scarlitina) کے ساتھ بھی متلازم ہوتا ہے۔

اغلب ہے کہ رثیتی تپ کی حالتوں کی اکثریت میں ناک یا حلق کی راہ سے جسم میں داخل ہوتا ہے، اور لوزتین اس مرض کا عام ترین اوّلی مرکز ہوتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ مہلک حالتوں میں مفاصل کے اندر ایک گدلا زُلاب (synovia) موجود پایا جاتا ہے، جسکے ساتھ فائبرین (fibrin) کے ٹکڑے بھی ہوتے ہیں۔ سپید خلیے موجود ہوتے ہیں، لیکن یہ سیّال ریمی کبھی نہیں ہوتا۔ خود غشائے زلالی عروقی اور لمف کی ایک تہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جیسا کہ اکثر دیکھا جاتا ہے، اس مرض میں سریع تخفیف ہوجاتی ہے، اور جب ایسا ہوتا ہے تو زلالی تغیرات غالباً اس سے نسبتہً خفیف تر ہوتے ہیں۔ وتری غلافوں میں غیر شفاف مصل اور سبزی مائل زرد لمف پایا جاتا ہے۔ صدری پیچیدگیوں کی حالتوں میں وہ ممیّز اضرار نظر آتے ہیں جو کہ التہابِ عضلۂ قلب (myocarditis)، التہابِ دروں قلبیہ (endocarditis) التہاب گرد قلبیہ (pericarditis) اور ذات الجنب (pleurisy) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ جہاں شدید ارتفاعِ تپش (hyperpyrexia) موت کا سبب ہوتا ہے، وہاں ایسے خفیف تغیرات کے علاوہ جو مفاصل میں شناخت ہوسکتے ہیں، کوئی دوسرے اضرار کا موجود ہونا لازمی نہیں۔ پھیپھڑے بیشتر محتقن ہوتے ہیں اور دوسرے احشاء کا بھی یہی حال ہوتا ہے۔ اس موضوع پر کلینکل سوسائٹی (clinical society) نے اپنی رپورٹ میں جو چوبیس حالتیں شدید ارتفاع کی درج کی تھیں اُن میں سے دو میں التہاب سحایا (meningitis) موجود پایا گیا تھا۔ رثیتی تپ کی بعض حالتوں میں جن میں پرپیوریا (purpura) بھی موجود تھا، آنت میں نہایت محتقن اور اکدم (ecchymosed) مخاطی جھلی پائی گئی۔

علامات۔ بعض حالتوں میں رثیتی تپ التہابِ لوزی کے حملہ کے بعد فی الفور واقع ہوجاتی ہے۔ دوسری حالتوں میں اکثر ایک یا زائد حملوں کی ماسبق سرگذشت ملتی ہے۔ اور لوزتین کی کلانی نظر آتی ہے، یا اُن میں عمیق طاقے (crypts) پائے جاتے ہیں، یا انھیں دبانے سے پیپ خارج ہوتی ہے، یا غدوہ (adenoid) موجود ہوسکتا ہے۔ رثیتہ کی پہلی علامت بیس متعدد مفصلوں کا التہاب (multiple

(arthritis یا زلالی التہاب (synovitis) کی ہو سکتی ہیں، اور یہ اضرار اس وجہ سے سریع ہوتے ہیں کہ یہ دردناک ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ ارتفاع تپش (pyrexia) موجود ہوتا ہے۔ اور دوسری حالتوں میں پہلا ضرر قلب کے مصراعوں، عضلہ یا ڈھکنے والی جھلی کا التہاب ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ بالکل مخفی اور غیر محسوس ہو (تحت الحاد رثیمیۃ =subacute rheumatism) - پہلی حالت بالغوں میں نسبتہً زیادہ عام ہوتی ہے، اور دوسری حالت بچوں کی وارداتوں کا بڑا تناسب بناتی ہے۔ لیکن التہاب قلب (carditis) پہلے گروہ کی ایک پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے، اور دوسرے گروہ میں مفصلی عوارض کسی یا دوسرے مرحلہ میں واقع ہو سکتے ہیں۔

56

ممکن ہے کہ مفاصل بالکل ناگہانی طور پر ماؤف ہو جائیں۔ اکثر پہلے گھٹنے پر حملہ ہوتا ہے، اور پھر ٹخنے پر، اور بعض حالتوں میں کلائی یا شانے پر حملہ پہلے خواہ کسی بھی مفصل پر ہو مرض جلد ہی جسم کے دوسرے مفاصل میں پھیل جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شانہ، کہنی، کلائی، اور سلامی مفاصل (phalangeal joints)، کولھے، گھٹنے، ٹخنے، اور پاؤں کی انگلیوں کے جوڑ ایک ہی وقت میں یا یکے بعد دیگرے ملتہب ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی قصی ترقوی مفصل (sterno-clavicular joint) بلکہ فقری (vertebral) اور ضلعی فقری (costo-vertebral) مفاصل تک بلاشبہ ماؤف ہو سکتے ہیں۔ لیکن مرض کی وسعت بہت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ایک حالت میں ممکن ہے کہ صرف دو یا تین جوڑ ہی ملتہب ہوں، اور دوسری میں بہت سے جوڑ۔ اور رثیمی تپ کا ایک اہم خاصہ وہ طریقہ ہے جس سے بعض ملتہب مفاصل جلد اچھے ہو جاتے ہیں، اور ساتھ ہی دوسرے ماؤف ہو جاتے ہیں اور یہ آخر الذکر اچھے ہو جاتے ہیں لیکن تازہ مفاصل مبتلا ہو جاتے ہیں یا وہ جو پہلے ماؤف ہوئے تھے پھر ملتہب ہو جاتے ہیں۔

وہ مفصل جس پر رثیمی تپ کا حملہ ہوا ہے متورم، سرخ، گرم، چھونے سے الیم، اور دردناک ہوتا ہے۔ ورم گھٹنے میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے [جہاں انصباب (effusion) بآسانی شناخت کیا جا سکتا ہے] نیز ٹخنے، کلائی، اور ہاتھ کی انگلیوں کے جوڑوں میں رنگ بیشتر شوخ گلابی ہوتا ہے نہ کہ ویسا سیاہ سرخ جیسا کہ نقرس (gout) اور بعض جلدی احمرارات (erythemas) میں ہوتا ہے یہ شاذ

ہی سارے وَرم پر ہوتا ہے اور چلیتیوں کی طرح ہو سکتا ہے ۔ الیمیت (tenderness) بعض اوقات انتہائی درجہ کی ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر بستر پر خفیف سا جھٹکا لگے یا جوڑ کو کسی بیڈھنگے طریقہ سے ہاتھ لگایا جائے تو شدید درد پیدا ہو جاتا ہے ۔ یہ تو وَرم و درد کے دفع ہو جانے کے بعد بھی قائم رہ سکتا ہے بشانے، گھٹنے اور کہنی کے جوڑوں میں درد اور الیمیت ہی رثیت کے خاص مظاہر ہوتے ہیں کیونکہ خفیف سا ورم عموماً آسانی سے شناخت میں نہیں آتا، اور سرخی عموماً غیر موجود ہوتی ہے ۔

حالتوں کی بڑی اکثریت میں زُلالی التہاب (synovitis) ماسبق التہاب کی کوئی امارت چھوڑے بغیر رفع ہو جاتا ہے لیکن کبھی کبھی، بالخصوص اس وقت جبکہ مفصل پر متواتر حملہ ہو چکا ہو مستقل تغیرات نظر آ سکتے ہیں، جنکے ساتھ عضلات کی لاغری (wasting) بھی پیدا ہو جاتی ہے ۔ یہ تغیرات رثیتی گرہوں (rheumatic nodules) کے ساتھ مؤتلف ہو سکتے ہیں، اور رثیہ آسا التہاب مفصل (rheumatoid arthritis) سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں ۔ کہا جاتا ہے کہ بعض اوقات رثیتی تپ میں التصاقات غضروفی (synchondroses) بھی ماؤف ہو جاتے ہیں ۔ اس میں شبہ نہیں کہ بعض مفاصل کے قریب کے اوتار کی پوششیں اکثر ملتہب ہو جاتی ہیں، بالخصوص اُن کی جو کلائیوں اور ٹخنوں کے قریب ہوتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ اس سرخی کا، جو پشتِ پا اور پشتِ دست پر پھیل جاتی ہے، کچھ حصہ انھیں کے التہاب کی وجہ سے ہو ۔

متعدد مفاصل کے اِس التہاب کے ساتھ ہمیشہ کسی قدر ارتفاعِ تپش (pyrexia) بھی متلازم ہوتا ہے ۔ یہ اپنی شدت اور مدت دونوں میں تغیر پذیر ہوتا ہے ۔ عام طور پر یہ ۱۰۳ درجہ فارن ہائیٹ سے زائد بلند نہیں ہوتا، کسی قدر بے قاعدگی کے ساتھ کم و بیش ہوتا رہتا ہے اور بیشتر مفاصل کے التہاب کے ساتھ رفع ہو جاتا ہے ۔ اگر سیلی سیلیٹس (salicylates) نہ دئے جائیں تو یہ نو یا دس دن تک جاری رہ سکتا ہے، لیکن اکثر جلد تر ختم ہو جاتا ہے، اور اگر مفصلی التہاب کا کوئی نکس (recurrence) ہو تو اس کے ساتھ اس کا نکس بھی ہوتا ہے ۔ نیز یہ

قلب کے اضرار، بالخصوص التہاب گرد قلبیہ (pericarditis) سے اور ذات الجنب (پلیورسی) سے متاثر ہوجاتا ہے اور بعض اوقات بڑی بلندی تک پڑھ کر ایک خطرناک پیچیدگی (hyperpyrexia=شدید ارتفاع تپش) بنجاتا ہے۔ بکثرت پسینہ آنا رثمیتیہ کا ممیز خاصہ ہے۔ پسینہ ایک مخصوص ترش بو رکھتا ہے، لیکن اس کا تعامل ہمیشہ قوی ترشی نہیں ہوتا بلکہ متعادل (neutral) بھی ہوسکتا ہے۔ یہ پسینہ اکثر ان صاف آبلوں میں دیکھا جاسکتا ہے جو پسینہ کے مسامات کے دہنوں پر ہوجاتے ہیں اور جن کو حاورسیہ (sudamina) کہتے ہیں۔ جب ان آبلوں میں پیپ کا ایک نقطہ موجود ہو اور یہ ایک گلابی ہالیہ (areola) سے محصور ہوں تو ان کو دخنیہ (miliaria) کہتے ہیں۔ اس تپ کے ساتھ عموماً زیادہ دماغی اختلال نہیں ہوتا، اور غیر پیچیدہ رثمیتی تپ میں ہذیان ایک نمایاں خاصہ نہیں ہوتا۔ زبان عموماً بڑی، چوڑی، لجلجی، اور ایک دبیز، سپید یا بالائی جیسے فرو سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ اشتہا خراب ہوتی ہے اور آنتوں میں قبض ہوتا ہے۔ بول مقدار میں کم، گہرے رنگ کا (high coloured) اور ترشئی ہوتا ہے۔ کبھی کبھی اس میں البیومن کی خفیف سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

التہاب مفاصل کے ساتھ شروع ہونیوالی رثمیتی تپ کی حالتوں کے ایک بڑے تناسب (ایک تہائی اور نصف کے درمیان) میں قلب بعد میں مندرجۂ ذیل افراز میں سے کسی ایک یا زائد ضرر سے ماؤف پایا جاتا ہے:۔ التہاب درون قلبیہ (endocarditis)، التہاب گرد قلبیہ (pericarditis)، التہاب عضلۂ قلب (myocarditis)۔ التہاب درون قلبیہ تقریباً ہمیشہ مصراعوں میں، اور بائیں جانب کے مصراعوں میں شروع ہوتا ہے۔ اس کا وقوع بعض اوقات تپ کی کسی قدر زیادتی سے، یا قلب کے تیز فعل سے، یا حاد مسدودی قلب (acute heart-block) سے متاثر ہوتا ہے۔ لیکن بیشتر حالتوں میں یہ صرف استماع سے ظاہر ہوتا ہے، جبکہ ایک نرم خرخر (soft bruit) قلب کے پہلے صوت کو ڈھانکتے ہوئے یا اس کی جگہ پر، یا، تو راس کے مقام پر یا قاعدہ کے مقام پر اور طی رقبے میں سنائی دے سکتا ہے لیکن اغلب یہ ہے کہ جب یہ خرخر (murmur) راس کے مقام پر پایا

57

جائے تو فی الحقیقت یہ التہاب درون قلبہ کے باعث ہوتا ہے، اور اس وجہ سے نہیں ہوتا کہ التہاب عضلۂ قلب واقع ہو کر عضلۂ قلب کو کمزور کر کے مائٹرل والو تاجی مصراع (mitral valve=) میں سے (خون کی) بازروی ہونے دیتا ہے۔ بہرحال ممکن ہے کہ یہ خرخر دوران مرض میں غائب ہو جائے، یا نقیہت کے زمانہ میں بدستور قائم رہے۔ دوسرے طبعی امارات کا بیان حاد التہاب درون قلبہ کے تحت دیا گیا ہے (صفحہ 829)۔ مریض اکثر عدیم الدم (anæmic) ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں۔ مستثنیٰ طور پر رثیتی حملہ کے بعد چند ہی مہینوں میں نمایاں فشل قلب (heart-failure) نمودار ہو جاتا ہے۔ نیز التہاب گرد قلبہ (pericarditis)، التہاب درون قلبہ کے ساتھ ہو سکتا ہے، لیکن نسبتہً بہت کم واقع ہوتا ہے۔ اس کے آغاز کے ساتھ موضوعی علامات (subjective symptoms) جیسے کہ پیش قلبی درد (præcordial pain) یا پیش قلبی تکلیف (præcordial distress)، مقامی الیمیت، تیز حرکت قلب، اور کبھی کبھی شدید ارتقاع تپش، نسبتہً زیادہ اکثر پائے جاتے ہیں۔ صوت فرکی (friction sound) عموماً اولین طبعی امارت ہوتی ہے، اور اس کے بعد جلد ہی انصباب کی وجہ سے پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ اصمیت اوپر کی طرف پہلی بین الاضلاع فضا تک، بائیں سر پستان کے ایک انچ یا زائد باہر تک، اور خط وسطی سے دائیں طرف ڈیڑھ انچ تک پھیل جائے۔ لیکن یہ انصباب فرک یا رگڑ (rub) کا جاری رہنا روکنے کے لئے اس وقت تک شاذ ہی کافی ہوتا ہے کہ جب تک کہ التہاب جاری رہے۔ جب رثیتہ میں قلب ماؤف ہوتا ہے تو التہاب عضلۂ قلب (myocarditis) غالباً ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ غالباً اسی کی وجہ سے ورزش کے بعد سانس پھول جاتی ہے اور تکان ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہی اس مرض کی سب سے پہلی علامت ہو۔ التہاب عضلۂ قلب مختلف قلبی بے نظمیوں کا اور کبھی کبھی حاد اتساع قلب (acute dilatation of the heart) کا سبب ہو سکتا ہے۔

جب قلب شدید طور پر ماؤف ہوتا ہے تو ذات الجنب

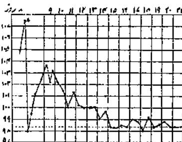
(pleurisy) اکثر دیکھا جاتا ہے، اور خاصکر التہاب گرد قلبہ (pericarditis) کے ساتھ۔ ایک رگڑ (صوت فرکی) سُنائی دیتی ہے اور ممکن ہے کہ درد بھی موجود ہو۔ جب حشائی پلیورا اور گرد قلبی پلیورا کے درمیان واقع ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ پلیورائی اور گرد قلبی فرکی (pleuro-pericardial friction) موجود ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 195)۔ عموماً اتنا کافی ارتشاح (exudation) نہیں ہوتا کہ جس سے بزل (tapping) کی ضرورت پیش آئے۔ لیکن کبھی کبھی وہ بکثرت ہوتا ہے اور بائیں قاعدہ پر ایسے طبعی امارات پیدا کر دیتا ہے جو بائیں پھیپھڑے پر ایک گرد قلبی انصباب کے دباؤ سے متشابہ ہوتے ہیں یعنی آوازیں کمی، حویصلی خریر (vesicular murmur) کی کمی، یا کز در بلند مقام (high-pitched) شعبتی تنفس (bronchial breathing)۔ کبھی کبھی بچوں میں حاد ریوی اُذیما (acute pulmonary œdema) اور شعبتی التہاب ششش (broncho-pneumonia) واقع ہو جاتے ہیں (Poynton)۔ یا التہاب حنجرہ (laryngitis)، وریدی علقیت (venous thrombosis)، التہاب گردہ (nephritis) اور التہاب سحایا (meningitis) شاذ واقع ہونیوالی پیچیدگیاں ہیں۔

جاورسیہ (miliaria) اور دُخنیہ (sudamina) کے علاوہ (جو پہلے بیان کئے گئے ہیں)، شری (urticaria) اور احمرار (erythema) کے مختلف اقسام واقع ہو سکتے ہیں، بالخصوص احمرار کثیر الاشکال (E. multiforme)۔ رثیتہ کے ساتھ احمرار عقدی (E. nodosum) بھی پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ اسٹر یپٹوکاکل مبداء کا ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 969)۔ کبھی کبھی ہمیں ایک پرپیوُرائی ثوران (purpuric eruption) رثیتہ کو پیچیدہ کرتا ہوا ملتا ہے (peliosis rheumatica= رثیتی کلاحت)۔ یہ بیشتر پاؤں، ٹخنوں، اور ٹانگوں کے زیرین حصّوں پر ایک کم و بیش مسلسل شوخ سرخ ثوران کے طور پر ظاہر ہوتی ہے، جو کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے سرخ نقطے (petechiæ) سے بنتا ہے، جو دبانے سے غائب نہیں ہوتے۔ یہ عموماً چند دن تک رہکر جب رفع ہوتے ہیں تو بھورے یا زرد دھبے چھوڑ جاتے ہیں۔ بعض اوقات یہ پرپیورائی دھبے بہت زیادہ بڑے اور زیادہ عام طور پر منتشر ہوتے ہیں۔

ایک نہایت خطرناک، لیکن خوش قسمتی سے شاذ پیچیدگی شدید ارتفاع تپش (hyperpyrexia) ہے۔ اِن وارداتوں کی کچھ تعداد میں پہلے کچھ اشتباہ حاصل ہوجاتا ہے۔ مفاصل کے درد کسی قدر دفعتۃً جاتے رہتے ہیں اور پسینہ آنا موقوف ہوجاتا ہے۔ مریض کو بےچینی ہوجاتی ہے اور چند گھنٹوں کے بعد وہ زیادہ بولنے لگتا ہے بلکہ اُسے ہذیان ہوجاتا ہے۔ تپش جو پہلے شاید ۱۰۰ درجہ سے بھی نیچے تھی اب ۱۰۵ یا ۱۰۶ درجہ تک چڑھی ہوئی پائی جاتی ہے، اور اگر اُسے کم کرنے کے لئے فوری تدابیر نہ اختیار کئے جائیں تو وہ بسرعت ۱۰۷، ۱۰۸، بلکہ ۱۱۰ اور ۱۱۱ درجہ تک پہنچ جاتی ہے۔ ہذیان ابتداءً معتدل طور پر فاعلی ہوتا ہے، عضلات میں جھٹکے (twitching) پیدا ہوجاتے ہیں، اور آنکھیں حرکت کرتی رہتی ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض بستر سے باہر اُٹھنے کی کوشش کرے۔ چہرہ عموماً سیاہی مائل سُرخ، اور زبان خشک اور لرزاں ہوتی ہے۔ جب تپش ۱۰۷ درجہ سے متجاوز ہوجاتی ہے تو مریض نیم مسبوت (semi-comatose)، بلکہ بالکل مسبوت ہوجاتا ہے۔ یہ ایسی حالت ہے جو تپش بیماکے ۱۱۰ درجہ پر پہنچنے پر ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ تقلیل تپش کے لئے مناسب علاج اختیار کرنے پر اکثر شفا ہوجاتی ہے، ورنہ تنفس زیادہ

58

تیز اور غیر عمیق، چہرہ زیادہ سیاہی مائل اور ازرق (livid) ہوتا ہے، اور نبض تیز اور کمزور ہوجاتی ہے، سینہ میں لغطات (rales) جمع ہوجاتے ہیں، اور شدید ارتفاع تپش کے آثار کے آغاز کے بعد اکثر بارہ یا چوبیس گھنٹے کے اندر موت اِس حالت کا خاتمہ کر دیتی ہے۔



شکل ۸۔ رمتی تپ میں شدید ارتفاع تپش

بچوں میں رثیتہ۔ یہ ہر لحاظ سے ویسے ہی ہوسکتی ہے جیسی کہ پہلے بیان ہوچکی ہے۔ لیکن کثیر التعداد حالتوں میں گو بچوں میں قلبی ضرر کی شہادت موجود ملتی ہے مگر باوجود اسکے بیماری کی، یا ارتفاع تپش کی، یا مفاصل کے متورم ہونے کی یا کسی ایسی چیز کی سرگذشت نہیں پائی جاتی جو ایسے مبہم دردوں سے زائد ہو جنھیں شاید آلام بالیدگی یا درد ہائے نمو (growing pains) کہتے ہیں اور جن کی وجہ سے بچہ کو اپنے بستر میں رہنے تک کی ضرورت پیش نہیں آتی۔ یہ قلبی ضرر متذکرۂ بالا اضرار میں سے کوئی ایک ہوسکتا ہے، اور ممکن ہے کہ جب یہ ابتدائً شناخت میں آئے تو ترقی یافتہ درجہ میں ملے بعض اوقات ایک بچہ میں جو رثیتہ کی مفصلی قسم کے حملہ میں مبتلا ہو ایک صریحاً بڑا قلبی ضرر موجود ملتا ہے جو موجودہ زلالی التہاب (synovitis) پر منحصر نہیں ہوتا، لیکن جس میں ماسبق زلالی التہاب کی کوئی سرگذشت نہیں ملتی۔ داء الرقص (chorea) اور رثیتی تپ کے تعلقات پر بعد میں بحث کی جائے گی (ملاحظہ ہو داء الرقص)، لیکن وہ بچوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے اور قلبی اضرار کے ساتھ واقع ہوتا ہے، جنکے ساتھ متذکرۂ ذیل تحت الجلدی گرہیں ہوتی ہیں، اور بعض اوقات زلالی التہاب بھی ہوتا ہے اور دوسرے اوقات میں نہیں ہوتا۔ اگر وہ ایک ایسے بچے میں واقع ہو جس میں رثیتہ کی کوئی ماسبق شہادت نہ ہو تو التہاب درون قلبیہ یا مفاصل کا ورم بعض اوقات اسکے بعد واقع ہوگا۔

تحت الجلدی گرہیں (subcutaneous nodules) بھی بالغوں کے نسبت بچوں میں زیادہ عام ہیں، اور وہ مفاصل کے قرب وجوار میں، اور دوسرے مقامات پر عظمی حیود (bony ridges) اور ابھاروں پر ملتی ہیں۔ وہ جلد کے نیچے آزادانہ طور پر اور اپنے نیچے کی لیفی ساختوں پر کسی قدر حرکت پذیر ہوتی ہیں، اور تکلے نما نوات دار خلیوں (fibroblasts = یعنی نابغات) اور چند عروق سے بنتی ہیں۔ وہ ایک تغیر پذیر عرصے تک موجود رہتی ہیں اور ممکن ہے کہ چند ہفتوں میں غائب ہوجائیں۔

رثیتی تپ کا مآل۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو مفاصل کے علامات دس سے چودہ روز تک جاری رہکر پھر دفع ہو جاتے ہیں اگر سیلی سیلیٹس (salicylates) سے علاج کیا جائے تو درد اور تپ اکثر ایک ہفتہ کے اندر جاتے رہتے ہیں۔ لیکن بہر حال رثیتہ

نکس (relapse) کا بڑا رجحان رکھتی ہے، اور دو دن سے لیکر دو ہفتوں کے غیر حموی اور غیر وجعی وقفے کے بعد مفاصل ٹھیک اسی طریقے سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایسی حالتوں میں غیر حموی زمانوں میں بھی عضویئے مفاصل میں بدستور موجود رہتے ہوں (Beattie)۔ ایسے نکس کی حالت میں بھی مریض کو قلب کے متعلق، اور شدید ارتفاعِ تپش (hyperpyrexia) کے متعلق بالکل ویسے ہی خطرات کا اندیشہ ہوتا ہے جن کا خطرہ پہلے حملہ میں تھا۔ ممکن ہے کہ اسکے بعد، نمایاں ارتفاعِ تپش کے ساتھ یا اس کے بغیر ایک دوسرا نکس (relapse) واقع ہو جائے یا اب ایک جوڑ کے اور پھر دوسرے جوڑ کے بیقاعدہ عوارض پیدا ہو جائیں۔ کبھی کبھی ایک جوڑ میں ہفتوں یا مہینوں تک التہاب کے قائم رہنے سے شفایابی میں تاخیر ہو جاتی ہے، درد، ورم، اور اکڑ نمایاں علامات ہوتے ہیں اور جوڑ کا علاج بالآخر آرام، جبائر (splints) اور مقامی علاج سے کرنا پڑتا ہے۔

59

نقاہت میں تاخیر ہونے کا ایک دوسرا سبب پہلے ہی بیان کیا گیا ہے۔ یعنے التہاب درون قلبیہ (endocarditis) کی سریع ترقی، جس سے مریض ریشتہ سے گذر کر نمایاں قلبی مرض میں مبتلا ہو جاتا ہے، جسکے ساتھ اورطی یا طبلقی (mitral) مرض کے خریرات (murmurs) اور فشل پذیر عضلۂ قلب موجود ہوتے ہیں۔

حملہ کے دوران میں موت بالخصوص صدری پیچیدگیوں سے واقع ہوتی ہے، بالخصوص جبکہ التہاب درون قلبیہ، التہاب گرد قلبیہ، اور ایک یا دوسری جانب پلیورائی انصباب ساتھ ساتھ واقع ہو جائے اور شاذ حالتوں میں شدید ارتفاعِ حرارت سے۔

تشخیص۔ اس میں عموماً کوئی دقت نہیں پیش آتی۔ درد دار سے مفاصل کا یکایک وقوع، اور ان کی سرخی اور ورم، تپ اور پسینہ کی کثرت، یہ سب بیشتر فیصلہ کن ہوتے ہیں، بالخصوص اگر یہ ایسے نوعمر اشخاص میں ہوں جو پہلے اچھی صحت کی حالت میں تھے یا جن میں اس کے برعکس ریشتی تپ کی یا مرضِ قلب کی سابق سرگذشت موجود ہو۔ ایسے حاد التہاب رمادِ النخاع مقدم (acute anterior poliomyelitis) سے تمیز کرنا چاہئے جس میں کہ درد صرف حرکت کرنے پر ہوتا ہے اور مفاصل میں انصباب نہیں ہوتا، اور رکبی جھٹکا (knee-jerk) غائب ہوتا ہے۔

جہاں صرف ایک جوڑ ماؤف ہو حاد عظمی لبّی التہاب (acute osteomyelitis) کا خیال کرنا چاہئے۔ اس میں جسمی (constitutional) علامات زیادہ شدید ہوتے ہیں۔ ایلمیت بہت زیادہ ہوتی ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ ہڈی پر دباؤ ڈالا جائے۔ حاد تقیح الدم (acute pyæmia) یہ تقیحی التہاب مفصلی (suppurative arthritis) کے ساتھ قلیل الوقوع ہوتا ہے اور عموماً سرایت کا کوئی صریح مرکز موجود ہوتا ہے جیسے کہ وضع حمل کے بعد عفونتی رحم جب مفاصل ماؤف ہوتے ہیں تو ان کے تندرست ہونے کے لئے طویل عرصہ درکار ہوتا ہے۔ سوزاکی زلالی التہاب (gonococcal synovitis) بھی رتیتی تپ کے نسبت زیادہ دیرپا ہوتا ہے اور اس کے ساتھ قلبی پیچیدگیاں شاذ ہی ہوتی ہیں، اور التہاب بالخصوص رداؤں (fasciæ) کو ماؤف کر دینے کا رجحان رکھتا ہے۔ لیکن ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ یہ مردوں اور عورتوں میں غلطی سے بآسانی رتیتہ سمجھ لیا جائے، تاوقتیکہ دریافت کرنے پر اخراج مواد (discharge) کی موجودگی کی تصدیق نہ ہو جائے یا مریض اس کا اعتراف نہ کرلے۔ حاد کثیر مفصلی التہاب (acute multiple arthritis) بھی بہت سی نوعی سرایتوں مثلاً تپ معویہ، زحیر، اور نیوموکاکی سرایتوں (pneumococcal infections)، حمی ناکسہ (relapsing fevet) وغیرہ میں واقع ہو سکتا ہے۔ مریض میں سَلی سیلیٹس کے تعامل کا ظہور رتیتہ کی قوی شہادت ہے۔ نقرس (gout) سے تشخیص کرنے کا طریقہ اس مرض کے بیان میں درج کیا جائے گا۔

رتیتہ کی تشخیص ایک ایسے بچہ میں جسے کثیر مفصلی التہاب نہ ہو چکا ہو، خراش حلق، قلبی ضرر، تحت الجلدی گرہوں یا داءالرقص کی شناخت پر اور نیز اس استنباط پر (جو شاید ہمیشہ حق بجانب نہیں ہوتا) منحصر ہوتی ہے کہ ان کا سبب ضرور رتیتی سرایت ہی ہوگی۔

انذار۔ حاد رتیتہ کی شرح ہلاکت تھوڑی ہی ہے۔ سب سے زیادہ خطرے کا خدشہ اس کے ساتھ واقع ہونیوالی قلبی سرایت اور نادر الوقوع شدید ارتفاع تپش سے ہوتا ہے۔ اول الذکر پر بعد میں غور کیا جائے گا (صفحہ 322)۔ شدید ارتفاع تپش کے خطرے کا انحصار اس درجۂ تپش پر ہے جو تبریدی تدابیر اختیار کرنے سے پہلے موجود تھا۔ بہرحال آئندہ قلبی مرض کا امکان پیش نظر رکھنا چاہئے۔

تحریز۔ اہم ترین امر یہ ہے کہ سرایت کے تمام ممکنہ منبعوں کا علاج کیا جائے۔

اس ضمن میں ناک، جوفوں (sinuses) اور حلق کا احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہئے، بالخصوص بچوں میں، اور بالغوں میں؛ نزلی سرایت بالخصوص تلاش کرلی چاہئے اور اگر ضرورت ہو تو لوزتین اور غدودہ (adenoids) کو نکلوا ڈالنا چاہئے۔ چکنی مٹی کی زمین عموماً رثیتہ کی استعداد پیدا کردینے والی سمجھی جاتی ہے، اور دریائی وادیوں کے نشیبی مقامات سے احتراز کرنا چاہئے۔ رثیتی بچوں کو اپنا لباس، اگر وہ تر ہوجائے، بدل ڈالنا چاہئے (نیز ملاحظہ ہو مرض قلب کی تحریر بصفحہ 347)۔

پچاسی بچوں میں جن میں مختلف رثیتی مظاہر موجود تھے لوزہ براری (tonsillectomy) کا عملیہ انجام دینے کے بعد اس عملیہ کے اہم اعداد و شمار کا بیان شائع کیا گیا ہے (۶)۔ بیشتر حالتوں میں لوزتین ایک سے زائد بار متورم اور تمام حالتوں میں لوزی لمفی غدد بڑے ہوگئے تھے۔ لوزہ براری کے عملیہ کے بعد ان مریضوں کی حالت کے متعلق اوسطاً ساڑھے تین سال تک خبر رکھی گئی۔ ۹۵ فیصدی حالتوں میں لوزی لمفی غدد جس ناپذیر (impalpable) ہوگئے۔ ان حالتوں میں سے جن میں رثیتی تپ ہوگئی تھی، ۴۴ فیصدی میں نکس نہیں واقع ہوا۔ داءالرقص سے متعلق ۵۰ فیصدی حالتوں میں نکس نہیں ہوا۔ التہابِ عضلہ (myositis) اور دردِ مفاصل کے لحاظ سے ۱۰ فیصدی حالتوں میں مرض کا اعادہ نہیں ہوا۔ چند حالتوں میں لوزتین کو کامل طور پر خارج کرنے کے لئے ایک دوسرے عملیہ کی ضرورت پیش آئی۔ اسٹارلنگ (Starling) (۷) کو پینتیس مریضوں میں نہایت مائل نتائج حاصل ہوئے۔

60

اس بیان سے نتائج ذیل مستنبط کئے جاسکتے ہیں:۔ رثیتی بچوں میں جب لوزی غدد بڑے ہوگئے ہوں، عملیۂ انقاف (enucleation) کے ذریعہ لوزتین کا کامل اخراج کرنا مناسب ہے۔ یہ عملیہ حاد سرایت کے رفع ہوجانے کے بعد انجام دینا چاہئے، لیکن رثیتہ اور داءالرقص کے غیر حموی حملوں میں عملیہ فی الفور کردینا چاہئے۔

علاج ۔ رثیتہ کی خفیف حالتوں کے کارگر علاج کے لئے بھی تاوقتیکہ کوئی نائی سرایت موجود رہے بستر میں کلی آرام بالکل ضروری ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 347)۔ شدید حالتوں میں مریض کو خاموش لیٹے رہنے کے سوائے کوئی چارۂ کار نہیں۔ مفاصل کو چوٹ کے ہر خطرے سے محفوظ رکھنا چاہئے۔ بعض اوقات ایک غالیہ (cradle) کے ذریعہ

بستری لباس کو حوارج سے اوپر اٹھا دینا مناسب ہوتا ہے۔ اوران کے گرد روئی لپیٹ دینے سے درد میں کچھ تسکین پیدا کی جاسکتی ہے۔ شدید حالتوں میں روئی پر تھوڑی مسکن دوا (anodyne) جیسے کہ بیلاڈونا (belladonna) یا مروخ افیون (opium liniment) چھڑک سکتے ہیں، یا میتھل سیلی سلیٹ (methyl salicylate) (ونٹر گرین یا مصنوعی روغن) مفصل پر لگا کر اسے گٹا پرچا ٹیسو سے ڈھانک دیا جائے۔ گذشتہ زمانہ میں خالص دودھ کی غذا سختی کے ساتھ تجویز کی جاتی تھی، لیکن عام اصول کی بنا پر ایک زیادہ متنوع غذا (جیسی کہ دوسری حموی حالتوں میں دی جاتی ہے) کی اجازت دینا بہت بہتر ہے۔

اب جو دوا تقریباً دنیا بھر میں مستعمل ہے وہ سوڈیم سیلی سلیٹ (sodium salicylate) ہے اور بعض اوقات سیلی سین (salicin) یا سیلی سلک ایسڈ استعمال کیا جاتا ہے۔ جب مریض کامل طور پر ان میں سے کسی ایک دوا کے زیر اثر آجاتا ہے تو درد غائب ہو جاتے ہیں، مفاصل کی سرخی اور ورم میں تخفیف ہو جاتی ہے اور تپش دو یا تین درجے گر جاتی ہے یا ممکن ہے کہ طبعی درجہ پر بھی آجائے۔ اگر اب اس دوا کو کم یا موقوف کر دیا جائے تو اس کا نہایت امکان ہے کہ درد پھر عود کر آئیں، لیکن اگر اس کی مقدار استعمال جاری رکھی جائے تو رفتہ رفتہ اس وقت سے عملاً شفایابی ہو جاتی ہے۔ لیکن اس دوا اور غذا دونوں کے ذریعہ سے علاج دس یا زائد دن تک جاری رکھنا پڑے گا۔ جن کے اختتام پر ان میں احتیاط کے ساتھ کچھ کمی یارعایت کی جاسکتی ہے۔ سیلی سلک ایسڈ یا اسکے سوڈیم کے نمک کی مؤثر مقدار ۲۰ گرین ہے اور سیلی سین کی مقدار خوراک ۳۰ گرین جسے ابتدائی چوبیس یا چھتیس گھنٹوں میں ہر چار چار گھنٹے کے وقفے سے دینا چاہئے۔ لیکن کم شدید حالتوں میں نسبتہً کم مقدار کافی ہوسکتی ہے۔ بعض طبیب پہلے چار یا پانچ گھنٹوں تک نسبتہً کم مقدار ہر گھنٹہ دیتے ہیں اور پھر ہر دوسرے گھنٹے دیتے رہتے ہیں۔ اگر حملہ نہایت شدید ہو تو پہلے دن کے لئے ۳۰ گرین کی مقدار ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے دے دینا مناسب ہوسکتا ہے۔ اگر بہت زیادہ مقدار دی جاتی ہے تو مریض درد سر، بہرے پن، طنین الاذن (tinnitus aurium) اور خفیف ہذیان کی شکایت میں مبتلا ہو جاتا ہے، لیکن جب یہ دوا موقوف کر دی جاتی ہے تو یہ سب موقوف ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی اس سے قے، اسہال

یا غیر منتظم نبض، البیومن بولیت، رعاف (epistaxis) اور دم بولیت (hæmaturia) بھی واقع ہو گئے ہیں۔ عام طور پر یہ ابتدائی سمّی علامات دردوں کی تخفیف کے ساتھ ہی نمودار ہو جاتے ہیں۔ لیکن جوں ہی ایسا ہو دوا کی مقدار کا تواتر گھٹا کر دن بھر میں چار بار یا تین بار کر دینا چاہیئے، اور اسی شرح سے اُسے آخری درد یا آخری غیر طبعی تپش سے پانچ یا چھ دن گذر جانے تک جاری رکھنا چاہیئے اور پھر اس دوا کو بالکل موقوف کر سکتے ہیں۔ جب دودھ کی غذا دی جائے تو اُسے عموماً اس زمانہ کے قریب نشاستہ دار (farinaceous) غذا کی آمیزش کے ساتھ مقدار میں زیادہ کر دینا چاہیئے، اور پھر چند روز کے بعد گوشت کی یخنی (meat broth)، مچھلی اور بالآخر گوشت دیا جاتا ہے۔

رتیتہ پر ان تینوں زیر بحث دواؤں کے جو اثرات ہوتے ہیں اُن میں کوئی اہم فرق نہیں ہوتا۔ سوڈیم کا نمک عام طور پر پسند کیا جاتا ہے اور اُسے اکثر سوڈیم بائی کاربونیٹ کی مساوی مقدار کے ساتھ ملا کر دیتے ہیں۔ بعض اوقات یہ دوائیں چنداں موثر نہیں ہوتیں، اور درد تخفیف شدہ شکل میں جاری رہتے ہیں یا نکس (relapse) بار بار ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ سیلی سیلیٹ آف کیونین (salicylate of quinine) (۲ تا ۵ گرین) مفید ہو، یا قدیم قلوی علاج (alkaline treatment) اختیار کیا جا سکتا ہے، یعنے پوٹاسیم بائی کاربونیٹ (potassium bicarbonate) یا پوٹاسیم ایسیٹیٹ (potassium acetate) ۲۰ گرین ہر چوتھے گھنٹے، یا پوٹاسیم بائی کاربونیٹ کیونین کے ساتھ بعض اوقات حاد رتیتہ کے دردوں پر سیلی سلک ایسڈ مشتمل رکھنے والے مرکبات جیسے کہ سیلال (salol) سالوفین (salophen) اور ایسیٹیل سیلی سلک ایسڈ (acetyl salicylic acid) (ایسپرین = aspirin) کسی قدر اثر رکھتے ہیں۔ آخر الذکر کا ۱۰ یا ۱۵ گرین کی مقداروں میں کیشے (cachet) یعنے برشامہ کے اندر بکثرت استعمال ہوتا ہے۔

فی الحال یہ معلوم نہیں ہے کہ سیلی سیلیٹس کیونکر عمل کرتے ہیں۔ بہت سے ماہرین کا خیال ہے کہ یہ خود سرایت پر کوئی نوعی اثر نہیں رکھتے بلکہ یہ بھی بتلایا گیا ہے کہ انقطاع تپش اور مفاصل کے دردوں کو دور کرنے میں یہ خرابی ہے کہ اس سے سرایت قلب کی ترقی کی ایک دلالت مفقود ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ کسی قدر ارتفاع تپش سرایت کے مقابلہ

کے لئے ایک فائدہ بخش حفاظت کا کام دیتا ہو۔

قلبی پیچیدگیوں کا علاج امراضِ قلب کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ ایک ضروری امر یہ ہے کہ مریض کو کئی ہفتوں، یا دو تین مہینوں تک بستر میں بہ آرام و سکون رکھ کر مصراعوں (valves) یا عضلۂ قلب کو شفایاب ہونے کا موقعہ دینا چاہیئے۔

شدید ارتفاعِ تپش (hyperpyrexia) کا علاج فوری ہونا چاہیئے اور مستعدی کے ساتھ کرنا چاہیئے۔ وہ یہ ہے کہ جب کبھی تپش ۱۰۵ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر بڑھتی ہوئی پائی جائے تو سردی (تبرید) کا بیرونی استعمال کیا جائے۔ تیلی سیلک ایسڈ اور دوسرے دافعاتِ تپ (antipyretics) تپش کو کافی سرعت کے ساتھ نہیں کم کرتے، اور اُسے کم کرنے کا بہترین طریقہ، جیسا کہ ضربۃ الشمس یا لُو لگنے (heat-stroke) کے تحت بیان کیا گیا ہے (صفحہ 27) یہ ہے کہ برف کے ٹکڑے لگائے جائیں۔

اِنفلوئنزا

(INFLUENZA)

یہ اصطلاح، جو اکثر ہر اتفاقی نازلت کے لئے غلط استعمال کی جاتی ہے، اُس حاد عموی مرض کا نام ہے، جو گذشتہ زمانوں میں اکثر سارے یورپ پر ایک وبا کے طور پر پھیل گیا تھا، لیکن یہ ۱۸۴۷-۴۸ء کے شدید حملہ کے بعد سے ۱۸۸۹-۹۰ء کے موسم سرما تک (جبکہ یہ پھر نمودار ہوگیا) ہمارے درمیان عملی طور پر ناپید تھا۔ اس مرتبہ یہ گذشتہ مئی میں ابتداءً بخارا میں ظاہر ہوا۔ اکتوبر میں یہ سینٹ پیٹرسبرگ میں ظاہر ہوا اور جلد ہی اس کا حملہ آسٹریا، جرمنی، فرانس، انگلستان، اور یورپ کے دوسرے ممالک، نیز ریاستہائے متحدہ امریکہ پر ہوگیا۔ چند مہینوں کے بعد یہ ہندوستان، آسٹریلیا، نیوزیلینڈ، ساحلِ افریقہ، اور جنوبی امریکہ میں منتقل ہوگیا۔ یہ مرض پھر بار بار جزائر برطانیہ میں پھوٹ پڑا اور چند سال سے شاذ ہی کلی طور پر غیر موجود رہا ہے۔ گذشتہ وبائے عظیم، جو سب سے پہلے ہسپانیہ میں ظاہر ہوئی، انگلستان میں تین حملوں کی شکل میں پھوٹ پڑی۔ پہلا اور ہلاکت کے لحاظ سے

خفیف ترین حملہ جون اور جولائی سنہ ۱۹۱۸ء میں، دوسرا اور شدید ترین نومبر سنہ ۱۹۱۸ء میں، اور تیسرا فروری اور مارچ سنہ ۱۹۱۹ء میں واقع ہوا۔ انفلوئنزا کا یہ ممیّز خاصہ ہے کہ اگرچہ بچے اور بوڑھے عموماً جانبر ہوجاتے ہیں لیکن یہ مرض بیس اور پچاس سال کی عمر کے درمیان بالخصوص ہلاک ہوتا ہے۔

بحثِ اسباب ۔ انفلوئنزا کا حقیقی وبائی حملہ ہمیشہ اپنی اُس غیر معمولی سُرعت کے باعث ممیّز رہا ہے، جس سے آبادی اور خاص کر گنجان آبادی والے شہروں پر اس کا حملہ ہوا ہے۔ ایک ہی وقت میں، یا چند ہی روز کے اندر، سیکڑوں پر حملہ ہوگیا، اور دوسرے حالات کے علاوہ اس کی وجہ سے یہ خیال پیدا ہوگیا کہ اس مرض کا تعدیہ ایک انسان سے دوسرے انسان کو نہیں ہوتا بلکہ یہ ہوا کے ذریعہ سے ایک ہی وقت میں بہت سے لوگوں میں منتقل ہوجاتا ہے۔ یہ خاصہ سنہ ۱۸۸۹-۹۰ء میں خاص طور پر نمایاں پایا گیا۔ لیکن اب اس کی کافی طور پر تصدیق ہوچکی ہے کہ گو حملہ کتنا ہی ناگہانی ہو یہ مرض انسانی اختلاط سے پھیلتا ہے۔

سنہ ۱۸۹۲ء میں فیفر (Pfeiffer) نے ایک دقیق عُصَیّہ دریافت کیا، جو انفلوئنزا کے مریضوں کے بُصاق (sputum) میں اور نسبتہً کم عام طور پر ان کے خون میں کسی نہ کسی وقت موجود رہتا ہے۔ اسے بَسِیلس اِنفلوئنزی (bacillus influenzæ) کہتے ہیں اور یہ اب سے کچھ پہلے تک عام طور پر انفلوئنزا کا سبب سمجھا گیا تھا۔ یہ ایک چھوٹا ڈنڈا ہے، جو لمبائی میں ۵ء۱ ملی میٹر اور چوڑائی میں ۳ء۰ ملی میٹر سے زائد نہیں ہوتا۔ یہ توشیٔ گرام (Gram's stain) سے غیر ملوّن رہتا ہے، اور ہیموگلوبن یا خون موجود رہنے والے واسطوں پر بہترین طور پر اُگتا ہے۔ نمونیائی انفلوئنزا کی ۹۸ فیصدی حالتوں میں یہ عُصَیّہ بعد الممات کاشت کیا گیا ہے۔ لیکن یہ دوسرے امراض سے ہلاک شدہ اشخاص کے ایک نسبتہً کم تناسب میں بھی تنفسی خطّے کے مختلف حصّوں میں موجود ہوتا ہے (۸)۔

لیکن اب اس امر کی شہادت مل رہی ہے (۹) کہ اس مرض کا سبب ایک مِقطَر گزار (filter-pussing) دقیق عضویہ ہے، جو معمولی زکام پیدا کرنے والے عضویے سے مماثل ہوتا ہے۔ یہ ابتدائے مرض میں مریضوں کے اَنفی افرازات سے اُس وقت حاصل ہوجاتا ہے جبکہ عصیۂ انفلوئنزا اکثر غیر موجود ہوتا ہے، اور اس عضویے کی کاشت سے

انفلوئنزا پیدا کر لیا گیا ہے۔ اس کا نام بیکٹیریئم نیوموسنٹیس (bacterium pneumosintes) رکھا گیا ہے۔ غالباً عصیۂ انفلوئنزا اس مرض میں مختلف تنفسی پیچیدگیاں پیدا کرکے ایک اہم لیکن ثانوی حصہ لیتا ہے۔ سرایت بُساق (sputum) یا ریق (saliva) کے ان قطیروں (droplets) کو سانس میں اندر لینے سے واقع ہو جاتی ہے، جو کھانستے یا بولنے کے دوران میں باہر نکلکر ہوا میں مِل جاتے ہیں۔ انفلوئنزا کا ایک حملہ مریض کو کم از کم چند مہینوں کے لئے دوسرے حملہ سے محفوظ کر دیتا ہے، لیکن یہ اکتسابی مناعت دائمی نہیں ہوتی۔ گزشتہ وبا میں تقریباً ۲۰ فیصدی مریضوں کو ماسبق حملہ ہو چکا تھا۔

62

مرضی تشریح۔ انفلوئنزا ایک عفونۃ الدم (septicæmia) ہے، جیسا کہ دموی کاشتوں سے، حاد التہاب گردہ (acute nephritis) کے غلبہ، اور ششش کے اندر کے تغیرات سے ظاہر ہوتا ہے۔ آخر الذکر کے مظاہر نہایت مختلف ہوتے ہیں۔ التہاب قصبہ (tracheitis)، التہاب شعبہ (bronchitis) اور التہاب شعیبہ (bronchiolitis) ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ پھیپھڑوں میں بے انتہا امتلاء (congestion)، نزفی اُذیما، یا نزف بلا تجمّد (consolidation) موجود ہو، یا اسکے برعکس جامد نزفی رقبے پائے جائیں، جو یا تو ایک پورے لختہ کو ماؤف کرتے ہوں یا منعمات (infarcts) کی طرح چکتیوں کی صورت میں ہوں۔ ممکن ہے کہ شعبی ریوی التہاب (برانکو نمونیہ) یا متعدد پھوڑے، عموماً چھوٹے اور مجتمع، یا حقیقی گنگرین موجود ہوں۔ ممکن ہے کہ ہبوط (collapse) کے متعدد چھوٹے چھوٹے رقبے موجود ہوں یا ضخیم ہبوط (massive collapse) ہو۔ گرد شعبی التہاب (peribronchitis) اور خللی نفاخ (interstitial emphysema)، نیز ذات الجنب (پلیورسی) انصباب کے ساتھ یا بلا انصباب موجود ہو سکتا ہے۔ شعبی غدد ملتہب ہوتے ہیں۔ بیشتر حالتوں میں وتدی جوف (sphenoidal sinuses) اور دوسرے متعین ہوائی جوف (accessory air sinuses) سرایت زدہ ہوتے ہیں۔ جسمانی سرایت کا اوّلی مرکز غالباً انفی بلعوم (nasopharynx) میں واقع ہوتا ہے۔ گردوں میں خون کی زیادتی پائی جاتی ہے، ورنہ وہ معمولی حالت میں نظر آتے ہیں (ملاحظہ ہو حاد التہاب گردہ: acute nephritis)۔

علامات۔ زمانۂ حضانت اڑتالیس گھنٹے سے ذرا کم عرصہ سے لیکر پانچ دن

تک کا ہوتا ہے۔ انفلوئنزا کے مظاہر میں بے انتہا اختلاف پایا جاتا ہے۔ کثیر التعداد حالتوں میں علامات ایک حاد عمومی مرض کی ہوتی ہیں، اور جسم کے کسی ایک عضو یا نظام میں مخصوص اور متعین نہیں ہوتے۔ ایسے سادہ قسم (simple type) یا سادہ حموی قسم (simple febrile type) کہہ سکتے ہیں۔

مرض یکایک شدید جبہی (درد سر) آنکھوں کے پیچھے درد، عضلی درد اور کمر، رانوں، پنڈلیوں اور جسم کے دوسرے حصوں کے عضلات کے دردوں کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ قشعریرہ (rigors) اکثر غیر موجود ہوتا ہے، لیکن تپش چند ہی گھنٹوں میں ۱۰۲، ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجے تک بلند ہو جاتی ہے۔ تپ کے دوسرے لوازم موجود ہوتے ہیں، مثلاً تیز نبض، تشنگی، اور قارورہ کی مقدار میں کمی اور اس کی گہری رنگت۔ زبان ڈھیلی (flabby) (لرزاں، دندانہ دار) اور دبیز سپید قروسے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ حلقہ ہمار اور لوزتین سرخ، اور سانس بودار ہوتی ہے۔ نکسیر کا پھوٹنا خاصہ عام ہوتا ہے۔ جلد عموماً خشک ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات پسینہ بکثرت آتا ہے۔ طحال بعض اوقات کسی قدر بڑی ہوتی ہے۔ مریض نہایت بیمار، بے چین، بے خواب، منبطح (prostrate) اور پست ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ دوسرے کوئی علامات ظاہر نہ ہوں، اور تپش چوبیس یا چھتیس، یا اڑتالیس گھنٹوں میں اسی سرعت کے ساتھ کم ہو جاتی ہے کہ جس سرعت سے بلند ہوئی تھی۔ لیکن تپش کے گرنے کے بعد کچھ عرصہ تک اعضاء شکنی جاری رہتی ہے، اور انبطاح (prostration) کا جو احساس شروع سے موجود رہتا ہے وہ تپ کے بعد چند روز تک بدستور موجود رہتا ہے۔ لیکن یہ تسلیم کرنا چاہیئے کہ اس گروہ کی حالتوں کے عمر اور مدت میں بہت اختلاف ہوتا ہے۔ اور یہ کہ گو بعض حالتوں میں تپ بلند درجہ تک پہنچتی ہے، قلیل مدت کی ہوتی ہے اور تیزی کے ساتھ کم ہو جاتی ہے، تاہم دوسری حالتوں میں اُن کا عمر زیادہ طویل ہوتا ہے اور تپش زیادہ تدریجی طور پر کم ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُن کا دوسرے حموی امراض مثلاً تپ محرقہ، کے ساتھ خلط ملط کر دیا جانا ممکن ہو جاتا ہے۔ یہ بہرحال نکس (relapse) واقع ہو سکتا ہے۔

مرض کی ذات الریوی (نمونیائی) قسم میں دلچسپی کہ اُن مریضوں کی تقریباً ۲۰ فیصدی تعداد میں ظاہر ہوئی جو ۱۹۱۸-۱۹ء کی وبا کے دوران میں، اتنے بیمار تھے کہ ایلڈرشاٹ (Aldershot) کے شفاخانہ میں داخل کیے گئے تھے، آغاز ہی میں وہی خصائص ظاہر ہوتے

ہیں، یعنے تپ، درد سر، اعضاء شکنی، اور انحطاط، لیکن جلد ہی یہ دیکھا جاتا ہے کہ تنفسی خطہ بہت ماؤف ہے۔ سریع تنفس، درد سینہ اور تکلیف دہ کھانسی موجود ہوتی ہے۔ سینہ کے امارات نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ سامنے چند منتشر خرخرات (rhonchi) اور پیچھے چند تکتکات (crepitations) کے سوائے کوئی امارت موجود نہو۔ یا ممکن ہے ذات الریہ (lobar pneumonia) کے علامات سے مشابہ علامات موجود ہوسکتے ہیں۔ یا ممکن ہے کہ ہر جگہ لغطات (rales) سنائی دیں اور تجمد (consolidation) کی کوئی امارت بالکل موجود نہو یا ممکن ہے کہ شُش کے ایک حصے میں تجمد ظاہر ہو اور دوسرے روز اسی جگہ حویصلی خریر (vesicular murmur) ظاہر ہو لیکن شُش کے ایک دوسرے حصے میں تجمد ظاہر ہو-یا سیال کے امارات موجود ہوں۔ شُش کے تجمد کی وسعت سے انذار کا بالکل اندازہ نہیں کیا جاسکتا۔ بُساق (sputum) قیحی اور کثیر المقدار یا خون آلود چپکٹ (tenacious) جھاگدار اور کسی قدر قلیل المقدار ہوسکتا ہے۔ نہایت خطرناک حالتوں میں چہرہ پر ایک یکساں ارغوانی جھلک کا ازراق (heliotrope cyanosis) پایا جاتا ہے، جو شریانی خون میں آکسیجن کی نمایاں کمی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ نمونیائی مریضوں کی غالب تعداد میں التہاب گردہ واقع ہوتا ہے۔ عموماً اُذیما نہیں موجود ہوتا لیکن قارورہ میں البیومین اور اسطوانات (casts) ہوتے ہیں۔ اُفقی نازلت مع انصباب ملتحمات (auffusion of conjunctivæ) کبھی کبھی انفلوئنزائی حالت کی وجہ سے ہوتی ہے، لیکن عام طور پر سادہ اور تنفسی دونوں قسمیں ان کے بغیر ہوتی ہیں۔

63

شکمی قسم کمتر واقع ہوتی ہے، لیکن مختلف وباؤں میں تغیر پذیر ہوتی ہے مریض کو درد شکم، اسہال، قے اور کبھی کبھی یرقان ہوجاتا ہے۔ تپش اکثر متذکرہ بالا قسموں کے نسبت کم بلند ہوتی ہے۔

یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ تنفسی اور معدی معوی علامات دونوں اصلی مرض کا جزو ہونے کے بجائے اس کی پیچیدگیاں اور نتائج ہوں، یعنے ان دونوں میں سے کسی ایک نظام کے نمایاں طور پر ماؤف ہونے سے پہلے تپ اور درد چند دنوں سے موجود ہوسکتے ہیں۔ دوسرے نظامات بھی زیادہ اکثر ثانوی طور پر یا دوران مرض میں تاخیر کے ساتھ ماؤف ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اُذینی بطینی (auriculo-ventricular) یا جوفی اُذینی

(sino-auricular) قلبی مسدودی (heart block) کے باعث نبض غیر منتظم یا ذوالفترہ (intermittent) ہوتی ہے اور غشیانی حملے (syncopal attacks) ہو سکتے ہیں۔ سرعت ضربات قلب (tachycardia) بھی واقع ہو سکتی ہے اور ممکن ہے کہ قلب میں اتساع کے آثار ظاہر ہوں۔ بعض اوقات مختلف مخاطی سطحوں سے نزفات دیکھنے میں آتے ہیں۔

عصبی نظام اکثر متأثر ہوجاتا ہے۔ شدید حالتوں میں ہذیان کے ساتھ ابتدائی درجوں میں غنودگی طاری ہوجاتی ہے۔ ازاں بعد بیخوابی، دیریا وجع العصب، یا عضلی درد ہو سکتے ہیں۔ وار داتوں کے ایک بڑے تناسب میں، اور عصبی نظام میں علامات کی کسی مخصوص مقامیت کے بدوں جوارح کی دیر پا کمزوری، جسمانی اور دماغی محنت کی نا قابلیت اور بہت سا ذہنی پستی ہوتی ہے جو حملہ کے آغاز کے بعد ہفتوں تک قائم رہتی ہے۔ حملہ کی شدت کے زمانہ میں یا کسی قدر بعد جلد میں کبھی کبھی ثورانات ہوجاتے ہیں۔ یہ زیادہ تر گلابی رنگ کے دھبوں، یا الحصبہ اقرمزیہ (اس کارلیٹنا) یا شری (urticaria) کے طفحات کی طرح احمرائی (erythematous) طفحات کی شکل میں ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ صلعہ (alopecia) واقع ہوجائے۔ اس کے علاوہ شاذ ہی ایسا کوئی مقامی التہاب ہے جو ایک یا دوسری حالت میں انفلوئنزا کے نتیجہ کے طور پر ظاہر نہ ہو سکتا ہو۔ مثلاً التہاب اُذن (otitis) جو خاصہ عام ہے، التہاب الخصیہ (orchitis)، التہاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis)، التہاب عضلہ (myositis)، التہاب وریدی (phlebitis)، التہاب نکفیہ (parotitis)، التہاب گرد قلبیہ (pericarditis)، التہاب سحایا (meningitis)، التہاب دماغ، التہاب نخاع (myelitis)، التہاب ملتحمہ (conjunctivitis)، التہاب قرنیہ (keratitis)، التہاب مفصل (arthritis) اور التہاب غدد لمفیہ (lymphadenitis)۔ دیگر عصبی عوارض میں، جن کا ابتک تذکرہ نہیں کیا گیا، فقدان ذائقہ و بو اور ذہنی انہدام (mental breakdown) ہیں۔ آخر الذکر مالنخولیا (melancholia) یا اختباطی جنون (delusional insanity) کی شکل میں ہوتا ہے۔

دوران مرض میں جلد ہی خون میں کثیر الاشکال نواتی سپید خلئے ظاہر ہوتے ہیں۔ اس کے بعد قلت خلیات بیضا (leucopenia) واقع ہوجاتی ہے جسکے ساتھ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی کمی اور لمفی خلیوں کی اضافی زیادتی ہوتی ہے (۱-)۔ اگر نمونیہ طاری ہوجائے

تو کثرتِ خلیاتِ بیضا (leucocytosis) ہوتی ہے جسمیں کثیرالاشکال نواتی خلیوں کی بہت بڑی زیادتی واقع ہوجاتی ہے۔ نمونیہ کی ترقی نوعیت صحیفاتِ دمویہ (blood-platelets) کی تقلیل کے ساتھ متلازم ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 542)، جو مشاہدے میں آئی ہے۔

تشخیص - انفلوئنزا جو تنوع پیش کرتا ہے اُس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کسی مرض کے ابتدائی ایام میں انفلوئنزا تشخیص کرلیا جاتا ہے، جسکے بعد ممکن ہے کہ اُس حالت کی مزید واقفیت فی الحقیقت کوئی دوسری ہموی شکایت، مثلاً نمونیہ اور بالخصوص تپِ محرقہ (ملاحظہ ہو صفحہ 87) ظاہر کردے۔ انفلوئنزا کے خاص ممیّز علامات اُس کا نہایت ناگہانی آغاز، مقامی درد اور تھوڑے عرصے کی تپ ہیں۔ لیکن بعض خفیف حالتیں ایسی ہوتی ہیں جنکی تشخیص صرف عملِ طرد (process of exclusion) سے اور بعد میں پیدا ہونے والی پستی سے، یا اُس کی پیچیدگیوں اور نتائج سے ہوسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ ریوئی یا شعبی اضرار کی حالتوں میں بُصاق (sputum) کے اندر فیفر کے عصیّہ کو دیکھنے کا موقعہ ملے۔

انذار - موت صرف مریضوں کی تھوڑی تعداد ہی میں واقع ہوتی ہے۔ نمونیائی حالت میں زُرّاق (cyanosis) ہمیشہ ایک بُری علامت ہے اور اگر ایسی حالت میں تپش دفعۃً کم ہوجائے تو وہ تقریباً یاس انگیز ہوتی ہے۔

تحریر - اعداد و شمار کی شہادت موجود ہے کہ ایک مخزنی تجربی (stock vaccine) کی (جس میں ۰۰۔۴ ملین عُصیّاتِ انفلوئنزا، ۴۰ ملین اسٹرپٹوکاکائی، اور ۰۰۔۲ ملین نیوموکاکائی موجود ہوں) حفظِ ماتقدمی تطعیم (prophylactic inoculation) انفلوئنزا کے حملہ کو روک دیتی ہے۔ انفلوئنزا کے مریضوں کے جملہ تیمارداروں کے لئے ضروری ہے کہ آپ رواں (butter muslin) کی کئی تہوں کا چہرہ پوش پہنیں۔ گزشتہ وباء میں گنجان آبادی والے مقامات میں رہنے والوں نے ایسے چہرہ پوش پہنے تو وہ کارگر ثابت ہوئے۔ کونین کا استعمال حفظ ماتقدم کے لئے اچھا ثابت نہیں ہوا۔ گلیگ کا پیرافین اور ویسیلین کا آمیزہ (Glegg's paraffin & vaseline mixture) [جو زکام کے لئے اس قدر کارگر ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 107)] ناک میں ٹپکانا انفلوئنزا کی وبا کے دوران میں قابلِ آزمائش ہے

64

علاج - مریض کو لازم ہے کہ فوراً بستر میں لیٹ جائے اور اپنی قوت کو محفوظ

رکھے۔ ابتدائی درجوں میں شدید دردوں کے علاج کی ضرورت ہوتی ہے، اور اُن کا تدارک سوڈیم سیلی سیلیٹ (sodium salicylate) (۱۰ تا ۱۵ گرین ہر چوتھے یا چھٹے گھنٹے)، ایسپرین (aspirin) (۱۰ تا ۱۵ گرین)، یا فیناسیٹین (phenacetin) (۵ تا ۱۰ گرین) سے کیا جاسکتا ہے۔ چونکہ بیماری کے بعد سخت انحطاط (prostration) ہونے کا رجحان ہوتا ہے لہٰذا ضروری ہے کہ یہ دوائیں احتیاط کے ساتھ دی جائیں۔ اِن کے بجائے ملحات (salines) (پوٹاسیم سائٹریٹ ۱۰ یا ۱۵ گرین، یا لائکر امونیا ایسی ٹیٹس نصف اونس) ابتدائی درجوں میں دئے جائیں، اور اگر شعبی پیچیدگی زیادہ موجود ہو تو ان کے ساتھ ایسے منفثات (expectorants) شامل کر دئے جائیں جیسے کہ امونیم کاربونیٹ ۵ تا ۱۰ گرین، یا ٹنچر آف سینیگا ½ تا ۱ ڈرام۔ ازرُاق (cyanosis) کی حالتوں میں آکسیجن کا علاج مسلسل دینا ضروری ہے (اسکے دینے کا طریقہ ملاحظہ ہو صفحہ 234 پر)۔ جب تپ جاتی رہے تو اکثر ایک مقوی جریہ (tonic regimen) دیا جاتا ہے۔ کینوئین اور نکس وامیکا بالخصوص فائدہ بخش ہوتے ہیں، اور بوڑھے مریضوں میں مہیجات (stimulants) کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔

مرض کے مقامی مظاہر کا معالجہ بھی اسی طرح ضروری ہے جسطرح کہ دوسری حالتوں میں اُن کے پیدا ہونے پر کیا جاتا ہے۔

تپ خندقی

(TRENCH FEVER)

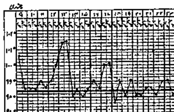
یورپ کی جنگ عظیم کے دوران میں ایک قسم کا حمی مرض دیکھنے میں آیا، جو ابتداءً تقریباً صرف خندقوں سے واپس آنیوالے اشخاص میں لیکن بعد میں محاذ جنگ کے پچھلے حصہ میں بھی دیکھا گیا۔ اس مرض میں نئے خصائص پائے گئے اور یہ پہلے درج شدہ ہر قسم کے امراض سے بالکل مختلف تھا۔

بحث اسباب۔ تپ خندقی کا قریب تجربۃً میکنی (McNee)، رینشا

(Renshaw) اور برنٹ (Brunt) نے ایک مریض کے خون کے وردن وریدی اشراب سے دوسرے اشخاص میں منتقل کیا۔ نسبتہً حال ہی میں قطعی طور پر یہ ثابت ہو گیا ہے کہ یہ مرض جوؤں (lice) کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے۔ مریضوں کو کاٹی ہوئی جوؤں کو تندرست آدمیوں کو کاٹنے دینے سے، نیز سرایت زدہ جوؤں کا براز اُن کی جلد میں ملنے سے یہ مرض منتقل کیا گیا ہے۔ اِس امر کی عمدہ شہادت موجود ہے کہ تپ خندقی کا قیشب ایک دقیق عضویہ ہے، جو ڈپلوکاکس کی طرح دو دو کی جوڑوں میں بڑھتا ہے، جس کا ناپ ۰.۳ ملر × ۰.۳ تا ۱.۵ ملر ہوتا ہے، اور جو جسیم ریکٹسیا (Rickettsia body) کہلاتا ہے۔ اگر چہ اِن اجسام کا مرئیوں میں ملنا مشکل ہوتا ہے، یہ جوں کے جسم میں عین اُس وقت ظاہر ہوتے ہیں جبکہ وہ اپنے نہایت سرایت رساں درجہ میں ہوتی ہے یعنی ایک سرایت زدہ مریض کو کاٹنے کے بعد پانچویں سے آٹھویں دن تک۔

علامات۔ زمانۂ حضانت پانچ سے تیس دن تک کا ہوتا ہے۔ حملۂ مرض کسی قدر ناگہانی طور پر ہوتا ہے، اور مریض دردِ سر، چکر، بعض اوقات رعشِ مقل (nystagmus)، لرزہ، اور پُشت اور ٹانگوں کے دردوں میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی اُسے قے ہوتی ہے۔ قرطاسِ تپش (temperature chart) تین ممیّز و مخصوص قسموں کے ہوتے ہیں:

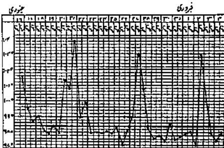
(۱) تپ کا ایک منفرد و مختصر دورہ جس سے یہ حالت انفلوئنزا جیسی معلوم ہوتی ہے (شکل ۱)۔ اسے اِس مرض کی مختصر شکل کہتے ہیں۔



شکل ۱ - تپ خندقی کا قرطاسِ تپش

ص: صبح
ش: شام

تپش پہلے ایک یا دو دنوں میں ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک بلند ہوجاتی ہے، اور نبض تقریباً ۱۰۰
فی دقیقہ ہوتی ہے۔ یہ تپ تین یا چار یا زائد دنوں تک جاری رہتی ہے اور تپش بعض
اوقات دفعتہً اور بعض اوقات زیادہ تدریجی طور پر کم ہوتی ہے، اور اس صورت میں ایک
یکساں تنزل میں ایک خفیف سا ارتفاع جو شام کو ہوتا ہے حائل ہوتا ہے۔ اس تپ کے
دوران میں دوسری کوئی ایسی سریریاتی حالت نہیں موجود ہوتی جس سے یہ مرض تمیز کیا
جا سکے۔ پشت اور ٹانگوں میں، جو موضع درد ہوتے ہیں، کسی قدر الیمیت، اور پیش
ساقوں (shins) پر جلدی بیش حسیت ہوتی ہے، لیکن دھبے نہیں ہوتے اور نہ اسہال۔
مگر کسی قدر قبض موجود ہوتا ہے۔ طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ تپش کے طبعی درجہ تک اُتر
جانے کے بعد مریض بالکل اچھا ہوجاتا ہے۔ (۲) قسم ناکس (relapsing type) مریض
کو ویسا ہی حملہ ہوتا ہے جیسا کہ ابھی بیان ہوچکا ہے۔ تین یا چار دن کے وقفے کے بعد اُس پر
اُنھیں علامتوں کا حملہ ہوتا ہے اور تپش پھر بلند ہوجاتی ہے، گو اتنی زیادہ بلند نہیں ہوتی
جتنی کہ ابتدائی تپ میں تھی (ملاحظہ ہو صفحہ 6)۔ بعض اوقات اس نُکس کے بعد
مرض ختم ہوجاتا ہے۔ دوسری حالتوں میں پہلے نُکس کے خاتمہ کے تین یا چار
دن کے بعد دوسرا نُکس، بلکہ تیسرا یا چوتھا نُکس تک واقع ہوجاتا ہے (شکل ۷)۔



شکل ۷، تپ خندقی کا قرطاس تپش۔

ص=صبح - ش=شام

بعض حالتوں میں ٹکس ایسے باقاعدہ فاصلوں پر نہیں واقع ہوتے یا ممکن ہے کہ اُن کے درمیان کسی قدر بے قاعدہ تپش ہو جائے۔ دیکھا گیا ہے کہ جب ٹکس متواتر ہوتے ہیں تو اوّلی تپ اُن حالتوں کی بنسبت جن میں ٹکس نہ ہو یا صرف ایک ٹکس ہو، کم شدید اور کم طوالت پذیر ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ٹکسات میں تپش چالیس یا اڑتالیس گھنٹوں سے زیادہ کے لئے درجۂ طبعی سے اوپر نہ ہو، چنانچہ اگر تپش ناپی نہ جائے تو ممکن ہے کہ ٹکس نظر انداز ہو جائے۔

(۳) طویل ابتدائی تپ والی قسم، جس سے یہ حالت تپ محرقہ کی حالت سے مشابہ معلوم ہوتی ہے۔ لیکن علامتیں ویسی ہی ہوتی ہیں جیسی کہ دوسری قسموں میں۔

یہ مرض چھ یا سات ہفتوں تک جاری رہ سکتا ہے اور مہلک نہیں ہوتا۔ سرعت ضربات قلب (trachycardia) اکثر نمودار ہو جاتی ہے اور یہ مرض سپاہیوں میں جہدی علامیہ (effort-syndrome) کا ایک معمولی سبب ہوتا ہے۔

تشخیص۔ تپ ہائے محرقہ کا خارج کرنا ضروری ہے اور اس غرض سے التزاقی طریقۂ شناخت (agglutination test) استعمال کیا جا سکتا ہے۔ ملیریا اور حمّی ناکسہ (relapsing fever) کی شناخت خون کے امتحان سے کی جا سکتی ہے۔ اس مرض کی مختصر شکل انفلوئنزا کے ساتھ آسانی خلط ملط ہو سکتی ہے۔ جو امور اس مرض کی عدم موجودگی پر دلالت کرتے ہیں اور جن کو رنکن (Rankin) اور ہنٹ نے بیان کیا ہے وہ یہ ہیں: نازلت غیر موجود ہوتی ہے، مریض بہت بیمار نہیں ہوتا، درد سر شدید نہیں ہوتا، کوئی پیچیدگیاں نہیں ہوتیں، اکثر سپید خلیوں کی کثرت (leucocytosis) پائی جاتی ہے اور قیفر کا عصیہ نہیں ملتا۔

علاج۔ یہ صرف انہیں عام اصول پر کیا جا سکتا ہے جو دوسرے حمیات کے لئے ہیں۔ کیونین (quinine) اور اسپرین (aspirin) دی گئی ہے، اور سوڈیم سلی سلیٹ (sodium salicylate) دردوں کو دور کر سکتا ہے۔ کہتے ہیں کہ سالورسان (salvarsan) بیکار ہے۔

66

ڈفتھیریا

(diphtheria)

ڈفتھیریا (جو ڈپھیٹرا یعنے کمائے ہوئے چمڑے یا چمڑے کے ٹکڑے سے ماخوذ ہے) ایک حادساری مرض ہے جس کا اصلی سرایاتی خاصہ سطحی یا فتوں کا ایک عجیب التہاب ہے جو ایک نام نہاد "جھلی" پیدا کر دیتا ہے۔ یہ عموماً دہن، بلعوم، ناک یا حنجرے کو، نسبتہً شاذ طور پر کسی دوسری مخاطی جھلی [ملتحمہ (conjunctiva) یا مہبل (vagina)] کو یا خراشیدہ جلد کو یا کسی زخم کی سطح کو ماؤف کرتا ہے۔

ڈفتھیریا کا نوعی دقیق عضویہ وہ عُصیّہ ہے جسے کلیبس (Klebs) اور لاُفلر (Loeffler) نے بیان کیا۔ یہ ایک چھوٹا ڈنڈا ہے لیکن مختلف حالات میں طول میں ۵ ء ۲ ملا سے لیکر ۶ ملا تک مختلف ہوتا ہے چنانچہ اس کی چھوٹی، متوسط، اور لمبی قسمیں بیان کی گئی ہیں۔ یہ خمیدہ اور اکثر ایک سرے پر گرز شکل ہوتا ہے۔ یہ غیر متحرک ہوتا ہے اور بذرے نہیں پیدا کرتا۔ یہ انیلینی صبغات (aniline dyes) سے طریقۂ گرام سے اور لاُفلر کے میتھلین بلیو (Loeffler's methylene blue) سے رنگ قبول کر لیتا اور منکے دار نظر آتا ہے۔ عُصیّہ ڈفتھیریا زیادہ تر ڈفتھیریائی جھلی کی گہری تہوں میں پایا جاتا ہے لیکن قلیل تعداد میں لمفی غدد، جگر، طحال اور گردوں میں بھی موجود ہو سکتا ہے۔

بحث اسباب۔ ڈفتھیریا متعدی مرض ہے اور یہ بلا واسطہ (جیسے کہ بوسہ لینے میں) یا بذریعۂ قُطیراتِ ریق (جو کھانسنے یا بولنے سے ہوا میں آجاتے ہیں) نیز کپڑوں اور دوسری اشیاء سے منتقل ہو جاتا ہے۔ یہ عصیّہ خشک ہونے پر بھی زندہ رہتا ہے اور بیمار کے کمرے کی گرد و غبار میں پایا گیا ہے اور اس امر کی شہادت موجود ہے کہ بعض اوقات یہ ہوا سے ملک کے دور دراز فاصلوں پر منتقل ہو سکتا ہے۔ دودھ اسکی سرایت کا ایک مشہور ذریعہ ہے لیکن یہ انسانی آلودگی کیوجہ سے ہے نہ کہ گایوں کے کسی مرض کے باعث۔ گندآب (water sewage) اور موریونکی گیس (sewer gas) کا ذریعۂ سرایت ہونا نامعلوم ہے۔

ڈفتھیریا کا حامل (diphtheria carrier) بھی تعدیہ کا ایک منبع ہے نقیہہ حالتوں کے ۱/۲ حصے میں پہلی علامت کے بعد ایک یا دو مہینوں تک، اور چند صورتوں میں تین یا چار ماہ تک عُصیّہ حلق کے اندر پایا جاتا ہے (convalescent carriers = نقیہہ حامل)۔ ڈفتھیریا کے مریض کے تماس والے اشخاص میں سے ۲۰ تا ۶۰ فیصدی **تماسی حامل** (contact carriers). بنجاتے ہیں (ملاحظہ ہوں صفحات 12,81) لیکن سرایت کے آخری زمانوں میں عُصیّے اکثر اپنی قبیت کھو چکتے ہیں اور حامل کسی حالت میں بھی لازمی طور پر

تعدیہ کا فاعل منبع نہیں ہوتا۔ بالٹیمور (Baltimore) کے مدرسہ کے بچوں میں سے ۱ فیصدی میں ڈفتھیریا کے عُصَیّے پائے گئے۔ انکو تندرست حاملوں (healthy carriers) کے زمرہ میں سمجھا گیا کیونکہ ان میں سے صرف ایک قلیل تعداد کو کبھی ڈفتھیریا کے کسی مریض سے تماس ہونے کا اتفاق ہوا تھا۔ ان تندرست حاملوں کی غالب تعداد میں عصیّے بلا کسی علاج کے چند ہفتوں میں غایب ہو گئے۔ یہ عصیّے غیر قشبی (non-virulent) تھے اور جب انکی تطعیم پانچ تندرست اشخاص کے حلق میں کی گئی تو یہ ویسے ہی یعنی غیر قشبی رہے۔ قشبیت کا امتحان گینی پگ میں تطعیم کرکے کیا جا سکتا ہے اور ان تجربات سے یہ قرین مصلحت معلوم ہوتا ہے کہ ڈفتھیریا کے حاملوں کی علیحدگی اور معالجہ کے متعلق فیصلہ کرنے سے پہلے یہ امتحان کر لینا چاہئے۔

بعض اوقات خسرہ اور قرمزیہ کی حالتوں میں ڈفتھیریا ایک پیچیدگی کے طور پر واقع ہوتا ہے (ایم۔ اے بی شفاخانوں میں ہر ایک تقریباً ۲ فیصدی حالتوں میں)۔ یہ شہری اضلاع کے نسبت دیہاتی اضلاع میں زیادہ کثیر الوقوع ہے بالخصوص دیہاتی اضلاع کے زیادہ کھلے ہوئے حصوں میں۔ یہ دونوں صنفوں کو اور ہر عمر کے اشخاص کو ماؤف کرتا ہے لیکن بچوں میں دس یا بارہ سال کی عمر تک خاص طور پر کثیر الوقوع ہے۔ اس کا اہم حدوث اکتوبر اور نومبر میں ہوتا ہے۔

امراضیات۔ ڈفتھیریا کا ممیزہ مخصوص التہابی تقرا غشائے کاذب (false membrane) کا بننا ہے۔ یہ اوپری بافتوں کے تنخر (necrosis) اور فائبرین اور سپید خلیوں کے ارتشاح کا مشترک نتیجہ ہوتی ہے۔ وہ جھلی جو سرحلی تہ کے قاعدے سے آگے نہیں پھیلتی "کرو پی جھلی" (croupous membrane) کہلاتی ہے اور بلا جریان خون بآسانی کھینچ کر نکالی جا سکتی ہے۔ ڈفتھیریا میں قصبۃ الریہ میں یہی حالت ہوتی ہے۔ یہاں پر تا صکر فائبرین اور سپید خلیوں سے بنتی ہے اور سطح سے ڈھیلی چپکی ہوتی ہے۔ اسکے برعکس حلقوم میں طبقاتی مرحلہ (stratified epithelium) اور تحت السرحلی اتصالی بافت (sub-epi- thelial connective tissue) دونوں فائبرین سے در ریختہ ہو جاتے ہیں اور متنخرہ ذرائع ہو کر ایک رمادی مائل سپید یا سپیدتہ بن جاتی ہے جو گہری بافتوں سے مضبوطی کے ساتھ چپکی ہوئی ہوتی ہے۔ اسی کو "ڈفتھیریائی جھلی" (diphtheritic membrane) کہتے ہیں۔ اسے علیحدہ کرنا مشکل ہوتا ہے اور اس کی علیحدگی کے بعد ایک متقرّح سطح باقی رہ جاتی ہے۔ چھوٹے شعبات میں ارتشاح بھی ہوتا ہے۔ پھیپھڑے اکثر لختکی التہاب شُش (lobular pneumonia) اور کبھی کبھی نزفات بھی ظاہر کرتے ہیں۔

ڈفتھیریا کے سمّ کا شدید اثر: (۱) دورانِ خون پر یہ ہوتا ہے کہ نشار دموی

کم ہو جاتا ہے، خون کا ارتکاز ہو جاتا ہے اور ہیموگلوبین کی فیصدی مقدار بہت بڑھ جاتی ہے۔ پلازما باہر نکل کر بافت کی فضاؤں میں چلا جاتا ہے۔ مہلک حالتوں میں سر گردوں (suprarenals) کے خلیات لون پاشیدگی (chromatolysis) ظاہر کرتے ہیں (Harding)۔

(۲) **عصبی ریشوں** پر یہ ہوتا ہے کہ مائیلینی غلاف پارہ پارہ ہو جاتا ہے اور محور استوانی کا انشقاق واقع ہو جاتا ہے۔ نخاع کے قرن مقدم کے خلیوں کا انحطاط بھی بیان کیا گیا ہے۔ سم اولاً اعصاب پر مقامی طور پر حملہ آور ہوتا ہے، اور اس سے اس امر کی توضیح ہوتی ہے کہ حلقومی ڈفتھیریا (faucial diphtheria) کے ساتھ تالو کا شلل کیوں اس قدر عام طور پر موجود ہوتا ہے۔ اسی طرح زخم کے ڈفتھیریا میں شلل ان عضلات کو ماؤف کر دیتا ہے جو زخم کے قرب و جوار میں ہوتے ہیں (Walshe)۔ ممکن ہے کہ وہ کزازی سم اور تشنج آب ترسی کی طرح اعصاب پر سے گذر کر مرکزی عصبی نظام کو چلا جاتا ہو۔

یہ امر حیرتناک ہے کہ حنجری ڈفتھیریا (laryngeal diphtheria) میں یہ عمل بہت نمایاں نہیں ہوتا۔ غالباً ایسا اس وجہ سے ہوتا ہے کہ جھلی "کرو پی" نوعیت کی ہوتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سمیات بآسانی جذب نہیں ہوتے۔

مختلف اعضا کے تغیرات ان سمیات کے اثرات سے منسوب کیے جا سکتے ہیں جو جسم کے اندر دوران کرتے رہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ قلب پھیکے زرد رنگ کا، نرم اور خستہ ہو۔ اس کے عضلی ریشے سحابی ورم (cloudy swelling) اور شحمی تغیرات ظاہر کرتے ہیں اور ان میں خون کی وعابدری (extravasation) ہو جاتی ہے۔ گردوں کے ملتف انبیبات (convoluted tubules) شحمی انحطاط ظاہر کرتے ہیں اور بہت سے مقامات میں سرحلہ غشائے قاعدی سے علیحدہ ہو جاتا ہے۔

ڈفتھیریائی جھلی کی اوپری تہوں میں اکثر اسٹرپٹوکاکائی اور اسٹیفلوکاکائی موجود ہوتے ہیں، اور بعض اوقات ثانوی تقیحی اضرار پیدا کر دیتے ہیں۔

علامات و عمر۔ حضانت دو سے چار دن تک ہوتی ہے (حدود ایک تا چھ دن)۔

حلقومی ڈفتھیریا (faucial diphtheria)۔ یہ مرض اگرچہ عموی ہوتا ہے

لیکن غیر محسوس طور پر شروع ہوتا ہے۔ عموماً کسلمندی، عدم اشتہا، اور درد سر موجود ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ متلی، قے یا لرزہ بھی ہو۔ حلق کی خراش کی شکایت جلد ہی ہو جاتی ہے اور وہ ملتہب نظر آتا ہے۔ تھوڑے ہی عرصے کے اندر اس ملتہب سطح پر بالائی جیسے سپید جماؤ کی ایک یا زائد جھلیاں بن جاتی ہیں۔ پانچ رقبے ایسے ہیں جہاں ڈفتھیریا میں ایسی جھلیاں دونوں جانبوں پر حلقوم کے اُستوانوں کے درمیان تن جاتی ہیں یعنی لوزتین کے اوپر (۲) لہاۃ (uvula) پر (۱) نرم تالو پر دونوں جانب (۲) یہ ایک ممیز خاصّہ ہے کہ کسی خاص رقبے میں ایک سے زائد جھلی کبھی نہیں ہوتی، لیکن ایک ہی وقت میں ایسے کئی رقبے ماؤف ہو سکتے ہیں۔ یہ جھلی غشائے مخاطی کی سطح سے اوپر اٹھی ہوئی ہوتی ہے، اور اس کی کوریں ممتاز الحد ہوتی ہیں۔ اِس کا رنگ چمکدار سپید، نیلگوں، زرد یا رمادی ہو سکتا ہے۔ التہابِ حلق کے ساتھ ساتھ جبڑے کے زاویے کے لمفی غدد کی کلانی ہو جاتی ہے اور وہ اندر کے انضرار کے لحاظ سے ہمیشہ ایک یا دونوں جانب پر محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ بعض اوقات تشکیلِ جھلّی سے پہلے ایک مادی مخاطی افراز ہوتا ہے۔ کبھی کبھی شدید حالتوں میں گنگرین ہو جاتی ہے۔

ڈفتھیریا کی تپش نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے اور کوئی متعین محور پر نہیں جاری رہتی۔ ممکن ہے کہ وہ ۱۰۳، ۱۰۴ یا ۱۰۵ درجہ تک چڑھ جائے، لیکن اکثر سارے دورانِ مرض میں نسبتہً بہت کم ہوتی ہے۔ نبض کمزور ہوتی ہے، خون کا دباؤ گر جاتا ہے، اور مریض جلد ہی زرد اور کمزور ہو جاتا ہے۔ اشتہا جاتی رہتی ہے، اور حلق کی حالت کی وجہ سے کھانا مشکل اور دردناک ہو جاتا ہے۔ مریضوں کے ایک بڑے تناسب میں، جس کا تخمینہ مختلف طور پر ۲۵ تا ۶۰ فیصدی کیا گیا ہے، بول البیومینی ہو جاتا ہے، اور یہ جیسا کہ قرمزیہ میں ہوتا ہے، بیماری کے بعد نہیں بلکہ حلق کی علامتوں کی شدت کے دوران میں واقع ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں نوعی التہاب متصل مخاطی جھلّیوں میں پھیل جاتا ہے، یعنی ناک اور حنجرہ و ستاکی نالی [جس سے التہاب اُذن وسطی (otitis media) پیدا ہو جاتا ہے] اور حنجرہ اور تنفسی راہوں کی جھلّیوں میں۔ شدید حالتیں نزفی قسم کی ہو سکتی ہیں، جن میں رعاف (epistaxis)، حلق سے جریان خون اور تحت الجلدی کدم (ecchymoses) ہو سکتے ہیں۔ غیر پیچیدہ حالتوں میں نہاکت (asthenia)، خون کا دباؤ گر جانے اور دورانِ خون کے فشل (failure) کی وجہ سے موت بعض اوقات غیر معمولی طور پر دفعتہً واقع ہو جاتی

ہے۔ کبھی کبھی طبعی علامات سے اتساعِ قلب شناخت کیا جاسکتا ہے، اور قلبی مسدودی (heart block) سے نبض تیز کمزور اور غیر منتظم یا سست پڑ جاتی ہے۔ اس طرح سے اس کا وقوع دوسرے، تیسرے، یا چوتھے دن، یا اور بعد میں ہو سکتا ہے۔

68

انفی ڈفتھیریا (nasal diphtheria) یا تو تنہا واقع ہو سکتا ہے، یا حلقوم سے بلاواسطہ پھیلاؤ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس سے انفی تنفس میں کم و بیش مزاحمت ہو جاتی ہے، مخاطی جھلی متورم ہوتی ہے، اور نتھنوں سے ایک مخاطی قیحی یا پتلا پھیکا بھورا مخاط اساافراز ہتکر اجنحہ (alæ) اور متصلہ بالائی لب میں سرخی اور انسحاج (excoriation) پیدا کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس افراز میں خون کی ایک لکیر سی پائی جائے، یا رعاف قطعی طور پر واقع ہو۔

حنجری ڈفتھیریا (laryngeal diphtheria) التہابِ حنجرہ کے علامات پیش کرتا ہے، اور تسدد (obstruction)، جو متورم مخاطی جھلی کی وجہ سے ہوتا ہے، ڈفتھیریائی غشائے کاذب کی موجودگی کے باعث بڑھ جاتا ہے۔ یہ بالغوں میں شاذ ہوتا ہے۔

پہلا درجہ ایک بلند نحاسی یا برنجی سعال (brassy cough) سے اور کرخت میٹھی ہوئی آواز سے ظاہر ہوتا ہے اور زیادہ سے زیادہ دو دن تک جاری رہتا ہے۔

دوسرے درجہ میں دقتِ تنفس کے ساتھ کھانسی اور بے صوتی (ophonia) موجود ہوتی ہے۔ مزمار کی تنگی کی وجہ سے صریرہ (stridor) نمودار ہو جاتا ہے، جو دورانِ شہیق میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ جوں جوں رکاوٹ بڑھتی جاتی ہے، فوق الترقوی (supra-clavicular)، فوق القصی (supra-sternal) بین الاضلاعی فضائیں ہر شہیق کے ساتھ اندر کھنچ جاتی ہیں۔ شیر خواروں اور نوعمر بچوں میں جن کی ہڈیاں نرم اور لچکدار ہوتی ہیں، عظم القص کا زیریں سرا، یا نیچے کی تین چار پسلیاں اندر کھنچ جاتی ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ہوا کو مزمار کی راہ سے پھیپھڑوں کے اندر داخل ہونے میں کس حد تک مزاحمت پیش آتی ہے۔ تسدد کے خفیف درجے تو بلا زیادہ تغیر کے چند روز تک قائم رہ سکتے ہیں، لیکن زیادہ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ حالت بتدریج یا جلد خراب تر ہو جاتی ہے، چہرہ، جو پہلے تمتما یا ہوا ہوتا ہے اور جس کے ساتھ آنکھوں میں چمک پائی جاتی ہے، ازرق (cyanosed) ہو جاتا ہے۔ بچہ بے چین ہوتا ہے اور اپنا ہاتھ منہ یا حلق پر رکھ لیتا ہے۔ گویا رکاوٹ کو نکال پھینکنے کے لئے۔ ممکن ہے کہ کھانسی روکھی (husky)

ہو، اور وقتاً فوقتاً مزمار کا تشنّجی انسداد ہوتا ہو، جس میں شدید تنفسی جدوجہد ہوکر زرّاق انتہائی درجہ کو پہنچ جاتا ہے۔

تیسرے اختناقی درجے (asphyxial stage) میں، جو صرف چند گھنٹوں تک رہتا ہے، نبض نسبتہً کمزور، اور تنفسی جدوجہد کم ہوجاتی ہے۔ جلد کبود، اطراف سرد، ذہنی قویٰ کند ہوجاتے ہیں اور ذہول (stupor) طاری ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات موت سے پہلے تشنج ہوتے ہیں۔

قاعدہ ہے کہ حنجری ڈفتھیریا میں مرض حنجرہ میں محدود نہیں رہتا بلکہ قصبۃ الریہ اور شعبات تک پھیلکر اول الذکر کے اندر ایک مسلسل جھلی بنا دیتا ہے، جو متوسط جسامت والے اور نسبتہً چھوٹے شعبات میں بتدریج منتفخ ہوکر ایک ریمی افراز بنجاتی ہے۔ یہ مرضی حاصلات قدرتاً دقتِ تنفس کو بڑھا دیتے ہیں، اگرچہ طبعی علامات کی مدد سے اُن کی موجودگی شناخت کرلینا ہمیشہ آسان نہیں۔ واقعہ یہ ہے کہ ایک کامیاب عملیۂ قصبہ شگافی (tracheotomy) کے بعد شعبات کے تشعّب (bifurcation) کے مقام پر یا اس کے نیچے خشک مخاطی یا آزاد جھلی کی ڈاٹ سے رکاوٹ ہوجانے کے باعث موت کا واقع ہوجانا شاذ نہیں ہے (Biernacki)۔ عموماً سینہ میں ایک بلند اور صریری (stridulous) آواز سنائی دیتی ہے، جو مزمار کے مقام پر رکاوٹ ہونے کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ جابجا مخاطی لغطات (mucous râles) کے ساتھ مخلوط ہو، اور شعبی التہاب شُش (برانکو نمونیہ) کے باعث، جو پھیپھڑے کے اندر ڈفتھیریا کے پھیل جانے کا متقدر کثیر الوقوع نتیجہ ہے، انبوبی تنفس (tubular breathing) کے قطعات بھی ملسکتے ہیں۔

حنجری ڈفتھیریا اکثر اوّلی ہوتا ہے، اگرچہ اُسکے ساتھ عموماً حلق کی کچھ نازلت موجود ہوتی ہے، لیکن یہ حلقومی (faucial) اور انفی ڈفتھیریا کے ساتھ بھی ہوسکتی ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب – پیچیدگیاں نا مکرر مختلف حصوں میں مرض کی توسیعات ہیں، جن کا بیان ہوچکا ہے[1]۔ ذات الجنب (پلیورسی) ذات الریہ (نمونیہ) کے

[1] ان توسیعات کے اندر درج کردہ فیصدی اعداد ایم۔اے۔بی شفاخانوں کے ۱۹۱۲ء کے ۸۴ ہزار مریضوں سے ماخوذ ہیں۔

ساتھ (۲۹.) یا شعبی التہاب شش (برانکونمونیہ) (۱. ۱۰) کے ساتھ ہوسکتی ہے۔ البیومن یولیت (۲۳،۳۰) ایک علامت کے نسبت شاذ ہی زیادہ ہوتی ہے، لیکن کبھی کبھی ممکن ہے کہ ایک متقین التہاب گردہ (nephritis) (۱۶۹.) ایک عاقبہ کے طور پر جاری رہے یا واقع ہو۔ لمفی غدد ملتہب اور متقیح ہوسکتے ہیں، یا اُن میں اغتشا (sloughing) واقع ہوسکتا ہے اور اُن کی ایسی حالت کا وقوع حمّی قرمزیہ میں جس تواتر کے ساتھ ہوتا ہے اُس کے تقریباً ایک ثلث تواتر کے ساتھ ہوتا ہے چنانچہ درجۂ حاد میں تقیح (۲۲ و.) ، تقیحیت میں سا و ہ التہاب غدد (simple adenitis) (۲۶۶) اور تقیحی التہاب غدد (suppurative adenitis) (۴۳.) پایا گیا۔

ڈفتھیریا کا اہم ترین نتیجہ محیطی اعصاب کی ماؤفیت ہے جس کا نتیجہ ڈفتھیریائی شلل (diphtherial paralysis) ہوتا ہے (۲. ۷ ۵)۔ یہ پہلے نرم تالو میں ظاہر ہوتا ہے۔ ظاہری شفایابی کے چند روز یا ایک ہفتے یا کئی ہفتوں کے بعد دیکھنے میں آتا ہے کہ بچہ ایک انفی جھنکار دار (twanging) آواز کے ساتھ (غنغنا کر) بولتا ہے، اور جب وہ سیّالات کو نگلتا ہے تو اُن کی تھوڑی مقدار ناک سے واپس نکل آتی ہے۔ یہ نقائص نرم تالو کے شلل کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو دہن اور ناک کے درمیانی راستہ کو مسدود کرنے میں (جیسا کہ اُسے بولنے اور نگلنے میں کرنا چاہئے) ناکام رہتا ہے۔ اس کے تھوڑے ہی عرصہ بعد بچہ کی ٹانگیں کمزور پائی جاتی ہیں اور وہ کسی فاصلہ تک چل نہیں سکتا، یا تھوڑی دیر تک کھڑا رہنے کے بعد اسکے گھٹنے جواب دیدیتے ہیں۔ گھٹنے کا جھٹکا (knee jerk) بالکل ابتدا ہی میں مفقود ہوجاتا ہے۔ نسبتہً زیادہ بڑے بچوں اور بالغوں میں دیکھا جاتا ہے کہ عضلہ ہدبیہ (ciliary muscle) کے شلل کے باعث قریبی اشیاء کے لئے آنکھ کی توفیق کا فشل (failure) ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ آنکھ کے بیرونی عضلات (extrinsic muscles) بھی ماؤف ہوکر حَوَل (strabismus) یا بھینگاپن (squint) پیدا کردیں۔ بہت سی حالتوں میں شلل اس درجہ سے آگے نہیں بڑھتا اور چند ہی ہفتوں میں عضلات کی طاقت کامل طور پر عود کر آتی ہے۔ دوسری حالتوں میں سارے جسم کا عضلی نظام ماؤف ہوسکتا ہے، مریض بستر پر بے حرکت پڑا رہتا ہے، بین الاضلاع عضلات (intercostal muscles) یا ڈایافرام کے شلل کی وجہ سے تنفس مشکل ہوجاتا ہے، اور نگلنے کی ناقابلیت کی وجہ سے منہ کی راہ سے دی ہوئی غذا واپس آجاتی ہے۔ ڈایافرام

کے تشنّج کے بعد اکثر زیریں تختوں میں ہبُوط الریہ (collapse of lungs) ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہوں عصبِ حجابی کے اضرار)۔ بعض اوقات حنجری عضلات بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ایک عضلہ، یا بہت سے عضلے یا سب۔ اس طرح سے ممکن ہے کہ ایک ہی حبل الصوت کا تشنّج ہو، یا عضلات متعدّدہ کا تشنّج، یا تمام عضلات کا تشنّج ہو، اور ساتھ ہی احبال الصوت کی وضع جیفی (cadaveric) ہو۔ آخری صورت میں آواز بالکل جاتی رہتی ہے اور دوسری صورتوں میں اُس میں مختلف طور پر ترمیم ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو تشنّج حنجرہ)۔

حسّی علامات واقع ہو سکتے ہیں، لیکن بچوں میں اکثر اُن کی شناخت نہیں ہوتی۔ وہ سُن پن کے احساس، یا تنمّل (formication) یا واضح عدم حسیّت پر مشتمل ہوتے ہیں، جو بالخصوص اطراف میں ہوتی ہے۔ نہایت کم حقیقی تشنّج اور شاذ طور پر سریع الزوال عضلی تشنّج کے ساتھ عدمِ اتّساق (ataxy) مشاہدہ میں آیا ہے۔ بعض اوقات عضلات یا عصبی تنے دبانے پر الیم ہوتے ہیں۔ شدید حالتوں میں برقی تعاملات کم ہو جاتے ہیں، اور کچھ عضلی ذبول پیدا ہو جاتا ہے۔ شفایابی عموماً تین یا چار مہینوں میں واقع ہو جاتی ہے، اور تشنّج کبھی شاذ و نادر ہی مزمن ہو جاتا ہے۔ لیکن ہلاکت بعض اوقات ڈایافرام کے تشنّج سے (جس کے ساتھ شعبتی نالیوں میں افراز کا بتدریج بڑھتا ہوا اجتماع ہو جاتا ہے)، اور بعض اوقات قلبی تشنّج سے واقع ہو جاتی ہے، جو کمزور، غیر منتظم یا ذوالفترہ (intermittent)، عموماً نبض لیکن بعض اوقات سست نبض سے ظاہر ہوتا ہے، جس کے ساتھ قے اور زُراق (cyanosis) بھی ہوتا ہے۔

تشخیص۔ حلقومی ڈفتھیریا (faucial diphtheria)۔ اس کے اہم خصائص یہ ہیں:۔ غیر محسوس آغازِ مرض۔ ممیّز جھلّی، جو پہلے بیان ہو چکی ہے۔ نسبتہً خفیف ارتفاعِ تپش۔ گھٹا ہوا خون کا دباؤ اور کمزور نبض۔ البیومین بولیت۔ تشنّج کا حملہ۔ تشخیص صرف حصۂ ماؤف کے افرازات سے کلیبس لافلر کے عُصیّہ کی جرثومیاتی کاشت سے یقینی طور پر متعیّن کی جا سکتی ہے۔ یہ عموماً نرم روئی کے پنچارے (swab) سے کی جاتی ہے جو ایک تار کے ٹکڑے کے سرے پر لگا ہوتا ہے۔ یہ پنچارا حلقوم یا لوزہ پر پھیر کر آلودہ کر لینے کے بعد شیشہ یا دھات کی تعقیم نلی میں رکھ کر کاشت کے لئے جرثومیاتی معمل کو بھیج دیا جاتا ہے۔ یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ بعض اوقات حلق سے کلیبس لافلر کے عُصیّہ کے ساتھ اور اس سے

علیحدہ بھی، دونوں طرح ایسے عصیتوں کی کاشت حاصل ہوجاتی ہے، جوان سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں، لیکن عصیہ ڈفتھیریا کے برعکس گینی پگ کے لیے فتنی (virulent) نہیں ہوتے۔ ان میں سے اہم ترین عصیہ ہاف مَن (Hofmann's bacillus) ہے، جو اکثر پایا جاتا ہے۔ یہ طول میں تقریباً ۲ ملم، اور عموماً جوڑیوں میں مرتب ہوتا ہے۔ یہ دودھ اور گلوکوز کے واسطوں (milk & glucose media) میں قلی پیدا کر دیتا ہے اور ترشہ نہیں پیدا کرتا۔

جرابی التہاب لوزہ (follicular tonsillitis) میں اکثر چھوٹی چھوٹی زرد ڈاٹیں دیکھی جاتی ہیں۔ یہ بآسانی نکالی جاسکتی ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ افراز کی سپید ڈاٹیں بھی ہوں جو بعینہٖ ڈفتھیریائی جماؤ کی طرح ہوتی ہیں۔ اکثر ایک ہی رقبے میں کئی ڈاٹیں ہوتی ہیں، اس کے برعکس ڈفتھیریا میں ایک ہی جھلی ہوتی ہے۔ تپش عموماً بلند ہوتی ہے۔ ذبحۂ ونسنٹ (Vincent's angina) (جس کا بیان امراضِ حلق کے تحت دیا گیا ہے) کی جھلی ڈفتھیریا کی جھلی سے مشابہت رکھتی ہے۔

قرمزیہ (scarlatina) میں لوزتین متورم، اور ایک لزج مخاط آسا افراز سے ڈھکے ہوئے، ہوتے ہیں جو اکثر زرد ہوتا ہے۔ ایک متعین سپید جھلی کی موجودگی اس امر پر دلالت کرے گی کہ ڈفتھیریا بھی ایک پیچیدگی کی طرح موجود ہے۔ التہابِ حلق کے نہایت ابتدائی درجوں میں، جبتک کہ ایک مرض کا طفح یا دوسرے کی جھلی نظر نہ آجائے، بلا کاشتوں کی مدد کے تشخیص کا فیصلہ ناممکن ہوتا ہے۔ انفلوئنزائی خراشِ حلق، نملہ (herpes) اور ثانوی آتشک کو بھی اس سے تمیز کرنا چاہیے۔

حنجری ڈفتھیریا۔ اگر حلقومی یا انفی ڈفتھیریا بھی ساتھ ہی موجود ہو تو تشخیص نسبتہً زیادہ آسان ہوگی۔ اسے نازلتی التہابِ حنجرہ سے تمیز کرنا چاہیے، جو سادہ التہاب ہوسکتا ہے، یا ممکن ہے کہ کھسرا کا پیش خیمہ ہو۔ سریریاتی لحاظ سے ان دونوں میں تمیز کرنا اکثر غیر ممکن ہوتا ہے، چنانچہ جلد سے جلد موقع پر ایک پچکارا بنا لینا چاہیے۔ محفوظ ترین طریقہ تو یہی ہے کہ مرض کو ڈفتھیریا کی حالت فرض کر لیا جائے، تاوقتیکہ اس کے خلاف ثابت نہ ہوجائے۔ حنجری ڈفتھیریا کو ذیل کی حالتوں سے بھی تمیز کرنا چاہیے:- (الف) حنجرہ کے نیچے کی رکاوٹ، جیسے کہ شعبی التہابِ شش (براکو نمونیہ) جس میں پسلیاں اندر کھنچ آتی ہوں لیکن بے صوتی (aphonia) نہ ہو۔ اور بڑھے ہوئے

70

غدد کا دباؤ۔ (ب) حنجرہ سے اوپر کی رکاوٹ : جیسے کہ پس بلعومی خراج (retro-pharyngeal abscess) (ج) اذیمائے مزمار (oedema of the glottis) جو عفونت (sepsis)، التہاب گردہ، بشری (urticaria) اور دوسری مختلف حالتوں کے باعث ہوتا ہے۔

انذار۔ مانع حمیت مصل (antitoxic serum) کے ذریعہ علاج کا رواج ۱۸۹۴ء میں ہونے کے بعد سے ڈفتھیریا سے واقع ہونے والی ہلاکت میں بہت کمی ہوگئی ہے۔ میٹرا پالیٹن اسائلم بورڈ کے شفاخانوں میں ۱۸۹۱ء، ۱۸۹۲ء، ۱۸۹۳ء کے دوران میں اموات کی تعداد ۳۰ فیصدی تھی۔ ۱۹۱۳ء سے لیکر ۱۹۱۵ء کے عرصہ میں اس کا اوسط ۱۰ فیصدی رہا۔ اگر علاج میں ایک دن یا آدھے دن کی تاخیر کی جائے تو شفایابی کا امکان کم ہو جاتا ہے۔ جھلی کا وسیع تکون، مرض کا ناک تک پھیل جانا، طاقت کا قلبہ جواب دیدینا، کمزور نبض اور نزفات، یہ سب یاس انگیز انذار رکھتے ہیں۔ حنجری ڈفتھیریا زیادہ مہلک ہوتا ہے کیونکہ، گو حنجری مزاحمت قصبہ شگافی کے عملیہ سے دُور کی جاسکتی ہے، تاہم شُش میں مرض کی توسیع سے قیحی شعبتی التہاب (purulent bronchitis) یا شعبتی التہاب شش (broncho-pneumonia) ہو جانے سے موت کا واقع ہو جانا ممکن ہے۔ ضد سم (antitoxin) کے استعمال سے ان حالتوں میں بھی ہلاکت بہت کم ہوگئی ہے۔ ڈفتھیریائی التہاب عصب (diphtherial neuritis) سے عموماً شفا ہو جاتی ہے، لیکن کبھی کبھی ڈایافرام کے شلل کے باعث یہ التہاب مہلک ہوتا ہے۔

تحریز۔ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ خود مریض کے اچھا ہو جانے کے بعد عرصۂ دراز تک عُصیّے حلق میں موجود رہ سکتے ہیں: اور اسی وجہ سے تعدیہ کا خطرہ باقی رہتا ہے۔ عموماً ڈفتھیریا کے مریض کو، جبتک کہ اس کے حلق یا ناک کے افرازات سے عُصیّوں کی کاشت حاصل ہونا موقوف نہ ہو جائے، دوسروں کے تماس سے علیحدہ رکھا جاتا ہے بعض اوقات مریض کے عصیّوں سے مبرّا ہونے سے پہلے کئی ہفتوں کا عرصہ گزر جاتا ہے۔ لیکن ۵ فیصدی میں وہ (عصیّے) جھلی کے ساتھ ساتھ ہی غائب ہو جاتے ہیں۔ ایسی تعداد میں جو ۰ فیصدی سے زائد نہیں ہوتی وہ ایک ماہ تک موجود رہتے ہیں، اور ایسی تعداد میں جو ایک یا دو فیصدی سے زائد نہیں ہوتی وہ تین ماہ تک موجود رہتے ہیں (Ledingham & Arkwright)۔ ان حاملین مرض کا علاج اسی طرح پر کیا جا سکتا ہے جیسا کہ دماغی نخاعی تپ کے تحت میں بیان کیا گیا ہے۔

جُدرینات (vaccines) سے بھی امید افزا نتائج حاصل ہوئے ہیں۔

تحریز کی دوسری تدبیریں حسب ذیل ہیں:۔ دودھ کی رسد کے متعلق احتیاط رکھنا۔ حِس پذیر بچوں کی علیحدگی، اداروں میں وقتاً فوقتاً حلق سے پھاریرے لینا، مصل کا حفظِ ماتقدمی اشراب۔

اِس میں شک نہیں کہ تحریز کا اہم ترین طریقہ امتحانِ شِک (Schick test) ہے (۱) یہ امتحان اِس امر کی تعیین کے لئے کیا جاتا ہے کہ آیا افراد میں ڈفتھیریائی سرایت کی حِس پذیری موجود ہے یا نہیں۔ ڈفتھیریائی سُم (diphtheria toxin) کی ایک خفیف مقدار کا (اُس اقل مقدار کا جو ایک ۲۵۰ گرام وزن کے گینی پگ کے لئے ہلاک ہو ۱/۵۰ واں حصہ، ۲ء۰ مکعب سنٹی میٹر طبعی مالح میں) درون اَدمی اشراب کیا جاتا ہے، تحت الجلد نہیں کیا جاتا۔ سوئی جو بار یک قطر یہ کی ہوتی ہے تقریباً متوازیاً جلد کے جرم کے اندر گزاری جاتی ہے۔ دس منٹ تک ۸۵ درجے تک گرم کئے ہوئے سُم (toxin) کا ایک عیاری اشراب (control injection) مقابل بازو میں کیا جاتا ہے۔ ایک مثبت تعامل، جس کے یہ معنے ہیں کہ وہ فرد حِس پذیر ہے، سرخی کے ایک پیرامونی رقبے سے ظاہر ہوتا ہے، جو قطر میں ۱ تا ۲ سنٹی میٹر ہوتا ہے، اور جس کے ساتھ جلد کی خفیف سی دررِیزش (infiltration) بھی موجود ہوتی ہے۔ یہ تقریباً چوبیس گھنٹوں میں ظاہر ہوتا ہے، اور چار یا پانچ دنوں میں اتم حد کو پہنچ جاتا ہے۔ کاذب تعاملات (pseudo-reactions)، جو خاصے عام ہیں، نسبتاً جلد ظاہر ہو جاتے ہیں، اور اُن میں سرخی کا رقبہ چنداں واضح المحدود نہیں ہوتا۔

اِس امتحان سے شیر خوار بچے منیع (immune) پائے جاتے ہیں، اور ڈفتھیریا کے حِس پذیر اشخاص کی فیصدی تعداد دو اور پانچ سالوں کی عمر کے درمیان سب سے زیادہ ہوتی ہے۔ یہ زمانہ اُس زمانۂ عمر سے مطابقت رکھتا ہے جس میں سریری ڈفتھیریا کا حدوث سب سے زیادہ ہوتا ہے۔

حِس پذیر اشخاص میں فاعلی تمنیع (active immunisation) کامیابی کے ساتھ عمل میں لائی گئی ہے، اور یہ اُس وقت جبکہ کسی مقام پر ڈفتھیریا پھیلا ہوا ہو، طبیبوں، نرسوں (تیمارداروں) اور بچوں کی حالت میں مفید ہو سکتی ہے۔

علاج۔ ڈفتھیریا کے تشخص ہوتے ہی فی الفور، بلکہ اگر جرثومیاتی امتحان سے

شبہ کی تصدیق ہو جانے کا بہت غالب گمان ہو تو اس سے پہلے بھی ڈفتھیریا کے مانع سمیت مصل (diphtheria antitoxic serum) کا اشراب کر دینا چاہئے۔

مصل تیار کرنے کے طریقے اپنے تفصیلات میں کسی قدر مختلف ہوتے ہیں لیکن 71 اُن کا اصول ایک ہی ہے۔ ڈفتھیریا کے عُصَیّے کے سیّال کاشت (culture fluid) کی (جو خود عضویے سے تمیز اکر لیا جاتا ہے) بڑھتی ہوئی مقداروں کے متواتر اشرابات پہنچا کر ایک حیوان مثلاً گھوڑے کو بتدریج منیع بنا لیا جاتا ہے۔ آخر کار جبکہ یہ حیوان ڈفتھیریا کے زہر سے کامل طور پر غیر حس پذیر بنجاتا ہے تو اسکے مصل دموی میں ایسی قوت پائی جاتی ہے جو ان ڈفتھیریائی کاشتوں کے اثر کی تعدیل کر دیتی ہے جنکی حیوانات میں تلقیم کی جائے۔ چنانچہ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس مصل میں ایک ایسی شئے (ضد سم = antitoxin) موجود ہے، جو ڈفتھیریا کے عُصَیّے کے سم کی مُضادت (antagonisation) کر دیتی ہے۔ جانوروں پر تجربہ کر کے اس مصل کو معیاری (standarised) بنا لیا جاتا ہے۔ اہرلک (Ehrlich) کی اختیار کردہ اکائی وہ مقدار ہے، جو سم (toxin) کی مہلک خوراک کی سو گنا مقدار میں ملانے پر ایک ۲۵۰ گرام وزن والے گینی پگ کو چار دن کے اندر مرنے سے محفوظ رکھتی ہے۔ ابتدائی مُعتاد جو ضروری ہوتی ہے، مرض کی شدت کے لحاظ سے، ۴۰۰۰ سے ۱۲۰۰۰ اکائیوں تک ہے۔ ۴۰۰۰ اکائیاں ۲۰ مکعب سنٹی میٹر مصل کے اندر پائی جاتی ہیں۔ بعد کے دو دنوں کے دوران میں اس معتاد کو ۲۰ تا ۲۴ گھنٹے کے وقفوں سے مکرر دیا جا سکتا ہے، اور معتاد کا انداز شدت مرض کے لحاظ سے کرنا چاہئے نہ کہ مریض کی عمر پر سے۔ اشراب دافع عفونت احتیاطوں کے ساتھ کوکھ کی جلد کے نیچے، یا عضلۂ وسیعہ داخلہ (vastus externus) کے اندر کرنا چاہئے (J. D. Rolleston & Macleod)۔ اس کا اثر اکثر چند ہی گھنٹوں میں یا تو تپش کے گر جانے سے یا کم از کم علامات کی ترقی کے رک جانے سے ظاہر ہوتا ہے۔ بعض اوقات اشرابات کے بعد ایک شری (urticarial) یا حصبہ نما (morbilliform) طفح پیدا ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی جوڑوں میں درد ہو جاتے ہیں۔ یہ ضد سم کی وجہ سے نہیں بلکہ گھوڑے کے اس مصل کے باعث ہوتا ہے جس میں ضد سم شامل ہوتا ہے۔ یہ عموماً اشراب کے بعد سات تا بارہ دنوں میں نمودار ہوتا ہے۔

عام علاج تقویت بخش اور مہیج ہونا چاہئے۔ مریض کو بستر پر لٹا رکھنا چاہئے اور سیال غذا تھوڑی مقداروں میں بار بار دینی چاہئے۔ تپ اکثر اس قدر زیادہ نہیں ہوتی کہ خاص توجہ کی ضرورت ہو۔ لیکن اگر قلب کا اتساع (dilatation) واقع ہو جائے اور نبض کمزور ہو تو ٹنکچر آف ڈیجیٹالس (tincture of digitalis) دیا جا سکتا ہے۔ شراب انگوری اور برانڈی کی ضرورت ابتدا ہی سے ہوگی اور شدید حالتوں میں اکثر کثرت سے دینا چاہئے۔ حیوانات پر کئے ہوئے جدید تجربات سے ظاہر ہوتا ہے کہ دوران خون کے فشل (circulatory failure) میں جو شدید تسمم الدم (toxæmia) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے نقل الدم (transfusion) نفع بخش ہو سکتا ہے (Harding)۔

مقامی دوائیں کچھ تو مخففات (palliatives) اور کچھ دافع عفونت ادویہ (antiseptics) کے طور پر استعمال کی جاتی ہیں۔ اگر حلق میں درد ہو تو مریض کو برف چوسنے کو دی جائے۔ دوائیں لگانے کا ایک مفید ترین طریقہ پچکاری سے دھو دینے کا ہے۔ مریض کروٹ پر لیٹ جاتا ہے پچکاری تقریباً اس لوزہ (tonsil) تک داخل کر دی جاتی ہے جو اوپر رہتا ہے اور سیال ایک طشتری میں جمع کر لیا جاتا ہے۔ بورک ایسڈ کا (نیم سیر شدہ محلول) یا یوسال (eusol) کا استعمال کیا جا سکتا ہے۔ جہاں پچکاری لگانا مشکل ہو، پچارے سے بھی کام لیا جا سکتا ہے، اور اس طرح پوٹاسیم پرمینگنیٹ (potassium permanganate) (ایک اونس میں ۲ گرین)، فارملین (formaline) (۲۰۰ میں ۱ حصہ)، چنوسال (chinosol) (۶۰۰ میں ۱)، ٹنکچر آف فیرک کلورائڈ (tincture of ferric chloride) (۱ اونس میں ½ ڈرام)، کاربولک ایسڈ (carbolic acid) (۱ اونس میں ۲ گرین)، بوروگلیسرائڈ (boroglyceride) کے محلولات ہر چوتھے گھنٹے ایک برش سے لگائے جا سکتے ہیں۔ کسی قدر قوی تر محلول میں یہ رشاش (spray) کے طور پر استعمال کئے جا سکتے ہیں۔ رشاش کے لئے ایک نہایت کارآمد محلول کا نسخہ حسب ذیل ہے۔ کاربولک ایسڈ ۳ گرین، آیوڈین لینیمنٹ ۲ ڈرام، ریکٹی فائڈ اسپرٹ ۱ ڈرام، پانی ۱۲ اونس تک۔

جب ناک کی مخاطی جھلی ماؤف ہوگئی ہو تو بدبودار اور تراشہ اور افرازات کے خارج کر دینے کے لئے نتھنوں کو ایسے مُرَقّق دافع سرایت (disinfectant) محلولات سے پچکاری لگا کر دھو دینا چاہئے، جیسے کہ پوٹاسیم پرمینگنیٹ اور کاربولک ایسڈ، یا

انھیں انفی نطول (nasal douche) سے پہنچا دینا چاہئے۔

حنجری ڈفتھیریا میں مریض کو ایک رطوبت سے سیر شدہ ہوا کے اندر رکھنا چاہئے۔ ایک چھوٹے کمرے کے اندر ایک مبخر السعال (bronchitis kettle) (کھانسی کیتلی) استعمال کرنا کافی ہوگا، جس میں سے نکلنے والی بھاپ کمرہ کو بھر دے گی۔ بعض اوقات گرم غسل سے بھی بڑا آرام ملتا ہے۔ اگر چند گھنٹوں کے اندر مریض کی حالت میں اصلاح نظر نہ آئے تو ادخالِ انبوبہ (intubation) یا قصبہ شگافی (tracheotomy) کا عملیہ انجام دینا چاہیئے، اور اگر سینہ اندر کو کھنچ رہا ہو، اگر مریض پر غنودگی طاری ہو اور ازرق (cyanosed) ہو رہا ہو، یا اگر اُس کی پیشانی سرد اور عرق ان (clammy) ہو تو یہ عملیہ فی الفور کر دینا چاہئے۔ حنجرہ یا قصبۃ الریہ کے اندر انبوبہ جس قدر جلد داخل کیا جائے گا کامیابی کا امکان اُسی قدر زیادہ ہوگا۔ اور اگر اس کا اندیشہ ہو کہ رکاوٹ بڑھ جائے گی تو عملیہ ایسے وقت میں کر دینا چاہئے جبکہ بچہ ابھی قوی ہو اور اُس کا رنگ اچھا ہو۔ عموماً ڈفتھیریا میں قصبہ شگافی کو ادخال انبوبہ کے عملیہ پر ترجیح دی جاتی ہے؛ آخر الذکر میں خون نہیں نکلتا اور اگر وہ ناکام ثابت ہو تو اس کے بعد قصبہ شگافی کا عملیہ کیا جا سکتا ہے۔ لیکن اُس کے انجام دینے میں خاص مہارت کی ضرورت ہوتی ہے اور اِس خطرہ کا امکان ہوتا ہے کہ کہیں جھلی قصبہ کے اندر نہ چلی جائے۔ عملیہ کے بعد تقریباً ہمیشہ کسی قدر اصلاح نظر آتی ہے۔ بچہ آزادی کے ساتھ اور گہری سانس لیتا ہے اور سکون کے ساتھ سوتا ہے۔ لیکن شعبی التہاب (برانکو نمونیہ) کا خطرہ پھر بھی باقی رہتا ہے، اور جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے خشک مخاط کی ایک ڈاٹ سے رکاوٹ نسبتہً نیچے واقع ہو جانا ممکن ہے۔ اس سے بچنے کے لئے بھاپ استعمال کرنی چاہئے، اور اگر آکسیجن دی جائے تو اسے پانی میں سے گذارنا چاہئے۔ اگر رکاوٹ واقع ہو جائے تو قصبہ شگافی کے انبوبہ میں سے سوڈیم بائی کاربونیٹ (۱۰ گرین ایک اونس پانی میں) کا رشاش دورانِ تنفس میں کرنے سے ممکن ہے کہ ڈاٹ ڈھیلی پڑ کر کھانسی سے اوپر آ کر نکل جائے۔ آخری درجہ میں چارہ کار یہ ہے کہ چمٹا نیچے گذار کر ڈاٹ کو پکڑنے کی کوشش کی جائے (Biernacki)۔ حنجری ضرر خواہ اوّلی ہو یا ثانوی ڈفتھیریا کا تریاق سمیہ بہر حال دینا چاہئے۔ داخلی طور پر منفثات (expectorants)

72

جیسے کہ ایمونیا یا ایسی کاکیٹو نا تھوڑی مقداروں میں آزمائے جا سکتے ہیں۔ انبوبہ قصبہ شگافی (trachcatomy tube) اکثر ایک سے چار دن تک میں نکالا جا سکتا ہے۔

اگر ڈفتھیریائی شلل کے کوئی امارات ہوں تو مریض کو لٹائے رکھنا چاہیئے۔ زیادہ شدید حالتوں میں، جہاں نگلنا مشکل ہو جائے، غذا انفی انبوبہ (nasal tube) سے پہنچانی پڑے گی۔ ان حالتوں میں فشلِ دورانِ خون (circulatory failure) کا بھی خاص خطرہ ہوتا ہے۔ اگر شللی امارات دورانِ نقاہت میں ابھی باقی رہیں تو مریض کو بتدریج اٹھنے کی اجازت اس وقت دینی چاہیئے جبکہ قلب کی طرف سے [illegible] ہوائی مدت شلل کیلئے اکثر اسٹرکنین (strychnine) تھوڑی خوراکوں میں تجویز کی جاتی ہے۔ بعد میں عضلات کے لیئے مالش اور بجلی استعمال کی جا سکتی ہے۔ عضلات عملاً ہمیشہ اپنا فعل پوری طور پر واپس حاصل کر لیتے ہیں۔ ڈایافرامی شلل میں آکسیجن سانس کے ذریعہ اندر لی جا سکتی ہے۔

نبقی ریوی سرائتیں

(PNEUMOCOCCAL INFECTIONS)

اسٹرن برگ (Sternberg) نے ابتدا اً ریق کے اندر ایک عضویہ دریافت کیا، اور ازاں بعد فرانکل (Fraenkel) نے اسی کو حاد فصّی ذات الریہ (acute lobar pneumonia) کے مُسبّب عامل کے طور پر تسلیم کیا اور اس کا نام نمونیائی دونبقہ (diplocccccus pneumonia) رکھدیا۔ اسی کا دوسرا نام نیزک نما دونبقہ (diplococcus lanceolatus) ہے، اور اسے زیادہ عام طور پر نیوموکاکس (pneumococcus) (ریوی نبقہ) کہتے ہیں۔ یہ بیضوی، گرام مثبت خلیئے ہوتے ہیں، جو قطر میں تقریباً ۱ ملا ہوتے ہیں، اور اکثر جوڑیوں میں یا پانچ پانچ یا چھ چھ کی چھوٹی چھوٹی زنجیروں میں متحد ہوتے ہیں۔ ہر نبقہ ایک بیرنگ اور یکساں مادّے کے ممیّز ہالہ یا کیسہ سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔

یہ عضویہ جسم کے بہت سے اعضاء اور حصّوں کے حاد اور شدید التہابات کا سبب ہوتا ہے اور خاص کر حاد لختی (acute lobar) یا کروپی نمونیہ (croupous pneumonia) کے تعلق میں مشہور ہے، جس کا کہ یہ ۹۵ فیصدی حالتوں میں سبب ہوتا ہے لیکن یہ دوسرے اعضاء پر بھی حملہ آور ہوتا ہے، مثلاً نیوموکاکی ذات الجنب (pneumococcal pleurisy)، تقیّح صدر (empyema)، التہاب باریطون (peritonitis)، التہاب سحایا (meningitis)، التہاب مفاصل (arthritis)، التہاب امعاء (enteritis)، التہاب دروں قلبیہ (endocarditis)، التہاب گرد قلبیہ (pericarditis)، التہاب گردہ (nephritis)، التہاب دروں رحم (endometritis)، اور تحت الجلدی دروں عضلی اور دروں حشائی (intravisceral) پھوڑے بھی ہوتے ہیں۔ یہ کسی قدر نیوموکاکی سرایتوں کا ممیز خاصہ ہے کہ مصلی سیال کے وافر ارتشاح کے بعد پیپ کی تکوین نسبتہً دیر سے ہوتی ہے۔ یہ پیپ بھی جب بنجاتی ہے تو اکثر نیچے تہ نشین ہوجاتی ہے اور اوپر مصلی سیال کی ایک خاص صاف تہ رہ جاتی ہے۔

چار قسم کے نیوموکاکائی علیحدہ کئے گئے ہیں، جو شکلیاتی اور کاشت کے لحاظ سے ایک دوسرے سے مشابہ ہوتے ہیں لیکن جداگانہ حیاتیاتی خصائص رکھتے ہیں۔ قسم اول اور دوم اس ملک (انگلستان) اور امریکہ میں نمونیہ کی ¾ وارداتوں کا سبب ہیں، اور ایسے ضد مصلیات (anti-sera) تیار کر لئے گئے ہیں جو ان کے معالجہ میں کامیابی کے ساتھ استعمال میں لائے گئے ہیں۔ قسم سوم شدید حالتوں میں پائی جاتی ہے، اور اس کا متناظر ضد مصل بیکار ہے۔ چوتھی قسم اُن نیوموکاکائی سے مشابہ ہوتی ہے جو معمولی طور پر دہن میں ہوتے ہیں۔ اس کی تشبیت ادنیٰ درجہ کی ہوتی ہے اور اس سے پیدا ہونے والا نمونیہ نہایت خفیف درجہ کا ہوتا ہے۔

اس میں شک نہیں کہ بہت سی ایسی حالتوں میں جن میں ایک شدید مقامی ضرر (جیسے کہ التہاب شُش) مرض کا مخصوص مظہر ہوتا ہے، یہ عضویے خون کے اندر پائے جاتے ہیں، اور حقیقتہً ایک نیوموکاکائی تسمّم الدم (pneumococcal septicaemia) موجود رہتا ہے۔ اور شاذ طور پر چند ایسی وارداتیں بھی مندرج ہوئی ہیں جن میں ایسا عمومی تسمّم الدم بلا کسی مقامی التہاب کے مہلک ہو گیا ہے۔ لیکن

نہایت غالب تعداد کی حالتوں میں مقامی مرض ہی نمایاں ہوتا ہے اور بہت سی وجوہات کی بنا پر یہ پسندیدہ معلوم ہوتا ہے کہ اُن اضرار کو، جو یہ جداگانہ اعضا کے اندر پیدا کردیتا ہے، انھیں بابوں کے تحت بیان کیا جائے جو ان اعضا کے امراض کے لئے مختص کردیے گئے ہیں۔

73

اِس طرح پر قارئین کو نمونیہ (ذات الریہ)، پرا نمونیہ (شعبی التہاب شُش)، نیومو کا کی التہاب شعبہ (pneumococcal bronchitis)، نیومو کا کی التہاب باریطون (pneumococcal peritonitis)، نیومو کا کی التہاب سحایا (pneumococcal meningitis)، نیومو کا کی التہاب مفاصل (pneumococcal arthritis) اور التہاب گردہ (nephritis) کے بیانات اُن کے مناسب مقامات پر ملیں گے۔

گانو کا کی سرائتیں
(Gonococcal Infections)

نسوانی اور مردانہ اعضائے تناسل کا حاد التہاب، جسے سوزاک (gonorrhœa) کہتے ہیں، ایک ساری مرض ہے، جس کا دقیق عضویہ مائکرو کاکس گنوریئی (micrococcus gonorrhœæ) (دقیق نبقۂ سوزاک) یا گانو کاکس (gonococcus) ہے۔ یہ نبقات سوزاک آمیز پیپ میں پائے جاتے ہیں، جو مجری البول سے خارج ہوتی ہے اور زیادہ تر پیپ خلیوں کے اندر مشمول ہوتے ہیں۔ یہ طریقہ گرام (Gram's method) سے بے رنگ ہو جاتے ہیں۔

مرض کا کمر، جو نہایت تغیر پذیر ہوتا ہے، پانچ عنوانوں کے تحت تقسیم کیا جا سکتا ہے:۔

(۱) اوّلی مرکز مرض (primary focus) سرایت عام طور پر براہ راست تماس سے ہوتی ہے اور مرد میں اکثر مجری البول کو، اور عورت میں مجری البول، عنقی قنال (cervical canal) اور کسی قدر کمی کے ساتھ مہبل (vagina) کو ماؤف کرتی ہے۔ نسوانی اعضائے تناسل کا سوزاک نوزائیدہ بچے میں گانو کا کی التہاب ملتحمہ (gonococcal conjunctivitis)

اور دوسرے انتشار جیشم کا سیر حاصل منبع ہوتا ہے۔

(۲) مقامی انتشار کا رقبہ۔ سرایت لمفی عروق کی راہ سے اوّلی مرکز مرض کے قرب وجوار کے راستوں اور اعضا تک پھیل کر اُربی گِلٹی (inguinal bubo) (" بد ")، التہاب حویصلات منویہ (vesiculitis)، التہاب بر بخ (epididymitis) التہاب خصیہ (orchitis)، التہاب مثانہ (cystitis)، التہاب غدۂ قدامیہ (prostatitis)، التہاب حوض گردہ (pyelitis)، التہاب درون رحم (endometritis) التہاب انبوبہ (salpingitis)، حوضی خلوی التہاب (pelvic cellulitis) اور التہاب باریطون پیدا کر سکتی ہے۔

(۳) گانوکاکی (سوزاکی) تسمم الدم (gonococcal septicæmia) یعنے خون کی عام سرایت بلا مرکزی اصرار کے۔ یہ ایک نادر حالت ہے، اور اس لحاظ سے گانوکاکس اسٹیفلوکاکس سے مشابہت رکھتا ہے، جو شاذ ہی خالص تسمم الدم پیدا کرتا ہے۔

سروحی گانوکاکی سرایت (metastatic gonococcal infection) یا مرکزی عفونت (focal sepsis) اوّلی مرکز سے سرایت جسم کے دوسرے حصوں میں جو کہ خون کے ذریعہ سے پھیلتی ہے۔ شدید حالتوں میں خون کی عام سرایت (تسمم الدم) بھی ہوتی ہے، جیسی کہ گانوکاکی مفصلی التہاب (gonococcal arthritis) یا گانوکاکی التہاب درون قلبیہ (gonococcal endocarditis) میں (جو خبیث التہاب درون قلبیہ (malignant endocarditis) کی ایک شکل ہے) پائی جاسکتی ہے۔ تاہم بیشتر حالتوں میں سروحی (metastatic) سرایت کے ساتھ تسمم الدم نہیں ہوتا۔

اس قسم کی عام ترین سرایت نام نہاد سوزاکی گنٹھیا (gonorrhoeal rheumatism) ہے، جس میں التہاب مفاصل (arthritis)، لیفی التہاب (fibrositis)، وتری زلالی التہاب (teno-synovitis)، التہاب ذرکیکی (bursitis)، التہاب عضلہ (myositis) اور گرد عصبی التہاب (peri-neuritis) شامل ہیں۔ التہاب گرد عظمہ (periostitis) اور عظمی لبّی التہاب (osteo-myelitis) شاذ ہوتے ہیں۔ سروحی سرایت سے آنکھ کا ماؤف ہوجانا غیر عام نہیں، اور اُس کے خاص اظہار التہاب قزحیہ (iritis) اور التہاب ملتحمہ (conjunctivitis) ہیں۔ اغلب ہے کہ طبیلیقی مرض

(mitral disease) کی بعض "سادہ" حالتیں سوزاک کے ثانوی اثر سے ہوتی ہوں۔ گانوکا کی ذات الجنب (gonococcal pleurisy) بھی ہوتا ہے۔

سوزاکی رثیہ (gonorrhœal rheumatism) بوجہ اُس مشابہت کے جو وہ حاد رثیہ کے ساتھ رکھتی ہے جداگانہ نظر کی مستحق ہے۔ وہ مجرئ البول سے اخراج مواد کے آغاز سے چودہ دن یا تین یا چار ہفتوں کے وقفہ سے اور بعض اوقات اُس وقت، جبکہ ابھی مواد قیحی ہے، اور زیادہ تر اکثر سیلان مزمن (gleet) کے درجہ مابعد کے دوران میں شروع ہوتی ہے۔

مرضی تشریح ۔ مفصل کے اندر مصلی انصباب، اُس کے گرد کی بافتوں میں دریزش اور اُذیما، اور شدید حالتوں میں تقیح، کریتوں کا تآکّل (erosion)، مفصل کا فساد تعضیہ (disorganisation)، اور جسأۃ (ankylosis) ہوجاتی ہے۔ غشائے زلالی اور اوتار حالتوں میں ماؤف ہوتی ہے، اور حصاری لیفی بافتیں بالخصوص اور ابتدائی تحت الحاد (subacute) قسموں میں ماؤف ہوتی ہیں۔

اَمراضیات ۔ گانوکاکس (سوزاکی نبقہ) اکثر ملتہب مفاصل کے سیّال میں، اور جب اوتار ماؤف ہوں تو اُن کی پوششوں میں پایا گیا ہے۔ اگر تقیح واقع ہو تو پیم آفرین عضویے (pyogenic organisms) بھی موجود ہوسکتے ہیں۔ زیادہ مزمن حالتوں میں نبقۂ سوزاک (گانوکاکس) نہیں موجود ہوتا۔ ممکن ہے کہ وہ مفصل کے گوشوں میں دبا یا دبکا ہوا رہتا ہو۔ دوسری رائے یہ ہے کہ یہ التہاب گانوکا کی سمّ (gonococcal toxin) کے باعث ہوتا ہے۔

علامات ۔ سوزاکی رثیہ کی حاد شکلوں میں ابتداً کوئی جوڑ درد اور ورم سے ماؤف ہوجاتے ہیں، لیکن مرض اکثر کچھ عرصے کے بعد صرف ایک ہی مقام کو مختص کرلیتا ہے جو کہ کبھی، گھٹنا، ٹخنہ، کلائی یا پاؤں ہوسکتا ہے۔ وہاں نہایت وسیع سُرخی اور اُس کے ساتھ ورم، درد اور کیمیت ہوتی ہے۔ اکثر یہ سرخی جوڑ سے بہت آگے اوپر تک پھیل جاتی

سے ہے اور بانتیں ایک متناظر حد تک در ریختہ ہوجاتی ہیں ۔ ممکن ہے کہ اسی دو ریزش پر
حقیقتہً پھوڑے کا دھوکا ہو جائے ۔ نیز یہ بہ نسبت رثیتی تپ کے نقرس (gout) سے زیادہ 74
قریبی مشابہت رکھتی ہے ۔ خفیف ترین حرکت سے درد نہایت شدید ہوتا ہے ۔ تپ
زیادہ بلند نہیں ہوتی ۔ یہ التہاب صرف بتدریج کم ہوتا ہے اور اسکے بعد معتد بہ سختی (اکڑا)
باقی رہ جاتی ہے ۔ لیکن اکثر جوڑ میں پیپ نہیں پیدا ہوتی ۔ قلبی پیچیدگیاں صرف کبھی کبھی ہی
دیکھنے میں آتی ہیں ۔ این ۔ سی ۔ ڈیویس کالی (N. C. Davies-Colley) متوفی نے بیان
کیا کہ گانوکا کی التہاب مفصل کی یہ شکل عورتوں میں بھی اسی طرح عام ہے جس طرح مردوں میں ۔
دوسری نسبتہً کمتر حاد یا تحت الحاد حالتوں میں خفیف رثیتی تپ کے ساتھ
مشابہت بعض خصوص میں زیادہ قریبی ہوتی ہے ۔ مفاصل متورم ہوتے ہیں لیکن اتنے سرخ
نہیں ہوتے اور کمتر عمومیت کے ساتھ دردریختہ ہوتے ہیں ۔ اکثر پرداؤں (fasciæ) میں
بہت درد ہوتا ہے ، بالخصوص تلوے کی (اخمصی : plantar) رداریں ، اور ممکن ہے کہ
اوتار کی پوششیں بھی ماؤف ہو جائیں ۔ حالتوں کے کچھ تناسب میں التہاب فقرات
(spondylitis) واقع ہوتا ہے ۔ جیسا کہ زیادہ حالتوں میں ہوتا ہے التہاب دیرپا ہونے
کا رجحان رکھتا ہے اور اس طرح آسانی سے رفع نہیں ہوتا اور پھر عود نہیں کرتا جیسا
کہ معمولی رثیتی تپ میں ہوتا ہے ۔ یہ دو تین یا زائد ہفتوں تک جاری رہکر بہت کچھ اکڑ
بلکہ لیفی تحجر مفاصل (fibrous ankylosis) چھوڑ جاتا ہے ۔

تشخیص ۔ اس مرض کے غلطی سے رثیتی تپ سمجھے جانے کا بہت امکان ہوتا ہے
تاوقتیکہ یہ دریافت نہ ہو جائے کہ مبال سے مواد خارج ہوتا ہے ، یا جبتک کہ چند مفاصل
میں التہاب جاری رہتے سے ہمیں مرض کی نوعیت کا شبہ نہ ہو جائے ۔ ممکن ہے کہ گزشتہ
حملوں کی سرگذشت سے یہ مشابہت اور بھی بڑھ جائے ، کیونکہ گو رثیتی تپ کی طرح گانوکا کی
زلالی التہاب (gonococcal synovitis) خود طویل وقفوں کے بعد مکرر نہیں
واقع ہوتا ، تاہم تازہ سرایت ہو جانے پر اس کے دوسرے حملے اکثر واقع ہو جاتے ہیں ۔
مرض کی زیادہ حاد شکلیں سرخباده (erysipelas) ، خراج یا حاد نقرس سے قریبی
مشابہت رکھ سکتی ہیں ۔ مریض کی عمر اور التہاب کی جائے وقوع اکثر آخر الذکر کو خارج کردیگی ۔

سوزاک کے بعد التہاب زلالی متعدد (multiple synovitis) کا ایک سبب تقیح الدم (pyæmia) ہو سکتا ہے لیکن اس حالت میں قشعریرہ (rigors) اور ایسی خطرناک پیچیدگیوں جیسے کہ التہاب گرد قلب (pericarditis)، التہاب دروں قلب (endocarditis)، ذات الریہ، یا ذات الجنب، کی وجہ سے مرض عموماً زیادہ شدید ہوتا ہے :

۱۵ سال کی عمر تک کے بچوں کے عام فرجی مہبلی التہاب (valvo-vaginitis) کی ایک تحقیقات سے ظاہر ہوا ہے کہ ۳۶ فیصدی سوزاکی ہوتے ہیں، اور ۳۹ فیصدی غیر نوعی (non-specific) اور اسٹیفلوکاکس کی وجہ سے (29)۔

علاج۔ بلاشبہ مناسب یہی ہے کہ مجریٰ البول کے اخراج مواد کا حتی الامکان جلد سے جلد تدارک کیا جائے۔ التہاب مفاصل کے لئے قلویات (alkalies) اور آیوڈائڈ آف پوٹاسیم بکثرت مستعمل ہیں اور آخرالذکر پوری خوراکوں میں۔ لیکن غالباً یہ بہتر ہے کہ عمدہ غذا کی افراط کے ساتھ کاڈلیور آئل اور لوہا یا سنکونا (cinchona) دئیے جائیں۔ جدریتی علاج (vaccine treatment) بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ مریض کے مواد سے گانوکاکس (مبقۂ سوزاک) کی کاشت کرکے خودزاد جدریات (autogenous vaccines) حاصل کئے جاتے ہیں اور ان کا اشراب بار بار کیا جا سکتا ہے لیکن شفایابی کے لئے اکثر پانچ یا چھ ہفتوں کی مدت درکار ہوتی ہے۔ مخزنی جدریات (stock-vaccines) متعدد مختلف نسلوں (strains) سے تیار کئے جاتے ہیں نہ کہ خود مریض کے عضویوں سے۔ حال ہی میں حساس کردہ (sensitised) اور سم زدودہ (detoxicated) جدریات استعمال میں لائے گئے ہیں۔ اول الذکر ایک جدرین (vaccine) اور ضد سوزاکی مصل (antigonococcal serum) کا آمیزہ ہوتا ہے۔ آخرالذکر ایک جدرین ہے جس کے قشب (virus) کو یا تو عضویوں پر کاسٹک سوڈا کا عمل کرا کے، یا مصنوعی واسطوں پر جسم کے باہر طویل کاشت کرکے تخفیف یا فتہ (attenuated) بنا لیا جاتا ہے۔ مقامی طور پر بفاصل پر آیوڈین لگا سکتے ہیں۔ حاد حالتوں میں جارحہ کو پلاسٹر آف پیرس کے جبیرہ (splint) کے ذریعہ سے بالکل بے حرکت رکھنا چاہئے۔ اور شکن ضمادات، بالخصوص کمپاؤنڈ مرکیوری آئنٹمنٹ (compound

(mercury ointment) مع ایکسٹرکٹ آف بیلاڈونا (extract of belladonna) کے استعمال کر سکتے ہیں۔ التہاب کے کم ہوتے ہی تثبیت (fixation) کے رجحان کا تدارک فرک (friction)، دلک (massage) (مالش) اور حرکات مجہول (passive movements) سے کرنا چاہیئے۔

ٹائفس تپ

(Typhus Fever)

تپ زندانی (Jail Fever)

طفحی ٹائفس (typhus Exanthematicus)

ٹائفس تپ ایک حاد نوعی متعدی مرض ہے جو دو یا تین ہفتے جاری رہتا ہے اور جلد کا ایک تحجیلی توران پیدا کر دیتا ہے۔

بحث اسباب۔ ٹائفس بیشتر وباؤں کی صورت میں ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ چند مہینوں تک جاری رہ کر پھر بتدریج کم ہو جائیں۔ یہ وبائیں عموماً بڑے شہروں، محبسوں، اور میدان جنگ کی فوجوں میں پھوٹ پڑتی ہیں۔ اب یہ انگلستان میں شاذ ہے، لیکن حالیہ جنگ یورپ کے ابتدائی حصے میں سربیا میں، اور جرمنی کے جنگی محبسوں میں اس کا زور د شور وسیع طور پر رہا (Wittenberg)۔ وہ مرض، جسے امریکہ میں برل کا مرض (Brill's disease) کہتے ہیں، اگر ٹائفس سے مماثل نہیں تو کم از کم اس کی ایک قسم ضرور ہے۔

75

یہ ہر عمر کے اشخاص اور ذکور و اناث پر مساوی طور پر حملہ آور ہوتا ہے۔ وہ لوگ جو پہلے ایک حملہ میں سے گذر چکے ہیں) بہ استثنائے شاذ دوسرے حملہ سے محفوظ رہتے ہیں۔ یہ مرض موسم یا فصل سے متاثر نہیں ہوتا گرچہ اینکہ ان کا تعلق اژدحام سے ہے ان کا اثر ضرور پڑتا ہے۔ لیکن یہ معتدل اور سرد آب و ہواؤں میں محدود ہوتا ہے اور بالخصوص قحط زدہ رقبوں میں واقع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔

ٹیونس (Tunis) بیں پاسچر انسٹیٹیوٹ کے نکولی (Nicolle) اور کانسیل (Conseil) نے ثابت کر دیا ہے کہ اس کی سرایت بدن کی جوؤں (body lice) سے منتقل ہوتی ہے۔ انھوں نے بندروں میں ٹائفس کے مریضوں کے خون سے کامیابی کے ساتھ تطعیم کی پھر پہلے بندروں کو جوؤں سے کٹا کر دوسروں میں یہ مرض پیدا کیا۔ وائلڈر (Wilder) میکسیکو (Mexico) میں ٹائفس کا مطالعہ کر کے اس رائے کی تصدیق کرتا ہے اور اس کا یقین ہے کہ یہ قیتب اس حشرہ کے اندر تکاثر کرتا ہے ۱۹۱۴ء تا ۱۹۱۸ء کی جنگ کے مختلف میدانوں کے تجربہ کی بنا پر اب اس میں کوئی شک باقی نہیں رہا ہے کہ مرض کے حدوث کا انحصار بکلیٔ ان حالات پر ہے جو سرایت زدہ جسمانی جوؤں کی موجودگی میں اور انھیں ایک شخص سے دوسرے شخص میں منتقل کرنے میں ممد ہوتے ہیں اس طرح یہ مرض گرم آب و ہواؤں میں اگرچہ کہ گرم مہینوں میں؛ جبکہ تپش جوؤں کو مارنے کے لئے کافی بلند ہو جاتی ہے؛ کلی طور پر نیست و نابود ہو جاتا ہے۔ یہ بہت مشکوک معلوم ہوتا ہے کہ آیا ایسے عوامل؛ جیسے کہ ہجوم و گنجانی یا افلاس؛ افراد میں سرایت کی استعداد پیدا کر سکتے ہیں، بایں ہمہ اس کے کہ یہ حالات جوؤں کی موجودگی کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ مرض کا سبب اب ایک عضویہ خیال کیا جاتا ہے جو ریکیٹشیا پرواٹسیکی (Rickettsia prowazeki) کے نام سے موسوم ہے۔ یہ سرایت زدہ جوؤں میں اور انسانی اضرار کے اندر پایا گیا ہے؛ اور بافتوں کی پلازمائی کاشتوں میں اُگایا گیا ہے۔ خون دائرہ میں یہ صحیفات دمویہ (blood-platelets) کے ساتھ قریبی طور پر متلازم معلوم ہوتا ہے۔ ایک انسانی مریض سے حاصل کردہ صحیفات کے اشرابات سے یہ مرض گنی پگوں میں پیدا ہو گیا ہے۔ مزید برآں سرایت رساں صحیفات کا انسانی جوؤں میں روز انہ اشراب کرنے سے ان حشرات میں ریکیٹشیا کی وافر بالیدگی پیدا ہو گئی؛ انسانی سرایت بجائے اس کے کہ ان حشرات کے کاٹنے سے براہ راست ہو؛ زیادہ اغلب یہ ہے کہ جلد

کی حراشیدگیوں میں سے جو ذرّوں کے ابرازات کے اندر تلے جانے سے واقع ہوتی ہے۔

مَرَضی تشریح۔ بعد الممات مناظر بمشکل ممیّز ہوتے ہیں، لیکن وہ ایسے ہوتے ہیں جیسے کہ شدید تپ کے ممیّز خصائص کر تنگیٔ موت (rigor mortis) نامکمل ہوتی ہے، تحلیل جلد شروع ہو جاتی ہے اور بعد الممات تغیّرِ لون (discoloration) بہت ہوتا ہے۔ خون معمول سے زائد مائع ہوتا ہے، اور اس کی ترویب (coagulation) بہ سرعت لیکن نامکمل طور پر ہوتی ہے۔ ارادی عضلات نرم اور خستہ ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان میں انحطاطِ زینکر (Zenker's degeneration) واقع ہو جائے (ملاحظہ ہو صفحہ 22)۔ قلب کی عضلی بافت بھی نرم ہو جاتی ہے، اور اس میں شحمی یا ذرّاتی انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ پھیپھڑوں کے قاعدے رکودی امتلا (hypostatic congestion) کی حالت میں ہوتے ہیں۔ یہ سیاہ سُرخ یا ارغوانی، ممتلی بے ہوا، اور خستہ ہوتے ہیں، اور تراشنے پر ان سے خون اور مصل نکلتا ہے، اور ان کی سطح نمونیائی تکبّد (pneumonic hepatisation) جیسی ذرّاتی نہیں ہوتی۔ لیکن بعض حالتوں میں یہ آخری حالت بھی موجود ہوتی ہے۔ طحال اور جگر نرم اور کسی قدر بڑھے ہوئے ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ سطح پر کدمے (ecchymoses) ظاہر کریں۔ گردے اکثر نرم اور بڑے ہوتے ہیں، اگرچہ بعض اوقات وہ بالکل طبعی پائے جاتے ہیں۔ جگر اور گردوں کی کلائی سحابی ورم (cloudy swelling) اور نسیجیتی انحطاط (parenchymatous degeneration) کے ساتھ متلازم ہوتی ہے۔ ممیّز اضرار جلد کے دھبے اور دماغ اور احشا کی گرہکیں ہیں۔ یہ عروق شعریہ کے دروں خلیوں سے بنتی ہیں، جو خلیات آکلہ (phagocytes) کے طور پر عمل کر کے پھر تنخّر زدہ (necrosed) ہو کر لمفی خلیات (lymphocytes) اور پلازمائی خلیات سے محصور ہو جاتے ہیں۔

علامات اور مَمَر۔ زمانۂ حضانت اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ بیشتر حالتوں میں وہ پانچ تا بارہ یا چودہ دن ہوتا ہے۔ مرض دوسری بہت سی تپوں کی طرح دردِ سر، عدم اشتہا، اور بیماری کے ایک عام احساس، اور شاید کسی قدر جاڑے یا حقیقی قشعریرہ

کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ دردِ سر ابتداءً نہایت شدید ہوتا ہے، اور دوسری اُن تپوں کے
نسبت، جن کے ساتھ اِس مرض کے خلط ملط ہو جانے کا امکان ہے، زیادہ شدید ہوتا ہے۔
بہت کمزوری بھی ایک نمایاں علامت ہوتی ہے اور گھٹنے کا جھٹکا تقریباً ہمیشہ جلد ہی مفقود
ہو جاتا ہے۔ شدید حالتوں میں تیز قشعریرے کے ساتھ متلی یا قے بھی ہوتی ہے۔ بعد کے
دو یا تین دنوں میں جبکہ مرض کو ممیّز کرنے والی کوئی چیز نہیں ہوتی، شدید تپ کے تمام علامات
جلد پیدا ہو جاتے ہیں۔ تپش ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک ہو جاتی ہے۔ نبض اور تنفس بھی اِسی
تناسب سے تیز ہو جاتے ہیں۔ زبان خرد دار ہوتی ہے، دردِ سر جاری رہتا ہے، چہرہ
سرخ تمتمایا ہوا اور آنکھیں سرخ اور جنتل (suffused) ہوتی ہیں، پشت و جوارح
میں درد ہوتا ہے، اشتہا جاتی رہتی ہے، قارورہ تیز رنگ کا اور قلیل المقدار ہوتا ہے،
اور قبض بھی پایا جاتا ہے۔ تیسرے یا چوتھے دن تک مریض عام طور پر اِس قدر بیمار ہو جاتا ہے کہ اُسے مجبوراً بستر
اختیار کرنا پڑتا ہے۔ چوتھے یا پانچویں دن، بعض اوقات تیسرے ہی دن اور کبھی چھٹے بلکہ ساتویں دن ٹائفس کا ممیّز توران یا
شہتوتی طفح (mulberry rash) ظاہر ہو جاتا ہے۔ یہ شکم و سینہ پر اور پشتِ دست اور
کلائیوں پر نکلتا ہے، اور دو یا تین دن کے عرصہ میں دھڑ، اور شاید بازوؤں اور ٹانگوں
کو بھی ڈھانک لیتا ہے۔ چہرہ اور گردن بیشتر بچے رہتے ہیں۔ طفح کے دو حصے ہوتے ہیں۔
ایک حصّہ تاریک سُرخ چیتیوں کا جو دبانے سے غائب ہو جاتی ہیں، اور سطح پر کوئی اُبھار
نہیں بناتیں۔ اِسے "زیر ادمی" (subcuticular) کہتے ہیں۔ دوسرا حصہ ایسا طفح ہوتا ہے
جو کثیر التعداد نسبتاً پھیکے یا نسبتاً سیاہ رنگ گلابی یا سُرخ اُبھاروں یا بثور پر مشتمل ہوتا ہے، جن کی جسامت
۳ ملی میٹر قطر کے اندر اندر ہوتی ہے۔ یہ سطح پر بیقاعدگی کے ساتھ، ایک دوسرے سے
$\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$ انچ کے فاصلوں پر، منتشر ہوتے ہیں۔ یہ ابتداءً دبانے سے غائب ہو جاتے ہیں،
لیکن ایک دو دن کے بعد زیادہ سیاہ رنگ کے ہو جاتے ہیں اور ازاں بعد ان میں
سے بعض خون کی دعابذری کی وجہ سے، جو انگلی کے دباؤ کے نیچے بدستور قائم رہتی ہے،
نمشی (petechial) ہو جاتے ہیں۔ یہ طفح بتدریج دوسرے ہفتے کے دوران میں
مرجھا جاتا ہے اور اُس کے خاتمہ پر عموماً غائب ہو چکتا ہے۔ شاذ حالتوں میں اِس شہتوتی
طفح سے پہلے ایک منتشر سُرخ طفح، یا وردیہ (roseola) نمودار ہوتا ہے، جو قرمزیہ
کے توران سے غیر مشابہ نہیں ہوتا۔ لیکن یہ شہتوتی طفح کے نمودار ہونے سے پہلے بالکل غائب

76

ہوجاتا ہے ۔

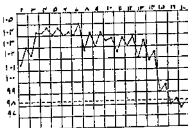
ثوران کے نمویاب ہوجانے کے وقت تک، یعنے پہلے ہفتہ کے خاتمہ پر تپ ترقی
کر چکی ہوتی ہے۔ مریض بستر پر پشت کے بل لیٹا ہوا رہتا ہے، اُس کے بشرہ سے سستی گرانی
اور بلاہت ظاہر ہوتی ہے، چہرہ سرخ ہوتا ہے، ملتحمات ممتلی (injected) اور پتلیاں
سکڑی ہوئی ہوتی ہیں۔ لبوں اور زبان میں ابتداء مرض ہی سے رعشہ ہوتا ہے۔ تپش، نبض
اور تنفس بلا شبہ طبعی سے اوپر ہوتے ہیں۔ زبان پر فرز پہلے سے موجود رہتی ہے۔ ممکن
ہے کہ مریض اب بھی دردِ سر کی شکایت کرے، لیکن وہ بیشتر بے پروا (apathetic) اور بے دل
(listless) پڑا رہتا ہے اور اُسے صرف رات کے وقت ہرزہ گو ہذیان (rambling
delirium) ہوتا ہے۔ دوسرے ہفتہ میں علامات میں شدت ہوجاتی ہے۔ گو اب درد
سر کی شکایت موجود نہیں رہتی تاہم ہذیان دن رات مسلسل جاری رہتا ہے۔ اور گو
یہ عموماً دھیما اور بربری ہذیان (low & muttering delirium) ہوتا ہے، تاہم
بعض اوقات شور و شغب کے ساتھ اور بے ربط ہوتا ہے، چنانچہ ممکن ہے کہ مریض تند اور
غضبناک ہوجائے، بستر سے جھپک کر اٹھ بیٹھے بلکہ کھڑکی سے باہر کود پڑے۔ لیکن زیادہ
اکثر اُس کی عضلی کمزوری انتہائی درجے کی ہوتی ہے، وہ بستر میں پستی کی حالت میں پڑا
رہتا ہے، اور اُس میں اتنی سکت نہیں رہتی کہ خود اٹھ سکے یا کروٹ لے سکے۔ جوارح
میں لرزہ ہوتا ہے اور نفض وتری (subsultus tendinum) دیکھا جاتا ہے۔ بعد میں
مریض پر مکمل کوما کی حالت طاری ہوجاتی ہے، براز نا معلوم طور پر خارج ہوجاتا ہے، اور
احتباس بول کی وجہ سے مثانہ پھول جاتا ہے۔ نبض تیز ہوکر ۱۱۰، ۱۲۰ یا زائد ہوجاتی
ہے، اور مرض کی ترقی کے ساتھ زیادہ کمزور اور صغیر ہوتی جاتی ہے۔ نبض ذوقرعتین
77 (dicrotic) ہوتی ہے، اور شدید حالتوں میں غیر منتظم اور ذوالفترہ (intermittent)
ہوسکتی ہے۔ اصواتِ قلب کمزور ہوتے ہیں، اور خراب ترین حالتوں میں صوت اول
تقریباً غیر مسموع اور نبض غیر محسوس ہوتی ہے۔ تنفس تیز ہوکر فی منٹ تیس یا چالیس
تک پہنچ جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ سینہ پر کچھ شعبی التہابی خرخرات (bronchitic rhonchi)
موجود پائے جائیں۔ آخری درجوں میں عموماً پھیپھڑے کے قاعدوں کے امتلاء (congestion)
کے آثار موجود ہوتے ہیں، یعنے سینہ کے قاعدے سے تین یا چار انگشت کی چوڑائی تک اصمیت

(dullness) ، اصوات تنفس کی کمی، اور اُسی رتبے پر لغطات (râles) موجود ہوتے ہیں، لیکن ترقوہ (clavicle) ہڈیوں کے نیچے اصوات تنفس صباتی[1] پائے جاتے ہیں۔ زبان جو آغاز مرض میں تر و دار ہوتی ہے بہت جلد ہی خشک، بھوری اور درز دار ہو جاتی ہے۔ زبان، دانتوں اور لبوں پر وسخ (sordes) یعنی میل کی ایک بھوری یا سیاہ پپڑی جم جاتی ہے۔ امعاء میں اکثر قبض موجود ہوتا ہے لیکن اسہال کا ہونا بھی ممکن ہے اور دونوں حالتوں میں اجابتیں عموماً سیاہ ہوتی ہیں۔ قارورہ سیاہ اور قلیل المقدار رہتا ہے، کلورائیڈز کی مقدار گھٹ کر بہت کم ہو جاتی ہے، اور بہت سی حالتوں میں اور خاصکر بیماری کے خاتمہ کے قریب، البیومن کی نہایت خفیف سی مقدار آنے لگتی ہے۔ ان انکشافات کے ساتھ متناظر طور پر نصف سے زائد حالتوں میں خون میں یوریا (urea) کی زیادتی ہو جاتی ہے عصبی علامات حال ہی میں بول دمویت (uræmia) سے منسوب کیے گئے ہیں۔ خون کے امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ سرخ جسیمات تعداد میں کسی قدر کم ہو جاتے ہیں، کثرت خلیات بیضا (leucocytosis) بہت خفیف سی اور اُس کے ساتھ لمفی خلیوں (لمفوسائٹس) ایک اضافی زیادتی اور کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) جسیمات کی کمی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں امراض خون) عصبی علامتوں کے ساتھ دماغی نخاعی سیّال میں ایسے تغیرات ہوتے ہیں جیسے التہاب سحایا (meningitis) ظاہر ہوتا ہے۔ یہ سیّال صاف یا گدلا، یا شدید حالتوں میں زرد بلکہ مرتب بھی ہو سکتا ہے۔ شدید غلوی تعامل موجود ہوتا ہے۔

ابتدائی ارتفاع تپش کے بعد اکثر تیسرے یا چوتھے دن ایک خفیف سا فترہ (remission) پایا جاتا ہے جس کے بعد پھر ٹھنڈ کے نمودار ہونے کے ساتھ تپش بہت بلند ہو جاتی ہے۔ پھر یہ تر تفع رہ کر پہلے ہفتہ کے اختتام کے قریب ۵ء۱۰۴، ۱۰۵ بلکہ ۱۰۶ درجہ تک پہنچ جاتی ہے۔ چند روز تک تپش اسی لیول پر رہتی ہے اور شاید اس میں خفیف سے سحرگاہی فترات پائے جاتے ہیں، لیکن دوسرے ہفتے میں تپش عموماً کسی قدر کم رہتی ہے اور اُس کے اختتام کے قریب زیادہ قطعی سحرگاہی فترات ظاہر ہوتے ہیں اور بالآخر اُن حالتوں میں جو شفایاب ہو جاتی ہیں تپش میں سریع نزول واقع ہو جاتا ہے، جو اس مرض کا بحران (crisis) ہے۔ حالتوں کی اکثریت میں یہ دوسرے ہفتہ کے اختتام کے قریب، یا تیرھویں سے لیکر سولھویں دن تک واقع ہوتا ہے (شکل ۸) اور تپش

[1] صباتی تنفس = Supplementary or puerile respiration

چوبیس سے لیکر چھتیس گھنٹوں تک میں چار یا پانچ درجہ گر کر ۱۰۲ درجہ یا ممکن ہے کہ اس سے



تصویر ۸۔ ٹائفس تپ کے ایک مصابہ کی تپش۔

بھی بلند درجہ سے گر کر ۹۹ یا ۹۸ درجہ تک آجائے۔ بعض حالتوں میں تپش کا نزول زیادہ تدریجی ہوتا ہے (lysis = تحلّل) ساتھ ہی نبض اور تنفس آہستہ تر ہو جاتے ہیں اور بحران کے ساتھ مریض کی حالت میں تغیر کے دوسرے علامات کا نمودار ہونا بھی عام ہے مثلاً بکثرت پسینہ آنا یا اسہال کا حملہ۔ اس وقت سے مریض کی حالت میں سرعت کے ساتھ اصلاح ہوتی جاتی ہے۔ وہ جلد ہی ہوش میں آجاتا ہے، زبان صاف ہو جاتی ہے، چہرے کی تاریک رنگت جاتی رہتی ہے اور بجائے تشنگی کے اشتہا پیدا ہو جاتی ہے۔ نقاہت عموماً طویل ہوتی ہے اسراع القلب (tachycardia) کا خفیف سا دورہ لگانے پر بھی پیدا ہو جانا ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے۔ اکثر مریض کے بہت سے بال گر جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ بالکل گنجا ہو جائے۔ نقاہت مکمل ہونے سے پہلے بالعموم تین مہینے گذر جاتے ہیں۔

لیکن اکثر اختتام مرض ناموافق ہوتا ہے۔ مہلک حالتوں میں موت عموماً دوسرے ہفتہ کے خاتمہ پر فشل قلب (cardiac failure) سے، یا استلار تشنج یا ذات الریہ سے، یا بڑھتے ہوئے کوما سے واقع ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی اس سے پہلے سریع الارتفاع تپش ہو جاتا ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب حسب ذیل ہیں۔ ذات الریہ اور شعبتی ذات الریہ جو

اکثر دوسرے ہفتے کے دوران میں شروع ہو کر زمانۂ نقاہت میں جاری رہتے ہیں اور شفایابی میں تاخیر پیدا کر دیتے ہیں، اور بعض اوقات یہاں تک نوبت پہنچتی ہے کہ گنگرین ہو جاتی ہے۔ جروح الفراش (bed sores)۔ انگشتہائے پا کی ایلمیت (tender toes)۔ ہاتھ پاؤں کی انگلیوں، ناک، یا زنانہ خارجی اعضائے تناسل (pudenda) کی گنگرین جو شاید سدادیت کی وجہ سے ہوتی ہے۔ مفاصل کا تقیح التہاب اذن وسطی (ottitis media)۔ نکفی (parotid)، تحت الفکی (submaxillary) اور تحت اللسانی (sublingual) غدد کا التہاب و تقیح چہرے کا سرخبادہ، التہاب خلوی (cellulitis) اور تحت الجلد پھوڑے۔ ممکن ہے کہ ورید فخذی (femoral vein) کی علقیت (thrombosis) اور اس کی وجہ سے ٹانگ کا اذیما واقع ہو جائے، لیکن ایسا اس مرض میں معوی تپ کی نسبت کم واقع ہوتا ہے۔ چند مثالوں میں بعد الممات امتحان پر التہاب سحایا (meningitis) پایا گیا ہے اور کبھی کبھی گردے کے مرض اور البیومن بولیت (albuminuria) کے ساتھ جو یا تو پہلے سے ہوتے ہیں یا خود تپ ٹائفس سے پیدا ہو جاتے ہیں) یوریمیائی تشنج (uræmic convulsions) واقع ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ دوران نقاہت میں سکتہ کے حملے (syncopal attacks) مع قلبی خرخرات (cardiac bruits) کے واقع ہوں جو عضلۂ قلب کے ماؤف ہونے کی طرف اشارہ کرتے ہیں جوارح کے درد اور ایلمیت سے التہاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis) ظاہر ہوتا ہے۔ اور ذہنی اختلالات واقع ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ تاوقتیکہ یہ معلوم ہو کہ مریض معرض تعدیہ میں آ چکا ہے یہ ہو سکتا ہے کہ آغاز مرض میں اس مرض کو دوسری حموی بیماریوں سے تمیز کرنا غیر ممکن ہو جب ثوران نمودار ہو گیا ہو تو وہ غلطی سے خسرا (measles) سمجھا جا سکتا ہے، لیکن خسرا کا طفح پہلے چہرے پر جلد الراس کے قریب نکلتا ہے۔ اس کے دانے زیادہ شوخ سرخ رنگ کے، زیادہ ابھرے ہوئے، شکل میں زیادہ بے قاعدہ، اور شاید ہلالی شکلوں میں مرتب ہوتے ہیں، اور ان کے نمودار ہونے سے پہلے نازلت (catarrh) ہوتی ہے۔ اسے حاد التہاب سحایا (acute meningitis) اور حاد ذات الریہ (acute pneumonia) سے تمیز کرنے کے لئے ثوران کافی ہونا چاہئے، جنھیں ٹائفس اسی وجہ سے غلط ملط ہو سکتا ہے

78

کہ اس کی بعض حالتوں میں دماغی علامتیں اور بعض میں تنفسی دقت اور کبودیت (lividity) نمایاں ہوتی ہے۔ لیکن ذات الریہ کی شناخت اس کے طبعی امارات سے ہو جاتی چاہیے اگر یہ بلاشبہ ممکن ہے کہ وہ ٹائفس سے ثانوی طور پر پیدا ہو گیا ہو۔ ابتدائی درجوں میں ٹائفس غلطی سے معوی تپ (enteric fever) سمجھا جا سکتا ہے۔ ٹائفس کے بثور ٹائفائڈ (تپ محرقہ) کے بثور سے مماثل ہو سکتے ہیں، لیکن چونکہ وہ جلد ظاہر ہو جاتے اور بیشتر بازوؤں پر واقع ہوتے ہیں اس لئے غلطی کا انسداد ہو جاتا ہے نیز اگر عمومی چیتیاں (general mottling) نمایاں ہوں اور وہ نشتے (petechiæ) موجود ہوں جو بعد کے درجوں میں ہوتے ہیں تو ان سے بھی غلطیوں کا ازالہ ہو جاتا ہے۔ دوسرے تفریقی امور یہ ہیں کہ ٹائفس میں مرض کا حملہ زیادہ دفعتہً ہوتا ہے۔ اُن غیر بستہ (loose) مٹر کے شوربہ جیسی (pea-soup) بدبودار اجابتوں کے برعکس جو اکثر تپ محرقہ میں ہوتی ہیں، ٹائفس میں اسہال نہیں ہوتا۔ ٹائفس میں ترہول (stupor) اور ہذیان ابتدا ہی سے ہو جاتا ہے۔ نیز ٹائفس بسرعت پھیلتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک ہی خاندان کے بہت سے ارکین ایک ہی وقت میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔ استثنائی طور پر خبیث التہاب دروں قلبہ (malignant endocarditis) جس میں نشتی ثورانات (petechial eruptions) ہوں، ٹائفس سے قریبی مشابہت رکھ سکتا ہے۔ اگر امتحانِ ویڈال (ملاحظہ ہو صفحہ 16) کام میں لایا جائے تو ٹائفائڈ کے عصیّوں، یا پیرا ٹائفائڈ کے عصیّوں، یا تپِ بحرِ روم (Mediterranean fever) کے دقیق نبقات کا التزاق (agglutination) کرنے میں ناکام رہے گا۔ حال ہی میں دریافت ہوا ہے کہ ٹائفس میں مبتلا بیماروں کا مصل بلند ترقیقوں (high dilutions) میں باسیلس پروٹیئس (bacillus proteus) کی ایک قسم کا التزاق کر دیتا ہے۔ یہ تلزیق قوت اس قدر جلد کہ مرض کے چھٹے یا ساتویں دن حاصل ہو جاتی ہے اور عموماً چودھویں دن کے قریب تک اپنے درجۂ اتم پر ہو جاتی ہے۔ لیکن ٹائفس کی بعض ایسی غیر مشتبہ حالتیں مندرج ہوئی ہیں، جو ایک واضح التزاقی تعامل (agglutination reaction) ظاہر کرنے میں ناکام رہی ہیں۔ مگر ساتویں دن تک سریریاتی تشخیص صاف ہو جاتی ہے، اسی وجہ سے یہ التزاقی امتحان، جو کاشف ویل فیلکس (Weil-Felix test) کے نام سے مشہور ہے، سریریاتی لحاظ سے اتنا اہم نہیں جتنا کہ وہ بصورتِ دیگر ہوتا۔

حائلوں کے تناسب سے زیادہ تناسب میں تعامل وائڈل مثبت ہوتا ہے۔

اِنذار۔ ٹائفس کی شرحِ اموات ۶ تا ۳۰ یا ۴۰ فیصدی کے درمیان ہوتی ہے۔ اُن دو ہزار واردا توں میں، جو سربیا میں ہوئیں، یہ ۱۵ فیصدی تھی (Davy & Brown)۔ شرحِ اموات مریض کی عمر کے ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔ مثلاً دس سال کی عمر سے نیچے یہ تقریباً ۵ فیصدی ہوتی ہے، اور ساٹھ سال سے اوپر کی عمر والوں میں اتنی زیادہ کہ ۶۴ فیصدی ہوتی ہے۔ شفایابی کے موقعے ماسبق بے اعتدالی (شراب نوشی) سے اور جسمانی قوت کی کمی سے (خواہ یہ کمی کثرتِ کار، فاقہ کشی یا ہجوم، کسی بھی سبب سے ہو) کم ہو جاتے ہیں۔ یہاں تک کہ حملۂ مرض کے ابتدائی دنوں میں چلنے پھرنے کی کوشش سے بھی حالت کم امید افزا ہو جاتی ہے۔ خود مرض کے ایسے علامات جو ناموافق انذار ظاہر کرتے ہیں، حسبِ ذیل ہیں:۔ طفح کی کثرت، تپ کی بہت بلندی، نہایت تیز نبض، دماغی علامتوں کا ابتدا میں نمو، دورانِ خون کی بڑی کمزوری، شدید ریوی پیچیدگیاں، اور تشنج۔ خون کے اندر کے یوریا کی تخمین سے انذار میں قیمتی مدد ملتی ہے۔ جب اُس کی مقدار ۰.۰۵ فیصدی سے نیچے ہو تو عموماً شفا ہو جاتی ہے۔ ۰.۰۹ فیصدی سے اوپر انذار ناموافق ہوتا ہے، اور ۰.۲ فیصدی سے اوپر تو یہ بالکل ہی یاس انگیز ہوتا ہے۔

تحریز۔ چونکہ یہ مرض صرف سرایت زدہ جوؤں کے کاٹنے سے پیدا ہو جاتا ہے، لہٰذا جوؤں کے باقاعدہ معائنہ اور کپڑوں، کمبلوں وغیرہ کی جوؤں کو حرارت کے ذریعہ یا دافعاتِ سرایت (disinfectant) مثلاً کریسال میں بھگو کر ہلاک کر دینے سے وبائیں روکی جا سکتی ہیں۔ نرسوں یا طبیبوں کی سرایت روکنے کے لئے آخرالذکر کو تنگ اور چست بالا پوشش قبائیں پہننی چاہئیں، جن کے ساتھ گم بوٹ (gum boots) ہوں۔ اِس مرض کے مشتبہ مریضوں کے داخلہ کے بعد اُن کے بالدار حصوں کو مونڈ کر جسم کو دافعاتِ سرایت سے کامل طور پر پاک کر دینا چاہیئے، اور سرایت زدہ لباس کا بھی تدارک کرنا چاہیئے۔ جب جوئیں ایک مرتبہ تلف کر دی جائیں تو پھر سرایت کا کوئی خطرہ نہیں رہتا۔ حفظِ ماتقدمی تطعیمات طریقۂ ذیل سے عمل میں لائے جاتے ہیں:۔ مرض کے درجۂ حاد میں ایک مریض کا خون لیکر اُسے غیر فائبرینی (defibrinated) بنا لیا

جاتا ہے اور پھر اُسے نصف گھنٹے تک ۵۰ درجہ سنٹی گریڈ تک گرم کرکے غیر متعمل (inactivated) بنا کر ایک، دو، اور ۵ سی۔ سی کی مقداروں میں اُس کا اشراب کیا جاتا ہے۔

علاج۔ حال ہی میں کوششیں کی گئی ہیں کہ مرکیوری سائنائڈ اور سیلیسیلیٹ (mercury cyanide & salicylate) کے ۰۰۸ ۰۰۰ گرام کے اشرابات روزانہ کرکے مرض کی مدت کو کم کر دیا جائے۔ دوسرے معالجوں نے روغن تارپین سے تر کی ہوئی نرم روئی کے چھوٹے پھائے (plugs) ناک میں رکھ کر اور انھیں بار بار بدل کر تارپین کے شمومات (inhalations) استعمال کئے ہیں۔ ٹائفس کے ایسے مریضوں سے جن کی تپش ۴-۱۱ دن تک طبعی رہ چکی ہو، ۲۰-۵۰ مکعب سنٹی میٹر مصل لیکر اُس کا اشراب کرنے سے مرض کم ہوگیا ہے۔ عمومی علاج کا مقصد یہ ہے کہ مریض کی طاقت قائم رہے، تاکہ اُن اصول پر عمل کرکے، جو ارتفاعِ تپش کے عنوان کے تحت درج ہو چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 24)، مریض کی بیماری کا زمانہ ابتدائے مرض سے انتہا تک سلامتی کے ساتھ طے کرا دیا جا سکے۔ بستر میں سکون و آرام، معقول تیمارداری اور صفائی، جروح الفراش (bed-sores) کا انسداد، دہن کی حالت پر اور آخری درجوں میں مثانہ کی طرف توجہ، موزوں غذا کا بار بار دیا جانا اُن امور میں سے ہیں جو خاص طور پر ملحوظ رکھنے کے قابل ہیں۔ شدید حالتوں میں تسکینی علاج (sedative treatment) کو مہیجات (stimulants) پر ترجیح دینی چاہئے بالخصوص جبکہ قلب کی کمزوری موجود ہو۔ ابتدائی درجوں میں پوٹاسیم برومائڈ ۵ گرین کی مقداروں میں دیا جا سکتا ہے۔ دردِ سر اور بیخوابی کی تخفیف کے لئے سر پر برف لگائیں، سرد غسل دیں یا اسفنج کریں، یا ½ گرین مارفیا کا تحت الجلد اشراب کریں۔ جب ہذیان یا مانیا ہو تو کلورل (chloral) ۱۰ یا ۱۵ گرین کی مقداروں میں زیادہ موزوں ہے، اور اُس کے ساتھ اتنی ہی مقدار پوٹاسیم برومائیڈ کی شریک کر سکتے ہیں۔ بیخوابی کے لئے پیرالڈی ہائیڈ (paraldehyde) (نصف تا ایک ڈرام پانی کے اندر)، یا سلفونل (sulphonal) (۲۰ گرین) بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔

حمیّاتِ معَویہ

(ENTERIC FEVERS)

اُنیسویں صدی کے ابتدائی حصہ میں وہ حمیات جو، بہ استثنائے امراضِ ثورانی، ایک معیّن جِلدی ثوران سے ممتاز ہوں، مُسَلسل (continuous) اور متوقف (intermittent) میں تقسیم کئے جاتے تھے۔ متوقف وہ تھے جو اب ملیریائی (malarial) کہلاتے ہیں۔ جب مسلسل بخاروں میں مزید تفریق کی گئی تو اُن میں ٹائفس (typhus)، ٹائفائڈ یعنے تپِ محرقہ اور حمّیٰ ناکسہ (relapsing fever) شامل کئے گئے۔ اگرچہ سر ولیم جینیر (Sir William Jenner) نے ۱۸۴۹ء تا ۱۸۵۱ء میں ٹائفس اور ٹایفائڈ کی تفریق حتمی طور پر بتلادی، تاہم انفرادی حالتوں میں ممیّز خصوصیات کی غیر موجودگی کے باعث مشکلات رُونما ہوتیں اور نسبتہً حال ہی کے زمانہ تک جرمنی میں یہ دونوں تپیں ٹائفس (typhus) کے مشترک نام کے تحت شامل کی جاتی تھیں، اور اول الذکر کو، بایں وجہ کہ تمثیلی حالتوں میں اس کا ثوران نمایاں ہوتا ہے، ثورانی ٹائفس (typhus exanthematicus) کے نام سے اور آخرالذکر کو معوی اضرار اور اُن کی متناظر علامات کی موجودگی کے باعث، شکمی ٹائفس (typhus abdominalis) کے نام سے موسوم کیا جاتا تھا۔ انگریزی عملِ طب میں سالہاسال سے اینٹرک فیور (تپِ معَویہ) کی اصطلاح بھی اِسی ممتاز خاصہ کو ظاہر کرنے اور ٹائفس سے (جو امراضیاتی حیثیت سے جداگانہ ہے) صریح فرق ظاہر کرنے کی دوگونہ غرض سے مستعمل رہی ہے۔ جب ٹائفائڈ (تپِ محرقہ) یا اینٹیرک (تپِ معویہ) کی حالتوں میں ایبرتھ (Eberth) نے ایک عصیّہ دریافت کرلیا، جو اب عُصَیّہ محرقہ (B. typhosus) کے نام سے مشہور ہے تو اِس فرق کی تصدیق ہوگئی۔ لیکن سنہ ۱۹۰۱ء میں یہ پایا گیا کہ ان میں سے بعض حالتوں میں، جو سریریاتی نظر سے اینٹرک کے سوائے دوسری نہیں سمجھی جاسکتی تھیں، عُصیّۂ مُسَبِّبہ بعض خصوصیات میں ایبرتھ کے عضویہ سے اختلاف رکھتا تھا۔ ایسے دو عضویے پہچانے گئے ہیں، جو عصیّہ محرقہ نما الف (B. paratyphosus A) اور عصیّہ محرقہ نما ب

(B. paratyphosus B) کے نام سے یاد کیے جاتے ہیں، اور یہ استثنائے بعض مستثنیات کے جنکا تذکرہ بعد میں کیا جائے گا' یہ بطور کلیہ کے پایا جاتا ہے کہ ٹائیفائیڈی تپ کے مبتلا مریضوں کا مصل (serum) صرف عصیۂ محرقہ کا التزاق کرے گا (ملاحظہ ہو صفحہ 16) لیکن محرقہ نما (یہ خواہ الف ہو یا ب) کے مریض کا مصل عصیۂ محرقہ نما (الف یا ب) کا التزاق کریگا جو کہ اس کی بیماری کا سبب ہے۔

چنانچہ آج کل ان تمام اقسام کو تپیاتِ معویہ (enteric fevers) کے اشکال کے نام سے یاد کرنا اور انکی حسب ذیل تفریق کرنا سہولت بخش ہے:-

تپ محرقہ جو عصیۂ محرقہ کے باعث ہوتی ہے۔

تپ محرقہ نما الف جو عصیۂ محرقہ نما الف کے باعث ہوتی ہے۔

تپ محرقہ نما ب جو عصیۂ محرقہ نما ب کے باعث ہوتی ہے۔

پہلے تپ محرقہ کا بیان درج کیا جائے گا اور پھر ان فروق کا جو محرقہ نما عضویوں سے پیدا ہونے والی تپوں میں پائے جاتے ہیں۔

تپِ محرقہ

80

(Typhoid Fever)

تپ محرقہ خاصکر بذریعۂ ابرازات ساری ہوتی ہے۔ اس میں تقریباً تین ہفتوں کی مدت کا حمائی زمانہ ہوتا ہے' اور کبھی کبھی ایک بازانتکاس (relapse) اسی طول کے ہوتے ہیں۔ اس کا ممیز امراضیاتی ضرر چھوٹی آنت کی پیئر کی چکتیوں (Peyer's patches) کا التہاب اور تقرح ہے۔

ایبرتھ کا دریافت کردہ نوعی دقیق عضویہ ایک عصیّہ ہے' جس کی لمبائی ۲ - ۳ ملکر اور سرے گول ہوتے ہیں، اور جس میں آٹھ سے دس تک باریک سوطیے (flagella) اس کی لمبائی سے تقریباً دگنے لمبے ہوتے ہیں۔ یہ بیسیلس کولائی کمیونس (عصیۂ قولونی عمومی) سے قریبی مشابہت رکھتا ہے' لیکن جرثومیاتی کاشفات کے ذریعہ اس سے شناخت کیا جاسکتا ہے۔ ایبرتھ کا عصیّہ دورانِ زندگی میں براز، خون، بول،

بُصاق (sputum) اور اُن پھوڑوں کی پیپ میں پایا گیا ہے جو تپ محرقہ کے بعد التہاب گردعظم (periostitis) اور دوسرے مماثل اضرار سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ موت کے بعد یہ تپیر کی تکیتوں، ماساریقی غدد، طحال (کثرت)، جگر، مرارہ، گردوں، نخاع عظام اور شاذ صورتوں میں پھیپھڑوں اور خصیتین میں بھی پایا گیا ہے۔

بحثِ اسباب۔ تپ محرقہ دونوں صنفوں میں سے کسی ایک کے لئے خاص رغبت نہیں ظاہر کرتی، لیکن عمر کا اثر نمایاں ہوتا ہے اور یہ مرض نوعمروں میں نسبتاً بہت زیادہ دیکھا جاتا ہے۔ وہ پنجسالہ زمانہ جو مرض کی وارداتوں کی بلند ترین نیصدی تعداد (یعنے ۲۰ نیصدی) ظاہر کرتا ہے پندرہ اور بیس سال کے درمیان کا ہے۔ پندرہ اور پچیس سال کے درمیان تقریباً ۵۰ نیصدی وارداتیں ہوتی ہیں اور پانچ سال اور تیس سال کے درمیان ۸۴ نیصدی سے زیادہ (Corfield)۔ تاہم پینسٹھ سال سے اوپر عمر والوں میں بھی یہ مرض ہوتا ہے (۱ یا ۲ نیصدی)۔ یہ سال کے آخری حصے یعنے اگسٹ سے نومبر تک کے چار مہینوں میں زیادہ پھیلتا ہے، اور اس کی وارداتیں گرم وخشک موسم میں، بہ نسبت اس کی مخالف حالت کے، زیادہ کثیر التعداد ہوتی ہیں۔ یہ اثردحام، افلاس اور عدم صفائی سے ٹائفس اور حمی ناکس کی طرح متاثر نہیں ہوتا، جو کہ خارجی طفیلیات سے منتقل ہوتے ہیں۔ عموماً طبیب، نرسیں اور شفاخانوں کے طالب علم مریضوں سے تپ محرقہ براہ راست نہیں حاصل کرتے۔ نہایت غالب حالتوں میں انتقالِ مرض کا ذریعہ براز ہوتا ہے، اور اُن شاذ مثالوں میں جن میں نرسوں کو یہ مرض مریضوں سے لاحق ہو گیا ہے، یہ غالباً برازی اخراجات سے آلودہ شدہ کپڑوں یا بستروں کے تماس سے ہوا ہے۔ لیکن بعض حالتوں میں عصیّے بول میں ملتے ہیں اور اُن عظمی اضرار (مثلاً التہاب گردعظم) سے نکلنے والی پیپ میں ہمیشہ موجود ہوتے ہیں، جو بعض اوقات تپ محرقہ کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں۔ لہٰذا ممکن ہے کہ یہ دونوں افرازات انتقالِ مرض کا ذریعہ ہوں۔

جب ایک خاندان کے ایک سے زائد ارکین مبتلائے مرض ہو گئے ہوں یا جہاں ایک گروہ یا جماعت کے افراد کو مرض لاحق ہو گیا ہو، تو ایسا یا تو اس وجہ سے ہوتا ہے کہ اُن کو ایک مماثل مشترک خطرہ کا سامنا ہوا ہے، یا اس وجہ سے کہ سرایت

جیسا کہ بیان بتلایا گیا ہے پہلے مبتلا کے براز سے بالواسطہ طور پر منتقل ہوئی ہے۔ مثلاً ایک شہر یا ایک ملک کے ضلع میں تپِ محرقہ کے پھیلنے کا سبب اکثر ایک منفرد مریض کے براز سے اُس کی آبی رسد کی آلودگی ہوتی ہے۔ اس کا موقعہ اُن ناقص ذرائع کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے جو اکثر گندآب (sewage) کے دفعیہ کے لئے کام میں لائے جاتے ہیں۔ اضلاع میں ممکن ہے کہ آبِ نوشیدنی کے لئے استعمال میں لائے جانے والے کنووں اس وجہ سے زہر آلود ہوجائیں کہ زمین اُس گندآب سے سیر شدہ ہوگئی ہے جو ایک منفصلہ بیت الخلا یا ناقص طور پر تعمیر کئے ہوئے گندآبہ (cesspool) سے تراوش پاکر نکل آیا ہے۔ ایک حالت میں تو ایک کنواں وہوبن کے گھر کی دھووَن سے آلودہ ہوگیا جو کنووں کے اندر بذریعۂ تراوش داخل ہوگئی۔ اس مرض کے ایک مریض کے اخراجات سے کچھ آلودہ کپڑے وہوبن کو پہنچے کے تھوڑے ہی عرصہ بعد اُس مکان میں جس میں اس کنویں سے آب رسانی ہوتی تھی تپِ معوی پھوٹ پڑی۔ جہاں آبِ نوشیدنی نلوں کے ذریعہ پہنچایا جاتا ہے وہاں اگر نل سوئے اتفاق سے ناقص ہوں تو ممکن ہے کہ مرض داخل ہونے کا راستہ پالے، بہ شرطیکہ یہ نل کسی مسامدار زمین میں رکھے ہوئے ہوں جو گندآب (sewage) کے کسی ایسے ناقص طور پر محدود کئے ہوئے ذخیرے سے کافی قریب ہو جس میں تپِ معویہ کے براز داخل ہوگئے ہوں۔ اسی طریقہ سے ایک پورے ذخیرہ کو سرایت پہنچ سکتی ہے۔ لیکن صرف آبِ نوشیدنی ہی خطرے کا واحد منبع نہیں۔ تپِ معویہ کی وباؤں کا تعلق دودھ کی رسد کے ساتھ بھی دریافت ہوا ہے اور اس میں اس امر کا گمان غالب ہے کہ پہلے خود دودھ اُن ظروف میں ذخیرہ کرنے سے سرایت زدہ ہوگیا جو تپِ محرقہ کے گندآب کی آلودگی میں منکشف شدہ پانی سے دھوئے گئے تھے۔ تپِ محرقہ کا تعلق گلی کوچوں میں بکنے والی آئس کریم سے اور ان کستورا مچھلیوں (oysters)، گھونگوں (cockles)، تیزبلس (mussels) اور کلامس (clams) سے بھی پایا گیا ہے جو گندآب کی آلودگی میں منکشف شدہ تولیدی رقبوں (breeding areas) سے ہم پہنچائی جاکر بغیر پکائے ہوئے کھائی جاتی ہیں۔ چینسٹر یا اِلم (water-cress) یا سیلیری (celery) بھی اسی طرح حامل ہوسکتے ہیں۔

81

اگر ان مکھیوں کے ذریعہ جو تپِ معویہ کے مریضوں کے ابرازات تک داخلہ پاچکی ہوں، غذا کی آلودگی واقع ہوجائے تو اس سے بھی سرایت پھیل سکتی ہے۔ یہ حقیقت

۱۸۹۸ء کے ہسپانی امریکی جنگ کے اور جنوبی افریقہ کی جنگ کے تجربہ سے ثابت ہو گئی۔ تجربۃً یہ بتلادیا گیا ہے کہ وہ مکھیاں جو تپ معویہ کے مریضوں کے قریب گئی ہوں واسطوں کی عقیم نلیوں کو سرایت زدہ کرسکتی ہیں اور ان نلیوں کی حضانت کرنے پر تحریقی عضویے علیحدہ کئے جاسکتے ہیں۔

لیکن عُصیہ کے ذریعہ سے انتقالِ مرض صرف اُس زمانہ تک محدود نہیں ہوتا جس میں مریض مبتلائے تپ رہتا ہے۔ صحتیابی کے ہفتوں یا برسوں بعد جبکہ وہ بظاہر کامل صحت کی حالت میں ہوتا ہے عُصَیّے پھر بھی اُس کے اندر پناہ گزیں رہ سکتے ہیں بلکہ ان عضویوں کا اُن لوگوں میں بھی موجود ہونا ممکن ہے جنکے متعلق کبھی بھی تپ محرقہ میں مبتلا ہونے کی خبر نہیں ملی اور جو باینہمہ اُن لوگوں کی سرایت کا باعث ہوسکتے ہیں جو اُن کے تماس میں آئیں۔ ایسے اشخاص حاملین محرقہ (typhoid carriers) کے نام سے موسوم ہیں اور یہ کئی گروہوں میں منقسم ہیں۔ نقیہی (convalescent) یا عارضی حامل (temporary carriers) وہ ہیں جو دو یا تین مہینے پہلے مبتلائے مرض رہ چکے ہوں۔ مزمن حامل (chronic carriers) وہ ہیں جن میں عصیہ ہفتوں یا برسوں موجود رہتا ہے۔ تندرست حامل (healthy carriers) وہ ہیں جو تپ میں کبھی مبتلا نہ ہوئے ہوں اور پھر بھی وہ دوسروں کو سرایت پہنچا رہے ہوں۔ ابتدائی حامل (early carriers) بعض ایسے اشخاص ہیں جو نیز اُس وقت جبکہ عصیے اُن کے براز میں پائے جائیں تندرست ہوتے ہیں، مگر جو بعد میں تپ محرقہ میں مبتلا ہوجاتے ہیں۔ کسی حامل کی شناخت یہ ہے کہ عُصَیّے اُس کے براز میں یا بول میں پائے جائیں۔ حاملوں کی ایک بڑی تعداد میں خون تعاملِ وِڈال (Widal reaction) ظاہر کرتا ہے۔ یہ امر کہ تپ محرقہ کا عصیہ ہمیشہ مرارہ میں پایا جاتا ہے بہت مشہور ہے، اور مزمن حاملوں کی بڑی تعداد میں سنگہائے مرارہ (gall-stones) بنجاتے ہیں اور وہ تکلیفیں پیدا کردیتے ہیں جو سنگ مرارہ میں ہوا کرتی ہیں۔ حامل دوسروں کو راست تماس سے، یا عصیوں کو پانی، دودھ یا اور دوسری چیزوں میں جنکو وہ ہاتھ لگاتے ہیں لاعلمی سے منتقل کرکے، سرایت پہنچا دیتے ہیں۔

مَرَضی تشریح - تپ معوی کے خاص اضرار چھوٹی آنت کی پیئر کی چکتیوں اور

جرابات منفردہ (solitary follicles) میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ لمفی جسیمات سے دریختہ (infiltrated) ہوجاتے ہیں، اور جو پیئر کی چکتی اس طرح ماؤف ہوتی ہے وہ پھول کر آنت کی اندرونی سطح پر ایک یا دو سُوت ابھر آتی ہے۔ وہ ریادی رکھے یا دامی رنگ کی یا گلابی ہوتی ہے لیکن گردوپیش کی مخاطی جھلی کی قدرتی رنگت بھی قائم رہ سکتی ہے لمفی جسیمات پہلے تو جرابات کے اندر تعداد میں بڑھتے ہیں، لیکن ازاں بعد اوپر کی غشائے مخاطی اور نیچے کی عمیق تر ساختوں کو دررسختہ کر دیتے ہیں۔ جوں جوں یہ چکتیاں بڑی ہوتی جاتی ہیں، یہ ایک بالائی جیبار رنگ اختیار کر لیتی ہیں اور دسویں دن کے قریب یا ذرا بعد ان میں تقرح یا اغتاش (sloughing) شروع ہوجاتا ہے، اور یہ اس طرح واقع ہوتا ہے کہ پہلے سطح کے ایک نقطہ پر ایک اوپری خراشیدگی ظاہر ہوتی ہے، جو بتدریج زیادہ گہری ہوتی جاتی ہے یہاں تک کے غدہ کا بڑا حصہ علیحدہ ہوجاتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ ایک پوری چکتی کا ایک دم اغتاث ہوجائے۔ جبکہ غشیتہ (slough) چپکا ہوا رہتا ہے، وہ اکثر لون صفرا (bile pigement) سے زرد رنگا ہوا ہوتا ہے۔ ان اعمال سے قرحہ کے فرش میں عضلی طبقہ یا باریطونی پوشش منکشف ہوسکتی ہے اور بالآخر ممکن ہے کہ باریطون میں اغتاث یا تقرح یا دریدگی واقع ہوجائے، جس کا نتیجہ یہ ہوسکتا ہے کہ آنت کے مافیہ کہفۂ باریطونی کے اندر نکل کر شدید التہاب باریطون (peritonitis) پیدا کر دیں۔ درجۂ تقرح عام طور پر تیسرے ہفتہ کے چند دنوں میں واقع ہوتا ہے، اور اس زمانہ کے اختتام کے قریب، موافق حالتوں میں، اندمال بالاندمال (healing by cicatrisation) کا عمل شروع ہوجاتا ہے۔ تقرح کا وقوع لازمی نہیں۔ خفیف حالتوں میں التہابی ورم بلا کسی متلف تغیر کے رفع ہوجاتا ہے۔ ماؤف پیئر کی چکتیوں کی تعداد نہایت مختلف ہوتی ہے، اور اگرچہ شدید اسہال والی حالتوں میں عموماً آنت کا شدید التہاب ہوتا ہے، تاہم تقرح کی وسعت اور دوسری علامتوں کے درمیان کوئی لازمی تناظر نہیں ہوتا۔ لفائفی اعوری مصراع (ileo-cæcal valve) کے قریب کی چکتیاں ہی پہلے ماؤف ہوتی ہیں اور یہ عمل وہاں سے اوپر کی طرف پھیل جاتا ہے۔ لفائفی کے زیریں سرے کے جرابات منفردہ میں جو تغیر ہوتا ہے وہ بھی اسی قسم کا ہے، اور بعض حالتوں میں بڑی آنت (بیشتر اعور)

کی لیف آسا ابھار ہیں (lymphoid follicles) بھی کلائی یافتہ اور متقرح ہو جاتی ہیں۔ آنتوں کی ان لمفی ساختوں کے ساتھ ساتھ ماساریقی غدد بھی ملتہب ہو جاتے ہیں۔ یہ کلائی یافتہ اور ر لحمی دکھلائی دیتے ہیں، ان کی رنگت گلابی سرخ یا ارغوانی مائل ہوتی ہے اور اُن کے نسیجیاتی تغیرات بیئر کی چکتیوں کے تغیرات سے مشابہت رکھتے ہیں۔ بعض اوقات یہ نرم ہو کر ایک پیپ سے مشابہت رکھنے والے سیال کے ایک یا زائد چھوٹے چھوٹے اجتماعات بنا دیتے ہیں، جو شاذ حالتوں میں بار یطون کے اندر پھوٹ پڑتے ہیں۔ یہ غیر نمایا ںکلسی (calcareous) 82 بھی ہو سکتے ہیں۔ بالکل مستثنیٰ طور پر ایسی مہلک حالتیں بھی واقع ہوتی ہیں، جن میں معوی اضرار نہیں پائے جا سکے۔ طحال عموماً بڑھی ہوئی، رنگ میں سیاہ، اور مرض کے آخری درجہ میں نرم ہو جاتی ہے۔ جگر میں اکثر جیش دمویت (hyperæmia) پائی جاتی ہے اور یہ قدرتی حالت سے زیادہ نرم ہوتا ہے، اگر گردے مستقلی ہوتے ہیں، اور ان دونوں احشا میں غدی خلیات ذراتی ہو جاتے ہیں۔ قلب اکثر نرم اور پلپلا ہوتا ہے، کیونکہ اُس کے عضلی ریشے شحمی اور ذراتی انحطاط کی حالت میں ہوتے ہیں۔ ارادی عضلات میں انحطاطِ زینکر (Zenker's degeneration) (ملاحظہ ہو صفحہ 22) واقع ہوتا ہے، بلکہ یہ انحطاط پہلے پہل تپ معوی کے تعلق ہی میں بیان کیا گیا۔ پھیپھڑے یا تو اذیمائی ہوتے ہیں، یا قاعدوں کے مقام پر مستلی یا کاہے گاہے حقیقی ذات الریہ (نمونیا) موجود ہوتا ہے۔

علامات اور ممر۔ معوی تپ کا زمانۂ حضانت تغیر پذیر ہوتا ہے، لیکن بہت سی حالتوں نے، جن میں وہ تحقیق ہوا ہے اُسے تقریباً دو ہفتہ، یا دس اور پندرہ دن کے درمیان ظاہر کیا ہے۔ مستثنیٰ حالتوں میں وہ اتنا کم کہ پانچ دن، اور اتنا طویل کہ بائیس دن ہو سکتا ہے۔ مرض کی ابتدا عموماً نہایت کم نمایاں ہوتی ہے۔ مریض کو کسلمندی اور سستی کے ساتھ کام کرنے کے ناقابل ہونے کا احساس ہوتا ہے۔ اُسے دردِ سر، ہاتھ پاؤں اور پشت میں درد، عدم اشتہا، اور شاید متلی بھی معلوم ہوتی۔ یہ علامات اُس پر اس طرح وارد ہو سکتے ہیں کہ اُسے اتنا بھی نہیں معلوم ہوتا کہ یہ کب شروع ہوئے لیکن اکثر وہ ایک ایسے دن کا تعین کر سکتا ہے جبکہ اُسے ابتداً بیماری کا احساس ہوا تھا۔ دردِ سر اکثر شدید ہوتا ہے، اور یہ ایک نہایت نمایاں شکایت ہوتی ہے۔ ابتدائی چند دنوں میں

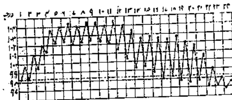
دہسال بھی ہوسکتا ہے۔ لیکن قبض بھی نہایت عام ہے۔ بعض اوقات بیماری کے آولیں احساس پر ایک مسہل لے لیا جاتا ہے اور پھر دست جاری رہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض پانچ یا چھ دن تک چلتا پھرتا ہے اور اپنا کام کرنے کی جدوجہد کرتا رہے، لیکن یا اُسے عموماً اس ہفتے کے اختتام پر مجبوراً چھوڑ کر اپنا بستر سنبھالنا پڑتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ تپش معوی تپ کے پہلے چار یا پانچ دنوں میں ہر شام کو دو درجہ بلند ہوجاتی ہے اور ہر صبح ایک درجہ گر جاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس عرصہ کے اختتام پر وہ ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک پہنچ جاتی ہے۔ ابتدائی ایام میں اتنے کم مریض اچھی طرح سے دیکھنے میں آتے ہیں کہ اس امر کی تصدیق مشکل ہے، تاہم یہ یقینی ہے کہ بعض حالتوں میں تپش پیما (thermometer) علالت کے پہلے ہی دن ۱۰۳ درجہ یا اس سے زیادہ بلند ہوسکتا ہے۔ ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ کا بلند لیول ایکبار پہنچ جانے پر تپش دس سے چودہ روز تک تقریباً اسی لیول پر رہتی ہے، اگرچہ وہ ۱۰۲ سے لیکر ۱۰۳ درجہ کی صبح کی تپشوں اور ۱۰۳ سے ۵ء۱۰۴ درجہ کی شام کی تپشوں کے درمیان اُترتی چڑھتی رہتی ہے۔ نبض تیز، ممتلی (full) لین (soft) اور نمایاں طور پر ذوضربتین (dicrotic) ہوتی ہے۔ اگرچہ بعض حالتوں میں نبض نہایت سریع ہوتی ہے مگر عموماً وہ ٹائفس اور دوسری حموی حالتوں کے نسبت تپش سے مقابلۃً بہت سست ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ۱۰۰ سے کبھی زیادہ نہ بڑھے، اور فی منٹ اسّی کی نبض ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ کی تپش کے ساتھ ساتھ موجود ہو۔ تنفس کا تواتر بڑھ جاتا ہے اور اکثر اوقات خفیف سا التہاب شعبہ (bronchitis) موجود ہوتا ہے، جو صفیری خرخرات (sibilant rhonchi) سے ظاہر ہوتا ہے اور جسکے ساتھ ممکن ہے کہ مخاطی نفث (mucous expectoration) موجود ہو۔ ساتویں سے دسویں دن کے قریب تک مریض عموماً تپ معوی کی امتیازی حیثیت پیش کرنا شروع کرتا ہے۔ وہ سست، بے خبر، بے حس ہوتا ہے، لیکن اتنا سست اور بے خبر نہیں ہوتا، جتنا کہ ٹائفس میں۔ اسکی آنکھیں زیادہ چمکیلی اور پتلیاں اکثر پھیلی ہوئی ہوتی ہیں چہرہ پھیکے (زرد) رنگ کا، گال تمتمائے ہوئے اور لب سیاہ ہوتے ہیں۔ زبان خشک ہوتی ہے اور اس کی ہر جانب پر خشک سپید فرو کی تہ موجود ہوتی ہے مگر اسکے اطراف اسکی نوک اور اس کا وسط صاف اور سرخ ہوتا ہے۔ جوں جوں مرض آگے بڑھتا ہے یا شدید حالتوں میں، زبان اپنی ساری کی سطح پر دبیز فرودار اور خشک ہوجانیکا رجحان رکھتی ہے۔ کبھی کبھی پسینہ افراط آتا ہے یا ناک سے خون

نکلتا ہے۔ پہلے ہفتہ کے اختتام پر یا اس کے بعد یعنی چھٹے سے بارھویں دن تک امعوی تپ کا ممیز گلابی طفح (rose rash) ظاہر ہوجاتا ہے۔ یہ گلابی رنگ کے داغ یا دھبے ہوتے ہیں جو مدوّر، سطح سے قدرے ابھرے ہوئے چپٹے اور محدب ہوتے ہیں لیکن نوکدار نہیں ہوتے، چنانچہ ان کو اکثر عدسی الشکل بیان کیا جاتا ہے۔ ان کا قطر ۲ سے ۴ ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ یہ انگلی سے زور سے دبانے پر غائب ہوجاتے ہیں اور ٹائفس کے طفح کی طرح نمشی الشکل (petechial) کبھی نہیں ہوتے۔ یہ پہلے شکم پر اور سینہ کے سامنے دیکھے جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ انہیں حصوں تک محدود رہیں۔ لیکن پہلوؤں، پشت اور بالائی بازوؤں اور رانوں پر بھی واقع ہوتے ہیں۔ تعداد میں یہ آدھی درجن سے لیکر تیس یا چالیس تک کم و بیش ہوتے ہیں، لیکن اس سے بھی زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور مریضوں کی کچھ تعداد (۱۰ تا ۲۰) فیصدی میں بالکل غیر موجود ہوتے ہیں۔ ہر دھبہ کی مدت محدود ہوتی ہے، اور وہ بتدریج تین یا چار دن میں مرجھا جاتا ہے۔ لیکن تیسرے ہفتے کے اختتام تک، یا بعض حالتوں میں اس سے بھی بعد تک یہ دھبے روز بروز نکلنا جاری رکھتے ہیں۔ یہ موت کے بعد نظر نہیں آتے۔

83

دوسرے ہفتے میں امعوی علامات بھی نمایاں ہوجاتے ہیں۔ شکم عموماً ابھرا ہوا بلکہ پھولا ہوا ہوتا ہے اور قرقرہ کرنے پر رتان (دگمگ دار) ہوتا ہے۔ اور آمس میں ألیبیت اور درد دونوں ہو سکتے ہیں، لیکن اول الذکر آخر الذکر کے بنسبت زیادہ عام ہوتی ہے۔ دائیں حرقفی حفرے (iliac fossa) میں اعور (cæcum) اور لفائفی (ileum) کے زیریں سرے کے مقام پر دبانے سے اکثر ایک خفیف سا درد محسوس ہوتا ہے۔ اسہال معوی تپ کی ایک مشہور و معروف علامت ہے، لیکن یہ اپنی مدت اور شدت دونوں میں نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ اکثر پہلے ہفتہ میں اسہال کا ایک تیز حملہ ہوجاتا ہے اور اس کے بعد آنتوں میں قبض ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات (بعض وباؤں میں ۴۰ یا ۵۰ فیصدی مریضوں میں) قبض شروع سے آخر تک رہتا ہے۔ دوسری حالتوں میں اسہال برابر جاری رہتا ہے اور اجابتوں کی تعداد روزانہ تین، چار یا پانچ یا اور کبھی زائد ہوجاتی ہے۔ لیکن اجابتیں مائع ہونے، مٹر کے شوربہ سا رنگ اور ایک خاص قسم کی ناگوار بدبو رکھنے کے باعث ممیز ہوتی ہیں۔ عموماً ان میں غیر منہضم شدہ غذا کے ریزے، معولی سرشلہ، خون صفرا، دقیق نبقات (micrococci) اور عصیّے (bacilli)، امونیم میگنیشیم فاسفیٹ کی قلمیں پائی جاتی ہیں۔

اور کچھ عرصہ کے بعد مرتشی پیَچَر کی چکتیوں سے نکلے ہوئے غشیات (sloughs) کے ٹکڑے بھی موجود ہوتے ہیں۔ اجابتیں قلوی اور امونیائی ہوتی ہیں۔ مزید برآں معوی امراض کا پتہ گاہے گاہے نزف (haemorrhage) کے وقوع سے چلتا ہے اور یہ اکثر غشیات کے جُدا ہونے کے بعد تقرح کے درجہ میں واقع ہوتا ہے، اور آنت سے تیز سُرخ خون کی بڑی مقداریں خارج ہوتی ہیں، جس سے شدید ہبوط (collapse) اور زردی پیدا ہوجاتی ہے اور تپش میں کمی ہوجاتی ہے۔ لیکن یہ ممکن ہے کہ جریان خون بالکل خفیف ہو اور یہ بھی زیادہ تر اکثر بیماری کے نسبتہً ابتدائی درجوں میں ہوتا ہے۔ طحال عموماً بڑھی ہوئی ہوتی ہے ممکن ہے کہ



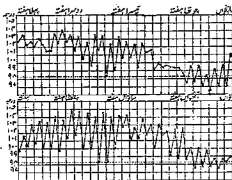
تصویر ۹ ۔ معوی تپ میں تپش کی نوعیت

یہ صرف قرع کے نتائج سے ظاہر ہو، لیکن بیشتر حالتوں میں یہ عضو گہرے سانس لینے پر ضلعی حاشیہ سے ایک یا ۲ انچ نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ **بول** مقدار میں کم، سیاہ اور بلند کثافت اضافی والا ہوتا ہے۔ یوریا (urea) اور یورک ایسڈ (uric acid) زیادہ ہوجاتے ہیں، لیکن سوڈیئم کلورائڈ بہت کم ہوجاتا ہے۔ مریضوں کی ایک قلیل تعداد میں اواخر مرض میں البیومن بھی ملتا ہے۔ خفیف حالتوں میں سوائے دردِ سر کے اور قدرے دوران سر کے دماغی افعال میں بہت کم اختلال واقع ہوسکتا ہے۔ یہ دردِ سر دسویں دن کے بعد شاذ ہی موجود رہتا ہے، اور پھر صرف قدرے غنودگی، یا رات کے وقت بہکی بہکی باتیں کرنے کا رجحان ہوسکتا ہے۔ عارضی بہرے پن کا دیکھا جانا بھی شاذ نہیں۔ ایسی خفیف حالتیں دوسرے ہفتے کے اختتام پر (دسویں سے چودھویں دن تک) درجۂ بحران (acme) کو پہنچ جاتی ہیں۔ پھر تپش ایک ممیز طریق اختیار کرتی ہے۔ اب تک تو وہ بلند لیول پر قائم رہتی تھی، لیکن اب وہ ہر صبح بسرعت نسبتہً نیچے اور زیادہ نیچے

گرتی جاتی ہے، اور شام کی تپشیں، گو وہ بھی گرتی ہیں، لیکن نسبتہً بہت کم سرعت کے ساتھ گرتی ہیں۔ اس طرح صبح کی تپش چار یا پانچ دنوں میں ۹۹ درجہ یا ۹۸ درجہ کو پہنچ جاتی ہے لیکن شام کی تپش ۱۰۲ یا ۱۰۱ درجہ پر قائم رہتی ہے۔ اس کو درجہ متفقہ (remittent stage) کہ سکتے ہیں۔ اس نقطہ سے لیکر بیماری کے اختتام تک تپ تین یا چار دن تک متوقف (دو قفہ دار: intermittent) نوعیت کی ہوتی ہے۔ صبح وہ تقریباً درجہ طبعی پر ہوتی ہے لیکن شام کے وقت ۱۰۱ درجہ یا اس تک چڑھ جاتی ہے۔ پھر کسی قدر ناگہانی طور پر یہ شام کی تپ موقوف ہو جاتی ہے، تپش طبعی یا تحت الطبعی درجہ پر رہتی ہے اور نقاہت (convalescence) شروع ہو جاتی ہے (تصویر ۹)۔ اس گرتی ہوئی تپش کے دوران میں ممکن ہے کہ دھبوں کا نمودار ہونا جاری رہے، طحال اب بھی محسوس ہوتی ہے، اور ممکن ہے قدرے اسہال بھی ہو۔ لیکن مریض کی ذہنی حالت میں عموماً اصلاح ہو جاتی ہے اور تپ کے بالکل رفع ہو جانے سے چند روز پہلے ہی اُسے اکثر بھوک بھی معلوم ہونے لگتی ہے۔

84　اس کے برعکس، نسبتہً زیادہ خطرناک حالتوں میں عصبی علامات کی شدت میں زیادتی موجود ہوتی ہے، جس پر فشل قلب (cardiac failure) کی علامتیں، یا شدید شکلی شکایتیں مستزاد ہو سکتی ہیں۔ کم و بیش مسلسل ہذیان طاری ہونے کے ساتھ غنودگی، بلکہ کوما، انتہائی عضلی انحطاط (muscular prostration)، نفض وتری (subsultus tendinum)، اور کپڑوں کا نوچنا موجود ہو سکتا ہے۔ چہرہ سیاہی مائل اور زبان خشک ہو جاتی ہے، لبوں اور دانتوں پر میل کی پپڑی (sordes) جم جاتی ہے، نبض تیز، لینّن اور ذو ضربتین ہوتی ہے، اصوات قلب کمزور، اور پھیپھڑوں کے قاعدے مختل ہوتے ہیں، جیسا کہ لغطات (râles) اور نہایت کمزور تنفسی خریر (respiratory murmur) سے ظاہر ہوتا ہے۔ احتباس بول ہو سکتا ہے یا بول وبراز دونوں بلا احساس خطا ہو جاتے ہیں۔ یہ حالت اُس سے مشابہ ہوتی ہے جو ٹائفس تپ کے تحت بیان کی گئی ہے۔ مریض فی الحقیقت محرقی حالت (typhoid state) میں ہوتا ہے۔ ہذیان ٹائفس کے نسبت کم تند و تیز ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی مریض بستر سے باہر نکل جانے میں یا غذا لینے سے انکار کر دیتے ہیں۔ فشل قلب، ضرب قلب کی کمزوری سے، اصوات کے

غیر واضح اور نبض کے صغیر اور تیز ہونے اور چہرہ اور اطراف اور پھیپھڑوں کے قاعدوں کے وریدی امتلاء سے ظاہر ہوتا ہے۔ بعض اوقات صدمۂ القلب (heart impulse) کے باہر کی طرف ہٹ جانے سے اتساعِ قلب (cardinc dilatation) کا پتہ چلتا ہے اور ممکن ہے کہ نبض بیقاعدہ یا متوقف (intermittent) ہو۔ عصبی علامات کی زیادتی کے ساتھ شکمی



تصویر ۱۔ تپ محرقہ کے ایک مصاب کی تپش جس میں نکس واقع ہوا تھا۔

تکالیف اکثر نمایاں ہوتی ہیں، اسہال بافراط ہوتا ہے، اور شکم پھولا ہوا، تنیدہ اور اَلیم ہو جاتا ہے۔ اِس درجہ میں ممکن ہے کہ متقرح آنت پھٹ جائے، اور کہفۂ شکمی کے اندر برازی مادہ خارج ہو کر التہابِ باریطون پیدا ہو جائے۔ چند حالتوں میں شدید التہابِ شعبہ (bronchitis) مرض کا اہم خاصہ ہوتا ہے۔ چہرہ کبود ہوتا ہے، سارے سینہ پر لغطات (râles) اور خرخرات (rhonchi) سنائی دیتے ہیں، اور تنفس میں خطرناک رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ اِن مختلف حالات میں دسویں یا بارھویں دن کے بعد موت تقریباً کسی بھی وقت واقع ہو سکتی ہے۔ لیکن شفایابی کوما اور دوسرے شدید علامات کے طویل زمانوں کے بعد ہوتی ہے، تپش بتدریج درجۂ طبعی پر واپس آجاتی ہے اور نقاہت

کا زمانہ بہت طولانی ہوتا ہے۔

نکس (relapse) ـ تپ معوی کا حقیقی نکس مریضوں کی کچھ تعداد میں واقع ہوتا ہے، جو مختلف مشاہدین کو ۳ سے لیکر ۱۰ یا ۱۱ فیصدی[1] مریضوں میں ملا ہے۔ نکس کی حالت میں بیماری کے تمام مظاہر مکرر ہوتے ہیں، یعنے پیئر کی چکتیوں کا تقرح، تپ، اسہال، گلابی دھبے۔ نکس کچھ وقفہ کے بعد ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ اصلی تپ کے اختتام کے بعد گیارہ دن کے برابر طویل ہو، لیکن اکثر اس سے بہت کم ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہاں تک ہوتا ہے کہ کوئی وقفہ ایسا نہیں ہوتا جو دراصل بلا ارتفاع تپش ہو اور نکس ابتدائی تپ کے ساتھ مسلسل معلوم ہوتا ہے۔ اس کی مدت اکثر بالکل اتنی ہی طویل ہوتی ہے جتنی کہ پہلے حملہ کی تھی (تصویر ۱) اور عموماً وہ نسبتہً کسی قدر زیادہ خفیف ہوتا ہے۔ فی الحقیقت حالت نکس میں موت واقع ہوسکتی ہے، لیکن تنہا شدتِ ارتفاعِ تپش یا تسمم الدم کی وجہ سے ہونے کے نسبت زیادہ اکثر ایسی پیچیدگیوں کے باعث ہوتی ہے جیسی کہ انثقابِ معا اور التہاب باریطون، یا نزف۔ کبھی کبھی بلا ارتفاعِ تپش دوسرے وقفہ کے بعد ایک دوسرا نکس واقع ہوجاتا ہے بلکہ تیسرا اور چوتھا نکس بھی مشاہدہ میں آیا ہے، اگرچہ نہایت شاذ حالتوں میں۔

پیچیدگیاں ـ پیچیدگیاں کثیر التعداد اور مختلف ہوتی ہیں، لیکن مریضوں کی ایک بڑی تعداد اُن سے محفوظ رہتی ہے۔ جیسی کہ امید ہوسکتی ہے، اہم ترین پیچیدگیاں وہ ہیں جو معوی اضرار[2] سے متعلق ہوتی ہیں۔ نزف (۱۰۶) کا بیان پہلے ہوچکا ہے (ملاحظہ ہو

---

[1] ـ میٹراپالیٹن اسائلمس بورڈ کے شفاخانوں میں سنہ ۱۹۰۰ء سے لیکر سنہ ۱۹۱۱ء تک یعنے بارہ سال کے عرصہ میں ان کی فیصدی تعداد ۳ر۱۰ تھی۔ سنہ ۱۹۱۴ء میں ۳۱۶ واردات میں نکس کی فیصدی تعداد ۹۶ر۹ تھی۔

[2] ـ توسین کے اندر کے اعداد میٹراپالیٹن اسائلمس بورڈ کے شفاخانوں کے سنہ ۱۹۱۴ء کے ۱۴۶۳ مریضوں میں ہر پیچیدگی کی فیصدی تعداد ظاہر کرتے ہیں۔ یہ اعداد سنہ ۱۹۰۰ء تا سنہ ۱۹۱۱ء کی دوازدہ سالہ ۹۴۴۹ مریضوں کی پیچیدگیاں ظاہر کرنے والی فیصدی تعداد سے (جو اس کتاب کے طبع دوم کے صفحہ ۱۱۲ پر مندرج ہے) اس امر میں اختلاف رکھتے ہیں کہ ان میں نزف کا تواتر نسبتہً کم اور برانکو نمونیہ کا تواتر نسبتہً زیادہ ہے۔

صفحہ 83)۔ التہاب باریطون اکثر موت کا سبب ہوتا ہے۔ وہ نہایت عام طور پر ایک متقرح پیئر کی چکتی کے فرش کے انثقاب سے پیدا ہوتا ہے، جس کے اندر سے آنت کے مافیہ کہفۂ باریطون کے اندر خارج ہوجاتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ کوئی انثقاب ظاہر ہوئے بغیر ہی باریطونی غلاف میں سے التہاب کے پھیل جانے سے واقع ہوجاتا ہے۔ نیز یہ شاذ حالتوں میں ملتہب ماساریقی غدد کی لینت (softening) اور طحال کے اندر کے انفصامات (infarctions) سے، اور مرارہ کے انشقاق سے واقع ہوجاتا ہے۔ آنت کا انثقاب (perforation) تپِ محرقہ کی ۳ فیصدی سے زائد مہلک حالتوں میں واقع ہوتا ہے ان حالتوں کے دو ثلث سے زائد میں یہ دوسرے، تیسرے، یا چوتھے ہفتہ میں واقع ہوتا ہے، لیکن نویں دن سے پہلے شاذ ہی ہوتا ہے۔ سوراخ تقریباً ہمیشہ لفائفی(الیئم) کے آخری ۲ فٹ میں ہوتا ہے، اور دو یا زائد سوراخوں کا ہونا شاذ نہیں۔ اکثر اس کی ابتداء کے ساتھ حاد درد، ہبوط اور شائد قے یا قشعریرہ ہوتا ہے۔ شکم الیم ہوتا ہے اور بعض اوقات بیٹھا اور سخت، اور کبھی پھولا ہوا ہوتا ہے، لیکن دونوں حالتوں میں سانس لینے پر بمشکل ہی کچھ حرکت کرتا ہے۔ نبض صغیر اور تیز ہوتی ہے، اور تپش بعض اوقات گرجاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ اس کا وقوع صرف ہبوط اور شبہے ہوئے انتفاخ سے نمایاں ہو، اور نہایت شدید حالتوں میں جن میں آنت بہت پھولی ہوئی، تیز کوما اور ہذیان موجود ہو، یہ بھی ممکن ہے کہ کوئی ایسی یقینی امارت موجود نہ ہو جو التہاب باریطون کو ظاہر کرے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کبھی کبھی جب دوران زندگی میں انثقاب اور التہاب باریطون کی موجودگی کا شبہ بھی نہیں ہوتا، یہ بعد الممات موجود ملتے ہیں۔ مشتبہ حالتوں میں سفید خلیوں کے مجموعی شمار میں ہر گھنٹہ ترقی پذیر زیادتی کا پایا جانا ایک اہم تشخیصی امر ہے۔ جبتک کہ قرحہ غیر مندمل رہے، انشقاق واقع ہونے کا امکان موجود رہتا ہے۔ ایسا انشقاق آنت کے کسی اختلال [مثلاً قے، تبرز (defæcation)، بیٹھنے میں زور پڑنے، یا غیر منہضم پذیر غذا یا مُلیّنات کے داخلی استعمال] سے پیدا ہوسکتا ہے، اور اس طرح اس سبب سے اُن حالتوں کا مہلک ہوجانا بھی ممکن ہے جو ایک خفیف مرحلے کر رہی ہیں۔ بلعوم کے تقرحات بھی مشاہدے میں آئے ہیں۔ یہ بیشتر اوپری ہوتے ہیں، حلقوم کے ستونوں پر واقع ہوتے ہیں اور بعض اوقات لمفی غدد کے ورم کے ساتھ ساتھ ہوتے ہیں۔ یہ ابتدائے مرض میں ہی واقع ہوسکتے ہیں اور

غلطی سے آتشک یا ڈفتھیریا سے منسوب کئے جاتے ہیں۔

تپ محرقی میں خفیف التہاب شعبہ اکثر ہوتا ہے لیکن کبھی کبھی یہ اس قدر شدید ہوتا ہے کہ ایک نہایت خطرناک پیچیدگی بنجاتا ہے۔ چہرہ بالکل کبود ہوسکتا ہے اور اس کی ساری سطح پر ایک کم وبیش وریدی پھیلاؤ دوڑجاتی ہے۔ سینہ لغطات (râles) اور صفرخرات (rhonchi) سے پر ہوتا ہے اور مخاطی یا مخاط آمیز ریم (muco-pus) کا نفث پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات شدید حالتوں میں تقرح حنجرہ (ulceration of the larynx) واقع ہوجاتا ہے۔ یہ قرحہ عموماً سوچہ نما کری (arytenoid cartilage) پہ واقع ہوتا ہے بلکہ ممکن ہے کہ یہ کری منکشف ہوجائے اور اس میں تنخر (necrosis) نمایاں ہوگا ہے گا ہے اس کری کے گرد گرد غضروفی التہاب (perichondritis) کی وجہ سے ایک پھوڑا بنجاتا ہے۔ ان حنجری پیچیدگیوں کے نتائج یہ ہوسکتے ہیں کہ آواز بیٹھ جائے (hoarseness) یا کامل بے صوتی (aphonia) پیدا ہوجائے یا زفیری ساعی میں ہوا حنجرہ سے خارج ہوکر انقانی بافتوں کے اندر زور سے داخل ہوجانے کی وجہ سے تحت الجلدی نفاخ (subcutaneous emphysema) پیدا ہوجائے، یا ان مریضوں میں جو شفایاب ہوجاتے ہیں تندلی تضییق ہوجانا (stricture of the glottis) واقع ہوجائے۔ تقرح کی کسی شہادت کے بدون بھی عارضی بے صوتی رونما ہوسکتی ہے۔ کبھی کبھی ذات الریہ (نمونیہ)، جو بعض اوقات گنگرینی ہوجاتا ہے، شعبی ریوی التہاب (برانکو نمونیا) (۵۳۲، ۵۳۲) اور ذات الجنب (۹۰۱) (مصلی اور تقیحی دونوں قسم کا) واقع ہوجاتے ہیں، اور استرواح الصدر (pneumo-thorax) بہت شاذ ہوتا ہے۔ یرقان کسی قدر شاذ واقع ہوتا ہے۔ یہ التہاب جگر کے باعث یا مرارہ کے نئے غصیہ ٹائفائڈ کے تسلسل الف کے باعث ہوسکتا ہے۔ براز کا لون صفرا سے لازمی تبرا ہونا ضروری نہیں اور شفایابی بلا کسی مزید علامات کے ہوسکتی ہے۔ بعض حالتوں میں مقامی امراض، جو معوی تپ سے غیر متعلق ہوتے ہیں یرقان پیدا کردیتے ہیں۔ التہاب مرارہ (cholecystitis) اس عضو کی بلاواسطہ سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ حاد التہاب گردہ (acute nephritis) (۱۰۲۹) بعض اوقات دافرالیثومن بولیت یا دم بولیت (hæmaturia) کے ساتھ واقع ہوسکتا ہے۔ معوی تپ کی تقریباً ایک چوتھائی وارداتوں میں اس کے عصیے قارورہ میں پائے جاتے ہیں یا انحصر میں

86

تیسرے ہفتے میں بعض اوقات یہ اس قدر افراط کے ساتھ ہوتے ہیں کہ ایک نمایاں رسوب بنا دیتے ہیں (bacilluria) عُصیّہ بولیت' اور بعض اوقات یہ التہاب حوضِ گردہ (pyelitis) یا التہابِ مثانہ (cystitis) پیدا کر دیتے ہیں۔ وہاں یہ برسوں قائم رہ سکتے ہیں' جیسا کہ محرقی حاملین (typhoid-carriers) کے تعلق میں بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 81)۔ التہابِ اُذن (۱۲۱۳) اور سیلان الاُذن (otorrhœa) دورانِ تپ میں یا اُس کے بعد واقع ہو کر بہرا پن یا تسمّمُ الدّم (septicæmia) اور التہابِ سحایا (meningitis) کی نسبتہً زیادہ خطرناک حالتیں پیدا کر سکتے ہیں۔ تاہم التہابِ سحایا معوی تپ کی پیچیدگی کے طور پر بالکل شاذ ہوتا ہے' اور وہ دماغی علامات جو معمولاً پیدا ہو جاتے ہیں' دماغی التہاب سے کوئی تعلق نہیں رکھتے۔ تپِ محرقہ کے عُصیّوں کے باعث ہونے والے التہابِ سحایا کا وقوع بالعموم اضرار کے مرقوم ہے۔ بعض اوقات دوجانبی التہابِ عصبِ بصری (double optic neuritis) دیکھا جاتا ہے' لیکن یہ نادرالوقوع ہے۔ بعض اوقات دوسرے مقامی التہابات دورانِ تپ میں یا دورانِ نقاہت میں واقع ہوتے ہیں اور یہ شفایابی میں بعید تاخیر کا باعث ہو سکتے ہیں' مثلاً التہابِ نکفیہ (parotitis) (۱۳۱۰)' جس کے بعد تقیح' یا گردن کی وسیع زیرِ ریزش (infiltration) واقع ہو سکتی ہے' التہابِ خصیہ (orchitis)' التہابِ عضلی (myositis)' آکلتہ الفم (cancerum oris) خراجات (۲۱۲۱)' دُمّل (boils) (۶۹۳۰) اور وجہی سرخبادہ (facial erysipelas)۔ التہابِ گردِ عظمہ (periostitis) (۲۶۱) خاص کر قصبیہ ہڈی (tibia) پر' لیکن دوسری ہڈیوں' مثلاً زندی ہڈی (ulna) یا بعد رسغی ہڈیوں (metacarpals)' میں بھی ہوتا ہے۔ اور ضلعی کریوں کا گردِ غضروفی التہاب (pericarditis) واقع ہو سکتا ہے۔ قطنی عجزی خطہ کے درد کی اُس حالت کو جس میں چلنے سے درد زیادہ ہو جائے' نیز طویل عرصہ تک قایم رہے محرقی عمود الفقرات (typhoid spine) کہتے ہیں۔ بعض حالتوں میں رانجنی شعاعوں سے قطنی یا زیرین ظہری فقرات کے قرب و جوار میں التہاب العظم (ostitis) اگردِ عظمی التہاب (periostitis) اور گردِ غضروفی التہاب (perichondritis) ظاہر ہوا ہے۔ ایک دوسری حالت جو بیان کی جاتی ہے' الیمہ انگشتہائے پا (tender toes) ہے۔ اس میں پاؤں کی انگلیاں

اور تلوے چلتے وقت دباؤ پڑنے سے دردناک ہوتے ہیں۔ شدید حالتوں میں ممکن ہے کہ باوجود تیمارداری کے باوجود قروح الفراش (bed-sores) پیدا ہو جائیں۔ فخذی وریدکی علقیت (thrombosis) (۲۱ ر ۲)، جو عموماً بائیں جانب پر ہوتی ہے ابتدائی نقاہت کے دوران میں واقع ہو کر اس سے پاؤں اور ٹانگ کا اُذیما اور اس ورید کے ممر میں التہیت پیدا ہوسکتی ہے۔ یہ زیادہ تر بلا مزید تکلیف کے دفع ہو جاتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ علقیت بڑی شریانی وریدوں میں پھیل جائے، یا خون کے تھکے کے حصے ٹوٹ کر علیحدہ ہو جائیں اور ریوی سدادیت (pulmonary embolism) اور ہلاکت پیدا کردیں قشعریرے شاذ ہی ہوتے ہیں۔ یہ قبض یا ذات الریہ جیسی پیچیدگیوں کے باعث ہوسکتے ہیں، لیکن بعض اوقات بلاکسی قابلِ شناخت سبب کے واقع ہوتے ہیں عصبی نتائج میں، علاوہ التہابِ سحایا (meningitis) کے، التہابِ دماغ (encephalitis) (جو شاذ ہوتا ہے) ذہنی اختلالات، التہابِ اعصابِ محیطی (peripheral neuritis) (۳۱ ک ۰) اور شاذ صورتوں میں مقامی عضلی ذبول (muscular atrophy) ہیں۔

معوی تپ کی قسمیں۔ تپ محرقہ سے زیادہ تغیر پذیر یہ چند امراض ہی ہیں۔

اگرچہ اس کی مدت مخصوص و ممیز طور پر تین ہفتے ہے، تاہم یہ مدت اتنی مختصر کہ صرف دس دن، اور اتنی طویل کہ پانچ یا چھ ہفتے ہوسکتی ہے، اور اگرچہ مختصر حملوں میں بعض اوقات مرض کی اُوسوری صورت کی خاصی مماثلت ہوتی ہے، تاہم ممکن ہے کہ اُن کے بعد بالکل اسی نوعیت اور مدت کا نکس (relapse) واقع ہو جائے۔ بعض اوقات تپش متدرکڑ بالا طریقہ (ملاحظہ ہو صفحہ 82) سے گرنی شروع ہوتی ہے اور پھر درجۂ طبعی تک پہنچنے سے پہلے اپنی متنزل (remittent) نوعیت پر قائم رہتی ہے، اس طرح پر کہ آٹھ یا دس روز تک ۱۰۰ درجہ (صبح) اور ۱۰۲ درجہ (شام) کے درمیان کم و بیش ہوتی رہتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تپ میں اس قدر طوالت ہو جاتی ہے کہ پانچواں ہفتہ شروع ہو جاتا ہے گو مریض اپنی حالت کو روز بروز بہتر محسوس کرتا ہے اور اُسے بظاہر کسی پیچیدگی کی شکایت نہیں ہوتی۔ دوسری صورتوں میں تپ کی طوالت اُس بلند درجہ کی تپش کا تسلسل ہوتی ہے جو دوسرے ہفتے کے لئے مخصوص و ممیز ہے۔ یہ حالتیں عموماً

شدید قسم کی ہوتی ہیں۔ بعض حالتوں میں بیماری اِس قدر خفیف ہوتی ہے کہ مریض اپنے معمولی کاروبار میں مشغول رہتے ہیں، یہاں تک کہ شاید غذا کی کوئی بے احتیاطی یا نادِ اقفیت کی بناء پر یا تجویز کردہ مُلیّنات کے استعمال سے ایک مُہلک انثقاب واقع ہوجاتا ہے۔ ایسی حالتوں کو جو اپنی عمومی علامتوں میں تو اِس قدر خفیف اور باینہمہ اپنے ممکن اختتام کے لحاظ سے اِس قدر خطرناک ہوتی ہیں، اِنتقالی تپِ محرقہ (ambulatory typhoid) کہتے ہیں۔ ہرجلی (ataxic) اور مُضعف (adynamic) شکلیں بھی بیان کی گئی ہیں، لیکن اصطلاحات محض جسم کے کسی ایک نظام میں علامات کے غلبہ کو ظاہر کرتے ہیں۔ نہایت شاذ حالتوں میں ایک نزفی (hæmorrhagic) شکل بھی واقع ہوتی ہے جس میں جلد پہ پیورائی (purpuric) تورانات، مخاطی جھلیوں سے سیلانِ خون، رُعاف (epistaxis) کے الدم (hæmatemesis) ہوتے ہیں، اور عضلات اور اندرونی احشاء میں نزف واقع ہوتا ہے

(مقابلہ کرو کھسرا اور چیچک سے)۔ تپِ محرقہ بچوں میں بیشتر اوقات نہایت خفیف اور اکثر قصیر المدت ہوتی ہے، اور بالغ مریضوں کی اوسط حالت میں مرض جتنی کہ چکنیوں میں جس قدر پھیلا ہوا ہوتا ہے اُس کی نسبت بچوں میں کم وسیع ہوتا ہے۔ فترات تپش جو بالغوں میں مرض کے آخری نصف میں خوب نمایاں ہوتے ہیں، وہ بچوں میں اکثر اور بھی زیادہ نمایاں ہوتے ہیں اور قدیم مصنفین نے شیر خواروں کا جو "حمّی مُتفترہ" (infantile remittent fever) بیان کیا ہے وہ بلا شبہ تپِ محرقہ تھا۔ نیز زیادہ عمر کے لوگوں میں گلابی دھبے اور بڑھی ہوئی طحال اکثر غیر موجود ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ ارتفاعِ تپش کی ہر حالت میں، جس پر کسی لحاظ سے تپِ محرقہ کا گمان ہو، حتی الوسع جلد ترین موقع پر دموی کاشت کے ذریعہ سے عضویہ کو علیحدہ کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔ نہایت عدیم العفونت احتیاطوں کے ساتھ ایک ورید سے خون نکالا جاتا ہے اور اُس میں عقیم سوڈیم سائٹریٹ کافی مقدار میں ملاکر ایک ۰،۵ فیصدی طاقت کا محلول تیار کر لیا جاتا ہے۔ ایسا اس لئے کیا جاتا ہے کہ تھکا نہ بننے پائے۔ پھر یہ خون اپنے حجم سے ۵ تا ۱۰ گونہ عقیم شوربہ میں ملاکر، ۳۷ درجہ سنٹی گریڈ پر تحضین (incubated) کر لیا جاتا ہے۔ کم از کم ۵ مکعب سنٹی میٹر خون نکال کر کاشت کے کئی انبوبات تیار کرنے چاہئیں۔

87

خون کی کاشت اگر مرض کے پہلے سات دنوں کے اندر کی جائے تو اس سے مثبت نتائج کا بلند تناسب حاصل ہوتا ہے۔ لیکن کاشت نسبتًہ بہت زیادہ عرصہ تک مثبت رہ سکتی ہے، چنانچہ مریض کو مرض کے خواہ کسی درجہ میں بھی دیکھا جائے، دموی کاشت کی سعی ہمیشہ کرنی چاہئے۔ سات دن سے زیادہ مدت کے مریضوں میں بھی خون کا نمونہ لے لینا چاہئے، تاکہ عضویہ کے معوی گروہ (enteric group) کے مقابلہ میں مصل کی الزاقی قوت کا امتحان کیا جاسکے (Widal's reaction = تعامل ویڈال)۔ بطور معمولی دستور العمل کے بول و براز کے نمونوں کو کاشت کے لئے بھیجنا مناسب ہے۔ لیکن مثبت نتائج بیماری کے تمام درجوں میں نہیں حاصل ہوسکتے، اور منفی نتائج کو جلدی کرکے مرض نہ ہونے کی علامت نہیں سمجھ لینا چاہئے۔ لہٰذا بیماری کے تمام سریریاتی مظاہر، نیز اسباب و سرگذشت مرض سے تعلق رکھنے والے مختلف امور پر کامل غور و توجہ ضروری ہے۔ تعامل ویڈال عمومًا مرض کے تقریبًا چودھویں دن تک مثبت نہیں ہوتا، لیکن نقیہیت کے بعد بعض اوقات کئی مہینوں تک مثبت رہتا ہے۔ محرقہ نما (پیراٹائیفائڈ) تپوں کی تشخیص میں اور تطعیم کردہ اشخاص میں اس تعامل کی سودمندی کے متعلق بعد میں بحث کی گئی ہے۔

چونکہ تپ محرقہ مختلف شکلیں اختیار کرتی ہے، اور چونکہ خود اس کی تمثیلی علامتیں اکثر اوقات غیر موجود یا غیر واضح ہوتی ہیں، لہٰذا ممکن ہے کہ اس پر بہت سے امراض کا مغالطہ ہوجائے۔ لیکن مختصرًا یہ بیان کیا جاسکتا ہے کہ تپ محرقہ کے سب سے زیادہ مستقل اور اس پر سب سے زیادہ دلالت کرنے والے خصائص یہ ہیں:۔ دردِ سر، مسلسل تپ، گلابی دھبے، اور بڑھی ہوئی طحال۔

ابتدائی درجوں میں تپ محرقہ امراض طفحیہ سے ان کے امتیازی ثور ان کی غیر موجودگی کے باعث تمیز کی جاتی ہے۔ بیماری کے تقریبًا پانچویں دن ٹائفس، چیچک یا حمّی قرمزیہ کا طفح پیدا ہوچکتا ہے۔ چند روز بعد ہی گلابی دھبوں کے ظاہر ہونے سے تپ معوی کی تشخیص مصدق ہوجاتی ہے۔ مفاصل کے شدید دردوں سے رثیتی تپ (روماٹزم) کا شبہ پیدا ہوسکتا ہے۔ طویل المدت حموی شکایت سے جو غیر محسوس طور پر پیدا ہوگئی ہو اور کوئی ظاہر مقامی اعتراض نہ پیش کرتی ہو، ہمیں ہمیشہ تپ معوی کا خیال پیدا ہونا چاہئے، لیکن انفلوئنزا کا بڑا پھیلاؤ اکثر غلطیوں کا باعث ہوتا ہے، کیونکہ گو انفلوئنزا ایک نسبتًہ

بہت زیادہ ناگہانی اور بہ سرعت انبطاح پیدا کرنے والا مرض ہے، تاہم وہ اس قدر تنوع پیش کرتا ہے کہ تقریباً ہر ایسی بیماری جو درد سر، درد پشت اور تپ سے شروع ہو، غلطی سے انفلوئنزا سمجھی جا سکتی ہے۔ اگر تپ محرقہ موجود ہے تو تپش بلند رہتی ہے بلکہ اور بھی بڑھ جاتی ہے اور اسہال، کلانی طحال، یا گلابی دھبوں سے تشخیص جلد محقق ہو سکتی ہے۔ داہنے مراق (hypochondrium) میں عضلی مزاحمت اور مرارہ کے اوپر الیمیت محرقی سرایت کے ابتدائی امارات کہے جاتے ہیں، لیکن بلاشبہ یہ مقامی التہابی اضرار کے باعث بھی ہو سکتے ہیں۔

بعد کے درجات، بہ لحاظ اس کے کہ نمایاں ترین اختلال سر، سینہ یا شکم میں ظاہر ہو، 88 مختلف امراض سے مشابہت رکھتے ہیں۔ مثلاً تپ محرقہ کا ابتدائی درد سر اور بعد کا ہذیان التہاب سحایا (meningitis) کی طرف اشارہ کر سکتا ہے، اور یہ دونوں امراض اکثر اوقات باہم خلط ملط کر دئے جاتے ہیں۔ قطنی کچوکے (lumbar puncture) یا اور دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے جو خلیات اور بیر دیٹیس کے لئے کیا جاتا ہے، تشخیص متعین ہو جائے گی۔ بعض اوقات ان میں سریریاتی طور پر تفریق کرنا آخری درجوں تک مشکل ہوتا ہے جبکہ التہاب عصب بصری (optic neuritis) یا ایک مقامی شلل، حول یا تشنج، یا مزمن طور پر باز کشیدہ شکم، تدرنی التہاب سحایا کے حق میں فیصلہ کر دے، یا اس کے برعکس، شکمی علامات کی زیادتی اور اس کے ساتھ دھبوں کی موجودگی اسے تپ محرقہ ثابت کر دے۔ اس آخر الذکر میں درد سر دسویں دن سے آگے شاذ ہی جاری رہتا ہے۔ جب ریوی علامات نمایاں ہوتے ہیں تو وافر التہاب شعبی تنفطات (bronchitic râles) اور تکتکے (crepitations) اور ان کے ساتھ کی متفتر تپ (remitting fever) کی وجہ سے حاد عمومی تدرن (acute general tuberculosis) سے مشابہت ہو سکتی ہے۔ شکمی امراض جو تپ محرقہ کے ساتھ خلط ملط کئے جا سکتے ہیں وہ بالتخصیص تدرنی التہاب بار یطون (tuberculous peritonitis) اور التہاب زائدۂ دودیہ (appendicitis) ہیں۔ دونوں میں شدید تپ، شکم میں نفخ اور الیمیت ہو سکتی ہے، اور تدرنی التہاب باریطون میں اس کے ساتھ کے تدرنی تقرحات کی وجہ سے اجابتیں بار بار آ سکتی ہیں اور ان کا رنگ زرد ہو سکتا ہے۔ تپ محرقہ سے التہاب زائدہ دودیہ کی تفریق عموماً محدود الیام درد قشعریرہ اور قے کی وجہ سے ہوتی ہے، کیونکہ ان میں

سے کوئی علامات تپ محرقہ میں عام طور پر موجود نہیں ہوتی لیکن ایک طرف تو یہ علامات بعض اوقات تپ محرقہ میں موجود ہوتی ہیں اور اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ التہاب زائدہ کے حاد مقامی التہاب کے معروف عوارض پیدا کئے بغیر نویاب ہو جائے۔ تقیح الدم (pyæmia) یا تسمم الدم (septicæmia) کی حالت بھی جو شکم کے دوسرے حصوں میں خراج یا تقیح [مثلاً خراج جگر (hepatic abscess) یا التہاب حوالی گردہ (perinephritis)] کے ساتھ موتلف ہو خلط ملط کا باعث ہو سکتی ہے اور اس شاذ مرض کو نہیں بھولنا چاہئے جسے تقیحی التہاب ورید الباب (suppurative pylephlebitis) کہتے ہیں اور جس میں جگر کے ماؤف ہونے کی کوئی مقامی علامت بہت کم ہوتی ہے یا بالکل موجود نہیں ہوتی۔ ان میں سے بیشتر حالتوں میں کثرت خلیات بیضا (leucocytosis) موجود ہوتی ہے۔ اکثر اوقات ایک مائل حالت یعنے ساری یا خبیث التہاب درون قلب (infective or malignant endocarditis) کو غلطی سے تپ محرقہ سمجھ لیا جاتا ہے۔ التہاب درون قلب کی تائید میں حسب ذیل علامتیں ہوتی ہیں:۔ خریر (murmur) یا قلب کے غیر منتظم فعل کی موجودگی؛ جلد کے نیچے نزفات یا سدادات (emboli) کے ظواہر مثلاً کلائی یا ٹخنے کے مقام پر نبض کا تسدد؛ ذرا فراالبیومین بولیت یا شبکی نزفات۔ ممکن ہے کہ قشعریرہ موجود ہو اور تپش اکثر آزادانہ طور پر کم و بیش ہوتی رہتی ہے۔ موئینی (trichinosis) [یعنی جسم کے اندر موئینہ لولبی (trichina spiralis) کی تکثیر سے پیدا ہونے والا مرض] غلطی سے تپ محرقہ سمجھ لیا گیا ہے۔ اس کی شناخت شدید عضلی دردوں، پپوٹوں کے تہیج اور بعض اوقات سارے جسم کے تہیج سے ہوتی ہے اور اس میں نہیں نہ تو گلابی دھبے ملتے ہیں اور نہ کلائی طحال۔

حمّی بحر روم (Mediterranean fever) تپ محرقہ سے بعض مشابہات

پیش کرتا ہے اور ان مقامات میں جہاں اول الذکر پھیلا ہوا ہو اس کا خیال کرنا ضروری ہے۔ ملیریائی سرایت کی بعض قسموں، بالخصوص خبیثہ ثلاثی (malignant tertian) میں تپ محرقہ سے تقریباً بعینہٖ مشابہت ہو سکتی ہے۔ ان ملیریائی سرایتوں کی شناخت خون کے اندر طفیلیات کے ملاحظہ سے اور ارتفاع تپش پر کونین کے رد عمل سے کی جا سکتی ہیں۔ لیکن یہ فراموش نہیں کرنا چاہئے کہ اکثر اوقات ایک ہی مریض میں ملیریائی سرایت اور تپ محرقہ دونوں ساتھ ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ امتحان وِڈال (Widal test) اور اصلی عضویوں کی تلاش کے سود مند ہونے کا امکان بالخصوص

اِسی طرح کے مرض میں ہوتا ہے' تیز دوسرے ایسے امراض میں جہاں مسلسل بخار کے سوائے اور کوئی دوسری مثبت علامات نادر الوقوع یا غیر واضح ہوں۔ اور ایسے طریقوں کی اہمیت اِس وجہ سے بھی زیادہ ہو رہی ہے کہ صرف انھیں سے تپِ محرقہ اور اُس کے محرقہ نما (paratyphoid) رشتہ داروں کے درمیان تفریقی تشخیص کی جا سکتی ہے۔

تشخیص میں امتحانِ خون (ملاحظہ ہوں امراضِ خون) سے کسی قدر مدد مل سکتی ہے۔ تپِ محرقہ کی ابتدائی ترین درجوں کے سوائے دوسرے تمام درجوں میں معادل پسند سپید خلیات (neutrophil leucocytes) کی کمی ہو جاتی ہے۔ یہ خلیات گھٹتی ہوئی تپ کے زمانہ میں اپنے درجۂ اقل کو پہنچ جاتے ہیں۔ لمفی خلیات (lymphocytes) بھی پہلے تو کم ہو جاتے ہیں، لیکن مسلسل تپ کے درجہ کے اختتام پر پھر زیادہ ہو جاتے ہیں، اور تپ کے سارے دور ان میں اور نقاہت کے اندر بھی چند ہفتوں تک وافر تعداد میں موجود رہتے ہیں۔ ایوسین پسند خلیات (eosinophils) پہلے تو غائب ہوتے ہیں لیکن لمفی خلیات کی زیادتی کے ساتھ پھر موجود ہو جاتے ہیں (Nägeli)۔ ثانوی سرایتیں، یا دوسری پیچیدگیاں، سفید خلیوں [بالخصوص کثیر الاشکال نواتی خلیوں (polymophonuclear cells)] کی تعداد کو پھر زیادہ کر سکتی ہیں۔

مارِس (Marris) نے دریافت کیا ہے کہ تپِ معوی کے گروہ کی تپوں میں ایٹروپین (atropine) سے قلب کا فعل اِس قدر تیز نہیں ہوتا جس قدر کہ تندرست اشخاص میں ہوتا ہے۔ یہ فرق تپ کے تقریباً دسویں دن مشاہدے میں آتا ہے' گو بعض اوقات اِس سے پہلے بھی دیکھا جاتا ہے' اور ایٹروپین کی اصلی حساسیت چودھویں دن کے بعد کسی وقت بھی پھر حاصل ہو جاتی ہے' گو ممکن ہے کہ یہ فرق اِس سے بہت زیادہ عرصہ تک باقی رہے اور نکوس (relapses) کے ساتھ متغیر پذیر ہو۔ پچاس برس سے زائد عمر والے اشخاص میں' اور اُن میں جو مرضِ قلب یا شریانی صلابت (arterio-sclerosis) میں مبتلا ہوں' اِسراع پیدا کرنے میں (ایٹروپین کی) ناکامی اُن قلبی عروقی تغیرات (cardio-vascular changes) کی وجہ سے ہو سکتی ہے جو پہلے سے موجود ہوں، نہ کہ ٹائیفائڈ کے زہر کے باعث۔

نبض کی شرح دقیقہ بہ دقیقہ مندرج کر لی جاتی ہے' یہاں تک کہ وہ ایک حالت پر قائم ہو جائے۔ پھر ۱/۳۵ گرین ایٹروپین سلفیٹ (atropine sulphate) کا تحت الجلدی اشراب کیا جاتا ہے۔ بہترین امر یہی ہے کہ اشراب عضلۂ ثلاثی الرؤس (triceps) پر کیا جائے۔

89

پچیس دقیقوں کے بعد نبض کا اندراج پھر دقیقہ بہ دقیقہ کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ یہ صاف معلوم ہوجائے کہ شرح نبض اپنی اتم بلندی پر پہنچ گئی ہے اور اب گر رہی ہے۔

تائرس یہ نتیجہ اخذ کرتا ہے کہ ایڈرینالین کے بعد شرح نبض میں فی دقیقہ بیس یا زائد ضربات کی زیادتی اس امر کی دلالت سمجھنی چاہئے کہ مریض غالباً تپ محرقہ یا محرقہ نما (پیرا ٹائفائڈ) گروہ کی کسی تپ میں مبتلا نہیں ہے۔ دس سے کم ضربات کی زیادتی ان امراض میں سے کسی ایک کی سرایت کی دلالت ہے۔ دس اور بیس کے درمیان کے مقروآت (readings) غیر یقینی ہیں۔

انذار۔ تپ محرقہ کی ہلاکت مختلف وباؤں میں ۵ سے ۲۰ فیصدی تک مختلف ہوتی ہے۔ پیچیدگیاں بیشتر اموات کا باعث ہوتی ہیں اور پیچیدگیوں کے وقوع سے انذار میں کسی وقت بھی ترمیم ہو سکتی ہے۔ پیچیدگیوں کے علاوہ بخار کی شدت سے بھی انذار میں اہم نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ اگر تپش جو کہ پہلے ہفتے کے اختتام پر بلند ہو، بعد میں کبھی ۱۰۳ درجہ سے اوپر نہ جائے تو حالت امید افزا ہے۔ لیکن اگر دوسرے ہفتے میں تپش اول سے آخر تک ۱۰۴ درجہ پر قائم رہے یا اس سے بھی زیادہ بلند ہو تو حالت نسبتاً بہت زیادہ خطرناک ہے۔ بعض مریض بتدریج کمزور ہو کر بارھویں، اکیسویں اور دسویں دن کے قریب بلکہ اس سے بھی پہلے مر جاتے ہیں۔ انثقاب (perforation) جب تک کہ جراحی طریقوں سے اس کا علاج مستعدی کے ساتھ نہ کیا جائے تقریباً یقینی طور پر مہلک ہوتا ہے۔ نزف نسبتاً کم خطرناک ہوتا ہے، لیکن اموات کی تقریباً ۱/۴ تعداد کا باعث ہو سکتا ہے، اور شدید نزف والی حالتوں میں شرح ہلاکت اوسط سے بہت زیادہ بلند ہوتی ہے۔ شدید نزف اگر مہلک نہ بھی ہو تو بھی وہ مریض کو نہایت عدیم الدم (anæmic) بنا کر نقاہت کو بہت طویل کر دیتا ہے۔ زیادہ نفخ شکم، وافر اسہال، سلس البول (incontinence of urine) اور سلس البراز (incontinence of fæces) شدید عمومی شعبی التہاب (general bronchitis)، ضعیف اور غیر منتظم قلب، یہ سب ناموافق علامات ہیں۔

تحریز۔ تپ محرقہ خاصکر برازی اخراجات سے آب لارسہ کے سرایت زدہ ہو جانے سے پھیلتی ہے اور جب اس مرض کی کسی واردات کی ابتداً تشخیص ہو جائے تو اس امر کے متعلق کہ اس طرح پانی کی آلودگی واقع نہ ہونے پائے حتی الامکان انتہائی احتیاط عمل میں لائی جائے۔

صحی انتظامات، بالخصوص وہ جنکا تعلق آبی رسید، سیلنیت (drainage) اور گند آب (sewage) کے اخراج سے ہے، جس قدر زیادہ مکمل ہوں گے اسی قدر ایسی آلودگی کے وقوع کا امکان کم ہے۔ موریوں (sewers) میں پھینکے ہوئے غائطی اخراجات، جن کی سرایت کا ازالہ (disinfection) پہلے سے نہ کر لیا گیا ہو موریوں کے مابعد کو ساری (infections) بنا دیتے ہیں اور جب سیلات (drains)، موریاں (sewers) یا کنویں ناقص ہوں تو آب نوشیدنی کو مسموم کر سکتے ہیں۔ یہی اخراجات جب بستر کے کپڑوں، لباس، تولیوں اور مماثل چیزوں کو آلودہ کر دیتے ہیں تو براہ راست یا دھونے کے پانی کو سرایت زدہ کر کے دور افتادہ حصوں میں سرایت منتقل کرنے کا ذریعہ ہو سکتے ہیں۔ مندرجہ بالا سے اس امر کی طرف دلالت ہوتی ہے کہ ہمیں کس سمت میں عمل پیرا ہونا چاہیئے۔ یعنے یہ معلوم ہوتا ہے کہ اخراجات (برازات) اور ان سے آلودہ شدہ ہر چیز کی سرایت کا ازالہ، اور اس امر کی متواتر نگرانی کہ پانی، ہوا اور غذا کی آلودگی واقع نہ ہونے پائے۔ اس معاملہ میں ہر طرح کی صفائی ممد ہوتی ہے۔

تحرزی تطعیم (preventive inoculation)۔ لیکن اگر سرایت میں منکشف ہونے کے خطرے سے محترز رہنا ممکن نہ ہو تو بھی تپ محرقہ کے عصیوں کی مردہ کاشتوں سے تیار کی ہوئی جدرین (vaccine) کی تطعیم سے اس طرح پر منکشف شدہ شخص کی حس پذیری کم کر دینا ممکن ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 15)۔ ایسی تطعیم چند سال سے فوج میں بطور ایک معمولی دستور العمل کے کی جاتی ہے۔ پہلے ایک ایسی جدرین کا اشراب کیا جاتا ہے جس میں ۵ کروڑ عصیے موجود ہوتے ہیں۔ دس دن کے بعد ایک ارب (1000 millions) عصیوں کا ایک دوسرا اشراب کیا جاتا ہے۔ اس سے کسی قدر مقامی اور عمومی تعامل واقع ہوتا ہے لیکن یہ جلد رفع ہو جاتا ہے۔ اندازہ کیا گیا ہے کہ اس سے قابلیت مرض ۱/۵ حصے تک اور ہلاکت ان لوگوں میں جن کو مرض ہو گیا تھا نصف تک گھٹ جاتی ہے، لیکن اس سے بھی زیادہ حیرت ناک اعداد شائع ہو چکے ہیں۔ مزید برآں جدرین کی تطعیم زیادہ مقدار میں اور زیادہ تکرر کے ساتھ بھی کی گئی ہے۔ ایک ارب (1000 millions) کی تطعیم تقریباً ایک ایک سال کے فاصلوں سے مکرر کرنی چاہیئے۔

محرقی حاملین (typhoid-carriers) کے علاج میں بہت سی مشکلات پیش

آتی ہیں۔ معوی دافعاتِ عفونت (intestinal antiseptics) بیکار ہوتے ہیں۔ مرارہ کی سیلیت (drainage) کی گئی ہے بلکہ مرارہ کو نکال کر خارج بھی کر دیا گیا مگر کوئی محسوس کامیابی نہیں ہوئی۔ مجدریات (vaccines) کا استعمال عقیم محرقی عُصیّوں کے کئی بلین کی مقداروں میں دو یا تین ہفتوں کے فاصلوں پر کیا گیا، لیکن اس سے اگرچہ عضویے بول و براز سے کچھ عرصے کے لئے غائب ہو جاتے ہیں، تاہم شفایابی کا مستقل طور پر یقینی ہونے کا زعم نہیں لیا جا سکتا۔ محرقی حامل کی دِقّت کے تدارک کا معقول ذریعہ صرف یہی ہے کہ اُسے زیر نگرانی رکھ کر اس کے ابرازات کی سرایت کا ازالہ یقینی طور پر کیا جائے، یہاں تک کہ اس کا مستقل طور پر سرایت سے مبرا ہونا ظاہر ہو جائے۔ اس امر کی خاص احتیاط رکھنی چاہئے کہ محرقی حامل کا پیشہ ایسا نہ ہو جس کی وجہ سے اُسے دوسرے لوگوں کی غذا کو ہاتھ لگانے یا اُسے تیار کرنے کی ضرورت ہوتی ہو۔ اُن حالتوں میں جن میں سرایت غالباً بولی ہو یوروٹروپین (urotropin) سے، جب تک کہ اس کا استعمال جاری رہے، عُصیّوں کی تعداد گھٹ جائے گی۔

علاج - مریض کو ایک وافر تدریج یافتہ کمرے میں بستر پر ہونا چاہئے۔ تیمار داری کے متعلق اُن ہی قواعد پر عمل کرنا چاہئے جو دوسرے ساری حمیات کے لئے عمل میں لائے جاتے ہیں۔ انثقاب (perforation) کے خطرات اور متقرح آنت سے وقوعِ نزف کے امکان کو کبھی نظر انداز نہیں کرنا چاہئے۔ استراحت اور سکون کامل ہونا چاہئے، مریض کو کسی قسم کی محنت (زور یا بار) کی اجازت نہ دی جائے اور جب اُسے پیشاب کرنے یا پاخانہ پھرنے کی خواہش ہو تو ایک بستری تسلا (bed-pan) استعمال کرنا چاہئے۔ غذا خاصی افراط کے ساتھ ہونی چاہئے، مگر وہ مریض کی اشتہا اور قوتِ تمثّلِ غذا کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ غذا کا زیادہ تر حصہ دودھ ہی ہوتا ہے لیکن بہت سی حالتوں میں اس کے ساتھ ٹھوس نرم غذا کا اضافہ بھی کیا جا سکتا ہے (مثلاً کسٹرڈ، جنکیٹ (منجمد دودھ)، روٹی مسکہ (بلا پیپڑی کے)، نرم بھُرتا بنائے ہوئے آلو، انڈے کچے یا ایسے اُبالے ہوئے کہ سخت نہ ہوں، دودھ کے ساتھ چاولکیے)۔ کاربوہائیڈریٹ بکثرت دینا چاہئے مثلاً ڈیکسٹروز (dextrose) دودھ کی شکر (milk-sugar) یا معمولی شکر دودھ میں حل کر کے۔ غذا کی مقدار ایک وقت میں تھوڑی ہونی چاہئے، اگرچہ متقدار بار بار دینی چاہئے۔ جب دودھ ناگوار یا مضر ہو یا اگر براز میں منجمد دودھ کی موجودگی سے ظاہر ہو کہ

دونا کمل طور پر ہضم ہوا ہے، تو اسے بینجر کی لائکر پنکریاٹکس (Benger's liquor pancreaticus) کا استعمال کرکے پیپٹون زدہ (peptonised) کرلیں۔ مریض کو پانی، آش جو یا لیمینیڈ کی بڑی مقداریں پینے کی ترغیب دینی چاہیئے۔ اس سے کثرت بول (polyuria) ہو کر تسمم الدم (toxaemia) کا مقابلہ کرنے میں مدد ملتی ہے۔ حتی الامکان تمام سیالات کے ساتھ شکر ملا دینا چاہیئے۔

دوائی علاج کی خفیف حالتوں میں بہت کم بلکہ کسی چیز کی بھی ضرورت نہیں ہے۔ ممکن ہے کہ ترقیق معدنی ترشے (dilute mineral acid) یا کسی ملحی معرق (saline diaphoretic) مثلاً ایسیٹیٹ آف امونیم (acetate of ammonium) کی ایک چھوٹی مقدار مریض کے لئے مفید ہو اور جسم کو بار بار نیم گرم پانی سے اسفنج کریں۔ مہیجات (stimulants) اکثر غیر ضروری ہوتے ہیں، لیکن اگر ضرورت ہو تو وہ اصول مقررہ کے مطابق دئے جاسکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 26)۔

ممکن ہے کہ پیچیدگیوں کے مخصوص علامات کا تدارک کرنا پڑے، مثلاً شعبی التہاب کا منفثات (expectorants) کی تھوڑی مقداروں سے، یا مسلسل دردِ سر کا فینا سیٹین (phenacetin) کی ۵ تا ۱۰ گرین، یا اسپرین (aspirin) کی ۵ تا ۱۰ گرین سے۔ اگر بافاقہ چوبیس گھنٹوں میں چار بار سے زاید ہوں تو کسی علاج کی ضرورت نہیں، لیکن اگر اسہال حد سے متجاوز ہو تو عموماً اُسے روکنا مناسب ہے۔ اس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ نشاستہ کا حقنہ (starch enema) ٹنکچر آف اوپیم (tincture of opium) کے ۱۵ یا ۲۰ قطرے ملا کر دیا جائے، اور بسمتھ کاربونیٹ (bismuth carbonate) یا سیلی سیلیٹ (salicylate) یا نباتی حابسات (vegetable astringents) کا اندرونی استعمال کیا جائے۔ اگر کوئی کپڑا براز یا بول سے آلودہ ہو جائے تو اُسے فی الفور علیحدہ کر دینا چاہیئے، تاکہ نہ صرف مریض صاف اور بستری زخموں (bed-sores) کے خطرہ سے محفوظ رہے، بلکہ تیمارداروں کو سرایت پہنچنے کا امکان بھی نہ رہنے پائے۔

اگر قبض ہو جائے تو آنتوں کو دو یا تین دن کے لئے اسی طرح چھوڑ دینا چاہیئے، اور پھر حسب ضرورت وقتاً فوقتاً صابون کے حقنہ (soap enema) کا استعمال بے ضرر ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں تطبل (meteorism) نمایاں ہو، اس علامت کا تدارک خلاصہ مخامیہ

(pituitary extract) کے ایک مکعب سنٹی میٹر کے اشراب سے کیا جا سکتا ہے۔

بہت سی حالتوں میں یہ خالصتاً انتظامی اصولی علاج کافی ہوتا ہے، بالخصوص اِس مرض کی نسبتہً خفیف قسموں میں یہ مرض اپنا عمر طے کرتا ہے اور مریض کی خبرگیری کی جاتی ہے۔ ذیل میں علاج کے وہ طریقے درج ہیں جنکے ذریعہ اِس تپ کی ترقی کو براہ راست متاثر کرنے اور اس کے دوران کے حادثات کی روک تھام کرنے کی کوشش کی جاتی ہے۔ (۱) دافعات تپ (antipyretics) (۲) دافعات عفونت (antiseptics)، اور (۳) ضد سمی مصل یا تبدرین (antitoxic serum - or vaccine)

دافع تپ طریقہ کا نظریہ یہ تھا کہ مسلسل بلند تپش جس سے جسمانی بافتیں اور اعضا ماؤف ہوتے ہیں، اُن کے ذراتی انحطاط کا خاص سبب ہوتی ہے، اور یہ کہ تپ جسقدر زیادہ بلند درجہ کی ہوتی ہے اُسی قدر اِن بافتوں اور اعضا کے بالآخر فشل (failure) کو یا تبدیدگیل کے وقوع کا امکان زیادہ اغلب ہوتا ہے۔ اسی واسطے ہمارا مقصد یہ ہونا چاہیے کہ کم و بیش باقاعدہ وقفوں سے تپش کو ۳ یا ۴ درجہ گھٹا کر، اوسط تپش (mean temperature) کو نیچے لے آئیں۔ یہ نظریہ جراثیم اور سمیات کے متعلق ہمارے موجودہ معلومات کے مدنظر اب مشکل قائم رکھا جا سکتا ہے۔ بایں ہمہ یہ طریقہ عمل بعض اوقات تپ محرقہ میں مفید ثابت ہوتا ہے اگرچہ اِس سے مرض کی مدت کم نہیں ہوتی۔

حمیات کے عمومی معالجات کے ماتحت مستعملہ طریقوں کا بیان پہلے ہی درج ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 24)- اِن میں سے برودت (cold) کے بیرونی استعمال سے بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ ایک ہی غسل کا اثر مریض کی فوری حالت پر عموماً نمایاں ہوتا ہے۔ دردسر، ہذیان، نیم بے ہوشی (stupor) اور تشنگی فوراً کم ہوجاتی ہے، زبان صاف اور نبض نسبتہً زیادہ آہستہ اور قوی ہو جاتی ہے اور مریض کو بحیثیت مجموعی آرام معلوم ہوتا ہے۔ لیکن یہ اثر محض عارضی ہوتا ہے اور دوسرے مشاہدے تک ممکن ہے کہ تپش اُتنی ہی بلند ہو جائے جتنی کہ پہلے تھی جب پانی کی تپش کو ادنیٰ درجوں پر رکھ کر غسل دیا جائے بلکہ مسلسل تغریق (continuous immersion) کی صورت میں یہ طریقہ کامل طور پر عمل میں لایا جائے تو دعویٰ کیا گیا ہے کہ اِس سے شرح ہلاکت ۵ یا ۶ فیصدی کم ہو گئی، اور اِس طریقہ کی ترمیم شدہ شکلوں تک میں یقینی اصلاح پائی گئی۔ استعمال برودت کے موانع حسب ذیل ہیں:-

مریض کا انتہائی ہبوط (collapse) اثر جو واقع ہو چکا ہو اور امتلاءِ ریوی (pulmonary congestion) کی شدید حالتیں۔

سرد اسفنج (cold sponging)، یا لفّ مبلول (wet packs) کا استعمال، جسم کی سطح پر برف کی تھیلیاں یا رفادۂ برف (ice compresses) کا لگانا، اور برفانی غاطیہ (ice-cradle) (مریض ایک بستری غاطیہ (bed-cradle) کے نیچے لیٹا رہتا ہے جس کے اندر چھوٹے چھوٹے ظروف لٹکا دیئے جاتے ہیں جن میں برف رکھا ہوا ہوتا ہے) یہ سب غسلوں کی نسبت کم کارگر ہیں، مگر ان سے تکلیف کم ہوتی ہے اور یہ اکثر حقیقی طور پر کارآمد ہوتے ہیں۔

دافع تپ (antipyretic) ادویہ کی آزمائش کامل طور پر ہو چکی ہے لیکن عام طور پر یہ محسوس کیا جاتا ہے کہ ان میں بظاہر جو کچھ فوائد ہیں ان کے مقابلہ میں یہ خرابیاں زیادہ سنگین ہیں کہ ان کے استعمال سے ہبوط (collapse) اور فشل قلب (cardiac failure) پیدا ہو جاتا ہے۔

دافع عفونت (antiseptic) علاج یہ ہے کہ ایسی ادویہ داخلی طور پر یا حقنہ کے ذریعہ سے استعمال کی جائیں جیسی کہ کاربولک ایسڈ (carbolic acid)، سلفیورس ایسڈ (sulphurous acid)، نیفتھال (naphthol)، ہائیڈرونیفتھال (hydronaphthol)، نیفتھالین (naphthalene)، بسمتھ سیلیسیلیٹ (bismuth salicylate)، سیلال (salol)، روغن دارچینی (oil of cinnamon) اور کلورین (chlorine)۔ کہتے ہیں کہ یہ اسہال اور تطبّل (tympanites) کم کرتے اور براز کی بدبو کو گھٹا دیتے ہیں، لیکن ان کا آنتوں کے اندر کے تغیرات پر یا تپ کی مدت پر کوئی اثر نہیں ہوتا اور نہ یہ نکس (relapse) کو رد کرتے ہیں۔ بالغوں کے لئے ان ادویہ کی مستعملہ مقداریں حسب ذیل ہیں:- بیٹا نیفتھال (β-naphthol) ۳ تا ۵ گرین، گوند میں معلق کر کے، ہر چوتھے گھنٹے۔ ہائیڈرونیفتھال ۲ تا ۳ گرین ہر ۲ تا ۴ ساعت۔ سلفیورس ایسڈ ۲ تا ۴ قطرے۔ سیلال ۵ تا ۱۰ گرین۔ روغن دارچینی ۳ تا ۵ قطرے، ہر دو ساعت۔

تپ محرقہ کا علاج بذریعۂ مصل (serum) ابھی ابتدائی حالت میں ہے۔ اس امر کے علم سے کہ محرقی عُصیّہ کا زہر بیشتر ایک دروں سم (endotoxin) ہے اور یہ کہ بیرونی سم

(exotoxin) بہت کم بنتا ہے یہ خیال پیدا ہوا کہ ایک اینٹی اینڈو ٹاکسک سیرم (anti-endotoxic serum) یعنے ضد درونی سمی مصل تیار کرنے کے لئے گھوڑے کے اندر جراثیمی خلیہ کے رسوں کا اشراب کرنا چاہئے۔ تپ محرقہ کے علاج میں ایسے ایک مصل کے استعمال نے یہ امید پیدا کردی ہیں کہ ممکن ہے کہ یہ اس مرض کے مریر اثر ڈالے (Macfadyen, Hewlett) ۔ تجدرین (vaccine) کے ذریعہ علاج کی جو تازہ کوششیں کی گئیں وہ بہت افزا نہیں ثابت ہوئیں اور اس کا شبہ پیدا ہوگیا کہ اس علاج سے نزف کے حدوث (incidence) میں زیادتی ہوگئی۔

آنتوں سے نزف کے لئے افیون کا داخلی استعمال یا مارفیا (morphia) کا تحت الجلدی اشراب غالباً بہترین علاج ہے۔ ایسٹیٹ آف لیڈ (acetate of lead)' ٹینک ایسڈ (tannic acid) 'ردمن تاربین (۱ قطرے)' ارگٹ (ergot) اور ایڈرینالین کلورائیڈ (adrenalin chloride) مختلف اوقات میں استعمال کئے گئے ہیں، اور نسبتہً حال ہی میں کلورائیڈ آف کیلیشیم (chloride of calcium) ۱۰گرین کی مقداروں میں ہر تین یا چار گھنٹوں کے فاصلہ سے دیا گیا ہے۔

تقلیل میں تخفیف کے لئے ممکن ہے کہ فلالین کے دو چھوٹے ٹکڑوں کے درمیان برف کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑے رکھ کر لگانے سے یا تاربین کے حقنے استعمال کرنے سے فائدہ ہو۔ اگر انثقاب (perforation) کی شناخت ہوجائے تو علیۂ شکم شگافی (laprotomy) فی الفور کرکے شکم کو دھو ڈالیں اور قرحہ کو بند کردیں۔ علیہ کے بغیر یہ حالت عملاً ہمیشہ مہلک ہوتی ہے۔ عملیہ کیا جائے تو شرح شفایابی تقریباً ۲۰ فیصدی ہوتی ہے۔ ظاہر ہوا ہے کہ انثقاب واقع ہونے کے بعد اگر بارہ گھنٹے کے اندر عملیۂ شکم شگافی کردیا جائے تو انذار نسبتہً بہت بہتر ہوتا ہے۔

جب عصیتہ بولیت (bacilluria) اور التہاب مثانہ (cystitis) واقع ہوں تو ان کے علاج کے لئے نیز اس لئے کہ دوسروں میں سرایت نہ ہونے پائے یورو ٹرو پین (urotropin (۱۰گرین، دن میں تین بار) یا ہلمیٹال (helmitol) دوران تپ میں اور نقاہت کے تین ہفتوں کے لئے استعمال کرنا چاہئے۔

دوران نقاہت میں مسہلات سے یہ احتیاط احتراز کرنا چاہئے یا انھیں صرف

حفنہ کی صورت میں استعمال کریں۔ اسید افزا حالتوں میں بھی جن میں کوئی پیچیدگیاں یا عواقب موجود نہیں ہوتے، جسمانی اور دماغی قوت نمایاں تاخیر کے ساتھ عود کرتی ہے اور مریض کو خود بیرون ہونا یا بارڈ اٹھنے کی اجازت بہت جلد نہ دینی چاہئے۔ آغاز مرض سے تین ہفتوں کے اندر مریض شاذ ہی کام کرنے کے قابل ہوتا ہے اور نسبتہً زیادہ مخدوش قسموں میں یا نکس یا پیچیدگیوں کی حالت میں اس مدت کو پانچ یا چھ ہفتوں تک بڑھایا جا سکتا ہے۔ دوران نقاہت میں تین جداجدا موقعوں پر براز کا جرثومیاتی امتحان کرنا چاہئے تاکہ محرقی حاملوں کا پتہ چل جائے۔

محرقۂ نما حمیات

(PARATYPHOID FEVERS)

پیرا ٹائیفائڈ یعنے محرقہ نما تپ پیدا کرنے والے عضویے تعداد میں دو ہیں: عُصَیّۂ محرقہ نما الف (B. paratyphosus A) اور عُصَیّۂ محرقہ نما ب (B. paratyphosus B) کے ناموں سے ممیز ہیں۔ یہ عُصَیّۂ محرقہ سے خصائص کاشت، مثلاً مختلف شکروں پر اپنے تخمیری عمل، دودھ پر اپنے عمل، اور اپنے التزاقی تعاملات (agglutinative reactions) میں اختلاف رکھتے ہیں۔

ان دونوں کی جغرافی توزیع (پھیلاؤ) کسی قدر مختلف ہوتی ہے۔ عُصَیّۂ محرقہ نما الف (بیسلس پیرا ٹائفوسس اے) دنیا کے بہت سے حصوں میں ملتا ہے جن میں جرمنی اور ہندوستان بھی شامل ہیں لیکن انگلستان میں شاذ ہی پایا جاتا ہے۔ عُصَیّۂ محرقہ نما ب (بیسلس پیرا ٹائفوسس بی) زیادہ عام طور پر انگلستان میں ملتا ہے لیکن جرمنی اور امریکہ میں بھی ملتا ہے۔ کرمعیوں کی یہ دونوں قسمیں اُن معوی حمیات (enteric fevers) میں موجود ملی ہیں جو جنگ عظیم کے دوران میں دردانیال اور مصر میں پھیلے ہوئے تھے اور وہاں محرقہ نما تپ (پیرا ٹائفائڈ) کی واردا تیں تعداد میں اُن وارداتوں سے بہت زیادہ واقع ہوئیں

جو مصنفہ محرقی (بیسلیس ٹائیفوسس) کے باعث ہوئیں۔

بحثِ اسباب۔ محرقہ نما حمیات کے پھیلاؤ کے تعیینی اجزائے عاملہ وہی معلوم ہوتے ہیں جو خود تپ محرقہ کے وقوع میں ممد ہوتے ہیں۔ یہ امراض بالخصوص بیماروں کے اور حاملین کے مختلف گروہوں کے براز کی وساطت سے پھیلتے ہیں لیکن یہ لباس، بستر کے کپڑوں وغیرہ کے ذریعہ سے بھی پھیلتے ہیں۔ مختلف حالتوں میں آب نوشیدنی، دودھ، کھیاں، گرد وغبار، گھونگھا مچھلی اور دوسرے عاملات کا تعلق ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 80)۔

علامات اور مِمرمرض۔ دونوں قسموں کے علامات اور امراضیات مماثل ہیں، اور وہ ایک دوسرے سے محض التزاقی کاشفات (agglutination tests) سے یا خون یا براز سے عصیہ کی علحدگی کے ذریعہ تمیز کی جاسکتی ہیں۔ نیز وہ خود تپ محرقہ کے علامات وامراضیات سے فی الحقیقت مختلف نہیں ہیں، اور ذیل میں وہ مخصوص حالتیں درج کیجاتی ہیں جو تپ محرقہ کے نسبت ان میں کم وبیش زیادہ تواتر مشاہدہ کی گئی ہیں:۔ مثلاً بیان کیا جاتا ہے کہ ناگہانی آغاز محرقہ نما حمیات (paratyphoids) میں زیادہ عام ہوتا ہے، گلابی دھبے زیادہ سرخ اور زیادہ کثرت کے ساتھ ہوتے ہیں۔ طحال زیادہ اکثر بڑھی ہوئی ہوتی ہے اور زیادہ کلانی یافتہ ہوتی ہے۔ ارتفاع تپش کے مقابلے میں نبض غیر معمولی طور پر سست ہوتی ہے، بلکہ اتنی سست کہ فی منٹ پچاس ہوتی ہے۔ درد شکم اکثر موجود ہوتا ہے اور اسی واسطے التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis) سے اور اگر زیادہ اسہال ہو تو زحیر (پیچش) کے ساتھ خلط ملط ہوجانے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ لیکن یہ نہیں بھولنا چاہئے کہ تپ محرقہ کے علامات میں بھی بہت بڑے اختلافات موجود ہوتے ہیں۔

تپ کی مدت اتنی کم کہ دس دن، اور اتنی زیادہ کہ اٹھارہ یا اکیس دن ہوسکتی ہے، اور یہ زیادہ طویل عرصہ محرقہ نما ب (پیراٹائفائڈ بی) کے نسبت زیادہ تر محرقہ نما الف (پیراٹائفائڈ اے) میں ہوا کرتا ہے۔ تپ اکثر ۱۰۰ درجہ اور ۱۰۲ درجہ کے درمیان کم وبیش ہوتی رہتی ہے اور ۱۰۳ درجہ سے اوپر شاذ ہی ہوتی ہے۔

دھبے تپ محرقہ کی طرح تعداد میں مختلف ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ تھوڑے

عرصے والی قسموں میں تپ کے اختتام کے قریب تک ظاہر نہوں ۔
محرقہ نما تپوں میں پیچیدگیاں اُسی طرح کی واقع ہوتی ہیں جیسی کہ تپ محرقہ میں دیکھی جاتی ہیں، یعنے اُن میں یا تو محرقہ نما عصیہ کی وجہ سے یا دوسری سرایتوں کے باعث معا کے علاوہ دوسرے اعضا کے التہابی اضرار بھی موجود ہوتے ہیں۔ اور بعض اوقات یہ اس مرض میں اس قدر جلد واقع ہوجاتے ہیں کہ تا وقتیکہ نوعی کاشفات استعمال نہ کئے جائیں توجہ اصلی مرض کی طرف سے ہٹ جاتی ہے۔ ڈاکٹر سی۔ ایچ۔ ملر (Dr. C.H. Miller) نے محرقہ نما تپ کی کئی قسمیں شناخت کی ہیں، جنکی تعیین اُن اعضا یا نظامات کے لحاظ سے کی جاتی ہے، جن پر مختلف حالتوں میں سب سے زیادہ یا سب سے پہلے حملۂ مرض ہوا ہو۔ چنانچہ وہ زحیری (dysenteric)، صفراوی (biliary)، کلوی (nephritic) یا بولی (urinary)، ریوی (pulmonary)، رثیمتی (rheumatic)، انفلوئنزائی (influenzal) اور تسمم الدمی (septicæmic) قسمیں بیان کرتے ہیں۔ اسی لحاظ سے محرقہ نما کی وباؤں کے دوران میں یرقان (jaundice)، زحیری اسہال (dysenteric diarrhœa)، حاد شعبی التہاب (acute bronchitis)، ذات الریہ (pneumonia) یا التہاب گردہ (nephritic) کی حالتوں میں اس سرایت (پیرا ٹائفائیڈ) کے امکان کو ہمیشہ یاد رکھنا چاہئے۔
محرقہ نما تپ کی حالتوں میں ہلاکت عام طور خفیف سمجھی جاتی ہے، یعنے ۱ تا ۳ فیصدی۔ لیکن سپاہیوں میں واقع ہونے والی وارداتوں میں شرح ہلاکت بعض اوقات اتنی زیادہ ہوئی ہے کہ ۵ یا ۶ فیصدی تک پہنچی ہے (Miller)۔
بعد الممات بعض حالتوں میں کوئی معوی اضرار نہیں پائے گئے، اور دوسری حالتوں میں پییر کی چکتیوں کا تقرح یا لفائفی (ایلیئم) اعور (سیکم) اور قولون کے جرابات منفردہ کا تقرح پایا گیا ہے۔ طحال کی کلانی، نیز غدد ماساریقی کی کلانی پائی جاتی ہے۔

تشخیص۔ محرقہ نما الف اور ب کی سرایت اور محرقی سرایت کے مابین یقینی تشخیص صرف جرثومیاتی امتحان اور التزاقی تعاملات (agglutination reactions) سے کیجا سکتی ہے۔ خون، بول یا براز کی کاشت کے مثبت نتیجہ سے تشخیص کا فیصلہ فی الفور ہوجائے گا۔ اگر یہ نہو سکے تو مریض کے مصل کا امتحان مختلف عضویات کے مقابلہ میں انکی

93

الزاقی قوت دیکھنے کے لئے کرنا چاہئے۔ اگر مریض کو عضویوں کے سوی گروہ کے خلاف کوئی حفظ ماتقدمی تطعیمات پہلے کبھی نہیں پہنچے ہیں تو التزاقی کاشف (agglutination test) سے صرف ایک ہی موثر تشخیصی نتائج حاصل ہو سکتے ہیں لیکن اگر پہلے کبھی اسکی تطعیم محرقی عضویوں سے یا محرقہ اور محرقہ نماقسموں کی ایک مخلوط جُدری (mixed vaccine) سے کی جاچکی ہے تو التزاقی تعاملات نمایاں طور پر متاثر ہوتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں یہ کاشفات تشخیص کے لئے اسی وقت کارآمد یا قابل اعتماد ہو سکتے ہیں جبکہ انھیں ڈریئر (Dreyer) کے ایجاد کردہ کمّی کلان بینی طریقہ (quantitative macroscopic method) سے انجام دیا جائے۔ اس ماہر نے تبلا دیا ہے کہ سرایت پیدا کرنے والے عضویے کے لئے مصل کی الزاقی قوت میں ایک تدریجی زیادتی کے بعد بھر کمی ہوجاتی ہے۔ اس الزاقی منحنی (agglutination curve) کو قائم کرنے کے لئے کم از کم تین امتحان تقریباً چار چار دن کے وقفوں سے کرنے چاہئیں۔ چنانچہ مثلاً محرقہ نما الف (پیراٹائفائڈ اے) کے ایک مریض میں جس میں تینوں عضویوں کی تطعیم کردی گئی ہو، پایا جائے گا کہ مصل ان تینوں کے تینوں کا التزاق پیدا کر دیتا ہے لیکن محرقہ نما الف (پیراٹائفائڈ اے) کے لئے مصل کی قوت الزاق میں زیادتی ہوگئی ہے جسکے بعد جوں جوں نقیہت قائم ہوتی جاتی ہے اس قوت الزاق میں کمی ہوجاتی ہے۔

تحریز۔ تمام معلوم تبیبی عالات، آب نوشیدنی، آلودہ کپڑوں، مکھیوں، گردوغبار وغیرہ کا لحاظ ضروری ہے۔ اور جہاں سرایت کے خطرے کا تقریباً یقینی طور پر امکان ہو (جیسے کہ جنگ کی حالت میں) ایسی جُدریوں کے ذریعہ سے جو دونوں قسم کے عصیوں سے تیار کی گئی ہوں، تحریزی تطعیم عمل میں لائی جا سکتی ہے۔

علاج۔ یہ وہی ہے جو تپ محرقہ میں ضروری ہوتا ہے۔

طوطاروگ

(Psittacosis)

یہ وہ عفونتہ الدمی حالت ہے جو طوطوں (سٹاکوسں = طوطا) میں ہوتی ہے اور جس میں معوی التہاب (enteritis) جو کبھی کبھی نزفی ہوتا ہے ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ یہ مرض ایک عصیتہ کے باعث ہوتا ہے، جو محسری گروہ سے تعلق رکھتا ہے اور طحال، مغز استخواں اور خون میں پایا جاتا ہے۔ یہ مرض دوسرے چھوٹے جانوروں اور پرندوں، نیز انسانوں میں انتقال پذیر ہوتا ہے، غالباً ان پروں کے ذریعہ سے جو برازی مادے سے آلودہ ہو گئے ہوں۔ انسان میں اس کا زمانۂ حضانت تقریباً دس دن ہے، جسکے گذرنے کے بعد تپ، دردِ سر، عدم اشتہا، بے چینی، ہذیان، قے، اسہال اور البیومین بولیت واقع ہوتے ہیں۔ بہت سی حالتوں میں برانکو نمونیہ (شعبی التہاب شش) دیکھا جاتا ہے اور شرح اموات تقریباً ۳۰ فیصدی ہوتی ہے۔ اس کا عضویہ قلب کے خون میں سے علیحدہ کیا گیا ہے۔

دماغی نخاعی بخار

(Cerebro-spinal fever)

دماغی نخاعی التہاب سحایا (cerebro-spinal meningitis)

دھبے دار تپ (spotted fever)

یہ مرض پہلے جنیوا میں ۱۸۰۵ء میں شناخت کیا گیا۔ ۱۸۶۰ء سے یہ ریاستہائے متحدہ اور جرمنی میں پھیلا ہوا رہا ہے۔ ۱۸۴۶ء میں یہ آئرستان میں نمودار ہوا اور

۱۸۶۳-۶۶-۶۹ء میں پھر شدید شکل میں ہوا۔ اور ۱۹۰۷ء میں چند سو واردا تیں گلاسگو میں اور اسکاٹلینڈ کے دوسرے شہروں میں، اور چند لندن میں ہوئیں۔ یہ مرض مقامی (endemic) ہوتا ہے اور انفرادی یا منتشر (sporadic) وارداتیں بالخصوص شیرخوار بچوں میں ہوتی ہیں۔ آخرالذکر میں اِس مرض کو پہلے مؤخر قاعدی التہاب سحایا (posterior basal meningitis) کہا کرتے تھے۔ یہ مرض اکثر وبائی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ ایسا اِس ملک (انگلستان) میں ۱۹۱۵ء اور ۱۹۱۶ء میں واقع ہوا۔

بحث اسباب۔ اِس کا نوعی عضویہ ایک دو تبقیہ (ڈپلوکاکس (D. meningitidis intracellularis of Weichselbaum or meningococcus) ہے، جو سحائی ارتشاحات (meningeal exudations) کے کثیرالاشکال نواتی خلیات بیضا کے اندر، لیکن خلیوں کے درمیان بھی آزاد پڑا ہوا ملتا ہے۔ نیز وہ بعض اوقات خون میں، مفاصل سے نکلی ہوئی پیپ میں، پھیپھڑوں میں ریوی التہاب (نمونیہ) کے ماسکوں (مرکزوں) میں، اور انفی بلعوم کی مخاط میں ملتا ہے۔ جب مینگوکاکائی (meningococci) یعنے سحائی التہاب کے تبقات کا اُن کے الزاقی تعاملات کے ذریعہ سے امتحان کیا جاتا ہے تو وہ دو خاص گروہوں میں منقسم ہوتے ہیں۔ یہ بعض اوقات مینگوکاکائی (meningococci) (سحائی تبقات) اور پیرا مینگوکاکائی (parameningococci) (شبیہ سحائی تبقات) کے ناموں سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ ہر گروہ پھر (الزاق ہی کے ذریعہ) متعدد مختلف نسلوں (strains) میں انقسام پذیر ہے۔ جہاں تک کہ اِن کے خصائص کاشت کا تعلق ہے یہ مختلف گروہ ایک دوسرے سے علیحدہ نہیں کئے جا سکتے اور اِس امر کی بھی زیادہ شہادت موجود نہیں ہے کہ یہ مختلف علامات پیدا کرتے ہیں۔ بالکل تندرست اشخاص کے انفی بلعوم میں مینگوکاکائی کا ملنا ممکن ہے۔ اِن اشخاص کو حاملین (carriers) کہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ مینگوکاکائی جو وہاں مخفی رہتے ہیں وقتاً فوقتاً ایک تشنجی شکل اختیار کر لیتے ہوں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وبا پھوٹ پڑتی ہے۔ یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے کہ بیشتر اوقات حاملین خود مرض میں مبتلا نہیں ہوتے بلکہ وہ بولنے اور کھانسنے میں اپنا ریق (لعاب دہن) باہر پھینک کر عضویوں کو پھیلا دیتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ

حس پذیر اشخاص ان عضویوں کو اپنی سانس میں اندر لیکر سرایت حاصل کرتے ہیں اور مرض میں مبتلا ہوجاتے ہیں۔ معمولاً آبادی کے تقریباً ۲ فیصدی اشخاص حامل ہوتے ہیں۔ جب یہ تعداد ۲۰ فیصدی تک پہنچ جاتی ہے تو ممکن ہے کہ وبا پھوٹ پڑے۔ یہ وبا انفلوئنزا کی طرح ساری قوم میں عالمگیر طور پر نہیں پھیلتی، بلکہ مبتلا ہونے والے اشخاص خال خال ہوتے ہیں۔ پہلے اکثر نوعمر مبتلائے مرض ہوا کرتے تھے، ۸۰ فیصدی مریضوں کی عمر سولہ سال کے اندر تھی اور پیدائش سے ۵ سال تک کی عمر سب سے زیادہ حس پذیر تھی۔ ۱۹۱۵-۱۶ء کی وبا میں یہ رجحان نہیں ظاہر ہوا۔ عموماً دونوں صنفوں پر تقریباً مساوی طور پر حملہ ہوتا ہے۔ یہ مرض عموماً سرما کے مہینوں میں زیادہ پھیلتا ہے۔ اغلب ہے کہ اژدحام (جیسا کہ آغاز جنگ میں افواج میں واقع ہوا) اور نازلتی امراض حلق کی موجودگی، چھینکنے اور کھانسنے کی وجہ سے، اس کو پھیلانے کا رجحان رکھتی ہے۔

امراضیات۔ اس امر کے متعلق بہت کچھ بحث و مباحثہ رہ چکا ہے کہ عصیۂ التہاب سحایا کیونکر سحایا تک پہنچ جاتا ہے۔ اس نسبتہً قدیم خیال کو کہ وہ انفی بلعوم سے جوفوں یا صفحۂ غربالین (cribriform plate) کی راہ سے راست دماغ تک پھیل جاتا ہے، امتحان بعد الممات میں جوفوں کے اندر پیپ پائے جانے سے کسی قدر تائید حاصل ہوگئی ہے۔ تاہم بہت سی حالتوں میں احتیاط کے ساتھ تلاش کرنے پر بھی اس قسم کا تقیح نہیں پایا گیا۔ اس کے برعکس گزشتہ وبا کے دوران میں مریضوں میں التہاب سحایا کے حملے سے پہلے ہی عصیۂ التہاب سحایا (مینگو کاکس) خون اور جلدی اضرار سے علیحدہ کیا گیا جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ جیسا کہ دوسرے عفونات الدم (septicaemias) میں ہوتا ہے سحایا بھی غالباً جوئے خون کی راہ سے سرایت زدہ ہوتے ہیں اور انفی بلعوم اوّلی ماسکہ (ابتدائی مرکز سرایت) ہوتا ہے۔

حال ہی میں ایک تیسری رائے ظاہر کی گئی ہے (۱۳) وہ یہ کہ سرایت خون سے مشیمی ضفیرتوں (choroid plexuses) میں پہنچتی ہے اور پھر وہاں سے درون البطینی سیال (intraventricular fluid) میں منتقل ہوجاتی ہے۔ اس سیال کا طبعی گزر راستے بطین چہارم (fourth ventricle) کی سقف کے اندر ہو کر اس کے باہر کی تحت العنکبوتی فضا (subarachnoid space) میں لیجاتا ہے، لیکن التہابی حاصلات محیط پر مجتمع

ہوجانے کا خاص رجحان رکھتے ہیں، جہاں سیال معمولاً منجذب ہوجاتا ہے یعنے فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) پر اور ستوکی تنال ہیں۔ اس کی شہادت درج ذیل ہے:۔ (۱) یہ کہ خاطف (fulminating) حالتوں میں عصبیات التہاب سحایا (دینگوکائی) صرف بُطینات کے اندر ہی پائے جاتے ہیں اور سحایا کا کوئی محسوس التہاب نہیں ہوتا لیکن مشیمی ضفیروں کا التہاب حاد موجود ہوتا ہے۔ (۲) نسبتہً کم حاد حالتوں میں بُطینی کچھ کے (ventricular puncture) سے نکالے ہوئے سیال میں [اگرچہ کہ اس کے ترکیبی اجزا وہی ہوتے ہیں جو کہ قطنی کچو کے (lumbar puncture) سے نکالے ہوئے سیال کے ہوتے ہیں] قیحی خلیات ہمیشہ نسبتہً کم ہوتے ہیں، جس سے یہ اشارہ ہوتا ہے کہ یہ محیط پر جمع ہوگئے ہیں۔ اس رائے کی تائید میں کتوں میں یہ دکھلایا گیا ہے کہ جب ہندوستانی سیاہی (indian ink) کا اشراب بُطینات کے اندر کیا جاتا ہے تو وہ بُطین چہارم سے اوپر کو تحت العنکبوتی فضا (subarachnoid space) میں تجاویف (sulci) کے برابر برابر چلی جاتی ہے۔ اس کا اس طرح جانا التہاب سحایا (meningitis) میں پیپ کے پھیلاؤ سے مشابہ ہوتا ہے۔

مرضی تشریح ۔ دماغ اور نخاع کے سحایائے خفیف کا حاد التہاب (lepto-meningitis) موجود ہوتا ہے۔ قاعدۂ دماغ پر، فضائے ذوار بعتہ الاضلاع (quadrilateral space) میں اور انحدار پر نسبتہً بڑے عروق دمویہ کے برابر برابر اور شقوق (fissures) میں پیپ اور لمف بافراط موجود ہوتے ہیں۔ حبل ستوکی (نخاع) میں پچھلی سطح اگلی سطح کی نسبت، اور قطنی خطہ دوسرے حصوں کی نسبت زیادہ ماؤف ہوتا ہے۔ بُطینات دماغ میں گدلا مصل یا پیپ موجود ہوتی ہے۔ وہ ابتدائی درجوں میں جرم دماغ کے اُذیما کے باعث جسامت میں کم ہو جاتے ہیں۔ قشر دماغ میں منقط نزفات (punctiform hæmorrhages) سپید جسیمات کے اجتماعات یا اصلی خراج (پھوڑے) پائے جاتے ہیں۔ دوسرے تغیرات جو پائے جاتے ہیں حسب ذیل ہیں:۔ شش، جگر، طحال، اور گردوں کا امتلاء (congestion) کلوی سر حلہ کا شحمی انحطاط، اور ارادی عضلی ریشوں کا زنّاقی انحطاط، بعض اوقات گردو قلبیہ اور بلیٹورا

کا کدمّہ (ecchymosis) اور مفاصل کا تقیح - خاطف (fulminant) حالتوں میں اکثر
سَر گردوں (adrenals) میں نزف ہوتا ہے - زیادہ عرصے کے مریضوں میں نسا یا ل
استسقاء الدماغ (hydrocephalus) ہو جو تا ہے اور حنونہ عنکبوتیہ (pia-arachnoid)
ایک ایسا غیر شفاف منظر پیش کرتا ہے کہ گویا اُس کی سطح پر آٹا چھڑک دیا گیا ہو - یہ زیادہ
انفصالی بافت بنجانے کی وجہ سے ہوتا ہے جو سابق التہاب کا نتیجہ ہے - استسقاء الدماغ
قاعدہ دماغ کے گرد کے دماغی نخاعی سیال کے مخارج [یعنی سوراخ جائے مجینڈی و نشکا
(foramina of Majendie and Luschka)] مسدود ہو جانے کی وجہ سے ہو جاتا ہے
کیونکہ درجۂ حاد میں جب ورم سے مخولا ہوا دماغ نیچے کو اُستوار (سخت) سوراخ کبیر
(foramen magnum) کے اندر دھکیلا جاتا ہے تو اس مقام پر دباؤ پڑتا ہے - شیر خوار
بچوں میں تقیحی التہاب سحایا (suppurative meningitis) بعض اوقات قمۃ الدماغ
(vertex of the brain) ، نیز قاعدۂ دماغ میں پایا جاتا ہے لیکن دوسرے اوقات
میں قمۃ غیر متاثر رہتا ہے ، اور صرف قاعدۂ دماغ اور نخاع بتاثر ہوتے ہیں - یہی
آخری حالت وہ ہے جس کی وجہ سے یہ مرض "موخر قاعدی التہاب سحایا" (posterior
basic meningitis) کے نام سے مشہور رہے -

علامات و ممر - زمانۂ حضانت اس قدر مختصر کہ ایک یا دو دن ہو سکتا ہے ،
لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ وہ نسبتہً بہت زیادہ طویل ہو - مرض بذاتہٖ نہایت تغیر پذیر ہوتا ہے چنانچہ
اس کی متعدد مختلف سریریاتی شکلیں بیان کی گئی ہیں - لیکن دو خاص طور (phases)
ہوتے ہیں یعنی (۱) عام دموی سرایت ، (۲) سحایا کے اندر مقامیت - یہ دونوں طور یکے
بعد دیگرے عموماً اس ترتیب میں واقع ہوتے ہیں - مندرجۂ ذیل جماعت بندی رولیسٹن
(Rolleston) کی ہے :-

ا- خاطف قسم (fulminating type) - یہ عموماً اڑتالیس گھنٹوں کے
اندر مہلک ثابت ہوتی ہے - ممکن ہے کہ یہ ناگہانی علامات کے ساتھ شروع ہو ، یا مریض
یکایک بے ہوش ہو جائے یا پھر ابتداہی سے ہبولے تے اور شدید درد سر ، اور بعض اوقات

اسہال اور ایک پُر بیورائی ثوران (purpuric eruption) ہو اور ساتھ ہی بڑے بڑے نزفی رقبے ہوں مگن ہے کہ التہابِ سحایا کے علامات بالکل نہوں اور مریض کے ہوش وحواس آخر تک قائم رہیں۔ دوسری حالتوں میں کوما (coma) جلد ہی طاری ہوجاتا ہے۔

۲۔ حاد قسم انفلوئنزا کے مرض کی طرح ناگہانی طور پر دردِ سر، تپ اور قے کے ساتھ اور خاصکر بچوں میں تشنج کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔ التہابِ سحایا کے علامات چند ہی گھنٹوں میں ظاہر ہوجاتے ہیں۔ پشتِ گردن کے عضلات اکڑ جاتے ہیں (سر کو سامنے کی طرف جھکانے کی کوشش کر کے بیہ اکڑ ظاہر کی جاسکتی ہے) اور اکثر سر عمیق عضلات کے انقباض سے پیچھے کھنچ جاتا ہے۔ ظہری اور قطنی عضلات بھی اسی طرح ماؤف ہوسکتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پشت سیدھی ہو جاتی ہے (orthotonus = راست تمددگی) یا کمان کی طرح یوں خمیدہ ہوجاتی ہے کہ اس کا انقعار پیچھے کی طرف ہوتا ہے (opisthotonus = پس تمددگی) اور بعض اوقات ٹانگیں اور بازو طنابی تشنج (tonic spasm) میں خمیدہ ہوجاتے ہیں۔ اکثر درد نیچے تک جوارحِ اسفل کے عضلات کے اندر پھیل جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ جلدی بیش حسیت (hyperæsthesia) بھی موجود ہو۔ گھٹنے کے جھٹکے اکثر فاعلی ہوتے ہیں لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ غیر موجود ہوں۔ اَمارت کرنگ (Kernig's sign) عملاً ہمیشہ موجود ہوتی ہے لیکن امارت بسنکی (Babinski's sign) جو اکثر ایک جانب تک محدود ہوتی ہے کمتر مشاہدہ میں آتی ہے[۹] (ملاحظہ ہوں صفحات 784 ,782)۔ ان علامات کے علاوہ جو شوکی اعصاب کی جڑوں کی تحریک کے سبب سے پیدا ہوتے ہیں، دوسرے علامات بھی ہیں جو دماغی اعصاب کی ماؤفیت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ یہ مختلف حالتوں میں حسب ذیل ہوسکتے ہیں:۔ استرخاء الجفن (ptosis) (۳،۲) احول (strabismus) (۲،۵) عموماً پتلیوں کا اتساع (dilatation) یا عدم مساوات۔ یا وجہی عضلات کا انقباض۔ لیکن فک بستگی (trismus) شاذ ہوتی ہے۔ التہابِ قرصِ بصری (optic neuritis) (۱۰) اور التہابِ ملتحمہ (conjunctivitis) (۲،۵) اور کلی التہاب العین (panophthalmitis) (۳،۱) واقع ہوتے ہیں۔ کان کا دور دطنین الاذن (tinnitis) اور نقصِ سماعت غیر عام

---

[۹] توسین کے اندر دیئے ہوئے اعداد سرسری طور پر اُن حالتوں کی فیصدی تعداد ظاہر کرتے ہیں جن میں وہ مخصوص علامت واقع ہوتی ہے۔ یہ فیصدی تعدادیں مختلف وباؤں میں بہت تغیر پذیر ہوتی ہیں۔

نہیں اور ممکن ہے کہ تیہ (labyrinth) یا طبل گوش (tympanum) کا تقیح واقع ہو جائے۔ حسِ شامہ کی کمی بھی دیکھی گئی ہے۔ غنودگی، ہذیان اور کوما، بعض اوقات چین اسٹوکس تنفس (Cheyne-Stokes' breathing) کے ساتھ، یا تشنجات دورانِ مرض میں بتدریج طاری ہوجاتے ہیں، اور موت مختلف حالتوں میں تغیر پذیر سرعت کے ساتھ واقع ہوتی ہے۔ تپ ابتدا ہی سے موجود ہوتی ہے، لیکن کوئی باقاعدہ ٹمر نہیں اختیار کرتی۔ وہ متفتر (remittent) یا وقفہ دار (intermittent) ہوتی ہے، شاید ایک یا دو دن کے لئے درجۂ طبعی پر رہ کر پھر زیادہ ہو کر ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ تک پہنچ جاتی ہے، مگر ۱۰۴ درجہ سے شاذ ہی متجاوز ہوتی ہے۔ کبھی کبھی ہلاکت خیز خاتمہ سے پہلے تپش ۱۰۸ یا ۱۰۹ درجہ ہوجاتی ہے۔ شفایابی کی صورت میں تپش بتدریج اور بے قاعدگی کے ساتھ کم ہوجاتی ہے۔ نبض تغیر پذیر ہوتی ہے۔ وبائی التہابِ سحایا (epidemic meningitis) کا اہم خاصہ جلدی ثورانات کا وقوع ہے۔ سب سے پہلے ظاہر ہونے والے گلابی دھبے، بثور (papules) یا نمشے (petechiæ) ہیں، جو مرض کی عفونۃ الدمی شکل میں سُدادات (emboli) کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں۔ وجہی نملہ (herpes facialis) جو عموماً ایک عام ترین طفح (۵۰) سمجھا جاتا ہے، تقریباً چوتھے دن واقع ہوتا ہے۔ منطقی نملہ (herpes zoster) نسبتۃً بہت زیادہ شاذ ہے۔ یہ طفحات ایک ساتھ موجود ہوسکتے ہیں۔ بعض اوقات مفاصل التہابِ غشائے زلالی (synovitis) کے باعث (۱۰) ملتہب، گرم، سرخ، دردناک اور متورم ہوجاتے ہیں۔ یہ ایسی حالت ہے جو عموماً رفع ہوجاتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ بڑھتے بڑھتے تقیح تک پہنچ جائے۔ شکم اکثر بار کشیدہ (پچکا ہوا) ہوتا ہے۔ طحال اکثر بڑھی ہوئی نہیں ہوتی۔ بول میں ممکن ہے کہ تھوڑا سا البیومن ہو یا شکر کی برائے نام (خفیف سی) مقدار موجود ہو۔ بعض اوقات التہابِ برنجج (epididymitis) اور التہابِ خصیہ (orchitis) التہابِ شعبہ (bronchitis)، ذات الریہ (pneumonia) ذات الجنب (pleurisy) التہاب درون قلبیہ (endocarditis) اور مخفی التہاب گرد قلبیہ (latent pericarditis) واقع ہوجاتے ہیں۔ کثرت خلیات بیضا ۱۵۰۰۰ سے ۶۰۰۰۰ تک ہمیشہ ہوا کرتی ہے، اور یہ کثرت تقریباً ہمیشہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی ہوتی ہے۔ صرف کبھی کبھی شیر خوار اور نوعمر بچوں میں لمف خلویت (lymphocytosis) (لمفی خلیوں کی کثرت) ہوتی ہے۔

96

اگر ایک قطنی کچوکا (lumbar puncture) لگایا جائے (ملاحظہ ہو صفحہ 786) تو ممکن ہے کہ اس طرح نکلا ہوا سیال ابتدائی درجوں میں صاف ہو، مگر وہ عموماً گدلا (گدلا) ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ قیحی (پیپ دار) ہو۔ ۹۰ - ۱۵ ملی میٹر سے ۵۰۰ یا ۶۰۰ ملی میٹر کے بڑھے ہوئے دباؤ کے تحت باہر نکلتا ہے اور اس کی مقدار ۲۰ یا ۳۰ مکعب سنٹی میٹر تک پہنچ سکتی ہے۔ اس میں البیومین اور گلابیولن (globulin) کی بڑھی ہوئی مقداریں موجود ہوتی ہیں اور حادور میں کثیر الاشکال نواتی سفید خلیے (polymorphonuclear leucocytes) پائے جاتے ہیں جنکے اندر نبقۂ التہاب سحایا (meningococcus) موجود ہوتا ہے۔ یہ عضویے دماغی نخاعی سیال کے اندر آزاد بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ مزمن حالتوں میں لمفی خلیے بعض اوقات معمول سے زیادہ تعداد میں موجود ہو سکتے ہیں۔

۳ - نامکمل شکلیں (abortive forms) دو قسموں کی ہوتی ہیں: (الف) وہ حالتیں جو عفونۃ الدمی درجہ سے آگے نہیں بڑھتیں اور پھر سحائی حملہ سے پہلے ہی چوبیس یا اڑتالیس گھنٹے کے اندر بہتر (اچھی) ہو جاتی ہیں۔ (ب) خفیف حالتیں جن میں دونوں قسموں کی علامتیں ہوتی ہیں۔ نامکمل حالتوں میں نکسات (relapses) یا عودات مرض (recrudescenes) واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

۴ - مزمن شکلیں: (۱) خالصاً عفونۃ الدمی اور اکثر غیر مشخص قسم، جو ہفتوں تک جاری رہ سکتی ہے اور جس میں ملیریا کی طرح نوبتی ارتفاعات تپش، درد مفاصل، التہاب خصیہ اور مختلف جلدی طفحات ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ شکل ایک متعین سحائی التہاب کے حملہ کے بعد واقع ہوتی ہے۔ (۲) قوصرہ بند (encysted) اور خانہ دار التہاب سحایا (loculated meningitis)، یہ انضمامات یعنی چپکیوں سے کچھ فضا مسدود ہو جانے کی وجہ سے ہوتا ہے جس میں دماغی نخاعی سیال بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ قسم بالخصوص شیر خواروں میں ایک منتشر یا انفرادی مرض کے طور پر واقع ہوتی ہے اور پہلے یہ موخر قاعدی التہاب سحایا (posterior basic meningitis) کے نام سے یاد کی جاتی تھی۔ بیشتر بالغی شکلوں سے اس کی شناخت مندرجہ ذیل امور کے باعث ہوتی ہے:- (الف) مرض کا ازمان (chronicity) (ب) جلدی ثورانات کا شاذ ہونا (ج) دوران مرض میں مرئی شبکی تغیرات یا التہاب قرص بصری کے بغیر بالکل ابتدا ہی میں نقصان بصارت کا وقوع (د)

بہرے پن کا شاذ ہونا۔ اکثر بیش تیزی (hyperacuity) موجود ہوتی ہے اور بہت خفیف ترین سی آواز پر چیخ اٹھتا ہے۔ (۸) ریڑھ کی خم پذیری کی وجہ سے پس تنیدگی (opisthotonus) کا نمایاں ہونا۔ (۹) درون جمجمی دباؤ کی زیادتی کی وجہ سے یافوخ (fontanelle) کا اُبھرآنا۔ (۱۰) حرارت کرنگ ابتداً کسی قدر غیر مستقل ہوتی ہے لیکن اواخر مرض میں وہ اکثر موجود ہوتی ہے۔ مگر مرض نہایت تغیر پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بچہ ہفتوں نیم بیہوش پڑا رہے، ابتداً اس کا تغذیہ اچھا ہوتا ہے لیکن بعد میں وہ لاغر ہونا شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کامل شفا ہو جائے یا استسقاء الدماغ، دماغی دوجانبی فالج (cerebral diplegia)، قلتِ ذہن (mental deficiency) یا بہرا گونگا پن (deaf-mutism) پیدا ہو جائے۔

تشخیص ۔ یہ دوران وبا میں مشکل نہیں۔ ممیز خصائص حسب ذیل ہیں۔

ناگہانی حملہ، دردِ سر، قے، پشت و جوارح کا درد، اکڑی ہوئی گردن، اور شفوی نملہ (herpes labialis) معلوم ہوتا ہے کہ یہ پچھڑائی تو ران بھی اسے تعفنی التہاب سحایا کی تدرنی اور دوسری (مثلاً نیوموکاکی، انفلوئنزائی، اسٹریپٹوکاکی وغیرہ) قسموں سے شناخت کرنے میں مدد ہوتا ہے، جن کا ہمیشہ احتیاط کے ساتھ خیال رکھنا چاہئے۔ بہم سمی حالتیں (مثلاً وہ جو بعض اقسام کی غذائی سمیت سے پیدا ہو جاتی ہیں) غلطی سے یہی مرض سمجھ لی گئی ہیں۔ تمام حالتوں میں یہی مناسب ہے کہ قطنی کچھو کا لگا کر نبیقۃ التہاب سحایا دینتگو کاکس کے خردبینی امتحان سے یا اس کی کاشت تیار کرکے مرض کی نوعیت ثابت کر دی جائے پسلونجر قاعدی شکل (posterior basal form) کے آخری درجوں میں ممکن ہے کہ سیال کے اندر عضویتے نظر نہ آئیں، اور کثیر الاشکال نواتی خلیتوں کی جگہ لمفی خلیے لے لیں۔ ابتدائی درجوں میں خون سے عضویوں کی کاشت بھی تیار کی جاسکتی ہے۔ حال ہی میں تشخیص کے لئے درون بطینی کچھو کا (intraventricular puncture) بھی استعمال کیا گیا ہے (۱۳)۔ شیر خواروں میں یافوخ مقدم (anterior fontanelle) کی راہ سے سیال حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بالغوں میں جمجمہ کو قمۃ الراس (vertex) پر یا تو خط درمیانی سے ایک کعب سنٹی میٹر یا ۳ تا ۲ سنٹی میٹر فاصلہ پر چھیدنے کے لئے گوئیٹزی کا مجرائی مثقب (Goetze's channel borer) استعمال میں لایا جاتا ہے۔

مختلف اوقات میں اور خاصکر ابتدائی درجوں میں بہت سے امراض دماغی نخاعی بخار کے ساتھ خلط ملط کر دئیے گئے ہیں، جیسے کہ ذات الریہ (نمونیہ)، انفلوئنزا اور کھسرا حاد التہاب رادالنخاع (acute poliomyelitis)، اپنی نام نہاد التہاب السحائی شکل میں اُس سے قریبی مشابہت رکھ سکتا ہے، اور تشخیص صرف قطنی نیچو کے (lumbar puncture) کے بعد ممکن ہے۔

اِنذار۔ شرح ہلاکت مختلف وباؤں میں ۲۰ سے ۹۰ فیصدی تک متغیر رہی ہے لیکن اُن حالتوں میں جنکا علاج نہ کیا گیا ہو۔ ۵۰ فیصدی سے نیچے شاذ ہی رہتی ہے۔ شیر خواروں میں وباؤں کے دوران میں، اور خاطف حالتوں میں یہ مرض نہایت مہلک ہوتا ہے۔ معقول مصلی علاج سے ہلاکت ۱۰ فیصدی تک گھٹا دی گئی ہے۔ گذشتہ وبا سے یہ اثر (خیال) پیدا ہوا ہے کہ اگر مریض جانبر ہو گیا تو سوائے بہرے پن کے وہ کسی مستقل ناقابلیت میں مبتلا ہونے کا امکان نہیں رکھتا۔

تحریز۔ جیسا کہ اسباب مرض سے ظاہر ہو گا بعض عام تدبیریں اختیار کرنی چاہئیں۔

فوجی اور بحری افواج کی حالت میں اُن لوگوں میں سے جو اِس مرض کے مبتلاؤں کے تماس میں تھے (نام نہاد متماسین =contacts) حاملین سرایت (carriers) کا علاج اختیار کیا گیا۔ حامل کی تشخیص ایک پھریری لگا کر کی گئی (جو تار پر لگی ہوئی تھی) اور ایک خمیدہ سر والے شیشہ کے اُنبوبہ میں سے ہو کر ناک کے پیچھے گذاری گئی، تاکہ واپس نکالتے وقت پھریری دہن اور زبان سے بچی رہے۔ اگر کوئی شخص حامل ثابت ہوا تو اُس کا علاج ناک اور حلق میں کسی دافعِ عفونت دوا [مثلاً پوٹاسیم پرمینگناس، ۱۰۰۰ میں احصہ کے رشاش (spraying)] سے یا ناک کے اندر اُسی کے نفوخ (insufflation) سے کیا گیا۔ ایک نئے دافعِ عفونت، کلورامین ٹ (chloramine-T) کے استعمال سے حاملین کی عفونت کا ازالہ کارگر طور پر کیا گیا ہے۔ اِس کا ۲ فیصدی طاقت کا محلول ایک کو شکِ استنشاق (inhalatorium) کے اندر چھڑک کر حامل کو اِس کمرہ میں ایک ایسے عرصہ کیلئے رکھدیا جاتا جو بیس منٹ سے زیادہ ہوتا۔ اِس عمل کے بعد وہ دقیق عضویوں سے پاک پایا گیا اور پھر وہ سرایت رساں نہ رہا۔ ڈائی کلورامین ٹی (dichloramine-T) کا روغنی محلولات

کے اندر رشاش (چھڑکنا) بھی مفید پایا گیا۔ وباؤں کے زمانہ میں ذخیرہ شدہ ٹیکہ (stock vaccine) کے ذریعہ حفاظتی تطعیم کے جواز کے وجوہات موجود ہیں۔

علاج ۔علاوہ اُس عام علاج کے جو کسی حموی مرض میں قابل استعمال ہو، نوعی علاج اَنٹی مینِنگو کاکل سیرم (antimeningococcal serum) (ضد مبقۃ التہاب سحایا مصل) کا اشراب ہے۔ یہ ضروری ہے کہ مصل وہی دیا جائے جو عضویے کی اُس خاص نسل (strain) کے ساتھ متناظر ہو، اور جب یہ نسل نہ معلوم ہو مثلاً حملہ کی ابتدا میں، تو ایک کثیر گرفتہ مصل (multivalent serum) دیا جاسکتا ہے۔ مصل جسقدر جلد دیا جائیگا اندازاً اسی قدر بہتر ہوگا۔ حملہ کی بالکل ابتدا ہی میں عفونتہ الدمی (septicæmic) درجہ میں ۲۰ سے ۴۰ مکعب سنٹی میٹر تک کی مقداروں کا درون وریدی اشراب کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ سب ملکر ۲۰۰ تا ۴۰۰ مکعب سنٹی میٹر دے جائیں۔ التہاب سحایا کے درجہ میں مصل درون غلافی راہ سے (intrathecally) دیا جاتا ہے۔ اُس دماغی نخاعی سیال کو جو دباؤ کے تحت ہوتا ہے قطنی کچوکے کی سوئی کی راہ سے باہر بہنے دیا جاتا ہے، اور سیال کی جو مقدار نکالی گئی ہے مصل کو اُس سے کم مقدار میں آہستہ آہستہ اندر داخل ہونے دینا چاہیئے۔ بیس سے تیس مکعب سنٹی میٹر روزانہ دو بار، تین یا چار دن تک دے جاتے ہیں، اور بستر (پلنگ) کی پائینتی کو اوپر اٹھا دیا جاتا ہے تاکہ مصل نیچے کو دماغ کی طرف بہنے پائے۔ قطنی کچوکا اور اشراب ایک عمومی معدم حس (general anæsthetic) کے زیر اثر، یا اسکوپولامین (scopolamine) $\frac{1}{100}$ گرین، مارفین (morphine) $\frac{1}{4}$ گرین، ایٹروپین (atropine) $\frac{1}{100}$ گرین کے تحت السجلد اشراب کے بعد عمل میں لانا چاہیئے۔ جب علامات کم ہو کر پھر زیادہ ہوجائیں (recrudescence) یا نکس مرض (relapse) ہو تو اشرابات مکرر استعمال کرنے چاہئیں لیکن مریض کو حساسیت ربودہ (densenitized) کر لینا چاہیئے (ملاحظہ ہو استہداف = anaphylaxis)۔ طبعی مالح (normal saline) یا ۳/۸ فیصدی سوڈیئم سائٹریٹ سے غلاف نخاع (theca) کا دھونا انضمامات (چپکیوں) کو روکنے کے لئے مفید ہے۔ جہاں انضمامات بنکر درون جمجمی مافیہ مسدود ہوگئے ہوں جانبی تجلیفات میں بزل (tapping) کرکے مصل کا اشراب کیا جاسکتا ہے۔ بچوں میں یہ

یافوخ مقدم (anterior fontenelle) کی راہ سے انجام دیا جاسکتا ہے۔ مؤخر قاعدی التہاب سحایا (posterior basic meningitis) میں بھی مصل کے درون غلافی اِشرابات مناسب مقداروں میں دئے جاتے ہیں۔

حادالتہاب رماد النخاع

(ACUTE POLIOMYELITIS)

(acute anterior poliomyelitis, acute polioencephalitis,)

(Heine-medin's disease)

سالہا سال سے یہ معلوم ہے کہ بچوں میں ایک یا زائد جوارح کے، یا ایک جارحہ کے کسی حصے کے شلل اور ذبول میں مبتلا ہونے کا اِمکان ہوتا ہے اور یہ کہ یہ شلل حبل شوکی (نخاع) کے مقدم رمادی قرن کے التہابِ حاد کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ایسی حالتوں کو شللِ صبیانی (infantile paralysis) کے نام سے اور ازاں بعد حادالتہاب رماد النخاع مقدم (acute anterior poliomyelitis)(رمادی=polios) کے نام سے یاد کیا گیا۔ یہ وارداتیں انفرادی یا منتشر طور پر واقع ہوتیں لیکن یہ دیکھا گیا کہ اُن سے ایک ہی خاندان کے دو یا زائد اراکین متاثر ہوتے اور بعض اوقات اِن حالتوں کے نسبتہً بڑے گروہ یا وبائیں واقع ہوئیں۔ لیکن حال ہی میں چند سال سے اِن کے وسیع حملے واقع ہوئے، مثلاً ناروے اور سویڈن، ہالینڈ، ویسٹ فالیہ، نیویارک اور میلبورن میں۔ اور انگلستان کے مختلف صوبوں میں وبائیں واقع ہوئیں۔ چنانچہ اُن وارداتوں کی تعداد جنکی اطلاع درج ہوئی، ۱۹۱۲ء تا ۱۹۱۵ء چار یکے بعد دیگرے سالوں میں ۳۶۲/۸۲۳، ۵۰۰، اور ۴۰۸ تھی۔ گو یہ مرض بیشتر اوقات حبل شوکی (نخاع) پر حملہ آور ہوتا ہے، تاہم اِس کا حملہ مرکزی عصبی نظام کے کسی دوسرے حصے پر اور غالباً محیطی اعصاب پر بھی ہوسکتا ہے۔

98

ان میں سے بعض حالتوں کے لئے التہاب رماد الدماغ (polioencephalitis) کی اصطلاح استعمال کی گئی ہے لیکن بہترین یہی ہے کہ اس اصطلاح سے احتراز کیا جائے، تاکہ حاد التہاب دماغ (acute encephalitis) کے ساتھ (جو اس سے قریبی طور پر رشتہ رکھتا ہے لیکن ایک جداگانہ مرض ہے) خلط بحث نہ ہوتے پائے۔

بحث اسباب۔ یہ مرض خواہ انفرادی صورت میں ہو یا وبائی صورت میں، یہ ریعانی عمر کے اشخاص (adolescents) یا بالغوں کی نسبت زیادہ اکثر شیر خواروں اور بچوں پر حملہ آور ہوتا ہے، مثلاً ایک بڑی وبا میں دو تہائی مریض چھٹے سال سے کم عمر کے اور ۔۔۔ مریض دس سال سے کم عمر کے تھے۔ یہ گرما اور خزاں کے مہینوں میں نہایت کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ مرض پیدا کرنے والے دقیق عضویے رقیق گلوب جیسے اجسام ہیں، جو مزدوج یعنے جوڑیوں میں مرتب ہوتے ہیں اور جن کا قطر ۱۵ ۰ ۔ ملم تا ۳ ۰ ۔ ملم ہوتا ہے۔ یہ اتنے چھوٹے ہوتے ہیں کہ ایک چینی مٹی کے مقطار (porcelain filter) کے آر پار بآسانی گذر جاتے ہیں۔ ان کی کاشت نا ہموار طریقہ سے ایک مخصوص واسطہ پر کی جاسکتی ہے، اور بندروں میں ان کی کاشتوں کی تطعیم سے یہ مرض پھر پیدا ہو جاتا ہے، اور ان جانوروں سے یہی عضویے خالص کاشت کی صورت میں واپس حاصل کئے جا سکتے ہیں (فلیکسنر اور نوگوشی ۱۹۱۳ء)۔ مریضوں کے ناک، منہ، بلعوم، بالائی ہوائی راستوں اور چھوٹی آنتوں کی دھوونوں (washings) سے جبکہ وہ مقطر صورت میں تھیں، بندروں میں یہ مرض پیدا ہو گیا، اور اس امر کی شہادت موجود ہے کہ تندرست اشخاص بھی حاملوں (carriers) کا کام دیکتے ہیں۔ یہ مرض اُن مریضوں سے بھی پھیل سکتا ہے جنہیں یہ مرض نا مکمل شکل (abortive form) میں ہو۔ اس کے متعلق بہت شبہ ہے کہ آیا اس کا ثنیب (virus) کھیوں، گرد وغبار، یا بیرونی اشیاء کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے۔ یقین کیا جاتا ہے کہ وہ محیطی اعصاب کے عروق لمفائیہ میں سے ہوتا ہوا مرکزی عصبی نظام میں چلا جاتا ہے۔ پالتو جانوروں میں، بالخصوص دباؤں کے زمانہ میں، شللات واقع ہو سکتے ہیں۔ لیکن بہ غالباً ایک ہی مرض کے باعث نہیں ہوتے۔

مرضی تشریح۔ اصلی ضرر مرکزی عصبی نظام کی بین رخنکی بافت۔۔۔

(interstitial tissue) کا حاد التہاب ہے۔ نخاعی حالتوں میں جو غالب تعداد میں ہوتی ہیں، یہ مرض حبل شوکی (نخاع) کے رمادی مادّے کو (لیکن کسی قدر کمی کے ساتھ سپید مادّے کو بھی) اور سحایا (meninges) کو ماؤف کرتا ہے۔ اُم حنونہ (pia mater) اُذیمائی اور یک نواتی خلیوں سے دررسختہ ہوتی ہے۔ نخاع کے ماؤف حصے میں اُذیما ہوتا ہے، رمادی مادّہ اور سپید مادہ دونوں میں کے اور سحایا میں کے عروق دموبہ کی پوششوں کے خلیات میں تکاثر پایا جاتا ہے اور رمادی مادّے کے جرم میں خلوی دررسزش ہوتی ہے۔ عصبی خلیے، بالخصوص قرن مقدم کے عصبی خلیے، انحطاط کے مختلف مدارج ظاہر کرتے ہیں (کامل عنیر موجودگی کے درجہ تک) ۔ اور ممکن ہے کہ وہ کثیرالاشکال نواتی اور یک نواتی خلیوں سے دررسختہ نظر آئیں (neuronophagia = عصبیہ خوری) قرن مقدم کے اِس ضرر کے بعد حرکی جڑوں کے عصبی ریشوں کا ثانوی انحطاط، اور اُن سے رسد حاصل کرنے والے عضلات کا ذبول واقع ہوجاتا ہے۔ یہی حادثہ عمل چلینتوں کی صورت میں نخاع مستطیل، جسر (pons) بڑے دماغ، چھوٹے دماغ (دُمیغ) اور سحایا میں واقع ہوسکتا ہے۔

بعض مُہلک حالتوں میں، عصبی ساختوں کے اِن اضرار کے علاوہ، چھوٹی آنت، غدۂ تیموسیہ (thymus) اور طحال کی لمف آسا بافتیں کلانی یافتہ پائی گئی ہیں، اور جگر کے غدی خلیوں کا کسی قدر انحطاط واقع ہوگیا ہے۔

اُن مریضوں میں جو ایک یا زائد جوارح کے مستقل ذبول کے برسوں بعد مَرے، حبل شوکی ایسے تغیرات پیش کرتی ہے جو بچشم نظر (خالی آنکھ سے) نظر آجاتے ہیں۔ حرکی عصبی جڑیں (جو غالباً اُس حصے سے آتی ہیں جسکے ماؤف ہونے کا گمان غالب ہے) جسامت اور تعداد میں گھٹ جاتی ہیں۔ عرضی تراش لینے پر متاثرہ جانب پر حبل شوکی نسبتہً چھوٹی ہوتی ہے اور قرن مقدم سکڑا ہوا پایا جاتا ہے۔ خرد بین کے نیچے حرکی عصبی خلیے اور محور اُستوانے تقریباً بالکل غیر موجود پائے جاتے ہیں۔ چند عصبی خلیے جو باقی رہ گئے ہیں وہ معمول سے نسبتہً چھوٹے، سکڑے ہوئے نکلے نماؤں اور زائدوں سے معرا ہوتے ہیں اور عصبی سریش کا ایک کثیف نمدے نما بیش بالیدگی میں قیام رکھتے ہیں۔ حبل شوکی کے اندر اور اُس سے باہر دونوں جگہ حرکی عصبی جڑیں محور اُستوانوں کا اِتلاف ظاہر کرتی ہیں اور سریعاً انحطاط یافتہ ہوتی ہیں۔

مضرور حصّوں سے فعلیاتی تعلق رکھنے والے عضلات میں لیفی یا شحمی انحطاط واقع ہوتا ہے، جو جزوی یا کلّی ہوسکتا ہے۔ یہ عضلات پھیکے گلابی رنگ کے اور آبی نظر آتے ہیں اور خردبین کے نیچے وہی تغیرات پیش کرتے ہیں جو حرکی اعصاب کے اضرار کے نتیجہ کے طور پر بیان کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 735)۔

99

علامات۔ سہولت کی غرض سے اِس مرض کی متعدد سریریاتی شکلیں بیان کی گئی ہیں جنکا انحصار مرکزی عصبی نظام کے اُس حصہ پر ہوتا ہے جس پر حملہ ہوا ہو۔ یاد رکھنا چاہیئے کہ اِنفرادی حالتیں اکثر دو یا زائد شکلوں کا آمیزہ ہوتی ہیں۔ پہلے بعض عام علامتیں جو تمام شکلوں کے لئے مشترک ہیں بیان کی جاتی ہیں۔ زمانۂ حضانت چار دن سے بارہ دن تک کا ہوتا ہے۔ آغاز مرض سریع ہوتا ہے۔ حرارت (feverishness) کے ساتھ دردِ سر، اور غنودگی، اور ایک یا زائد جوارح میں شدید درد جیسے حاد رثیتہ (acute rheumatism) کا گمان ہوتا ہے۔ یہ درد حرکت کرنے پر بڑھ جاتا ہے۔ بعض اوقات تشنج، قے اور اسہال واقع ہوتے ہیں۔ غنودگی کی حالت میں ممکن ہے کہ مریض بلا ارادہ بول و براز خارج کردے۔ ممکن ہے کہ منتشر احمرار (erythema) یا ایک آبلہ نما طفح (vesicular rash) اور کبھی کبھی منطقی نملہ (herpes zoster) بھی ہو۔ ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ درد کے ساتھ جھنجھناہٹ یا تنمّل (formication) (چیونٹیوں کے چلنے کا احساس) ہو، لیکن حس کا کوئی بڑا فقدان کبھی نہیں ہوتا اور متذکرۂ بالا علامات چند ہی روز میں دفع ہوجاتے ہیں۔

دماغی نخاعی سیّال تقریباً ۸۰ فیصدی حالتوں میں مرض کے پہلے ہفتے میں زیادہ خلوی شمار ظاہر کرتا ہے۔ ابتدائی ترین درجوں میں اس میں زیادہ تر کثیر الاشکال خلیات (polymorphs) موجود ہوتے ہیں، لیکن پہلے دو دنوں کے بعد لمفی خلیات (lymphocytes) کا غلبہ ہوتا ہے، اور پہلے ہفتہ کے اختتام پر کثیر الاشکال خلیے شاذ ہی پائے جاتے ہیں۔ دوسرے ہفتے کے اختتام کے قریب خلوی شمار عموماً طبعی ہوجاتا ہے۔ پروٹین کی مقدار میں تقریباً ہمیشہ ایک خفیف سی زیادتی ظاہر ہوتی ہے۔ یہ بیماری کے دوسرے ہفتے میں واقع ہوتی ہے اور اکثر خلوی شمار کے بعد طبعی ہوجانے تک قائم

رہتی ہے۔ نشکراور کلورائیڈ کم نہیں ہوتے۔

ا۔ نخاعی شکل۔وار داتوں کی تقریباً تین چوتھائی تعداد اسی قسم کی ہوتی ہے۔ یہ عموماً جوارحی عضلات کے شلل کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے لیکن بعض اوقات دھڑ، شکم، اور گردن کے عضلات بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔

چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں کے دوران میں پایا جاتا ہے کہ بعض عضلات کی کمزوری یا واضح شلل موجود ہے، یا یہ ممکن ہے کہ ایک بچہ تندرست حالت میں سو جاتا ہے اور صبح وہ مشلول پایا جاتا ہے۔ اکثر یہ ہوتا ہے کہ ابتداءً تین یا چار جوارح مشلول ہو جاتے ہیں اور دو یا تین جوارح میں جلد شفا ہو جاتی ہے اور باقی ماندہ مستقلاً ماؤف رہ جاتے ہیں۔ دوسری حالتوں میں بعض جوارح ابتدا ہی سے ماؤف ہوتے ہیں اور پھر ایسے ہی رہتے ہیں لیکن یہ ضروری نہیں کہ شلل کسی پورے جارحہ کو ماؤف کرے، بلکہ ممکن ہے کہ صرف ایک ہی حصہ ماؤف ہو یا ایک ہی عضلی گروہ مشلول ہو جائے۔ اگر شلل دونوں ٹانگوں کو یا ایک جانب کے بازو اور ٹانگ کو ماؤف کرتا ہے تو وہ اس طرح یکسانیت کے ساتھ پھیلا ہوا نہیں ہوتا، جیسا کہ شلل کی بعض دوسری شکلوں میں ہوتا ہے۔ ماؤف عضلات میں بسرعت ذبول واقع ہوتا ہے، ان کا حجم گھٹ جاتا ہے، اور وہ رخو (ڈھیلے۔ پلپلے) ہو جاتے ہیں۔ اگر حملہ کے چند روز بعد ان کا امتحان برقی طور پر کیا جائے تو وہ تعامل انحطاط (reaction of degeneration) (ملاحظہ ہو صفحہ 733) ظاہر کرتے ہیں، یا شدید حالتوں میں دونوں میں سے کسی ایک رَو کی بھی مجیبیت نہیں ظاہر کرتے۔ سب سے زیادہ ماؤف حصوں میں تمام عمیق منعکسات (deep reflexes) معدوم ہو جاتے ہیں، اور اوپری منعکسات (superficial reflexes) بھی عموماً معدوم ہو جاتے ہیں۔

اگرچہ اس مرض کا حملہ بیشتر حالتوں میں بالخصوص حبل شوکی کے رمادی مادے پر ہی ہوتا ہے، تاہم کبھی کبھی مکمل عرضی ضرر بھی دیکھا جاتا ہے۔ عنقی خطے میں ایسی حالت میں ہاتھوں اور بازوؤں کے عضلات کی قوت کا فقدان اور ان کا ہزال (wasting) اور ٹانگوں کا تشنجی شلل (spastic paralysis) پایا جاتا ہے۔ بعض اصابات واقعہ (اچھلنے والی حالتوں) ("jump" cases) کا تذکرہ بھی ضروری ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ مرض ٹانگوں کو ماؤف کر کے چند روز تک ٹھہرا ہوا رہے اور پھر یکایک ایک وسیع طور

پرپھیلا ہوا شلل دھڑ یا بالائی جوارح کے عضلات میں واقع ہوجائے، یا شلل کی یہ توسیع بتدریج واقع ہو۔ یہ شلل حبل شوکی کے طول میں نیچے کے طرف اور اسی طرح اوپر کے طرف جاسکتا ہے۔ اِن میں سے بعض حالتیں شلل لانڈری (Landry's paralysis) سے قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ مزید برآں چند ہفتوں کے وقفے کے بعد نکوس (relapses) واقع ہوسکتے ہیں۔

زمانۂ تپ کے اختتام پر اُن عضلات میں، جو پہلی جزئی شفایابی کے بعد مشلول رہتے ہیں، صرف نہایت آہستہ آہستہ ہفتوں اور مہینوں کے بعد خود اصلاح ہوگی۔ جوارح کے استعمال میں نقص کی مقدار کا انحصار مذبول عضلات کی تعداد پر ہوگا۔ لیکن بہت سی حالتوں میں کچھ عرصہ کے بعد، بچے ہوئے عضلات کے درمیان تازہ اتحادات قایم ہوجانے سے ضائع شدہ حرکات پھر واپس آجاتے ہیں۔ تقریباً تمام حالتوں میں ذبول ایک نمایاں خاصہ ہوتا ہے۔ اسی کی وجہ سے بیش بازو کے گول حصے میں گڑھا بنجاتا ہے، یا بالائی بازو یا ٹانگ کا حجم گھٹ کر محض ایک لکڑی سی باقی رہ جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ بعض اوقات چربی کی موجودگی کی وجہ سے عضلہ کی لاغری بالکل چھپی رہے مگر اس وقت بھی عضلہ کی ڈھیلی ڈھالی حالت (رخوت) عموماً شناخت کی جاسکتی ہے۔ عضلات کی مذبول حالت کے ساتھ ساتھ عموماً جارحہ کی عروقیت میں بھی ایک تغیّر پایا جاتا ہے۔ دوران خون میں رکاوٹ کی وجہ سے وہ سرد، سکڑا ہوا، اور نیلا یا کبود (livid) ہوتا ہے۔ ہڈیوں اور دوسرے حصوں کا تغذیہ بھی ماؤف ہوجاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک جارحہ جو شیر خوارگی یا ابتدائی طفلی کے زمانہ میں مشلول ہوا ہو اسی سرعت سے نہیں بڑھتا جس سرعت سے اس کا رفیق (عضلہ) بڑھتا ہے، اور وہ نسبتہً ½ انچ، ۱ انچ، یا زائد چھوٹا ہوسکتا ہے۔ بالآخر، اُن تشوّہات (deformities) کے علاوہ جو عضلی جرم کے نقصان کی وجہ سے براہ راست پیدا ہوجاتے ہیں، ایسے تشوّہات بھی واقع ہوسکتے ہیں جو غلط علاج کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ بعض (تشوّہات) محض عضلی سہارے کے تدریجی فشل (زوال) کا نتیجہ ہوتے ہیں، مثلاً عضلۂ دالیہ (deltoid) کے ذبول سے ذراعیہ ہڈی (humerus) دفتی کہفہ (glenoid cavity) سے گر پڑتی ہے (نکل آتی ہے)۔ دوسرے (تشوّہات) یہ ہوتے ہیں کہ جوارح کی وضع میں مستقل تغیرات پیدا ہوجاتے ہیں، مثلاً فرسی کج پائی

100

(talipes equinus) جو علی الاکثر مقدم قصبیتی عضلات (anterior tibial muscles) کے شل سے پیدا ہوجاتی ہے۔

۲۔ بصلی (bulbar) شکل، **جسری** (pontine) شکل اور **درمیانی دماغ** (mid-brain) سے تعلق رکھنے والی شکل بھی اعصاب کے نواتوں میں سے کسی نوات پر اور اسی طرح دماغ کے اس حصے میں سے گذرنے والے قطاع پر حملہ ہوسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 703)۔ ساتواں عصب نہایت عام طور پر ماؤف ہوتا ہے۔ لیکن اگر کوئی ایسی حالت دیکھنے میں آئے جس میں صرف ساتویں عصب کا شل موجود ہو تو وہ یقیناً شلل بیل (Bell's palsy) کے باعث ہوگی نہ کہ حاد التہاب رماد النخاع کی وجہ سے۔

۳۔ دماغی شکل ۔ مرض کی اس شکل کا عام ترین ظہور فالج نصفی (hemiplegia) ہے۔ لیکن یہ شکل بچوں میں فالج نصفی کا عام سبب نہیں ہے اور اس سے زیادہ سے زیادہ ۱ فیصدی واردات کی توجیہ ہوسکتی ہے۔ اضطرابیت (athetosis) شاذ ہے۔

۴۔ دُمیغی شکل ۔ دُمیغی ہرطلہ (cerebellar ataxy) (ملاحظہ ہو صفحہ 839) سے ظاہر ہوتی ہے۔

۵۔ التہاب السحائی شکل (meningitic form)۔ حاد التہاب رماد النخاع میں التہاب السحایا کے علامات بالکل غیر عام نہیں۔ شدید دردِ سر کے بعد ممکن ہے کہ مریض کو اذہ ہوجائے، اور ساتھ ہی اس میں پشت گردن کے عضلات کی کرختگی تشنج، اور دماغی نخاعی سیال میں تپشی تغیرات موجود ہوں۔

۶۔ ناممل شکل (abortive form) صرف اسی وقت شناخت ہوتی ہے جبکہ حاد التہاب رماد النخاع کی وبائیں موجود ہوں۔ اس میں تپ، دردِ سر، اعضا شکنی، اور عام کمزوری ہوتی ہے، مگر شلل نہیں ہوتا۔

تشخیص ۔ تپ، دردِ سر، قے، تشنج اور درد ایسے علامات ہیں جو بہت سی حاد علالتوں (مثلاً التہاب السحایا یا ذات الریہ) سے پیدا ہوسکتے ہیں عضلی طاقت کو ابتدا ہی سے باریکی کے ساتھ جانچنا چاہئے، کیونکہ اس کا نقصان اس مرض کا ایک امتیازی خاصہ ہے اور یہ مدنظر رہے کہ چھوٹے بچے اس کے متعلق بطور خود اطلاع نہیں دینگے۔ چند روز کے بعد

سریع ذبول ہے، فرادی رو کے بعد جوابی عمل (تعامل) کے فقدان سے اور گلوانیت (galvanism) کے متغیر تعامل سے تشخیص مصدق ہوجاتی ہے۔ اُس درد سے جو بعض اوقات موجود ہوتا ہے، رثیت (rheumatism) کا گمان پیدا ہوسکتا ہے لیکن وہ مفاصل میں ہونے کے بجائے زیادہ تر ہڈی اور عضلہ میں ہوتا ہے۔ شیر خواروں میں اِسکروی (Scurvy) کا بھی خیال رکھنا چاہئے۔ نیز ممکن ہے کہ یہ مرض شللِ لانڈری (Landry's paralysis) کے ساتھ التہابِ اعصابِ متعدّدہ (multiple neuritis) کے ساتھ جو کسی دوسرے عضویئے یا الکحل یا دوسرے زہر کے باعث ہو یا حاد التہابِ نخاع (acute myelitis) کے ساتھ، جو کسی دوسری سرایت کے باعث ہو، خلط ملط ہوجائے۔ شللِ لانڈری میں درد اور الیمیت اکثر نہیں ہوتے لیکن بعض حالتیں، جو شللِ لانڈری کے طور پر بیان کی گئی ہیں یقیناً درحقیقت التہابِ رماد النخاع تھیں۔ ابتدائی درجہ میں، اور نامکمل نمو یافتہ حالتوں میں تشخیص اکثر دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے (ملاحظہ ہو صفحہ 98) قائم کی جاسکتی ہے۔ تدرنی التہابِ سحایا (tuberculous meningitis) سے تفریق تشخیص کرنے کے لئے ایک کار آمد نکتہ یہ ہے کہ التہابِ رماد النخاع میں کلورائڈی مافیہ (chloride content) طبعی ہوتا ہے۔ تشخیصِ مصلی (serum diagnosis) کا ایک طریقہ بھی میسر ہے جس سے کام لیا جاسکتا ہے۔ اِس کا انحصار اِس واقعہ پر ہے کہ اگر حبل شوکی کے ایک ۵ فیصدی طاقت والے مستحلب (emulsion) کا جس میں ثقب (virus) موجود ہو، دروں دماغی راہ سے (intracerebrally) اِشراب کیا جائے تو اِس سے بندروں میں یہ مرض پیدا ہوجائے گا۔ لیکن اگر اِس میں ایک شفایاب شدہ مریض کے مصل کا مساوی حجم ملا دیا جائے تو یہ عدیم الفعل (بے اثر) ہوجائے گا۔ ایسے ذرائع سے یہ متیقن طور پر دریافت کرلینا ممکن ہوجائے گا کہ آیا بعض مشکوک مریضوں کو دراصل یہ مرض ہوا تھا یا نہیں، اور یہ صحت عامہ کے نقطۂ نظر سے مفید ہوگا۔

انذار۔ اِس مرض کی تازہ وباؤں میں شرحِ ہلاکت دس فیصدی سے لیکر بیس فیصدی تک مختلف رہی ہے۔ یہ شرحِ ہلاکت اُس سے بہت زیادہ بلند ہے جو اُن انفرادیٔا واردات میں مشخص ہوئی ہے جن میں عموماً جان کا کوئی خطرہ نہیں سمجھا گیا ہے۔ اِس کے برعکس

یہ بھی ہے کہ وباؤں میں شفائے کامل اکثر زیادہ حالتوں میں ہوتی ہے۔ اگر تنفسی عضلات میں مزاحمت ہوتی ہے تو موت عموماً تنفسی شلل (respiratory paralysis) یا شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) کے سبب سے واقع ہوتی ہے۔ اگر چودہواں دن سلامتی کے ساتھ پہنچ جائے تو موت شاذ ہی واقع ہوتی ہے۔ شفائے کامل تقریباً ۱۵ فیصدی سے

101

زائد مریضوں میں نہیں پائی جاتی۔ باقی ماندہ میں ابتداءً مشلول شدہ عضلات میں سے بیشتر بالآخر شفایاب ہوجاتے ہیں، لیکن ایک یا دو گروہ مستقلاً مضرور رہ جاتے ہیں۔ سب سے زیادہ درستی پہلے چھ مہینوں میں واقع ہوتی ہے اور وہ آہستگی کے ساتھ دو سال تک جاری رہتی ہے۔ اِس عرصہ کے بعد بہت کم مزید درستی کا امکان ہوتا ہے۔ دوبارہ حملے نہایت شاذ ہیں۔

تحریز۔ مریضوں اور متماسین (contacts) کو چاہئے کہ اپنے انفی اور حلقی جوفوں کو پوٹاسیم پرمینگنیٹ (potassium permanganate) کے ۲۰۰۰ میں ایک طاقت کے محلول سے بار بار دھلواتے رہیں۔ متماسین کے لئے قرنطینہ کی مدت چودہ دن ہے۔ مریض کو کم از کم تین ہفتوں کے لئے علیحدہ رکھ دینا چاہئے اور جبتک کہ کوئی انفی اخراج موجود ہو اُسے ساری سمجھنا چاہئے۔ تپ محرقہ کے مریض کی طرح اُسے بھی شفاخانہ کے عام دارالمرضی میں رکھ کر علاج کیا جاسکتا ہے۔

علاج۔ مرض کے درجۂ حاد میں مریض کو بستر میں آرام سے رہنا چاہئے۔ اور اُسے جبائر (splints) یا دوسرے قسم کے احتباسی آلہ (retentive apparatus) مثلاً پلاسٹر آف پیرس (plaster of Paris) وغیرہ کی وساطت سے حتی الامکان بےحرکت کر دینا چاہئے۔ دوسرے ضروریات حسب ذیل ہیں: مُغذّی زود ہضم غذا، اسپرین (aspirin) یا سوڈیم سیلی سیلیٹ (sodium salicylate) کم از کم نسبتہً بڑی عمر کے بچوں میں تخفیف درد کے لئے، یا شدید حالتوں میں مارفیا (morphia) بھی ایسی مقداروں میں جو عمر کے لحاظ سے مناسب ہوں۔ ہیگزامین (hexamine) پوری مقداروں میں دی جاسکتی ہے کیونکہ وہ ایک ایسی دافع عفونت دوا ہے جس کا دماغی

نخاعی سیّال کے اندر افراز ہوتا ہے۔ لیکن اس کی منفعت کے متعلق مختلف اندازے ہیں۔ گزشتہ زیادہ فعّال تدابیر کا مشورہ دیا گیا ہے مثلاً قطنی کچوکے (lumbar puncture) کا جس سے دباؤ میں کمی ہوجاتی ہے کبرا کے ساتھ ہی ایڈرینالین کلورائڈ کے محلول (...ایں احصہ) کے درون نخاعی اشراب کا ڈیا ۲ مکعب سنٹی میٹر کی مقداروں میں ہر چھٹے گھنٹے یا ایک منیع مصل (immune serum) کے درون نخاعی اشراب کا ۱۰ تا ۲۰ مکعب سنٹی میٹر وزرا نہ کی مقداروں میں (Netter)۔ یہ مصل ایسے اشخاص کے خون سے حاصل کیا جاتا ہے جو اس مرض میں مہینوں یا برسوں پہلے مبتلا ہوچکے ہوں۔ اس علاج کے لئے موزوں حالتیں یہ ہیں: (۱) وہ جن میں تشخیص قبل التشلل درجہ (pre-paralytic stage) میں کی جاسکے۔ (۲) وہ جن میں التہاب سحایا کی علامتیں موجود ہوں۔ (۳) وہ جن میں تشلل میں توسیع ہورہی ہو۔ یہ علاج ان عضلات کے لئے بیکار ہے جو پہلے ہی تشلل ظاہر کررہے ہوں۔ چار سے چھ ہفتوں کے عرصہ میں، جبکہ درد اور الیمیت غائب ہوچکے ہوں اور بعض عضلات کی طاقت عود کررہی ہو، حرکت میں زیادہ آزادی کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ مریض اٹھکر بیٹھنا اور جوارح کو حرکت دینا شروع کرسکتا ہے۔

ماؤف عضلات کا فوری علاج آرام (بے حرکتی) ہے۔ یہ ایسی وضع میں ہونا چاہئے کہ جس میں وہ تشوّہات (deformities) جو عموماً پیدا ہوجاتے ہیں، نہ پیدا ہونے پائیں۔ اِس وضع کو سیلولائڈ کے جبائر (celluloid splints) کے ذریعہ قائم رکھا جاسکتا ہے جسکے لئے جبیرہ جارحہ کے ایک صحیح قالب (cast) پر ڈھال لیا جائے۔ بالائی جارحہ کی صحیح وضع یہ ہے کہ انگوٹھا تقریب کردہ (adducted) رہے، انگلیاں قدرے خمیدہ ہوں، کلائی ظہری خمیدگی کی حالت میں (dorsiflexed) اور مبطوح (supinated) ہو، کہنی قدرے خمیدہ اور شانہ پہلو سے زاویہ قائمہ پر تبعید کردہ (abducted)۔ زیرین جارحہ کو اِس وضع میں رکھنا چاہئے کہ پاؤں ٹانگوں کے زاویہ قائمہ پر ہو اور گھٹنا اور کولھا سیدھا ہو۔ جب ایک ٹانگ ماؤف ہو تو دوسری ٹانگ کو بھی جبائر میں رکھنا چاہئے تاکہ حوض (pelvis) کا عدم تشاکل (asymmetry) واقع نہ ہونے پائے۔ اگر ٹانگیں اور دھڑ دونوں کے عضلات مشلول ہیں تو پشت کو قطنی خطے میں سہارا دیکر کسی قدر قعَس (lordosis) حاصل کرلینا چاہئے کیونکہ اِس وضع میں مریض بالا تحاجتنابی آلے

ے (retentive apparatus)

کی مدد سے چلنے کے قابل ہوسکے گا۔ تین یا چار ہفتوں کے عرصہ میں ظاہر ہوجائے گا کہ کون سے مخصوص عضلی گروہ مشلول ہیں، اور پھر جوارح اور جسم کی وضع کو اِس طرح بدل دینا چاہئے کہ جس سے مشلول عضلات کا ارتخائے کامل (پورا ڈھیلاپن) حاصل ہو اور نتیجۃً تندرست ضد متنازع عضلات (antagonists) کا بیش تمدّد (معمول سے زائد ھیلاؤ) واقع ہوجائے۔

تپش کے کم ہونے اور درد کے رفع ہونے کے ساتھ ہی مشلول عضلات کی بازتربیت (re-education) شروع ہونی چاہئے۔ یہ یہ ہے کہ مریض سے روزانہ معینہ فاصلوں پر وہی عضلات استعمال کرائے جائیں۔ جاذبہ (gravity) کے اثر کو کم یا کالعدم کر دینا چاہئے، اور اُس کام کی مقدار جو عضلہ سے کرایا جائے، ابتداءً اقل ہونی چاہئے۔ مثلاً کمزور شدہ عضلۂ ذوار بعۃ الرؤس (quadriceps) کی حالت میں مریض کو اُس کی پشت کے بل لیٹا ہوا رکھ کر پہلے گھٹنے کو خفیف سا خمیدہ کیا جاتا ہے، اور مریض سے کہا جاتا ہے کہ اُسے سیدھا کرے۔ خمیدگی کی مقدار بتدریج بڑھائی جاتی ہے۔ بعض اوقات اِن حرکات کو ایک مغسل (bath) کے اندر انجام دینا مفید ہوتا ہے کیونکہ پانی سے کچھ سہارا مل جاتا ہے۔ ورزشوں کے درمیانی اوقات میں جبائر لگائے ہوئے رکھنے چاہئیں۔ دھڑ اور ٹانگی عضلات کی بازتربیت کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض انتصابی وضع میں چلتا پھرتا رہے۔ جب مریض کی مشلول ٹانگوں میں جبیرہ لگا ہوا ہو تو یہ اُس وقت کیا جاسکتا ہے جبکہ وہ ایک چلنے کی مشین (walking machine) استعمال کرے۔ ڈالک، برق اور غسل بھی معاون تدابیر کی حیثیت سے مفید ہوسکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بعد میں جراحی تدابیر کی ضرورت پڑے۔

یہ سمجھ لینا چاہئے کہ اگر عصبی خلیے تمام تر تلف ہوگئے ہوں تو اُن پر انحصار رکھنے والے عصبی ریشے اِس طور پر مذبول ہوجائیں گے کہ پھر اُن میں اصلاح نہیں ہوسکتی۔

102

آب ترسی

(HYDROPHOBIA)

داء الکلب (rabies)، سعار (lyssa)

یہ ایک ساری مرض ہے، جو ہمیشہ جانوروں سے (عموماً ان کے کاٹنے کے نتیجے کے طور پر) لگ جاتا ہے۔ کوئی بھی حار الدم یعنی گرم خون والا (warm-blooded) جانور اس مرض میں مبتلا ہو جانے کی قابلیت رکھتا ہے، لیکن جزائر برطانیہ میں کتے کہیں زیادہ اہم سرایت رساں حامل ہوتے ہیں۔ ہندوستان میں بھیڑیے، گیدڑ اور بندر بھی اہم ہیں۔ یہ مرض جانوروں میں ہو تو اسے داء الکلب (rabies) کہتے ہیں، اور انسان میں ہو تو آب ترسی (hydrophobia) کہلاتا ہے، لیکن تسمیہ کے اختلافات کے باوجود یہ ایک ہی مرض ہے۔ داء الکلب جانوروں میں ایک مہلک مرض ہوتا ہے۔ وہ دو شکلوں میں ہوتا ہے۔ پہلی شکل، یا ہیجانی داء الکلب (furious rabies) میں کتا پہلے تو سست پڑ جاتا ہے اور نقل و حرکت کرنے سے متنفر ہوتا ہے۔ پھر وہ شکی اور چڑچڑا ہو جاتا ہے، اور ساتھ ہی کاٹنے کا قوی رجحان رکھتا ہے، اور ایک عجیب (مخصوص) آواز کے ساتھ بھونکتا یا چیختا ہے۔ اپنی معمولی غذا نہیں قبول کرتا اور خشک گھاس، مٹی، بال، کپڑے، لکڑی کے ٹکڑے وغیرہ کھانے لگے گا۔ اس پر شلل طاری ہو جاتا ہے، نیچے کا جبڑا لٹکا ہوا ہوتا ہے، جوارح میں شلل ہو جاتا ہے (یعنی اس کے ہاتھ پاؤں ڈھیلے پڑ جاتے ہیں)، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اب وہ کھڑا نہیں ہو سکتا، اور بالآخر اختناق (asphyxia) کے ساتھ اس کی موت واقع ہو جاتی ہے۔ صامت داء الکلب (dumb-rabies) میں ابتدائی درجہ نہیں ہوتا۔ شلل کے علامات جلد ہی ظاہر ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ کتے میں نگلنے کی قابلیت نہ رہے۔

بحث اسباب۔ مرض آب ترسی کا ترشّب نامعلوم ہے۔ وہ ریق (لعاب دہن)

میں ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ داءالکلب کے علامات نمودار ہونے سے ایک ہفتہ پہلے وہاں موجود ہو ۔ جانور کے کاٹنے سے انسان اس ریق سے سرایت زدہ ہوجاتا ہے ۔ اگر کتا کسی خراشیدہ سطح یا تندرست غشائے مخاطی کو چاٹ لے تو بھی سرایت واقع ہو سکتی ہے ۔ پاگل کتوں کے کاٹنے کی وارداتوں میں سے تقریباً صرف نصف میں مرض آب ترسی بعد میں نمویاب ہوجاتا ہے اور اس کا امکان اس وقت اور بھی زیادہ ہوتا ہے جبکہ کسی کھلے ہوئے حصے مثلاً چہرے یا ہاتھ پر کاٹا ہو ۔ اگر کپڑوں کا کوئی حصہ کاٹنے والے جانور کے دانت سے اندر داخل ہوگیا ہو تو ممکن ہے کہ وہ سرایت سے محفوظ رکھے ۔ تطبیعی تجربات سے تشنّب سارے مرکزی عصبی نظام میں اور بعض غدد (ریقی، دمعی، ثدیی، اور ہبلیہ) کے افراز میں پھیلا ہوا پایا گیا ہے لیکن خون کے اندر نہیں پایا گیا ۔ یہ بھی دکھلایا گیا ہے کہ تطعیم کے بعد تشنّب محیطی اعصاب کے ذریعہ اوپر پہنچ کر مرکزی عصبی نظام میں پھیل جاتا ہے ۔

مرضی تشریح ۔ احشار میں خوردبینی تغیرات صرف چند ہی ہوتے ہیں ۔ دماغی نخاعی سیال کی مقدار اکثر زیادہ ہوجاتی ہے ۔ خسر دبینی تغیرات جو عصبی نظام اور خاص کر قشر دماغ، حبل شوکی، اور نہایت افراط کے ساتھ نخاع مستطیل میں پائے جاتے ہیں حسب ذیل ہیں :۔ اتساع عروق، عروق کے گرد اور بافتوں میں چھوٹے خلیات کے اجتماعات، عروق میں خون کے تھکے، اور چھوٹے نزفات ۔ ریقی غدد میں اور گردوں میں سپید خلیوں کے دررزش بھی دیکھی گئی ہے ۔ ۱۹۰۳ء میں نیگری (Negri) کو مرض آب ترسی سے مرنیوالے جانوروں کے عصبی نظام میں بعض اجسام ملے اور اس کے بعد دوسروں کو یہ اجسام نیگری (Negri bodies) نہایت مداومت کے ساتھ ملے ہیں ۔ یہ دماغ کے بعض حصوں بالخصوص قرن البحر کبیر (hippocampus major) کے عصبی خلیوں میں نظر آتے ہیں ۔ ان کی موجودگی اس مرض کے لئے لازمی معلوم ہوتی ہے ۔

علامات ۔ ایک ایسے جانور میں جس کی دماغ کی سطح پر تشنّب کی تنفیب واقع ہوگئی ہو، علامات کے ظہور کے لئے پندرہ روز درکار ہیں ۔ اس کے علاوہ انسان میں تشنّب کو زخم سے اوپر کی طرف سفر کرنا پڑتا ہے چنانچہ زمانۂ حضانت

بہر نوع پندرہ دن سے زاید ہی ہونا چاہئے۔ یہ زمانہ عموماً ایک اور تین ماہ کے درمیان اور شاذ حالتوں میں چھ ماہ سے زاید ہوتا ہے۔ زخم جس قدر زیادہ شدید اور دماغ سے جس قدر زیادہ قریب ہوتا ہے، زمانۂ حضانت اُسی قدر زیادہ مختصر ہوتا ہے۔ سب سے زیادہ ممیّز ابتدائی علامات یہ ہیں:۔ ارتفاعِ تپش، بے آرامی کا احساس، شکل وصورت سے جوش وہیجان کا ظاہر ہونا، اور جامدات (solids) یا سیالات کو نگلنے کی ناقابلیت۔ اِس آخری علامت کی شکایت مریض اُس وقت بھی کر سکتے ہیں جبکہ وہ ابھی بالکل اچھے ہیں۔ اکثر زخم

103

کے ندبہ (scar) میں درد کا ایک ناگوار احساس پہلی متعین علامت ہوتا ہے۔ یہ درد نہایت شدید ہو سکتا ہے اور ممکن ہے کہ ندبہ کسی قدر سرخ یا الیم ہو۔ لیکن یہ دلالتیں بالکل غیر موجود بھی ہو سکتی ہیں۔ پھر وہ تشنج (spasms) ظاہر ہوتے ہیں، جو اِس مرض کے لئے اِس قدر ممیّز ہوتے ہیں۔ یہ پینے کی کوشش سے، پانی یا اس کو مظروف رکھنے والے ظرف کو دیکھنے سے، یا گرد وپیش والوں کے یہ کہنے سے کہ کچھ سیّال لینا چاہئے، ہیجان میں آجاتے ہیں۔ ازاں بعد یہ تقریباً کسی بھی خارجی اثر (ہوا کے جھونکے، روشنی کے چمکارے، یا کسی بلند آواز) سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ یہ تشنجات عضلاتِ بلع (muscles of deglutition) کو ماؤف کرتے ہیں، مگر سب سے زیادہ واضح وہ تشنج ہیں جو عضلاتِ تنفس کو متاثر کر دیتے ہیں۔ یکایک ایک گہری سانس اندر لی جاتی ہے (شہیق = inspiration) جو سسکی یا آہ کی طرح ہوتی ہے، شانے اوپر اٹھائے جاتے ہیں، سینہ پھیلا لیا جاتا ہے، اور عضلاتِ قصیہ حلمیہ (sterno-mastoids) یا عضلاتِ منتشرہ (platysmas) منقبض ہوجاتے ہیں۔ اگر مریض کو پانی جبراً دیا جائے تو وہ اُسے رد کرنے کے لئے اور زیادہ ارادی کوششیں عمل میں لاتا ہے اور اُس کی ہیئت ہولناک یا خوف زدہ ہوجاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ انقباضات جسم کے دوسرے عضلات میں پھیل کر کزاز (tetanus) سے مشابہ ہوجاتے ہیں۔ نگلنے کی دقت ایک دوسرے طریقہ سے بھی ظاہر ہوتی ہے، کیونکہ ریق (لعاب دہن) نگلا نہیں جاتا بلکہ متواتر سپید چپچپی دار حبیبات (چھوٹی گولیوں) (pellets) کی صورت میں جمع ہوتا رہتا ہے اور تمام سمتوں میں تھوکا جاتا ہے۔ اِن تشنجات کی بڑھتی ہوئی شدت کے ساتھ مریض ہیجان پذیر بکی اور دیوانہ یا وحشیانہ طور پر نیائی ہوجاتا ہے، اور ساتھ ہی اسے اختلاطات اور توہمات (hallucinations) ہوتے ہیں۔ تپش بلند اور چہرہ سرخ ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ غذا دینے کی تمام کوششیں بے سود رہیں

(delusions) ء

اور زیادہ سے زیادہ یہ ممکن ہو سکتا ہے کہ دودھ یا دوسری غذا کی خفیف مقدار ایک نسبتہً زیادہ ضبط کے لمحہ میں حلق سے نیچے اتر جائے۔ اس مختصر زمانہ میں ہی جس میں مرض جاری رہتا ہے نحول (ڈبلاپن) محسوس طور پر سریع ہوتا ہے اور اس کے بعد خستگی (تخلیل قوت) لازماً ہوتی ہے۔ آخر خاتمہ کے قریب تشنجات بالکل موقوف ہو جاتے ہیں بلکہ ممکن ہے کہ مریض غذا کی خاصی مقداریں لے سکے۔ لیکن اگر ایسا ہو تو بھی اس سے وہ ہلاکت خیز خاتمہ نہیں رک سکتا جس سے پہلے ممکن ہے کہ شلل یا کوما واقع ہو جائے۔ چند حالتوں میں آخری علامات شللی ہوتے ہیں۔ ٹانگوں بازوؤں اور دوسرے حصوں میں معکوسات (reflexes) غائب ہو جاتے ہیں۔

مرض دو سے چار دن تک جاری رہتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ طویل ترین زمانہ جس کا علم ہے دس دن کا ہے۔ نمو یافتہ مرض میں ہلاکت ناگزیر ہے۔

تشخیص - یہ عموماً مشکل نہیں ہوتی، بالخصوص اگر یہ امر کہ سرایت ہوئی ہے اچھی طرح مصدقہ ہو۔ کزاز سے حقیقی مشابہت تو نہایت کم ہی ہوتی ہے۔ اس (کزاز) میں عضلہ کی مستقل کرختگی کی موجودگی اور ذہنی اختلال کی غیر موجودگی ممیز ہوتی ہے۔ ہسٹیریائی حالتیں مرض آب ترسی سے مشابہ ہو سکتی ہیں اور ممکن ہے کہ وہاں واقع ہوں جہاں آب ترسی کی آمد (وقوع) کے امکان کے طرف ذہن زیادہ متوجہ رہا ہو۔ انھیں "آب ترسی کاذب" (spurious hydrophobia) یا شعار ترسی (lyssaphobia) کہتے ہیں۔

کسی کاٹنے والے جانور میں اس مرض کی موجودگی یوں بتلائی جا سکتی ہے کہ اس کے فرس البحر کبیر (hippocampus major) سے لی ہوئی تراشوں اور آلودول (smears) کا خوردبینی امتحان کیا جائے، اور اس کی نخاع مستطیل کی تطعیم ایک خرگوش کی ام جافیہ (dura mater) کے نیچے کی جائے۔

انذار - اگر مانع کلب علاج (antirabic treatment) استعمال کیا جائے تو ہلاکت ۰۵ء فیصدی سے نیچے رہتی ہے، بشرطیکہ مریض کا علاج وقت پر کیا جائے۔

تحریز - انگلستان میں کتوں میں داء الکلب کی روک تھام حسب ذیل طریقوں سے عمل میں لائی جاتی ہے: (۱) حکم دہن بستگی[1] (muzzling-order) سے (۲) کتوں کے

---

[1] دہن بستگی = تکمیم

سرایت زدہ رقبہ کے اندر آنے اور اس سے باہر جانے میں قیود عائد کرکے ۔ (۳) تمام درآمدہ کتوں کے لئے سخت قرنطینہ قائم کرکے ۔

داءالکلب سے سرایت زدہ رقبہ کے اندر ان تمام زخموں کا جو کتوں کے کاٹنے سے ہوں، حسب ذیل مقامی علاج ہونا چاہئے ۔ کتے کو فی الفور تلف نہیں کرنا چاہئے بلکہ یہ دیکھنے کے لئے کہ اس میں مرض نمویاب ہوتا ہے یا نہیں اسے رکھنا چاہئے ۔ اگر مرض نمویاب ہو تو تطعیم عمل میں لانے کی ضرورت نہیں ۔ لیکن اگر کسی شخص کے چہرے، سر یا گردن پر کاٹنے کے شدید زخم ہوں تو تطعیم فی الفور عمل میں لانی چاہئے ۔ ایسی صورت میں انتظار کرنا خطرہ سے خالی نہیں ۔ اسی اصول کا اطلاق اس وقت بھی ہوتا ہے جبکہ کاٹنے کے زخم نسبتہً کم مخدوش ہوں مگر کتا غائب (مفقود الخبر) ہو گیا ہو ۔

علاج ۔ ایسا کوئی علاج معلوم نہیں ہے جو مرض پر جبکہ وہ ایک مرتبہ نمویاب ہو چکا ہو، کچھ بھی اثر رکھتا ہو ۔ مارفیا کے اشرابات یا کلوروفارم کے استنشاقات (inhalations) سے عارضی آرام پہنچایا جا سکتا ہے ۔

مقامی علاج ۔ زخم کو جلا دینا چاہئے ۔ اس مقصد کے لئے بہترین طریقہ یہ ہے کہ اس پر غیر مرقق کاربولک ایسڈ (undiluted carbolic acid) سے بار بار پھاہا (to swab) جائے ۔ اسے کاٹ کر خارج بھی کر سکتے ہیں ۔ اگر کوئی دافع عفونت دوا دستیاب نہ ہو تو کچھ نہ کرنے سے بہتر یہ ہے کہ اسے پانی سے دھو دیا جائے ۔ زخم کو چوس بھی سکتے ہیں لیکن ایسا کرنے والے شخص کے لئے کسی قدر خطرہ ہے ۔

دافع داءالکلب جاریتی علاج (antirabic vaccine treatment) ۔ یہ مکلوب (rabid) جانور کے کاٹنے کے بعد ہمیشہ استعمال کرنا چاہئے ۔ اس علاج کا اصول یہ ہے کہ اس سے پہلے کہ زخم میں داخل شدہ قشب عصبی مرکز وں میں پہنچے، مریض کو اس مرض کے مقابلہ کے لئے منیع (immunised) (مامون) بنا دیا جائے ۔

304

پاسچر کے طریقۂ نخاع خشک (dry cord method) میں ایک خرگوش میں ترقان (trephine) سے سوراخ کرکے اس کی اُم جافیہ کے نیچے ایک مکلوب کتے کے نخاع سے تطعیم کر دی جاتی ہے۔ پہلے خرگوش سے دوسرے کی، اور دوسرے سے تیسرے کی، اور علیٰ ہذا القیاس اسی طرح تطعیم کر دی جاتی ہے، یہاں تک کہ زمانۂ حضانت، جو یکے بعد دیگرے تطعیم کے ساتھ کمتر ہوتا جاتا ہے، گھٹ کر سات دن کے اقل عرصہ کا ہو جائے۔ ان خرگوشوں کے نخاعوں میں "قشبِ ثابت" ((virus fixé) موجود ہوتا ہے، اور قشبیت درجۂ اتم پر ہوتی ہے۔ تحریزی تطعیم کے مقاصد کے لئے ان قشبی نخاعوں کے متعدد ٹکڑے خشک ہوا کی علٰحدہ علٰحدہ بوتلوں میں تین سے چودہ دن تک کے مختلف عرصوں کے لئے رکھ دیئے جاتے ہیں۔ تین دن ختم ہونے تک قشبیت غیر متبدل رہتی ہے، لیکن اس کے بعد اس میں روز بروز تخفیف ہوتی جاتی ہے، یہاں تک کہ چودہ دن گذرنے پر وہ بالکل غائب ہو چکتی ہے۔ نخاع کے ایک مکعب سنٹی میٹر کو ۵ مکعب سنٹی میٹر طبعی مائع (نارمل سیلائن) میں پیس کر مریضوں میں اس کی تحت الجلد می تطعیم کی جاتی ہے، اور جس نخاع کو استعمال کیا جاتا ہے وہ بتدریج بڑھی ہوئی قشبیت کا ہوتی ہے۔ یہ علاج اکیس دنوں پر پھیلا ہوا ہوتا ہے، لیکن خطرناک حالتوں میں اس کی شدّت کو بڑھا کر علاج کا نصاب صرف پندرہ دن تک رکھا جا سکتا ہے۔ جدید ترین طریقۂ علاج وہ ہے جو مردہ کلبی تجدرین (dead rabies vaccine) کے ذریعہ کیا جاتا ہے (Semplé)۔ یہ تجدرین خرگوش کے دماغ، نخاع مستطیل اور نخاع سے، جن میں قشبِ ثابت (virus fixé) موجود ہوتا ہے، اس طرح تیار کی جاتی ہے کہ اس کی ترقیق طبعی مائع (normal saline) سے جس میں ایک فیصدی کاربولک ایسڈ موجود ہوتا ہے کرکے اسے چوبیس گھنٹے تک ۳۷ درجہ سنٹی گریڈ پر رکھ دیا جاتا ہے۔ مائع کی اتنی ہی مقدار سے پھر ترقیق کر لینے کے بعد یہ تجدرین استعمال کے لئے تیار ہوتی ہے اور اسکے مناعت بخش (مَنّوع) خواص کم از کم تین ماہ تک زائل نہیں ہوتے۔ یہ ڈاک کے ذریعہ بھیجی جا سکتی ہے اور اس طرح علاج کے لئے بآسانی میسر آ سکتی ہے۔

مانع کلب مصلیات (antirabic sera) بھی استعمال کئے گئے ہیں، لیکن صرف تجدرینی علاج کے ساتھ ساتھ۔ چنانچہ اُن کے کارگر ہونے کے متعلق فیصلہ کرنا غیر ممکن ہے۔

کُزاز (طاطانس)

(TETANUS)

اِس مرض میں جس کا نام ایک ایسے لفظ سے ماخوذ ہے جسکے معنے "میں تانتا ہوں" ہیں) ضروری شرط یہ ہے کہ جسم کے بیشتر عضلات میں تشنجی (tonic) انقباضات واقع ہوں اور ساتھ ہی وقتاً فوقتاً زیادہ انقباض کے دورے ہوتے رہیں۔ یہ ایک عُصَیّہ (B, tetani) کے باعث ہوتا ہے جو مختلف اقسام کی مٹی یا گارڈن مولڈ (garden mould) میں موجود ہوتا ہے اور جب ایسی مٹی کی تلقیم جلد کے نیچے ہو جاتی ہے تو اِس سے جانوروں میں کُزاز (طاطانس) پیدا ہو جاتا ہے۔

اِس عُصَیّہ کی پیمائش طول میں ۴ ملا تا ۵ ملا اور دبازت میں ۴ء۰ ملا ہے۔ یہ سوطی (تازیانہ دار) (flagellated) ہوتا ہے اور معمولی صبغات سے اور طریقۂ گرام (Gram's method) سے رنگ قبول کرتا ہے۔ یہ بذرے پیدا کرتا ہے جو ایک سرے پر نمایاں ہوتے ہیں، اور چونکہ ان کا قطر عُصَیّہ کے قطر کے نسبت بڑا ہوتا ہے، ان کی وجہ سے عُصَیّہ کی شکل ایک تجک (چوبِ نقارہ) جیسی نظر آتی ہے۔ عُصَیّۂ طاطانس ناہوا باش طریقہ سے (anærobically) بالیدگی حاصل کرتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ مرض بالکل چھوٹے شیرخواروں میں (tetanus neonatorum = نومولودی کُزاز) اور اس عمر کے بعد پانچ برس سے اوپر کی تمام عمروں میں واقع ہوتا ہے۔ یہ گرم ملکوں میں زیادہ عام ہے اور معلوم ہوتا ہے کہ کالے چمڑے والی قوموں میں اِسکی استعداد خاص طور پر ہوتی ہے۔ اِس کا نہایت کثیر الوقوع پیش خیمہ ضرر یعنے چوٹ ہے (ضربی کُزاز = traumatic tetanus) جس سے عُصَیّہ کو اندر داخل ہونے کیلئے ایک مدخل مل جاتا ہے۔ یہ ایک آلپین یا ناخن کی معمولی سی کھرچ (scratch) سے لیکر ایک خطرناک ترین کسرِ مرکب (compound fracture) یا دریدہ زخم

(lacerated wound) تک کسی قسم کی ہوسکتی ہے۔ لیکن سرایت کے وقوع کا امکان اُس وقت خاص طور پر ہوجاتا ہے جبکہ زخم مٹی سڑک کی غلاظت، باغ کے ملڈ (garden mould) اصطبل کے گھاس پات، یا اسی طرح کی چیزوں کے تماس سے آلودہ ہوگیا ہو۔ درحقیقت دھوئے ہوئے عصیات کزاز (washed tetanus bacillus) یا ان کے بذروں کا اشراب جانوروں میں بلا کسی نقصان کے کیا جاسکتا ہے۔ لیکن اگر کیلسیئم کلورائڈ یا آبیدہ حل پذیر سیلیکا (hydrated soluble silica) بھی جو دونوں زمین کے معمولی ترکیبی اجزاء ہیں، ان عصیوں کے ساتھ ساتھ مُشرب کردئے جائیں، تو یہ عضویئے بالیدگی حاصل کرکے مرض پیدا کر دیتے ہیں۔ اور سماؤں (aneurysma) کے لئے جیلاٹین کے، اور ملیریا کے لئے کونین کے تحت الجلدی اشراب کے بعد کزاز واقع ہوگیا ہے۔ نوزائیدہ شیرخواروں میں یہ عضو یہ حبل سُرّی (نال) کی مقطوع سطح سے داخل ہوجاتا ہے۔ غالباً ان تمام حالتوں میں جو پہلے خودرَو (idiopathic) کہلاتی تھیں، مقامی سرایت کا کوئی نہ کوئی ذریعہ نظر انداز ہوجاتا تھا۔ مثلاً اصطبل کے ایک آدمی کو جسے سیلان الاُذن (otorrhœa) کی شکایت تھی کزاز ہوگیا، بلاشبہ باینوجہ کہ اُس نے اپنی انگلی کے ذریعہ جو اصطبل کی غلاظت سے آلودہ تھی اپنے سنفذِ گوش اور طبل الاذن کو سرایت زدہ کر دیا۔ بعض اوقات یہ مرض وبائی صورت میں ہوتا ہے۔

105

مرضی تشریح ۔ بہت سے مریضوں میں موت کے بعد کسی قسم کے امراضیاتی افراز نہیں پائے جاتے۔ نہایت عام طور پر ماؤف ہونے والے اعضا پھیپھڑے ہیں، جو ذات الریہ (نمونیہ)، شعبی التہاب، اُذیما یا نزفات کا محل وقوع ہوسکتے ہیں۔ مرکزی عصبی نظام عام طور پر خالی آنکھ سے طبعی نظر آتا ہے، یا زیادہ سے زیادہ رماوی مادے کی کسی قدر جبش موت ظاہر کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ خوردبینی امتحان سے عصبی خلیتوں میں خفیف انحطاطی تغیرات بھی ظاہر ہوں۔ یہ دونوں حالتیں سمیات کے فعل سے منسوب کی جاسکتی ہیں، یا اس عروقی اختلال سے جو تشنجات کے دوران میں واقع ہوتا ہے۔ دھڑ کے عضلات، بالخصوص شکمی عضلات، بعض اوقات پھٹ جاتے ہیں یا ان میں نزفات واقع ہوجاتے ہیں۔ ضربی (traumatic) حالتوں میں زخم کی حالت آخری نتیجہ سے کوئی اضافت (نسبت)

نہیں رکھتی۔ ممکن ہے کہ وہ (زخم) مندمل ہو رہا ہو، یا مندمل ہو چکا ہو، یا متقیح (suppurating) یا انفشاث پذیر (sloughing) ہو۔

امراضیات۔ عُصَیّہ بالخصوص زخم کے قرب وجوار میں تعدادمیں بہت بڑھتا اور زہر پیدا کر دیتا ہے جو مرکزی عصبی نظام اور خاص کر نخاع (حبل شوکی) کے لئے الف رکھتے ہیں۔ لیکن یہ لمفی غدد میں بھی پائے گئے ہیں۔

اُن تجربات سے جو جانوروں پر کئے گئے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسے سموم خون کے اندر جذب ہو جاتے ہیں۔ لیکن اُنھیں اعصاب کے منتہائی صحیفے (end plates) بھی (جو عضلات میں ہوتے ہیں) اخذ کر لیتے ہیں اور حرکی عصبی ریشوں کے محوری سطوانے یا اُن کے ساتھ ساتھ جانے والے لمفی عروق متناظر قرنِ مقدم (anterior cornu) کے خلیات تک منتقل کر دیتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہی وہ خاص ذریعہ ہے جس کی وساطت سے عصبی مرکز سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔ اگر یہ سموم کافی ہیں تو یہ مقابل قرن اور نخاع کے دوسرے حصوں تک پہنچ جاتے ہیں۔ تاہم غیر محفوظ شخص میں وہ عضلات جن پر تشنجات کا حملہ پہلے ہوتا ہے عموماً چوٹ کے مقام سے متعین نہیں کئے جا سکتے، بلکہ وہ اکثر پشتِ گردن کے یا جبڑے کے عضلات ہوتے ہیں۔ زخم کے مادوں کی تقطیع سے اور سم شامل رکھنے والے بولوں کے اشراب سے بھی کزاز انسان سے جانوروں میں منتقل کیا گیا ہے۔

علامات۔ کزاز کی دو ممیز سریریاتی قسمیں ہوتی ہیں: (۱) قبل المصل ایام (preserum days) کی معروف قسم جو فک بستگی (trismus) (یعنے دانتی لگنے) کی ابتدائی علامت سے ممیز ہوتی ہے۔ (۲) ترمیم شدہ کزاز، جو حال ہی کی جنگ کا انکشاف ہے، ایسے مریضوں میں ہو سکتا ہے جن میں پہلے دافع کزاز مصل (anti-tetanus serum) کا حفظ ما تقدمی اشراب کر دیا گیا ہو۔

معروف یا عمومی قسم (classical or generalised type) ۔زخم لگنے اور علامات کے آغاز کے درمیان کا زمانۂ حضانت ایک سے تیس دن تک کا ہوتا ہے۔ واردانوں کی مجموعی تعداد میں سے تقریباً نصف دوسرے ہفتے کے دوران میں اور ایک ثلث پہلے ہفتے کے دوران

میں نمودار ہوتی ہیں۔ یہ پایا گیا ہے کہ حفظ ماتقدمی طور پر ٹیکہ لگائے ہوئے مریضوں میں کہ جنھیں اس قسم کا مرض ہوجاتا ہے، زمانۂ حضانت میں تاخیر ہوجاتی ہے۔ مریض پہلے جبڑوں میں سختی یا اکڑ (stiffness) محسوس کرتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ اپنا منہ چوڑا کھول نہیں سکتا، یا ٹھیک طور پر چبا نہیں سکتا۔ پشتِ گردن میں بھی اکڑا پیدا ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ ایک یا دو دن تک اسی طرح رہے، یا اس حالت سے گزر کر جلد دوسرے درجہ میں پہنچ جائے، جس میں دھڑ کے عضلات میں اور نسبتاً کم حد تک اطراف (جوارح) کے عضلات میں سختی اور کرختگی پیدا ہوجاتی ہے۔ پشت سخت (اکڑی ہوئی) اور قدرے کمان کی طرح خمیدہ ہوجاتی ہے اور اس خمیدگی کا انفتاء پیچھے کی طرف ہوتا ہے (opisthotonus = پس تیندگی)۔ دھڑ اور شکم کے عضلات مستقل انقباض کے باعث بالکل سخت ہوجاتے ہیں۔ اسی سبب سے سینہ کے حرکات بھی محدود ہوجاتے ہیں۔ ٹانگوں میں سختی عام (یعنے ساری ٹانگ میں) ہوتی ہے لیکن بازو صرف شانوں اور کہنیوں کے قریب کسی قدر اکڑے ہوئے ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ انگلیاں آزادانہ طور پر ہلائی جاسکتی ہوں۔ اس وقت تک جبڑا عضلاتِ مضغیہ (masseters) کے انقباض کی وجہ سے عموماً مضبوطی کے ساتھ جم جاتا ہے (یعنے خوب جکڑ جاتا یا بھنچ جاتا ہے)، اور دانتوں کو ½ انچ سے زیادہ کھولا نہیں جاسکتا [فک بستگی (trismus) یا دانتی لگنا (lock-jaw) - اس آخری نام سے عوام الناس خود اس مرض کو یاد کرتے ہیں]۔ دہن کے زاویئے (باچھیں) باہر کی طرف کھنچ جاتے ہیں اور لب قدرے جدا (کھلے ہوئے) ہوتے ہیں۔ بھوؤں کو جبہی عضلات (frontal muscles) اوپر کی طرف کھینچ دیتے ہیں اور عضلاتِ مکمشہ (corrugators) انھیں ایک دوسرے کے پاس لے آتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ چہرے کا اظہار (بشرہ) ایک دردناک خندۂ دنداں نما کا ہوجاتا ہے کہ جسے زہر خندہ یا زہرہ ست (risus sardonicus) کہتے ہیں۔ جب یہ درجہ آپہنچتا ہے تو نام نہاد "تشنجات" (spasms) شروع ہوجاتے ہیں، جو بڑے ہوئے بلکہ تند اور سخت عضلی فعل کے دورے ہوتے ہیں۔ یہ ناگہانی انقباضات پر مشتمل ہوتے ہیں جو ان تمام عضلات کو ماؤف کردیتے ہیں جو اب تک تنشی کرختگی (tonic rigidity) کی حالت میں تھے۔ دانت زیادہ تندی کے ساتھ بھنچ جاتے ہیں، زہر خندہ زیادہ نمایاں ہوجاتا ہے، سر پیچھے پھینکا ہوا اور

106

پشت زیادہ شدت کے ساتھ کمان کی طرح خمیدہ ہوتی ہے، سینہ غیر متحرک ہوجاتا ہے اور تنفسی عمل رُک جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض سے ایک دردناک آواز (آہ) نکل جائے جو یا تو درد سے پیدا ہوتی ہے یا زفیری تشنج کا نتیجہ ہوتی ہے۔ دورہ اکثر چند لمحہ کی مدت کا ہوتا ہے جو بمشکل ثانیوں میں شمار کی جاسکتی ہے، اور پھر مریض پر اُس کی سابقہ تشنجی انقباض کی حالت طاری ہوجاتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ دورہ چند ثانیوں تک جاری رہے، مریض کا چہرہ اور ہاتھ زیادہ کبود اور متورم ہوجائیں، اور تنفس میں مزاحمت ہونے سے جان کا فوری خطرہ پیدا ہوجاتا ہے۔ دورہ نہایت شدت کے ساتھ دردناک ہوتا ہے۔ دو خارجی سوائق (impulses) سے، مریض کو چھونے اُس کے بستر (پلنگ) کو جھٹکا لگانے سے، قاثاطیر (catheter) داخل کرنے یا تحت الجلدی اشراب کے استعمال سے پیدا ہوجاتا ہے۔ دورے ابتداءً نصف گھنٹے، ایک گھنٹے یا زائد کے وقفوں سے واقع ہوتے ہیں، لیکن جوں جوں مرض ناموافق طور پر ترقی (ترقی معکوس) کرتا ہے، دورے زیادہ زیادہ متشدد ہوتے جاتے ہیں، اور کم کم وقفوں سے ہونے لگتے ہیں۔ تشنجات کے درمیان میں بھی تشنجی انقباض کی وجہ سے بدستور کسی قدر درد موجود رہتا ہے، تنفس کلی طور پر آزادانہ طریقہ سے نہیں ہوتا، اور آواز کمزور ہوتی ہے۔ معکوسات بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ نبض صغیرہ سریع ہوتی ہے اور دوروں کے دوران میں زیادہ تیز ہوجاتی ہے۔ تپش عموماً ابتداءً طبعی درجہ پر رہتی ہے اور ممکن ہے کہ آخر تک ایسی ہی جاری رہے، اگرچہ وہ کبھی کبھی موت سے پہلے کسی قدر بلند ہوجاتی ہے۔ بعض اوقات تپش مستقلاً طبعی درجہ سے اوپر رہتی ہے۔ دوسری حالتوں میں موت سے عین پہلے ۱۰۷ یا ۱۰۸ درجہ کا شدید ارتفاع تپش (hyperpyrexia) ہوجاتا ہے، بلکہ موت کے بعد بھی تپش ۱۱۰ درجہ تک بڑھتی ہوئی دیکھی گئی ہے۔ اکثر احتباس بول ہوجاتا ہے جس سے قاثاطیر کے استعمال کی ضرورت پیش آجاتی ہے۔ حس عموماً غیر متاثر رہتی ہے، اور دماغی افعال خاتمہ کے قریب تک بیشتر بالکل طبعی رہتے ہیں، مگر اس وقت ہذیان کا واقع ہوجانا ممکن ہے۔ واردانوں کی نسبتہً زیادہ تر تعداد میں مرض ترقی پاکر ایک سے لیکر بارہ دنوں تک میں مہلک انجام کو پہنچ جاتا ہے؛ دورے زیادہ زیادہ شدید اور بار بار ہونے لگتے ہیں، اور موت تحلیل قوت سے، یا بزمار کے تشنج سے یا تنفسی عضلات کی تثبیت (عدم حرکت) سے واقع ہوجاتی ہے یا ذات الریہ (نمونیہ) یا قلبی التہاب اپنا اثر مریض کے خلاف مستزاد کردیتا ہے۔ جیسا کہ مہلک رقص (داء الرقص =chorea) اور

اور آب ترسی (hydrophobia) دونوں میں ہوتا ہے، موت سے اٹھارہ یا چوبیس گھنٹے پہلے عضلی انقباضات بعض اوقات بالکل موقوف ہوجاتے ہیں۔ چند حالتوں میں مریض تیسرے یا چوتھے ہفتے تک زندہ رہتا ہے۔ اِس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ مریض کو شفا ہوجائے، تشنجات اپنے عروج (انتہائی شدت) کو پہنچکر بتدریج نسبتہً نادر الوقوع ہوتے جاتے ہیں۔ عضلات کی مستقل کرختگی اور سختی رفع ہوجاتی ہے، اور مریض تین سے لیکر چھ یا آٹھ ہفتوں تک میں دورِ نقیہت میں داخل ہوجاتا ہے۔ کبھی کبھی مرض اپنا پورا انصاب طے کرکے عمومی کرختگی کے ساتھ مگر کسی دورہ کے بغیر مہلک انجام کو پہنچ جاتا ہے اور نہایت شاذ حالتوں میں مسلسل تشنجات کے بغیر دورے ہوتے ہیں۔

ترمیم شدہ یا مقامی کزاز (modified or local tetanus)۔ اِس قسم میں زمانۂ حضانت طویل ہوجاتا ہے اور تقریباً نصف حالتوں میں تین ہفتوں سے زائد ہوتا ہے۔ مرض اُن عضلات تک محدود ہوتا ہے جو زخم سے قریب ہوتے ہیں۔ چنانچہ ممکن ہے کہ ایک ہی بازو (ہاتھ) یا ایک یا دونوں ٹانگیں، یا جب زخم شکم میں ہو تو شکمی عضلات ماؤف ہوں۔ ماؤف عضلات میں تشنجی (tonic) یا رجفی (clonic) تشنجات ظاہر ہوسکتے ہیں، یا ممکن ہے کہ عضلات میں کرختگی اور سختی موجود ہو اور ساتھ ہی اُن کو حرکت دینے کی قابلیت موجود نہو۔ یہ انقباضات نہایت دردناک ہوسکتے ہیں۔ مقامی کزاز چند دنوں کے بعد پھیل سکتا ہے۔ مثلاً اگر ایک جارحہ ماؤف ہے تو ممکن ہے کہ بعد میں دوسرا جارحہ مبتلائے مرض ہوجائے۔ مقامی کزاز کا عمومی بنجانا بھی ممکن ہے، جسکے ساتھ فک بستگی (دانتی لگنا) واقع ہوکر از سرِ نو مرض (کزاز) کی معروف شکل پیدا ہوسکتی ہے۔

مقامی کزاز کی بعض مخصوص قسمیں بیان کی گئی ہیں۔ چنانچہ احشائی کزاز (splanchnic tetanus) کا نام اُن حالتوں کو دیا گیا ہے جو احشاء کے اضرار، مثلاً شکم یا صدر کے چھیدنے والے زخموں (peneterating wounds) کے بعد پیدا ہوجاتے ہیں۔ اِس قسم کا کزاز تقریباً ہمیشہ بسرعت مہلک ہوتا ہے۔ تشنجات عضلاتِ بلع (muscles of deglutition) اور عضلاتِ تنفس تک محدود رہتے ہیں، اور نگلنے کی دقت اِس قدر زیادہ ہوسکتی ہے کہ پانی کے گلاس کو دیکھتے ہی یا اُس کا نام لیتے ہی طبعی تشنجات پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے جسکی وجہ سے یہ حالت آب ترسی (ہائیڈروفوبیا) کی حالت سے قریبی طور پر

مشابہ ہوجاتی ہے۔ اس کے ساتھ عموماً بُہر (dyspnœa) ہوتا ہے۔

قیفالی کزاز (cephalic tetanus) کا نام اُن حالتوں کو دیا گیا ہے جو سَر یا چہرے کی چوٹوں سے پیدا ہوجاتی ہیں۔ اِس قسم کی چار شکلیں بیان کی گئی ہیں: (الف) ایک وہ جس میں شلل نہیں ہوتا لیکن ممکن ہے کہ عُسر البلع (dysphagia) اور بُہر موجود ہو' اور عُسر البلع اِس درجہ تک پہنچا ہوا ہو کہ آب ترسی سے قریبی مشابہت رکھتا ہو۔ (ب) دوسری شکل یعنے کزاز عینی (ophthalmic tetanus) ' جس میں محرّک العین عصب (oculomotor nerve) ماؤف ہونے سے استرخاء الجفن (ptosis) یا بیرونی یا درونی منفرجانہ حیثیم کا شلل پیدا ہوجاتا ہے۔ (ج) تیسری شکل میں جو شاذ ہے' عصبِ تحت اللسانی (hypoglossal nerve) متعلق ہوتا ہے' اور (د) چوتھی میں جس میں عصبِ وجہی (facial nerve) ماؤف ہوتا ہے' وجہی شلل واقع ہوجاتا ہے اور مشلول عضلات میں تشنجات ہوتے ہیں۔

107

تشخیص۔ کزاز کو اسٹرکنین (strychnine) کی سمومیت' آب ترسی (ہائڈرو فوبیا) نخاعی التہاب سحایا (spinal meningitis) ' تکزز (tetany) ' عضلی رثیہ (muscular rheumatism) اور اختناق الرحم (ہسٹریا) سے شناخت کرنے کی ضرورت پیش آسکتی ہے۔ اسٹرکنین سے سمومیت (strychnine poisoning) میں مرضِ کزاز کے نسبت اطراف بہت زیادہ حد تک ماؤف ہوتے ہیں اور دَورے نارجی تہیجات سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ لیکن وقفوں کے دوران میں عضلات ڈھیلے رہتے ہیں۔ آب ترسی (ہائڈرو فوبیا) میں سختی اور کرختگی مسلسل نہیں ہوتی۔ تشنجات تنفسی عضلات کو ماؤف کرتے ہیں اور سیالات کو پینے کی کوشش سے یا اُن کو دیکھنے سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ عموماً ذہنی اضطراب (mental agitation) ' بلکہ ماینیائی جوش و ہیجان تک موجود ہوتا ہے۔ اِسی طرح نخاعی التہاب سحایا (spinal meningitis) میں بھی نہ تو فک بستگی ابتدائی علامت ہوتی ہے اور نہ مستقل سختی اور کرختگی موجود ہوتی ہے۔ نقل و حرکت کی کوشش سے عضلی تشنجات پیدا ہوجاتے ہیں اور تپش ابتداء ہی سے بلند درجہ پر ہوتی ہے۔ دماغی علامات کا جلد واقع ہونا کزاز کے خلاف ہوگا۔ تکزز (tetany) میں تشنجات کا مخصوص پھیلاؤ اُسے کزاز سے بآسانی متمیز کرتا ہے۔

عضلی رثیتہ (muscular rheumatism) پُشتِ گردن کی سختی اور اکڑ پیدا کر سکتی ہے اور ممکن ہے کہ اس سے بعض حالات میں اندیشہ پیدا ہو جائے۔ لیکن اس میں فک بستگی کبھی نہیں پائی جاتی۔ ہسٹیریا کی شدید شکلوں میں پس تنیدگی (opisthotonus) اکثر ایک نمایاں علامت ہوتی ہے لیکن یہ تشنجی حرکات کے ایک سلسلہ کے جزو کے طور پر واقع ہوتی ہے جسکے سمجھنے میں غلطی نہیں ہو سکتی۔ کزاز کی مقامی قسم کو، جو ایک جارحہ کو ماؤف کرے، ہسٹیریائی شکل سے متفرق کرنا چاہیے۔

انذار۔ زمانۂ حضانت جس قدر مختصر ہوگا ہلاکت اسی قدر زیادہ ہوگی مصل سے پہلے کے زمانہ میں ہلاکت جملہ وارداتوں کی ۸۰ اور ۹۰ فیصدی کے درمیان تھی، جیسا کہ مشاہدات کے متعدد آزادانہ سلسلوں سے اندازہ کیا گیا ہے۔ گذشتہ جنگ کے دوران میں تمام انگریز مریضوں کی اوسط ہلاکت ۵۰.۶۰ فیصدی تھی، اور اس گھٹی ہوئی شرح کے ساتھ زمانۂ حضانت میں بہت زیادتی تھی۔ اس کی وجہ یہ تھی کہ مصل کے انشرابات بطور حفظ ماتقدم کے رائج کر دئے گئے تھے۔ ان مریضوں کے پورے سلسلہ کے تجزیہ اور تحلیل سے ظاہر ہوا کہ اس امر کی کوئی شہادت موجود نہ تھی کہ علاجی مصل (curative serum) کے انشرابات نے شرح ہلاکت کے گھٹانے میں کوئی اثر کیا ہو (Golla) خالص مقامی کزاز کی شرح ہلاکت عملاً کچھ بھی نہیں تھی۔

تحریز۔ تمام زخموں کو بلا توقف کاٹ کر خارج کر دینا یا صاف کر دینا چاہیے، بالخصوص جبکہ وہ کیچڑ یا مٹی سے آلودہ ہوں۔ اس غرض سے کہ سرایت کا موقع کم ہو دافع عفونت ادویہ بلکہ قوی کاربولک ایسڈ لگا دینا نفع بخش ہو سکتا ہے۔ دوران جنگ میں اور دوسری حالتوں میں جبکہ کزاز خوب پھیلا ہوا ہو کزازی ضد سمّ (tetanus antitoxin) کی ۵۰۰ اکائیوں کا انشراب جسقدر جلد ممکن ہو تحت الجلد کی راہ سے کر دینا چاہیے۔ اور چونکہ معلوم ہوتا ہے کہ جو تحفظ اس مقدار سے حاصل ہوتا ہے وہ دس دن سے زیادہ تک نہیں قائم رہتا لہذا عفونتی زخموں (septic wounds) کی حالت میں سات دن کے بعد ایک دوسرا انشراب عمل میں لانا چاہیے، اور استثنائی حالتوں میں اسی قدر وقفہ کے بعد ایک تیسرا بلکہ چوتھا انشراب بھی کرنا چاہیے۔ مماثل حالات میں ضد سمّ مقامی طور پر زخموں پر بھی لگایا

گیا ہے۔ جب ثانوی عملیے کرنے کی ضرورت پیش آئے تو لیشمن (Leishman) اور سمال مین (Smallman) اس امر کی سفارش کرتے ہیں کہ اگر ممکن ہو تو عملیہ سے اڑتالیس گھنٹے پہلے عملیہ کے مقام کے گرد ضد سم کے اشرابات تقریباً ۱۵۰۰۰ اکائیوں کی مدتک عمل میں لائے جائیں۔ انکی رائے ہے کہ نمایاں اعصاب کی پوششوں (غلافوں) کے اندر بھی اشراب کرنا چاہئے۔

علاج۔ مریض کو بے آرام (بے حرکت) رکھنا چاہئے اور بہترین یہ ہے کہ اُسے ایک تاریک اور بالکل خاموش کمرے میں رکھا جائے تاکہ وہ بصارت اور آواز کے تمام اثرات سے بچا رہے۔ غذا آزادانہ طور پر اور سیال شکل میں دی جائے، لیکن ممکن ہے کہ جبڑوں کے بند ہوجانے کی وجہ سے ایک انفی انبوبہ (nasal tube) کے ذریعہ سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔ اگر کوئی زخم موجود ہو تو کزازی علامات رفع ہوجانے تک اُس میں فعّال طریقہ سے مداخلت نہیں کرنی چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ ایسا کرنے سے تازہ سم آزاد ہوجائے۔

مصل کے شفا بخش فعل کے متعلق بہت کچھ بحث کی گئی ہے۔ اعداد وشمار سے مترشح ہے کہ مصل زیادہ کارآمد نہیں ہوتا لیکن یہ اعداد زیادہ تشفی بخش نہیں ہیں کیونکہ یہ امر اس نہایت نفع بخش اثر کی وجہ سے جو حفظ ما تقدمی اشراب ہلاکت پر رکھتا ہے پیچیدہ ہوگیا ہے۔ تجربی شہادت اس واقعہ کی طرف قوی دلالت کرتی ہے کہ اگر مصل جلد دیا جائے تو نفع بخش اثر پیدا کر سکتا ہے اور مزید برآں یہ کہ اس کے اشراب کا صحیح راستہ نخاعی قنال کی راہ سے ہے۔ چنانچہ شیرنگٹن کو ان پچیس بندروں میں سے جن میں کزازی سم کا اشراب کرنے کے سینتالیس تا اٹھتر گھنٹوں کے بعد (یعنے کزاز کے ابتدائی علامات ظاہر ہوجانے پر) ضد سم کا درون غلافی اشراب (intrathecal injection) کر دیا گیا تھا، چودہ بندر شفایاب ملے۔ جب ضد سم کی یہی مقدار تحت الجلدی راہ سے دی گئی تو شفایابی کی شرح پچیس میں سے تین تھی۔ جب یہ مقدار درون وریدی راہ سے دی گئی تو شرح شفایابی پچیس میں سے سات تھی۔ جب کھوپڑی میں سے ہو کر درون جافی راہ سے (subdurally) دی گئی تو شفایابی کی شرح دس میں سے کچھ بھی نہیں یعنے صفر تھی۔ لیکن اس کے برعکس جب یہ مقدار فہقی قذالی غشا (atlanto-occipital membrane) میں سے ہو کر درون غلافی راہ سے دی گئی تو شفایابی کی شرح بیس میں سے تیرہ تھی۔ دوران جنگ کے علاج بالمصل

108

(serum treatment) کے نتائج کے ساتھ جو اشتباہ لاحق ہے اُس کے مدنظر محفوظ ترین طریقہ یہی ہوگا کہ ان تجربات سے علاج کے لئے رہنمائی حاصل کی جائے۔ مصل کے درون غلافی اشراب کی اہمیت کو درجۂ اول پر اور درون وریدی اشراب کی اہمیت کو درجۂ دوم پر ظاہر کرتے ہیں۔ ان اشرابات کو حتی الامکان ابتدائی ترین زمانہ میں عمل میں لانا چاہئے، اور ایک عمومی مُعدم حس (general anaesthetic) دے دینا چاہئے۔ دماغی نخاعی سیال کی کچھ مقدار باہر نکالدینے کے بعد مصل کو ایک قیف کی وساطت سے جاذبہ کے تحت آہستہ آہستہ غلاف نخاع کے اندر بہنے دینا چاہئے۔ اگر ممکن ہو تو کم از کم دس ہزار اکائیاں دی جائیں۔ چند حالتوں میں جبکہ مصل بہت بلند بالقوائیت (high potency) کا تھا چالیس ہزار اکائیوں کا اشراب کیا گیا ہے۔ درون وریدی راہ سے کم از کم تین ہزار اکائیاں دینی چاہئیں۔ استہداف (anaphylaxis) کے مسئلہ پر غور کرنا چاہئے، لیکن اگر ایک عمومی مُعدم حس استعمال کیا جائے تو اس کے خطرات نسبتۂ بہت کم ہوتے ہیں۔ میگنیشیم سلفیٹ (magnesium sulphate) (جسمانی وزن کے ہر ۱ کلوگرام کے لئے ۲۵ فیصدی محلول کے ایک مکعب سنٹی میٹر) کے درون غلافی اشرابات بھی استعمال کئے گئے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس سے انقباضات رفع ہو جائیں، لیکن یہ مشکوک ہے کہ آیا یہ اشرابات ہلاکت کو بھی کم کر دیتے ہیں۔

اگر ضرورت ہو تو مریض کو مُسکّنات (sedatives) دئے جائیں، یعنی مارفیا (morphia) کی تحت الجلدی پچکاری ½ گرین کی مقداروں میں ہر چھ گھنٹے۔ کلورل ہائیڈریٹ (chloral hydrate) ۳۰ تا ۶۰ گرین براہ دہن۔ کلوریٹون (chloretone) ۱۰ تا ۱۵ گرین براہ دہن، یا ۳۰ تا ۴۰ گرین روغن زیتون (olive oil) میں حل کرکے راہ مقعد (per rectum)۔

اگر تنفسی عضلات کے تشنج کے باعث تنفس موقوف ہو جائے تو آکسیجن کا درون قصبی نفوخ (intratracheal insufflation) آزمایا جائے۔

گیس گنگرین

(Gas Gangrene)

یہ بافتوں کی وہ سرایت ہے جو بعض گیس پیدا کرنے والے ناہوا باش جراثیم (anaerobic bacteria) سے واقع ہو جاتی ہے۔

بحث اسباب ۔ دافع عفونت تدابیر کے رواج سے پہلے کے زمانہ میں گیس گنگرین عام تھی۔ وہ دفع عفونت (antisepsis) اور عدم عفونت (asepsis) کے رائج اور رواج ہو جانے کے بعد شفاخانوں میں نہایت شاذ ہو گئی۔ لیکن حال کی جنگ کے دوران میں وہ اکثر اوقات اُن صورتوں میں پھر پائی گئی جن میں وہ جراثیم جو اکثر میلے (نجاست) میں موجود رہتے ہیں، بندوق کی گولی کے زخموں اور بالخصوص توپ کے گولوں کے زخموں کی راہ سے بافتوں کے اندر داخل ہو گئے تھے۔ اس کے متعدد مختلف جراثیم پائے جاتے ہیں، لیکن اہم ترین یہ ہیں:۔ بیسیلس پرفرنجنس (B. perfringens)۔ یہ اور ویلش (Welch) کا بیسیلس ایروجینز کیپسولے ٹس (B. ærogenes capsulatus) ایک ہی چیز ہے۔ بی۔ ایڈیماٹینس (B. œdematiens) اور وبریون سپٹیک (Vibrion septique) ۔

امراضیات ۔ اوّلی سرایت عضلات میں واقع ہوتی ہے، جو ابتدائی درجوں میں قسمی ارغوانی سے خشخشی سرخ رنگ میں متبدل ہو جاتے ہیں۔ یہ عضلات نہایت خستہ (بھُربھُرے) ہو جاتے ہیں، اور گیس اُن کے ریشوں کے درمیان ایک جگہ سے دوسری جگہ ہٹائی جا سکتی ہے۔ ان کا رنگ بعد میں زیتونی سبز اور قوام پٹین (putty) جیسا ہو جاتا ہے (Wallace) جراثیم عضلی ریشوں کی سطح پر بالیدگی حاصل کر کے انھیں تلف کر دیتے ہیں، اور گیس ریشہ اور لحم غلاف (sarcolemma) یا پوشش کے درمیان

جمع ہو جاتی ہے۔ سرایت خاسکر ریشوں کے طول میں اوپر اور نیچے پھیل جاتی ہے اور ممکن ہے کہ ابتداءً صرف ایک ہی عضلہ ماؤف ہو۔ بعد کو اوپر میں سرایت متصل عضلات اور تحت الجلدی بافتوں میں اور انتقالات مُرُوجی (metastases) کے ذریعہ سے جسم کے دوسرے حصوں میں بھی پھیل جاتی ہے۔ خون کی اول ضد ٹرپسین قوت (antitryptic power) ان عضویوں کی بالیدگی میں مُمِد ہوتی ہے (Wright)۔ اور یہ ترشہ پیدا کر دیتے ہیں، جو خون کے قلوی محفوظہ (alkaline reserve) میں تنزل (کمی) پیدا کر دیتا ہے۔ بالیدگی صرف اُسی وقت ہوتی ہے جبکہ عضویے متضرر بافتوں میں باریاب (داخل) ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ ابتدائی درجوں میں جلد لمعی نظر آتی ہے۔ پھر جوارح متورم ہو کر جلد تنیدہ ہو جاتی ہے۔ جیسے جیسے گیس مجتمع ہوتی ہے قرع کرنے سے ایک صوت رنان (گمکدار سُر) (resonant note) حاصل ہوتی ہے اور وہاں کٹکٹی (crepitations) موجود ہوتے ہیں۔ ارغوانی رنگ کے رقبے نمودار ہو کر باہم پیوستہ ہو جاتے ہیں، اور ایسے سیال سے بھرے ہوئے آبلے ہوتے ہیں، جو متغیر شدہ خون سے ملون ہوتا ہے۔ بالآخر ارغوانی رنگ کی جگہ ایک سیاہ زرد و سبز رنگ لے لیتا ہے۔

109

تشخیص۔ لاشعیعہ (x-rays) سریع ترین ذریعۂ تشخیص ہیں۔ شعاعی ترسیمات (radiograms) میں صاف نظر آنے والے رقیق گیس کے اجتماعات سے متناظر ہوتے ہیں۔ یہ رقبے عضلی ریشوں کے برابر برابر مرتب ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔

انذار۔ یہ عملی طور پر یاس انگیز ہے، تا وقتیکہ علاج ابتداہی سے مستعدی کے ساتھ نہ اختیار کیا جائے۔

تحریز۔ یہ آلودہ شدہ زخموں کے استیصال کلی (excision) پر اور نوعی ہندمصل (specific antiserum) کے حفظ ماتقدمی اشراب پر مشتمل ہے۔

علاج۔ یہ خاسکر جراحی ہوتا ہے، اور ماؤف عضلات کے استیصال کلی یا بتر

(amputation) پر مشتمل ہے۔ معمل کے اشرابات سے تجربی طور پر عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں (Bull)۔

آتشک

(Syphilis)

آتشک (syphilis) یا "گرمی" (pox) ایک نوعی ساری مرض ہے، جو بذریعہ تطعیم (inoculation) منتقل ہوتا، اور حسب ذیل اضرار یکے بعد دیگرے پیدا کر دیتا ہے:- مقام تطعیم پر ایک ضرر (primary lesion= اوّلی ضرر)۔ ایک ماہ کے یا زائد وقفہ کے بعد جلد، مخاطی جھلیوں، اور دوسرے حصوں پر اضرار (secondary lesions= ثانوی اضرار)، اور ایک یا زائد سال کے بعد جلد، ہڈیوں، عضلات، احشاء اور شرائین کے عمیق تر اضرار (tertiary lesions= ثالثی اضرار) پیدا کر دیتا ہے۔ آتشک کے اوّلی درجہ (primary stage) سے یہ مراد ہے کہ سرایت مقام تطعیم کے قرب وجوار میں محدود رہتی ہے لیکن ثانوی درجہ کی ثالثی درجہ سے تفریق صاف طور پر مصنوعی ہے کیونکہ یہ دونوں درجے دراصل ان مماثل امراضیاتی اعمال کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو سرایت کے عام ہو جانے کے بعد جسم کے مختلف حصوں پر حملہ آور ہوتے ہیں لیکن چونکہ یہ تفریق سریریاتی بیان کے لئے کارآمد ہے، لہٰذا اسی کی پابندی کی جائے گی۔ آتشک مکان حرکی ہرجلہ یا عدم اتساق (locomotor ataxy) اور عمومی شلل مجانین (general paralysis of the insane) کا سبب بھی ہوتی ہے۔ یہ دونوں مرکزی عصبی نظام کے امراض ہیں جن کی جماعت بندی بعض اوقات نسیجیتی آتشک (parenchymatous syphilis) کی اصطلاح کے تحت کی جاتی ہے۔

آتشک والدین سے بچوں میں منتقل ہو سکتی ہے، اور پھر ایسی شکلیں اختیار کر لیتی ہے جو بعض خصوصیات میں اس مرض سے مختلف ہوتی ہیں جو معمولی طریقہ سے لاحق ہو جاتا ہے (congenital syphilis = پیدائشی آتشک)۔

آتشک کا دقیق عضویہ پیچ خیطیۂ شاحب (spironema pallidum) ہے (جسے پہلے پیچ مویۂ شاحب = spirocheta pallida کہتے تھے) جسے ابتداءً شاڈون (Schaudin) اور ہاف مَن (Hoffman) نے سنہ ۱۹۰۵ء میں بیان کیا۔ یہ ایک لولبی یا کاگ پیچ کی شکل کا لمبا پتلا رشتک ہوتا ہے، جس میں چھ تا چودہ پیچے یا پیچ ہوتے ہیں اور جو ہر دوں پر گاؤدم ہو کر ایک تیز نوک سی بنا دیتا ہے۔ اِس کا طول ۴ ملر تا ۲۰ ملر اور عرض تقریباً ۰٫۲۵ ملر ہوتا ہے اور رَوْنِ گیمسا (Giemsa's stain) سے اِس کی گلابی تلوین ہو جاتی ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ بَحْرِ حیوانات (protozoa) کی جماعت سے متعلق ہے۔ اور غالباً اجسام تر فانیہ (trypanosomes) سے مماثلت رکھتا ہے۔ مقام سرایت پر زخم یا قرعہ کے کوئی آثار ظاہر ہونے سے پہلے ہی یہ حسب ذیل حالتوں میں پایا گیا ہے:- تشینکرس (chancres) میں اور اُن سے ایتلاف رکھنے والے لمفی غدد میں، اوّلی اور ثانوی آتشک کے بثور (papules) میں، مخاطی چکتیوں (mucous patches) اور ثآلیلِ مخروطی (condylomata) میں، اور خون اور طحال میں۔ ثالثی آتشک کے ورمِ صمغیہ (gumma) میں پیچ مویئے اکثر محیطی حصوں میں جاگزیں ہوتے ہیں۔ پیدائشی آتشک میں یہ عضویئے تعدادِ کثیر میں خون میں اور اندرونی احشاء، یعنے جگر، طحال، شش، اور فوق الکلوی اجسام میں پائے جاتے ہیں۔ حال ہی میں نوگوشی (Noguchi) اور دوسروں کو پیچ مویے عمومی شلل کے مریضوں (general paralytics) کے قشرِ دماغ میں بھی ملے ہیں۔ سطحی اضرار کی صورت میں پیچ مویۂ شاحب (S. pallidum) کے ساتھ اکثر اوقات ایک مماثل عضویہ پیچ مویۂ انعطافی (spironema refringens) بھی موجود ہوتا ہے۔

اکتسابی آتشک

(ACQUIRED SYPHILIS)

سرایت۔ عموماً آتشک مجامعت کے دوران میں منتقل ہوتی ہے۔

جب مخاطی جھلیاں باہم متماس ہوتی ہیں تو ان کا نازک سر حلمہ قشب (virus) کو بہ آسانی منتقل ہونے دیتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ اخذ قشب کے لئے مخاطی جھلی میں ترک یا خراشیدگی کا موجود ہونا ضروری نہیں، گو اس میں شک نہیں کہ ترکیں یا خراشیدگیاں اخذ قشب میں مُمدّ ضرور ہوتی ہیں مجامعت کے ذریعہ تطعیم مرد میں عموماً حشفہ، قضیب، غلفہ (حشفہ کے پیچھے کی تجویف میں) یا لجام کے پہلو پر اور کبھی کبھی صفن پر یا عانی رقبہ میں ہوجاتی ہے لیکن احلیل یعنے منفذ بول پر شاذ ہی ہوتی ہے۔ تطعیم عورت میں نہایت عام طور پر شفرتین (labia)، قید الشفرین (fourchette)، بظر (clitoris)، منفذ بول اور کبھی کبھی عنق الرحم (cervix uteri) پر واقع ہوتی ہے لیکن دیوار مہبل پر شاذ ہی ہوتی ہے۔ آتشک دوسرے طریقوں سے بھی منتقل ہوسکتی ہے مثلاً بوسہ لینے کے عمل میں، ایسے پائپ (حقہ یا چُنال) کے ذریعہ تمباکو پینے سے جسے پہلے آتشک زدہ شخصوں نے استعمال کیا ہو، یا آتشکی زخموں یا افرازات کا تماس طبیب کی خراشیدہ انگلی کے ساتھ ہوجانے سے۔ تطعیم کے بعد عموماً ایک زمانۂ حضانت ہوتا ہے، جس کی مدت تین سے پانچ ہفتوں تک مختلف ہوتی ہے اور انتہائی حدود دس دن سے تین مہینے تک۔

اوّلی ضرر (primary lesion)۔ پہلی آمارت ایک چھوٹا سرخ بثرہ ہے جس میں کھجلی ہوتی ہے اور جو بتدریج تمام سمتوں میں بڑا ہوکر بٹن نما ہوجاتا ہے اور بہت سخت ہوتا ہے۔ اس کی سطح خشک، یا چھلکے دار، یا اوپری طور پر متقرح ہوتی ہے، اور خشک افراز کی پپڑی سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ یہ حالت تصلّب (induration) جو نہایت اہم ہے، بثرہ کے ابتداءً نمودار ہونے سے ایک ہفتہ یا دس دن کے اندر پیدا ہوجاتی ہے، اور اس ضرر کو سخت، متصلب، یا ہنٹری شینکر (hard, indurated or Hunterian chancre) کہتے ہیں۔ مخاطی جھلی پر یہ ضرر شاذ ہی اتنا اچھا نمایاں ہوسکتا ہے۔ یہاں یہ ایک فقاعہ یا آبلہ کی طرح شروع ہوتا ہے، جس کا قاعدہ سرخ ہوتا ہے۔ یہ آبلہ ٹوٹ کر ایک غیر عمیق قرحہ بنا دیتا ہے، جس کا فرش متصلب (indurated) ہوجاتا ہے۔ رفتہ رفتہ (ممکن ہے کہ مہینوں میں) یہ تصلّب بتدریج غائب ہوجاتا ہے، قرحہ مندمل ہوجاتا ہے اور کچھ عرصہ کے لئے رنگ کی ایک چلتی (دھبہ) پیچھے باقی رہ جاتی ہے۔ آتشک کے درجۂ اول کے دوران میں اس کا زہر بن ران (بیڈ سے) کے غدد میں منتقل ہوجاتا ہے،

اور **سخت شینکر** (hard chancre) کے ظہور کے بعد سات سے لیکر چودہ دن تک میں ایک منفرد بڑا متصلب غدہ محسوس ہو سکتا ہے جسے اوّلی گِرِّہ (primary bubo) کہتے ہیں، اور جسکے پہلو میں کبھی کبھی چھوٹے چھوٹے چھرّے جیسے (shotty) غُدد بھی ہوتے ہیں۔ یہ ایک دوسرے پر آزادانہ طور پر حرکت پذیر رہتے ہیں، جلد کے ساتھ چپکے ہوئے نہیں ہوتے (نہ جلد کی سرخی موجود ہوتی ہے) اور متقیح نہیں ہوتے۔

اعضائے تناسل کے باہر کے زخم زیادہ تر چہرے، ہونٹوں، لبوں، زبان، انگلی یا پستان پر ہوتے ہیں۔ وہ عموماً تناسلی قروح کے نسبت زیادہ بڑے ہوتے ہیں اور اوّلی گِرِّہ ہمیشہ بڑا اور سخت ہوتا ہے۔ لب یا زبان پر تقرح جلد ہی شروع ہو جاتا ہے، اور قاعدہ اکثر دبیز کاذب ڈفتھیریائی جھلی (pseudo-diphtheritic membrane) سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔

ثانوی اضرار (secondary lesions) اوّلی زخم کے نمودار ہونے کے پانچ تا آٹھ ہفتے بعد ان اضرار کے ظہور سے سارے جسم میں سرایت کی تعمیم ظاہر ہوتی ہے۔ ایسے اضرار بارہ مہینوں یا زائد تک کسی وقت بھی ظاہر ہوتا جاری رکھ سکتے ہیں۔ ان میں مستقل ترین یہ ہیں:۔ جلد پر کے بعض ثورانات [آثاریہ (syphilide)]۔ آتشک جلدیت (syphiloderma)؛ حلقوی التہاب اور لمفی غدد کی کلاں یا تصلب۔ دوسرے مظاہر حسب ذیل ہیں:۔ حموی تعال، عدم دمویت، کنپٹی، پشت، یا جوارح میں درد، ورم مفاصل، التہاب قزحیہ، اور بالوں کا جھڑنا۔ البیومن بولیت بھی واقع ہو سکتی ہے۔

ثورانات۔ ثانوی آتشک کے ثورانات میں چار ممیز خصائص ہوتے ہیں:۔

(۱) مختلف اقسام کے اضرار ایک ساتھ موجود ہوتے ہیں (کثیر الشکلی = polymorphism)، لیکن ان دھبّوں کی جسامت زیادہ مختلف نہیں ہوتی۔ بڑے اور منتشر اضرار نہیں پائے جاتے۔

(۲) ثوران وسیع طور پر پھیلا ہوا اور بہ کثرت ہوتا ہے۔

(۳) کھجلی شاذ ہی ہوتی ہے۔ لیکن یہ خاصہ مستقل نہیں، اور ممکن ہے کہ

ساتھ ساتھ دوسرے اضرار [مثلاً خارشت (scabies) یا تقمل (pediculosis)] موجود ہوں۔

(۳) اضرار کی شکل مدور ہونے کا رجحان رکھتی ہے اور ممکن ہے کہ دھبے گروہوں یا حلقوں کی صورت میں مرتب ہوں۔ بہ استثنائے نقطی (macular) توران کی حالت کے اِن کا رنگ کچے لحم خنزیر سے مشابہ ہوتا ہے۔

ثانوی ضرر کے مختلف اقسام اور اُن کی تفریقی تشخیص حسب ذیل ہے:۔

(۱) نقطی ناریہ یا وَردیہ (macular syphilide or roseola)۔
یہ گلابی رنگ کے گول یا بیضوی دھبے ہوتے ہیں جن کی جسامت تقریباً تین پینی کے سکہ کے برابر ہوتی ہے اور جو کسی قدر گنجان گروہوں میں مجتمع ہوتے ہیں۔ یہ دھڑ، گردن، جوانح، ہتھیلیوں اور تلوؤں کو ماؤف کرتے ہیں۔ ان میں درریزش نہیں ہوتی نہ چھلکے بنتے ہیں۔ یہ تین ہفتوں سے لیکر دو مہینوں تک جاری رہ سکتا ہے اور ممکن ہے کہ گزر ہو جائے۔ اس میں کھجلی نہیں ہوتی۔ اسے کھسرا، حمیرا (rubella) اور نخیل وردی (pityriasis rosea) سے تمیز کرنا چاہئے۔ آخرالذکر مختلف جسامت کے گلابی دھبوں یا داؤں پر مشتمل ہوتی ہے جو بار یک چھلکوں سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں اور جس میں اکثر ایک ہراول دھبہ "herald spot") کی سرگذشت پائی جاتی ہے جو سب سے پہلے دیکھا جاتا ہے، اور دوسرے اضرار کے نسبت زیادہ بڑی جسامت کا ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ مریض اکثر کھجلی کی شکایت کرتا ہے۔

(۲) جرابی ناریہ (follicular syphilide)۔ یہ چھوٹے چھوٹے چھلکے سرخ رنگ کے بثوری ارتفاعات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک کے مرکز میں ایک بال ہوتا ہے۔ ان پر اکثر ایک خشک چھلکے کی ٹوپی چڑھی ہوتی ہے اور یہ بعض اوقات 111 تاکَّی (pustular) ہوجاتے ہیں۔ انھیں معمولی تقطیر (acne vulgaris) سے تمیز کرنا چاہئے، جو عموماً زیادہ طویل سرگذشت رکھتی ہے (یعنے زیادہ مدت کی ہوتی ہے)۔

(۳) بثوری ناریہ (papular syphilide)۔ یہ چپٹے یا نیم کروی سخت ارتفاعات ہوتے ہیں، یا اور بھی زیادہ نمایاں ہوکر گرکیں یا درنے بنادیتے ہیں جن کی فصلیں (crops) بے قاعدگی کے ساتھ سارے جسم پر (نقطی ناریہ کی طرح) یا مجتمع دار گروہوں میں نکل آتی ہیں۔ یہ بثور سرخ یا سور کے گوشت (ham) کے

رنگ کے ہوتے ہیں۔ ان کی سطح چکدار ہوتی ہے اور ان کی کور کے گرد اکثر اوقات باریک چھلکوں کا حلقہ ہوتا ہے۔ یہ حطی ناربہ (macular syphilide) کے گلابی دھبوں پر واقع ہو سکتے ہیں۔ اس قسم کو حزازِ مسطح (lichen planus) سے تمیز کرنا چاہئے جس میں اضرار کثیر الاضلاع چپٹی چوٹی والے، چمکیلے اور بنفشی ہوتے ہیں اور ان میں عموماً خارش ہوتی ہے۔ حزازِ مسطح (lichen planus) کی نصف حالتوں میں منہ کے اندر سفید شوخ دھاریاں یا چکنیاں ہوتی ہیں لیکن حلقوم کا تقرّح یا لمفی غدد کی کلانی (جیسے کہ یہ دونوں آتشک میں ہوتے ہیں) نہیں موجود ہوتے۔

(۴) فلسمانی ناربہ (squamous syphilide)۔ یہ تانبے یا ہاسوز کے گوشت کے رنگ کے دررسیخ ہوتے ہیں جن پر چھلکوں کی ٹوپی چڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ یہ تو سیجات (flexures) میں عام ہوتا ہے۔ اسے صدفیہ (psoriasis) سے تمیز کرنا چاہئے جس میں ضرر دررسیخ نہیں ہوتا اور چھلکے شوخ نقرئی (bright silvery) قسم کے ہوتے ہیں۔ مزید برآں صدفیہ کہنیوں اور کہنیوں کی سطحات باسطہ (extensor surfaces) پر ہوتا ہے۔ سیلان الدہنی (seborrhoeic) اضرار کو بھی تمیز کرنا چاہئے۔ یہ گول دھبوں یا حلقہ دار اضرار ہوتے ہیں جنکے چھلکے چربیلے ہوتے ہیں۔ ایسے عموماً جلد الراس اور جبینانی کا حاشیہ ماؤف ہوتا ہے اور یہ بالخصوص خطِ وسطی میں عظم القص پر کتفی ہڈیوں کے درمیان اور زیر پستانی خطوں میں بھی واقع ہوتے ہیں۔ ان میں کھجلی عام ہوتی ہے۔

(۵) رُوپیا (rupia) ایک نسبتہً شاذ ضرر ہے جو کمزور شدہ موضوعوں (مریضوں) میں واقع ہوتا ہے۔ یہ ایک گول یا بیضوی قرحہ ہوتا ہے جسکی کور ارغوانی مائل رنگ کی اور قاعدہ نرم ہوتا ہے۔ اس سے خون آلود پیپ کا ارتشاح ہوتا ہے جو خشک ہوکر ایک مجزّلو نگے نماپپڑی (limpet-shell crust) بنا دیتا ہے۔ مندمل ہونے پر یہ ایک گہرا ندبہ (scar) یعنی داغ بنا دیتا ہے۔ اسے صدفیہ (psoriasis) کی اُن چکتیوں سے تمیز کرنا چاہیے جنکے متعلق غفلت سے کام لیا گیا ہو اور جو بھورے چھلکوں کے تودوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ آخر الذکر حالت میں چھلکا اتار لینے پر متعدد خون چکاں نقطے نظر آتے ہیں، لیکن ویسا قرحہ نہیں دکھلائی دیتا جیسا کہ روپیا میں ہوتا ہے۔

دوسری قسمیں حسب ذیل ہیں:۔ (۶) آتشکی تقرّنی جِھلد (syphilitic

keratodermia) جس میں ہتھیلیوں اور تلوؤں کے سرطلہ کی قرنی تہ دبیز ہوجاتی ہے۔ اسے
غلطی سے مزمن ایگزیما یا سیدفیہ سمجھا جاسکتا ہے۔

(۷) آتشکی سلعہ (syphilitic alopecia) - یہ ایسی شکل اختیار کرسکتا
ہے کہ بالوں میں عام پتلاپن پیدا ہوجائے یا بال اُڑ کر گنجے پن کی چھوٹی چھوٹی ٹکلیاں (جو چھ
پنس کے سکے کے برابر) پیدا ہوجائیں۔ آخرالذکر کو رقعی سلعہ (alopecia areata) سے متفرق
اور ممیز کرنا چاہئے جس میں بال اُڑے ہوئے گنجے رقبے گول یا بیضوی اور بالکل چکنے ہوتے
ہیں اور چھلتی ہوئی کور پر گُدرنما بال ہوتے ہیں۔

(۸) لونی ناریہ (pigmentary syphilide) جو گردن کے اطراف
پر ہوتا ہے۔ یہ ایک غیر واضح المحدود رقبہ پر مشتمل ہوتا ہے جو سفید دھبوں (دانوں) سے
پٹا ہوا ہوتا ہے اور جو تقریباً استثنائی طور پر عورتوں میں مرض آتشک کے پہلے دو سالوں
میں ہوتا ہے۔ سم الفاری لونیت (arsenical pigmentation) (سنکھیا کے استعمال
سے پیدا ہوجانے والے دھبے) اس سے قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ لیکن آخرالذکر ڈھکے
ہوئے حصوں میں جیسے دھڑ پر پائی جاتی ہے۔

(۹) مخاطی چکتیاں (mucous patches) - یہ چپٹی ثولول نما
(wart-like) بالیدگیاں بناتی ہیں اور عام طور پر اعضائے تناسل، عجان
(perineum)، مبرز کے قریب، بغلوں اور چڈوں میں، پستانوں کے نیچے، اور دہن
کے زاویوں (باچھوں) پر واقع ہوتی ہیں، یعنے فی الحقیقت ایسے کسی بھی مقام پر جہاں
کی جلد پتلی ہو اور ہمیشہ تر رہتی ہو۔ یہ چکتیاں اکثر کسی قدر وسیع ہی ہوتی ہیں اِن کی کور
خوب واضح ہوتی ہے، سطح تر ہوتی ہے اور ارتفاز میلے رمادی رنگ کا ہوتا ہے۔ انہیں
زہراوی ثولولات (venereal warts) (ملاحظہ ہو صفحہ 962) سے ممیز کرنا چاہئے۔

خراش گلو (sore throat) - اسی زمانہ میں جبکہ طفح جلدی ہوتا ہے یا اس
سے پہلے ہی، حلق بھی ماؤف ہوجاتا ہے۔ حلقوم میں پھیلی ہوئی سرخی اور جراحات میں کلائی
اور تسحج (excoriation) پیدا ہوجاتا ہے لیکن سب سے زیادہ ممیز خاصہ لوزتین کا ورم
اور سطحی کل تقرح ہے۔ یہ قروح اکثر کلوی الشکل (گردے نما) اوپری، رمادی کناروں
والے ہوتے ہیں اور ان میں درد نہیں ہوتا اور ان کی مدت بہت طویل نہیں ہوتی لیکن

بعض اوقات لوزی قروح نسبتہً بہت زیادہ عرصہ تک قائم رہتے ہیں اور نرم تالوا ور لہاۃ (uvula) تک پھیل جاتے ہیں۔ ان کی کوریں شوخ سرخ رنگ کی ہوتی ہیں، اور یہ ایک زردی مائل رمادی افراز سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں، جسے علیحدہ کرنے سے خون نکلنے لگتا ہے۔ ثانوی درجہ میں دہن کے اندر دوسرے تغیرات حسب ذیل ہوتے ہیں: سفید دھبے (دانے) ویسے ہی جیسے کہ نائٹریٹ آف سلور (nitrate of silver) لگانے سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ زبان یا گالوں پر مخاطی جھلیاں حلیمات (papillæ) تلف ہوجانے کی وجہ سے زبان پر کھُری جھلیاں (bald patches)، یا کلائی زبان۔ آخرالذکر شوخ سرخ رنگ کی ہوجاتی ہے، ساتھ ہی اس کے حلیمات بیش پرورده ہوجاتے ہیں یا ان کے درمیان بے قاعدہ ابھار اور عمیق تجاویف پیدا ہوجاتی ہیں۔ حد سے زاید تمباکو پینے سے اس آخری حالت میں اشتداد پیدا ہوجاتا ہے، یا یہ حالت جزواً اسی سبب سے پیدا ہوجاتی ہے۔ دہن کے اندر کے ان افراز کو ذیل کی حالتوں سے ممیز اور متفرق کرنا چاہیے: قلاع (aphthæ) سے جو گول، زرد، دردناک اور سطحی افراز ہوتے ہیں۔ نملہ (herpes) سے۔ یہ بھی دردناک ہوتا ہے۔ اور گاہے ماہے کثیرالاشکال احمرار (erythema multiforme) سے جس کے ساتھ دہن کے اندر وسیع افراز موجود ہوتے ہیں۔

112

لمفی غدد بڑے ہوجاتے ہیں، بالخصوص چڈوں میں، اندرونی قنبدالوں (inner condyles) سے اوپر اور پشتِ گردن پر کے۔ ثانوی آتشک کی تپ اکثر بالکل غیر موجود ہوتی ہے، یا اس کے آثار اس سے زاید نہیں ہوتے کہ جلد پر طفحی حملہ ہونے سے پہلے یا اس کے دوران میں مریض کو خفیف سی کسلمندی یا بے کیفی محسوس ہوتی ہے۔ مریضوں کی تھوڑی تعداد میں نہایت واضح متوقف (intermitent) یا متفتر (remittent) تپ ہوتی ہے، جس میں تپش شام کے وقت بلندترین ہوتی ہے اور یہ تپ کچھ ہفتوں تک جاری رہ سکتی ہے، ثانوی آتشک کا التہاب گرد عظم (periostitis) خفیف ہوتا ہے۔ درد اور البیت قصبیہ ہڈیوں (tibiæ)، کھوپڑی کی ہڈیوں یا ترقوہ ہڈیوں (clavicles) میں محسوس ہوتی ہے، لیکن ان کی مدت مختصر ہوتی ہے اور گرہیں (nodes)، جیسی کہ ثالثی آتشک میں ہوتی ہیں، عموماً نہیں بنتیں۔ مفاصل اکثر نہیں ماؤف ہوتے لیکن ممکن ہے کہ زلالی انصباب (synovial effusion) ہو جو بعض اوقات بہت زیادہ ہوجاتا ہے

(hydrarthrosis = استسقائے مفصلی) اور یہ ایک ہی مفصل میں وقتاً فوقتاً متغیر ہونیکا امکان رکھتا ہے۔

آنکھ کا عام ترین عارضہ التہاب قزحیہ (iritis) ہے۔ یہ عموماً ایک آنکھ کو دوسری آنکھ سے پہلے ماؤف کرتا ہے۔ اس کے علامات حسب ذیل ہوتے ہیں:۔ نور ترسی (photophobia)، درد، اور ساتھ ہی ہدبی امتلا (ciliary congestion)، ابھاری حدقہ، مکدر قزحیہ، اور شدید حالتوں میں زنگ گوں لمفا کی گرہکیں، اور پتلیوں کا انسداد۔ التہاب قزحیہ تعدیہ کے تین تا چھ ماہ بعد واقع ہوتا ہے۔ اور کبھی زیادہ بعد کے زمانہ میں مگر ثانوی علامات کے حدود کے اندر ہی ممکن ہے کہ منتشر التہاب شبکیہ (diffuse retinitis) یا التہاب مشیمیہ (choroiditis) پیدا ہوجائے۔

وقوع سرایت سے چند ماہ یا ایک سال کے اندر ہی مختلف عصبی عوارض، بالخصوص التہاب نخاع (myelitis)، کے وقوع کا امکان ہوتا ہے، اور اس طرح یہ عوارض ثانوی نتائج کے زمرہ ہی میں شامل ہیں۔ ایسے عوارض نافع آتشک علاج سے شفایابیوں کا بڑا تناسب ظاہر کرتے ہیں۔

اس زمانہ میں جو ثانوی اور ثالثی زمانوں کا درمیانی زمانہ ہوتا ہے بعض دوسرے اقرار پیدا ہوجاتے ہیں، مثلاً:۔ ہتھیلیوں پر چھلکے دار یا تقشر پذیر چکتیاں (راحی صدفیہ = psoriasis palmaris)۔ خصیتین کی کلانی جس کے ساتھ شاید بربخ (epididymis) میں گرہکی جماؤ بھی ہو۔ التہاب مشیمیہ اور التہاب شبکیہ۔ اور سریع الزوال احشائی تغیرات جو صمغیہ (gumma) کے سبب سے نہیں ہوتے، مثلاً جگر اور طحال کی کلانی یا الیمیت، اور ساتھ ہی خون بنانے کے عمل میں قصور، خفیف اور عارضی البیومن بولیت، اور قریب الوقوع ریوی خرابی کے علامات۔ فی الحقیقت ثانوی درجہ کے اختتام اور ثالثی درجہ کے آغاز کے درمیان کوئی واضح المحدود خط فاصل نہیں قائم کیا جاسکتا۔

ثالثی یا متاخر اضرار (tertiary or late lesions)

- یہ ابتدائً تعدیہ کے ایک سال سے لیکر دو سال بعد تک مشاہدہ میں آتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان کا ورود دس یا پندرہ سال یا زائد تک کچھ وقفوں کے ساتھ ہوتا رہے۔ یہ حسب ذیل ہوتے ہیں:۔

جلد پر کے بعض ثورانات، التہاب گرد عظم (periostitis) اور ہڈیوں پر گرہیں (nodes)۔
تحت الجلدی بافت، عضلات، سحایا، جگر، طحال، خصیہ اور دوسرے احشا رسمی بالیدگیاں
متاخر آتشکیہ (جلدی ثورانات) (late syphilide) [illegible]
ہوتے ہیں اور تطخات (maculæ) یا چھلکے دار چکیتیوں پر مشتمل ہو سکتے ہیں۔ لیکن سب سے
زیادہ ممیز وہ سیاہی مائل سرخ دررسخیہ چکیتی ہے، جو ایک دائرہ یا ایک چوڑی پٹی بناتی ہو
جو ایک نیم دائری یا نعل نما صورت میں غمیدہ ہوتی ہے۔ اس سطح کا کچھ حصہ بھورے یا سبزی
مائل کھرنڈ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے، جس کے نیچے گہرے قروح ہوتے ہیں، جن کی کوریں تیکھی کٹی ہوئی
ہوتی ہیں۔ یہ اضرار تازہ دررسیز شوں یا گرہوں کے بننے کی وجہ سے ذہبی (serpiginous)
(لہریہ دار) خطوط میں پھیلتے ہیں۔ یہ گرہیں بھی باری باری سے متقرح ہوتی ہیں، اور ان کے
قروح کا اندمال ہو کر ندبات باقی رہ جاتے ہیں جو گہرے رنگ کی جلد سے محصور ہوتے ہیں۔
بعض اوقات ایسی گرہیں رفع ہو جاتی ہیں اور تقرح کے بغیر بھی ان کے ندبات (داغ)
باقی رہ جاتے ہیں، اور ذئبہ (lupus) سے ایک عام مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن
ہے کہ بالآخر بڑی بڑی، بیقاعدہ چکیتیاں بن جائیں، جن کا قطر کئی انچ ہوتا ہے۔ یہ گھٹنے، ران،
کندھے، پشت، بازو، چہرے اور گردن پر اکثر ہوا کرتی ہیں۔ بعض اوقات تحت الجلدی بافتوں
کی نسبتہً زیادہ عمیق دررسیزشیں واقع ہوتی ہیں۔

صمغیے (gummas)۔ احشا اور دوسرے حصوں کا وہ ضرر جو آتشک کے آخری
درجوں کا اس قدر ممیز خاصہ ہوتا ہے، صمغیہ (gumme) کے نام سے مشہور ہے۔ یہ ارتکی
بافت (granulation tissue) کا تودہ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ درنی ارتکی بافت سے
نہایت قریبی طور پر مشابہ ہو، لیکن اس میں عفریتی خلیات (giant cells) اس قدر عام
طور پر نہیں دیکھے جاتے اور نسبتہً چھوٹے شرایین میں اکثر التہاب بطانۂ شریان

113

(endarteritis) ظاہر ہوتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ (صمغیہ) رمادی، جیلاتینی اور
شفاف ہوتا ہے، لیکن اس کے خلیات میں شحمی تغیرات ہو جاتے ہیں، اور تجبن
(cascation) واقع ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس کا مرکز زرد ہو جاتا ہے،
اور محیط میں لیفی بافت نمودار ہو جاتی ہے اور یہ ایک ندبہ کی لیفی بافت کی طرح
سکڑ جاتی ہے۔ بعض اوقات صمغیے تمام تر ٹوٹ جاتے ہیں، اور تقیح واقع ہو جاتا ہے

جسکے ساتھ وہ بافت جس میں وہ واقع ہیں تلف ہوجاتی ہے۔ اس طرح ہڈیوں پر گرہوں کے بعد بوسیدگی (caries) اور تنخّر (necrosis) کا واقع ہوجانا شاذ نہیں ہوتا۔ تضغیے جگر میں بڑی بڑی کم و بیش ہموار زرد گرہیں بنا دیتے ہیں۔ یا ایک لیفی ندبہ کے مرکز میں ایک زرد جُبنی تودہ واقع ہوتا ہے۔ یا صرف ایک لیفی ندبہ کے سوائے اور کچھ باقی نہیں رہتا جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جگر نشیب دار اور شکن دار ہوجاتا ہے۔ خصیہ میں صمغیات بھی ہوتے ہیں لیکن اس کے جرم کے اندر عام طور پر انصباب واقع ہوجانے کی وجہ سے اکثر اس عضو کی کلانی پیدا ہوجاتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ بعد میں بلا کسی مقامی گرہ کی بالیدگی کے محض کثیف لیفی بافت بننے کی وجہ سے مذبول ہوجائے۔ ان اضرار کے سریریاتی نتائج کے لئے قارئین کو مختلف اعضاء کے امراض کا بیان دیکھنا چاہیئے۔ یہاں اسی قدر کہنا کافی ہوگا کہ صمغی التہاب گرد عظمہ (gummatous periostitis) یا گرہیں بالخصوص قصبہ ہڈی کی سامنے کی سطح کے طول میں نیز بھی اور جداری ہڈیوں پر، اور ترقوہ ہڈیوں پر واقع ہوتی ہیں۔ مریض کو ایسے درد ہوتے ہیں، جو رات کے وقت زیادہ تکلیف دہ ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ اوپر کے حصے پر ½ انچ سے لیکر ایک انچ قطر تک کے چپٹے، گول، اُبھار لیں جو نرم بلکہ تموّج دار (fluctuating) اور نہایت الیم ہوتے ہیں۔ یہ لازمی طور پر پیپ کی موجودگی کی علامت نہیں، کیونکہ علاج کے اثر سے اُن گرہوں کا بھی تمام تر غائب ہوجانا ممکن ہے جو بالکل نمایاں طور پر تموّج دار ہوتی ہیں۔ بعض اوقات صمغیات مفاصل کی زلالی (synovial) یا گرد زلالی (parasynovial) بافتوں کو ماؤف کرتے ہوئے پائے جاتے ہیں۔ صمغیہ کے ساتھ تقیح کی موجودگی کے بدون بھی نہایت متعین تپ کا ہونا ممکن ہے جس میں تپش شام کو ۱۰۱ درجہ یا ۱۰۲ درجہ تک بلند ہوکر صبح ۹۸ درجہ یا ۹۹ درجہ تک گرجاتی ہے۔ آتشک شرائین پر حملہ آور ہوکر نسبتہً بڑے عروق کی حالت میں التہاب شریان (arteritis) اور اثیروما (atheroma) پیدا کردیتی ہے [جو ممکن ہے کہ بڑھ کر انورسما (aneurysm) پیدا کردے]، اور نسبتہً چھوٹے شرائین کی صورت میں آتشکی التہاب بطانۂ شرائین (endarteritis) پیدا کردیتی ہے (arteritis obliterans) = انطماسی یا مسدد التہاب شرائین)۔ عصبی نظام کے متعدد فتور آتشک سے منسوب کئے جاسکتے ہیں۔ بعض عوارض فالج نصفی (hemiplegia)

کی طرح، آتشکی التہاب بطانۂ شرائین (endarteritis) کی وجہ سے ہوتے ہیں جو علقیت (thrombosis) پیدا کر دیتا ہے جس کا آخری نتیجہ عصبی بافت کی لینت (softening) ہوتا ہے۔ جب یہ دماغ میں ہوتی ہے تو اس سے فالج نصفی پیدا ہو جاتا ہے یا نخاع میں ہوتی ہے تو حادیا مزمن پا فالج (paraplegia) پیدا ہو جاتا ہے جس میں ارب کا آتشکی تشنجی پا فالج (Erb's syphilitic spastic paraplegia) بھی شامل ہے۔ دوسرا فتور غالباً ایک صادق ساری التہاب النخاع (true infective myelitis) ہے۔ دوسرے فتور مثلاً محدود المقام شللات اور تشنجات، اُن صمغیات یا سحائی دبازتوں کی وجہ سے ہوتے ہیں جو سطح دماغ یا عصبی جڑوں پر پیدا ہو جاتی ہیں۔ مخاطی غشائے عمیق المقام مختلف تقرحات سے ماؤف ہو جاتی ہیں، مثلاً وہ تقرحات جو دہن میں دیکھے جاتے ہیں اور جو لہاۃ اور نرم تالو کو تلف کر دیتے ہیں اور ساتھ ہی باقی ماندہ طعوم میں انضمام (چپک) پیدا کر دیتے ہیں۔ یا وہ تقرحات جو قصبۃ الریہ، شعبۃ الریہ یا معائے مستقیم میں پائے جاتے ہیں، جہاں وہ ان گذرگاہوں کی تنگی یا تضیق (stricture or stenosis) پیدا کر دیتے ہیں۔ متاخر آتشک (late syphilis)، تقیح کی موجودگی کے بغیر بھی مومی انحطاط (lardaceous degeneration) کے اسباب میں سے ایک سبب ہے۔

سختینی آتشک (parenchymatous syphilis) ۔ اس مرض کے آخری ترین نتائج بعض امراضیاتی حالتیں ہیں جن کے ساتھ ایسے علامات ہوتے ہیں جن کا آتشک کے ساتھ ابتدائی اختلاف اعداد و شمار کی شہادت کی بنا پر متعین کیا گیا، نہ کہ کسی ایسی چیز کی بنا پر جو خود تغیرات بافت میں کوئی ممیز نوعیت رکھتی ہو۔ یہ عوارض مکان حرکی ہرجلہ یا علم الساق (locomotor ataxy) اور عمومی شلل مجانین (general paralysis of the insane) ہیں، جن میں یہ پایا جاتا ہے کہ ۷۰ تا ۸۰ فیصدی حالتوں میں آتشک کی سرگزشت ملتی ہے۔ اسی طرح شلل چشمی (opthalmoplegia) ذبول عصب بصری (optic atrophy) اور ردِ معکوسۂ نور کے فقدان کی بعض قسمیں مماثل تعلقات ظاہر کرتی ہیں۔ کاشف واسرمن (Wassermann's test) کے ذریعہ ایسی حالتوں کی تحقیقات کے نتائج سے اس رائے کی تائید ہوتی ہے۔ یہ کاشف عموماً

شلل (general paralysis) کی تقریباً ۰۰ا فیصدی حالتوں میں مثبت ہوتا ہے اور
ہزال نخاع (tabes) میں کسی قدر کم حالتوں میں (ملاحظہ ہو صفحہ 788) - اسی طرح
عمومی شلل کے مریضوں کے دماغوں میں پیچ مویئے (spirochaetes) پائے جانے سے اس
رائے کی تائید ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 862) - یہ امراض آتشک کی دوسری شکلوں
کے نسبت علاج سے بہت کم متاثر ہوتے ہیں۔

ثمر اور انجام - آتشک کے تمام درجوں میں اضرار کا رجحان مقامات

مضرت پر ظاہر ہونے کا ہوتا ہے - چنانچہ اس کی حسب ذیل مثالیں بیان کی جاسکتی ہیں۔
تمباکو نوشوں کی مخاطی چکتیاں (mucous patches) اور التہاب لسان (glossitis)
ہاتھ سے کام کرنے والوں کی ہتھیلیوں پر کرفلسانی نارہیے (squamous syphilides)
اور جبہی ہڈی کا وہ صمغیہ (gumma) جو مسلمانوں میں مذہبی عبادت کے دوران میں سجدہ
کرنے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے - ممکن ہے کہ ابتدائی درجوں میں مکمل علاج متاخر
علامات کے وقوع کو کلی طور پر روک دے اور یہ بھی ممکن ہے کہ اوّلی ضرر کی ابتدائی شناخت
کے ساتھ ہی اگر مستعدی کے ساتھ علاج کیا جائے تو ثانوی علامات پیدا ہی نہ ہونے پائیں
یا اس علاج کی وجہ سے نہایت خفیف ہو جائیں - یہ مرض پہلے دو درجوں میں ہلاکت
رجحان نہیں رکھتا، لیکن متاخر آتشک میں ممکن ہے کہ صمغیہ دوسری رسولیوں کی
طرح عمل کر کے جسمانی وظیفہ میں براہ راست مزاحم ہو کر ہلاکت پیدا کر دے (بالخصوص
اُس وقت جبکہ دماغ اور سحایا میں ہو) - موت ذیل کے اسباب سے بھی واقع ہو جاتی
ہے :- شرائین کے آتشکی مرض سے شعبی، قصبی یا شستیتی ضیق سے - التہاب گردعظمہ
سے جبکے ساتھ ہڈی کا تنخر ہو کر تقیح الدم (payaemia) واقع ہو جائے جگر، طحال
اور گردوں کے چربیشی مرض (lardaceous disease) سے اور اُن امراض سے جو تنخیتی
آتشک (parenchymatous syphilis) کے زمرہ میں شمار کئے جاتے ہیں -

تشخیص - اوّلی درجہ میں جسقدر جلد ممکن ہو مرض کی تشخیص ضروری ہے،
تاکہ سرایت کے عام ہو جانے سے پہلے ہی علاج کیا جاسکے - شینکر یعنے آکو لہ اپنے تصلب

114

اور ایک سخت ابتدائی گِلٹی یا بَد (primary bubo) کی موجودگی کے باعث ذیل کی حالتوں سے متفرق کیا جاتا ہے :- (۱) قرحہ رخوہ (soft sore) جو عموماً متعدد (ایک سے زیادہ) ہوتا ہے اور غدد کی رخو (نرم) اور الیم کلانی پیدا کر دیتا ہے۔ (۲) نملۂ تناسلی (herpes genitalis) جس میں اضرار سطحی ہوتے ہیں۔ (۳) نہایت شاذ صورتوں میں حزاز مسطح (lichen planus)-(۴) ضربی تقرح (traumatic ulceration)۔ علاوہ بریں جب ضرر کا علاج نہ کیا گیا ہو تو پیچ موئیوں (spirochaetes) کو تلاش کرنا چاہئے۔ جسکے لئے مقامِ ضرر سے کچھ مصل لیکر اُسے ایک سرشیحہ (slide) پر طبعی ملح (normal saline) کے چند قطروں کے ساتھ ملا لیا جاتا ہے۔ سرشیحہ کا امتحان ۱/۶ انچ والے عدسۂ شئی (objective) سے تاریک پس منظری تنویر (dark ground illumination) کے ذریعہ سے کیا جاتا ہے۔ پیچ موئیے جو سپید نظر آتے ہیں پس منظر (میدانِ نظر: field) میں متحرک دکھلائی دیتے ہیں۔

طبی نقطۂ نظر سے متأخر آتشکی اضرار کی شناخت ہی ایسی چیز ہے جس کی اکثر ضرورت ہوتی ہے اور اس میں عموماً مریض کی ماسبق سرگذشتِ مرض سے مدد لی جاتی ہے۔ امورِ ذیل یاد رکھنے کے قابل ہیں :- ایک ایسے متعین قرحہ یا زخم کا وقوع جو سوزاک محض سے جداگانہ ہو۔ طفحہ (rash)۔ خراشِ حلق۔ اور بالوں کا گرنا۔ ممکن ہے کہ مریض اس امر سے لاعلم ہو کہ زخم (قرحہ) سخت یا نرم قسم کا تھا۔ ممکن ہے کہ مریض طفحہ یا تقرحی خراشِ حلق کے بارے میں حالات بیان کر سکے۔ شادی شدہ عورتوں میں اِلقاط (miscarriages) (یعنی چوتھے اور چھٹے ماہ کے درمیان کے اسقاطوں) کے ماسبق وقوع پر اکثر بہت اعتماد کیا جاتا ہے۔ لیکن اِلقاص اکثر اوقات بالکل مختلف حالات کے تحت ہو جایا کرتے ہیں، اور ایک اِلقاص کے بعد (خواہ کسی بھی سبب سے ہو گیا ہو) دوسرے اِلقاصات واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

امورِ ذیل کے متعلق تلاش و جستجو کرنی چاہئے :- اصلی قرحوں کے ندبات (داغوں) کے لئے مردوں میں قضیب پر۔ ثانوی اضرار کے ندبات کے لئے جلد پر اور حلق میں۔ گرہوں کے لئے قصبہ ہڈیوں اور کھوپڑی پر۔ یہ بھی معلوم کرنا چاہئے کہ آیا خصیتین کی سختی یا ذبولی موجود ہے۔ چربیشی مرض (lardaceous disease) کے ظواہر کے لئے جگر اور

طحال کی جسامت کو دیکھنا چاہئے اور معلوم کرنا چاہئے کہ البیومن بولیت موجود ہے یا نہیں۔ بعض اوقات علاجی تدابیر سے تشخیص میں امداد ملتی ہے یا اُس کی تصدیق ہوجاتی ہے مثلاً اُس وقت جبکہ ایک مشتبہ ضرر مندرجۂ ذیل علاج کے اثر سے بہ سرعت رفع ہوجائے۔

اب مصلیاتی طریقوں (serological methods) کی وساطت سے خون کے مصل کے اندر آتشکی سرایت کے ایک نوعی نتیجہ کو شناخت کر لینا ممکن ہوگیا ہے۔ بورڈیٹ (Bordet) اور گینگاؤ (Gengou) نے بتلایا ہے کہ اگر کسی اینٹی جن (antigen) کو [یعنے اُس شئے کو جو کسی جانور کے اندر تشرب کی جانے کے بعد ضد اجسام (antibodies) پیدا کر دینے کی قوت رکھتی ہے] ایسے مصل کے ساتھ جس میں ایسے ضد اجسام موجود ہوں، ملا کر، ۳۷ درجہ سنٹی گریڈ پر محتضن کر لیا جائے تو یہ دونوں چیزیں (یعنے اینٹی جن اور ضد اجسام) باہم مخلوط ہوجاتے ہیں اور ساتھ ہی تشتیم (complement) کو ثبت کر دیتے ہیں۔ یہ تشتیم ایک خمیر ہے جو خون میں طبعی طور پر موجود رہتا ہے۔ اس مظہر کا اطلاق تشخیص آتشک پر کیا گیا ہے اور اسے تعامل واسرمن (Wassermann reaction) کہتے ہیں۔ اینٹی جن ابتداءً آتشکی جگر کا خلاصہ ہوتا تھا، اور یہ اُس مریض کے مصل میں شامل کر دیا جاتا جس کی تحقیقات مدنظر ہوتی۔ اگر تشتیم ثبت ہوجائے تو مریض کو آتشک زدہ سمجھا جاتا ہے۔ یہ امر کہ تثبیت ہوئی ہے یا نہیں ایک خاص دم پاش کا کشف (hæmolysis test) کے ذریعہ سے دریافت کیا جاتا ہے۔ اگر کسی جانور (مثلاً بھیڑ) سے حاصل کردہ سرخ خلیات کا اشراب کسی دوسرے جانور (مثلاً خرگوش) میں کیا جائے تو یہ سرخ خلیات ایک اینٹی جن کے طور پر عمل کرتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ متناظر ضد جسم، یا ہیمولائسین (hæmolysin) بنجاتا ہے۔ اگر یہ سرخ خلیے اور وہ مصل جس میں ہیمولائسین موجود ہے، مخلوط کر دیئے جائیں تو دم پاشیدگی واقع ہوتی ہے، لیکن اُسی صورت میں واقع ہوتی ہے جبکہ تشتیم موجود ہو۔ اگر تشتیم موجود نہ ہو تو دم پاشیدگی نہیں واقع ہوتی۔ واسرمن کا کشف اس طرح کیا جاتا ہے کہ مشتبہ مصل کو (جس میں آتشکی ضد جسم موجود ہونے کا گمان ہو) پہلے اس غرض سے کہ تشتیم تلف ہوجائے گرم کر لیا جاتا ہے اور پھر اُسے آتشکی

جگر کے ساتھ، اور طبعی گینی پگ کے ایسے مصل کے ساتھ جس میں تمّم موجود ہو، مخلوط کر دیا جاتا ہے۔ اِس آمیزہ کو ایک گھنٹہ کے لئے ۳۷ درجہ سنٹی گریڈ کی تپش پر رکھ دیا جاتا ہے اور پھر اِس میں خرگوش کے اُس مصل کا جس میں ہیمولائیسین موجود ہو (لیکن اِس مصل کو پہلے ۵۶ درجہ سنٹی گریڈ تک گرم کرکے تتمّم سے معرا کر لیا گیا ہو) اور بھیڑ کے دھوئے ہوئے جسیمات کا آمیزہ شامل کر دیا جاتا ہے، اور اب اِس سارے آمیزے کو دو گھنٹے کے لئے ۳۷ درجہ سنٹی گریڈ پر پھر رکھ دیا جاتا ہے۔ اگر مشتبہ مصل میں آتشک کا ضد جسیم موجود ہے تو یہ

115

پہلی حضانت میں تتمّم کو مقید یا مثبت کر دے گا۔ اب جب کہ خرگوش کے مصل میں کی ہیمولائیسین کو دوسری حضانت میں آزاد تتمّم موجود نہ ملے گا تو ہیمولائیسین جسیمات کو نہیں تلف کرے گی یعنی دم پاشیدگی (hæmolysis) نہیں واقع ہوگی۔ تتمّم کی تثبیت اور آتشک کی موجودگی کی بنا پر اِس واقعہ کو مثبت تعامل (positive reaction) کہتے ہیں۔ لیکن اگر اِس کے برعکس آتشک کا ضد جسیم موجود نہ ہو تو تتمّم پہلی حضانت میں مقید نہ ہوگا۔ چنانچہ وہ دوسری حضانت میں ہیمولائیسین کے ساتھ اشتراک عمل کرے گا اور دم پاشیدگی واقع ہو جائے گی۔ یہ منفی تعامل (negative reaction) ہے۔ اگر اِس سارے عمل کو کمّی اصول پر انجام دیا جائے تو اِس امر کی بنا پر کہ دم پاشیدگی کس مقدار میں واقع ہوئی ہے یہ اندازہ کرنا ممکن ہوتا ہے کہ مریض کے مصل میں آتشکی ضد جسیم کی کس قدر مقدار موجود ہے۔

حقیقت الامر یہ ہے کہ اس تعامل میں جیسا کہ یہ آج کل انجام دیا جاتا ہے، ایک خاص طریقہ سے ترمیم کر دی گئی ہے۔ یعنی اینٹی جن تیار کرنے کے لئے آتشکی جگر استعمال کرنا کسی غیر واضح وجہ سے غیر ضروری پایا گیا ہے۔ بعض دوسرے اشیاء سے بھی کام نکل سکتا ہے، اور بھیڑ کے قلب کے خلاصہ سے جسکے ساتھ کولیسٹرن (cholestrin) ملی ہوئی ہو یہی مطلب حاصل ہو جاتا ہے، لہٰذا اب ہمیشہ اسی کو اینٹی جن کے طور پر استعمال کرتے ہیں کیونکہ یہ نسبتہً زیادہ سہل الحصول ہے۔ ان واقعات سے ظاہر ہوتا ہے کہ اب تعامل واسّرمن کی ابتدائی اور اصلی توضیح صحیح نہیں سمجھی جاتی۔

کاشف واسّرمن سے مثبت تعامل حسب ذیل حاصل ہوتا ہے:۔ اوّلی درجہ کے مریضوں میں سرایت کے بعد پانچ سے لیکر آٹھ ہفتوں تک، ثانوی درجہ کے

۹۵ فیصدی مریضوں میں تالیفی درجہ کے بجھتر فیصدی میں مخفی آتشک (latent syphilis) کی پچاس فیصدی حالتوں میں (D'Arcy Power) - پیدائشی طور پر آتشکی بچوں کی بظاہر تندرست ماؤں کی حالت میں تعامل واسرمن اکثر اوقات (۸۰ فیصدی یا زائد حالتوں میں) پایا جاتا ہے۔ باوجود ماں کے مثبت نتیجہ کے ممکن ہے کہ خود بچہ میں منفی تعامل ظاہر ہو، یا مثبت تعامل اس وقت ظاہر ہو جبکہ متعین علامات نمودار ہو جائیں۔

ساکس جورجی کا تعامل (Sachs Georgi reaction) ایک دوسرا اصلی تعامل ہے جو آتشک کی تشخیص کے لئے مستعمل ہے۔ اس کا انحصار اس واقعہ پر ہے کہ ایک آتشک زدہ مریض سے حاصل کیا ہوا مصل، الکحلی خلاصۂ قلب (alcholic heart extract) اور کولیسٹرن (cholestrin) کے آمیزے کی ملحی تعلیق (saline suspension) کو گالے دار (flocculent) بنا سکتا ہے۔ حال ہی میں ڈرے یر (Dreyer) اور وارڈ (Ward) نے ان اشیا کی ایک ایسی تغییر کردہ تجہیز (standardized preparation) تیار کی ہے جو کبھی خراب نہیں ہوتی، اور مختلف مشاہدین کا قول ہے کہ تعامل واسرمن کے نسبت اس طریقہ (Sigma reaction = تعامل سگما) سے آتشکی پیند جسم کی زیادہ صحیح تخمین کی جا سکتی ہے اور اس کے ساتھ ہی اس کا کشف کو عمل میں لانا نسبتہً بہت آسان ہوتا ہے۔

زیر علاج مریضوں میں ممکن ہے کہ یہ تعامل منفی ہو جائے، مگر با ایں ہمہ بہت سی حالتوں میں اگر ان میں سالورسان (salvarsan) (ملاحظہ ہو نیچے) کی ایک معتاد کا اشراب کر دیا جائے تو یہ تعامل پھر مثبت ہو جاتا ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سرایت آتشک اب بھی موجود ہے۔ چنانچہ مریض کے متعلق مرض سے پاک ہونے کا اعلان اس وقت تک نہیں کیا جا سکتا جب تک کہ سالورسان کے اس نام نہاد "اشتعالی اشراب" (provocative injection) کے باوجود منفی تعامل نہ قائم رہے۔

اگرچہ ایک منفی تعامل واسرمن اس امر کی قوی شہادت ہے کہ مریض آتشک میں مبتلا نہیں ہے، تاہم بعض دوسری حالتوں میں بھی مثبت تعامل حاصل ہوا ہے،

مثلاً حمل کی حالت میں، نقصِ تغذیہ میں (جیسے کہ ذیابیطس میں ہو سکتا ہے)، امراضِ جگر میں، غیر آتشکی جلدی امراض میں سنکھیا کے ذریعہ درون وریدی علاج کے بعد، اور جذام اور یاز (yaws) اور تیز تپوں میں۔ آتشک تشخیص کرنے سے پہلے ان واقعات کا لحاظ ضروری ہے۔

تحریز۔ چونکہ آتشک براہِ راست تماس کے سوائے دوسرے طور پر شاذ ہی منتقل ہوتی ہے لہٰذا اگر ان اشخاص کو جن کا سرایت زدہ ہونا معلوم ہو چکا ہے تندرستوں کے ساتھ تناسل یا دوسری طرح کے تماس سے باز رکھا جائے تو اس کے پھیلاؤ کو روکنا آسان ہونا چاہئے۔ لیکن جو سرایت زدہ ہیں انھیں اس کا علم ہمیشہ نہیں ہوتا کہ ہم ایسے (سرایت زدہ) ہیں۔

وضع قانون میں بہت سی مشکلات سے دوچار ہونا پڑتا ہے۔ گر ۱۹۱۶ء کے شاہی کمیشن کی رپورٹ کے تتبع میں سرکار نے رقمی عطیات ایسے وسایل کی بہم رسانی کی غرض سے عطا فرمائے ہیں جن سے امورِ ذیل میں مدد پہنچے:۔ آتشک کی جرثومیاتی تشخیص کے لئے بسارے ملک میں علاج کے مرکزوں کے قیام میں ترقی کے لئے جہاں تمام خواہشمندوں کا مفت علاج ہو۔ طبیبوں کو علاج کے نسبتہ جدید تر طریقوں کے استعمال سے واقف کرنے کے لئے تمام علاج کرنے والے طبیبوں کو سالورسان یا اس کی بدل ادویہ بلا قیمت بہم پہنچانے کے لئے سرایت میں منکشف شدہ حالتوں کی بڑی اکثریت میں فوری ازالۂ سرایت یعنی اعضا کو مکمل طور پر دھو کر ۳۰ فیصدی طاقت کا مرہم کیلومل (calomel ointment) (جسکا تذکرہ صفحہ 120 پر کیا گیا ہے) مل دینے سے سرایت کا واقع ہونا رک جائے گا۔ مرکیوری سائنائڈ (mercury cyanide) کا محلول (۱۰۰۰ میں ۱ حصہ) اس سے بھی بہتر دافع عفونت ہے۔

جن حاملہ عورتوں کا آتشکی ہونا معلوم ہو یا جو کاشف واسّرمن کے ذریعہ آتشک زدہ ثابت ہو چکی ہوں، ان کا علاج عجلت اور مستعدی کے ساتھ کرنا چاہئے تاکہ بچہ کی صحت محفوظ رہے۔

ذیل کے واقعات سے مریضوں کو مشورہ دینے میں طبیب کی رہنمائی ہو سکتی ہے:۔ اولی اور ثانوی اصراد دونوں متعدی ہوتے ہیں اور ان زمانوں میں خون کے

اندر قشب (virus) موجود ہوتا ہے۔ اس کے برعکس یہ امر واضح معلوم ہوتا ہے کہ طبعی افرازات [ریق (لعابِ دہن)، دودھ، پسینہ، اور منی] میں قشب نہیں ہوتا۔ اسی واسطے جب ان افرازات کی تعلیم خراشیدگیوں کے اندر ہو جائے تو ان سے مرض نہیں پیدا ہوتا۔ آئندہ معلوم ہوگا کہ جنین کی آتشک غالباً ہمیشہ مادری سرایت کے باعث ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 121)۔

قاعدہ ہے کہ آتشک اپنے مبتلاؤں کو تازہ سرایت کی مناعت بخشتی ہے اگرچہ بعضے یہ بیان کرتے ہیں کہ منیع شخص محض شفا نا یافتہ آتشکی ہوتا ہے۔ ایسی مثالیں مرقوم ہیں جنہیں، طویل وقفہ کے بعد، ایک تازہ ابتدائی قرحہ اور تازہ ثانویات (secondaries = ثانوی درجہ کے علامات) ظاہر ہوئے ہیں اور یہاں ہمیں یہ فرض کر لینا چاہئے کہ حافظ اثر (اگر وہ پیچ مویہ اور سمیّات سے علٰحدہ کبھی موجود تھا تو) تلف ہو چکا ہے جیسے کہ وہ شاذ صورتوں میں امراضِ طفحیہ (exanthemes) میں تلف ہو جاتا ہے۔

علاج ۔ آتشک کے پیچ مویہ کی غیر معمولی سخت جانی اور سرایت کے بعد سالہا سال تک جسمانی ساختوں پر اُس کا ممکن اثر اس امر کا مقتضی ہے کہ علاج فوری ہو اور مستعدی کے ساتھ ہو اور عرصۂ دراز تک جاری رہے۔ اس مرض پر ادویہ کے تین گروہ نمایاں اثر رکھتے ہیں:- (۱) پارہ (mercury) اور اُس کے مرکبات، (۲) پوٹاشیم آیوڈائیڈ (potassium iodide)، اور (۳) سنکھیا (arsenic) کے بعض مرکبات۔

سالورسان (salvarsan) یا ڈائے آکسی۔ ڈائے امینو۔ آرسینو بینزال ڈائی ہائیڈروکلورائیڈ (dioxy-diamino-arsenobenzol dihydrochloride) کو ایہرلک (Ehrlich) نے رائج کیا (۱۹۰۹ء)، اور یہ کچھ عرصہ تک ۶۰۶ کے نام سے یاد کی جاتی تھی۔ اس کے استعمال کا بہترین طریقہ دردن وریدی اشراب کے ذریعے ہے، جسے حلوئے معدہ اور خلیہ کے اسعار کی حالت میں عمل میں لانا چاہئے۔ اکثر اس سے عین پہلے گلوکوز (glucose) دے دینا قرینِ مصلحت ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 124)۔ جس سیّال کا اشراب کرنا ہے اُس کی تیاری میں اور اشراب کے عملیہ میں بہت احتیاط کی ضرورت ہے، تاکہ اس سیّال کا کوئی حصہ تحت الجلدی بافت کے اندر نہ جانے پائے۔ سالورسان کی معتاد کو عقیم آبِ کشیدہ کے تیس تا چالیس مکعب سنٹی میٹر میں

حل کر لیا جاتا ہے۔ اس میں سالورسان کی مقدار کے تناسب سے، سوڈیم ہائڈریٹ (sodium hydrate) کے ۱۵ فیصدی محلول کے ۱ تا ۲ قطرے شامل کر دئے جاتے ہیں، جس سے ایک رسوب بنجاتا ہے، جو ہلانے سے یا اسی قلی کے چند قطرے اور ملانے پر پھر حل ہو جاتا ہے۔ اب اِس صاف محلول میں تازہ کشید کردہ آب عقیم سے تیار کئے ہوئے ۰.۶ فیصدی ملحی محلول (saline solution) کے ۲۵۰ مکعب سنٹی میٹر شامل کر دئے جاتے ہیں۔ اشراب کرنے میں اصلی محلول سالورسان سے پہلے، نصف اونس مالح (saline) داخل کیا جاتا ہے، تاکہ اس امر کا یقین ہو جائے کہ سوئی ٹھیک طور پر وریدکے اندر ہے۔ اشراب کے بعد بھی سوئی کو پورے طور پر دھو ڈالنے کے لئے مالح کی مائل مقدار داخل کرنی چاہئے۔ سالورسان کے علاوہ ۶۰۶ کی تجہیزات کے دوسرے نام حسب ذیل ہیں:۔ آرسینو بینزال (arsenobenzol) (یہ سرکاری برطانی قرابادین اور دیہ کا نام ہے)- آرسینو بلان (arsenobillon)- خارسیوان (kharsivan) - ڈائی آرسینال (diarsenal) آرس فینامین (arsphenamin)-

نیو سالورسان (neo-salvarsan) یا "۹۱۴" ایک مماثل دوا ہے، جو ڈائی آکسی ڈائی امینو آرسینو بینزال مانو میتھلین سلف آکسولیٹ آف سوڈا (dioxydiamino-arsenobenzol-mono-methylene sulphoxo-late of soda) ہے اور بینو آرسینو بینزال (novarsenobenzol) (B. P.) نووارسینو بلان (novarsenobillon)، نیو خارسیوان (neokharsivan)، نیو ڈائی آرسینال (neodiarsenol)، نیو آرس فینامین (neoarsphenamine) کے ناموں سے بھی یاد کی جاتی ہے۔ اسے سالورسان پر یہ فوقیت حاصل ہے کہ یہ پانی میں حل پذیر ہے اور اسی واسطے اس کا اشراب ایک سوئی اور پچکاری کے ذریعے براہ راست ورید کے اندر کیا جا سکتا ہے۔ اس کے محلول کو زیادہ دیر تک نہیں رکھنا چاہئے بلکہ اسے تیار کرنے کے بعد فی الفور اشراب کر دینا چاہئے۔ نیو سالورسان سالورسان کے نسبت زیادہ آسانی کے ساتھ دی جا سکتی ہے اور نسبتًہ کم اختلال پیدا کرتی ہے لیکن جب درون وریدی راہ سے دی جاتی ہے تو اس کے برابر علاجی اثر نہیں رکھتی۔

سلف آرسینال (sulpharsenol) جو "۶۰۶" سے قریبی طور پر مماثل

ہے، تحت الجلدی یا درون عضلی طریقہ سے دی جانے کے بعد بہت کم درد پیدا کرتی ہے، اور اُس وقت مفید ہوتی ہے جبکہ تعامل واسرمن مثبت جاری رہتا ہو۔ پایا گیا ہے کہ اس مرکب کے ایک تحت الجلدی اشراب سے اسی معتاد کے ایک درون وریدی اشراب کے نسبت بہتر علاجی اثر حاصل ہوتا ہے۔ یہ بالمحاذی غذا دیا جاسکتا ہے۔ سلور سالورسان (silver salvarsan) چاندی (سلور) اور سوڈیم سالورسان کا ایک مجموعہ ہے، اور عصبی آتشک (neuro-syphilis) میں نہایت مفید پایا گیا ہے۔

117

جس زمانہ میں علاج کے لئے صرف پارہ اور آیوڈائڈز (iodides) ہی میسر تھے، یہ امر عام طور پر تسلیم کر لیا گیا تھا کہ اِن کا استعمال دو سال تک جاری رکھنا مناسب ہے، اور ایسا کرنے پر بھی تقریباً نصف حالتوں میں تعامل واسرمن بدستور مثبت رہتا تھا۔ چنانچہ نتائج یاس انگیز تھے۔ اکثر مریضوں میں جبکہ وہ زیر علاج ہوتے نکس مرض واقع ہوجاتا یا اُن میں پارے کا تحمل نہ ہوتا جو التہاب الفم (stomatitis) یا البیُومین بولیت کی صورت میں ظاہر ہوتا۔ چنانچہ ۶۰۶ کی ایجاد نے ایک انقلاب عظیم پیدا کر دیا۔ (اس کے اشراب سے) پیچ خیطیے (spironemes) اضرار کے اندر سے چوبیں گھنٹوں میں، اور بعض نہایت مزاحم (عسیر العلاج) اضرار خود ایک ہفتے کے اندر غایب ہو گئے۔ بہت سے اشخاص یہ سمجھتے تھے کہ اس کی ایک دو معتادیں آتشک سے شفایابی کے لئے کافی ہیں، مگر اس غلطی کا احساس اُس وقت ہوا جب علامات کے نکس مشاہدے میں آئے، اور یہ اکثر اوقات آتشکی التہاب سحایا (syphilitic meningitis) اور جمجمی اعصابی شللات (cranial nerve paralyses) کی شکل میں تھے۔ اس امر کا اعتراف صرف حال ہی میں عام طور پر کیا جارہا ہے کہ آتشک کے لئے ایک طویل نصاب علاج (course of treatment) ضروری ہے، اور اِن جدید ادویہ کے ابتدائی سالوں میں مریضوں کے ناکمل علاج کے باعث ہمیں ابتک یہ کہنے کا موقع حاصل نہیں ہے کہ پورے علاج کا اثر دراصل کیا ہے۔ نصاب علاج کا انحصار درجۂ مرض اور تعامل واسرمن پر ہے۔ ہیریسن (Harrison) (۱۴) جدولی شکل میں حسب ذیل نصاب علاج تجویز کرتا ہے۔

آتشک کے مریضوں کے علاج کا معمولی دستور العمل

(الف) اوّلی حالتیں جنمیں تعامل واسرمن منفی ہو۔
متبادل آرسینو بینزال کا علاج

علاج کا دن	۶۰۶ درون وریدی	۹۱۴ درون وریدی	سلف آرسینال درون عضلی	سلوسالورسان درون وریدی	پارہ درون عضلی	پوٹاسیم آیوڈائیڈ
	گرام	گرام	گرام	گرام	گرین	گرین
(ا) ۱	۰٫۳	۰٫۳۵	۰٫۴۸	۰٫۳۰	-	-
۸	۰٫۳	۰٫۴۵	۰٫۴۸	۰٫۳۰	۱	-
۱۵	۰٫۳	۰٫۴۵	۰٫۴۸	۰٫۳۰	۱	-
۲۹	۰٫۴	۰٫۶۰	۰٫۶۰	۰٫۲۵	۱	-
۳۶	۰٫۴	۰٫۶۰	۰٫۶۰	۰٫۴۵	۱	-
۵۰	۰٫۵	۰٫۷۵	۰٫۶۰	۰٫۴۵	۱	-
۵۷	۰٫۵	۰٫۷۵	۰٫۶۰	۰٫۳۰	۱	-
۶۴-۵۸	-	-	-	-	-	ہفتہ میں ۳ بار
۷۱-۶۵	-	-	-	-	-	۲ ″ ″
۷۷-۷۲	-	-	-	-	-	۳ ″ ″
۷۸	۰٫۶۵	۰٫۷۵	۰٫۶۰	۰٫۳۰	۱	-
۸۵	۰٫۶۵	۰٫۷۵	۰٫۶۰	۰٫۳۰	۱	-
۹۲ ؎	۰٫۶۵	۰٫۷۵	۰٫۶۰	۰٫۳۰	۱	-
(۲) ۹۳-۱۲۶ آرام						
(۳) ۱۲۷-۱۳۳	-	-	-	-	-	ہفتہ میں ۲ بار
۱۳۴-۱۴۰	-	-	-	-	-	″ ″
۱۴۱-۱۴۷	-	-	-	-	-	″ ″

؎ ۹۲ ویں دن امتحانِ خون۔

(۴) علاج اسی طرح کر کر و جیسا کہ پہلے دن سے ۹۲ ویں دن تک ہوا تھا۔

(۵) جملہ علاج ملتوی کر دو لیکن ہر تیسرے مہینے خون کا امتحان کرو۔

(۶) ایک سال کے اختتام پر خون اور دماغی نخاعی سیّال کا امتحان اشتعالی انتراک[1] کے بعد کرو۔

(۷) دوسرے سال کے دوران میں ہر چھٹے مہینے خون کا امتحان کرو۔

(۸) دوسرے سال کے اختتام پر اشتعالی انتراک کے بعد خون اور دماغی نخاعی سیّال کا امتحان کرو۔

جدولوں کے عنوانوں میں

۶۰۶ = سالورسان، خارسیوان، آرسینوبلان یا ڈائی آرسینال۔

۹۱۴ = نیو سالورسان، نیو خارسیوان، نو وارسینوبلان یا نیو ڈائی آرسینال۔

116

(ب) اوّلی حاملین جنمیں تعامل واسرمن مثبت ہو

علاج کا دن	۶۰۶ درون وریدی	۹۱۴ درون وریدی	سلفارسینال درون عضلی	سلفو سالورسان درون وریدی	پارہ درون عضلی	پوٹاشیم آئیوڈائیڈ
	گرام	گرام	گرام	گرام	گرین	گرین
(۱) ۱-۲۲۹[2] جیسے کہ "الف" میں	-	-	-	-	-	-
(۲) ۲۳۰-۳۰۷ آرام						
(۳) ۳۰۸-۳۱۴	-	-	-	-	-	۵ دن میں ۳ بار
۳۱۵-۳۲۱	-	-	-	-	-	۴ "
۳۲۲-۳۲۹	-	-	-	-	-	۲ "
(۴) ۳۳۰	.۱۴	.۶۰	.۶۰	.۶۲۵	۱	-
۳۳۷	.۱۴	.۶۲	.۶۰	.۶۲۵	۱	-
۳۴۴	.۱۴	.۶۰	.۶۰	.۶۲۵	۱	-
۳۵۸	.۱۵	.۴۵	.۶۰	.۶۲۵	۱	-
۳۶۵	.۱۵	.۴۵	.۶۰	.۶۲۵	۱	-

(۵) علاج ملتوی کرو اور خون کا امتحان جنین کے تقرّن کے بعد جاری رکھو جیسے کہ "الف" میں ۵-۸۔

[1] Provocative injection

[2] خون کا امتحان ۹۲ ویں دن۔

انتباہ - یہ نظام الاوقات اس مفروضہ پر مبنی ہے کہ پہلے دس اشرابات کے اختتام پر تعامل واسرمن منفی پایا گیا۔ اگر تعامل واسرمن دسویں اشراب کے بعد مثبت ہو تو اس طرح عمل پیرا ہونا چاہئے جیسا کہ ثانوی امارات والی حالتوں کے لئے درج کیا گیا ہے۔

ج ثانوی سریریاتی امارات والی حالتیں

علاج کا دن	۶۰۶ درون وریدی	۹۱۴ درون وریدی	سلف آرسینال درون عضلی	سلورسالورسان درون وریدی	پارہ درون عضلی	پوٹاسیم آیوڈائیڈ
	گرام	گرام	گرام	گرام	گرین	گرین
(۱) ۱-۲۴۰ جیسے کہ ب میں[1] ۱ - ۴	-	-	-	-	-	-
(۲) ۳۶۶ - ۳۴۳ آرام						
(۳) ۳۴۴ - ۴۴۱	-	-	-	-	-	۵ دن میں ۲ بار
۴۴۲ - ۴۴۸	-	-	-	-	-	۷ ″
۴۴۹ - ۴۵۵	-	-	-	-	-	۱۰ ″
(۴) ۴۶۲	.۰۴	.۰۶۰	.۰۶۰	.۰۲۵	۱	-
۴۶۹	.۰۴	.۰۶۰	.۰۶۰	.۰۲۵	۱	-
۴۷۶	.۰۴	.۰۶۰	.۰۶۰	.۰۲۵	۱	-
۴۹۰	.۰۵	.۰۷۵	.۰۶۰	.۰۳۰	۱	-
۴۹۷	.۰۵	.۰۷۵	.۰۶۰	.۰۳۰	۱	-

(۵) علاج ملتوی کرو اور خون کے امتحان[1] تین وقتوں کے بعد جاری رکھو جیسے کہ الف میں ۵-۸

---

[1] خون کا امتحان ۱۲ ویں دن اور ۳۶۵ ویں دن۔

(د) ثالثی اور مخفی حالتیں

119

علاج کا دن

۱ - ۵۷ پہلا سلسلہ ساتِ انجکشنات کا جیسا کہ "الف" میں ۱-

۵۸ - ۷۷ پوٹاسیم آیوڈائڈ-

۷۸ - ۱۴۷ آرام-

۱۴۸ - ۱۸۲ پانچ کا سلسلہ جیسا کہ "ب" میں ۴-

۱۸۳ - ۲۰۳ پوٹاسیم آیوڈائڈ-

۲۰۴ - ۳۳۶ ۷۸ - ۲۰۳ مکرر کرو

۳۳۷ - ۴۶۹ ایضاً

۴۷۰ - ۵۹۷ آرام

۵۹۸ - ۶۰۲ پانچ کا سلسلہ جیسا کہ "ب" میں ۴-

۶۰۳ - ۶۶۳ پوٹاسیم آیوڈائڈ

۶۶۴ - ۷۴۹ آرام

۷۵۰ - ۷۸۴ پانچ کا سلسلہ جیسا کہ "ب" میں ۴-

مندرجہ بالا سے واضح ہوگا کہ علاج کا مفید اثر دیکھنے کے لئے تعامل واسرمن کا بہت استعمال کیا گیا ہے۔ مزید برآں ابتدائی حالتوں میں تعامل واسرمن کے منفی ہوجانے کے بعد علاج طویل عرصہ تک جاری رکھا جاتا ہے کیونکہ ایسا ہونے پر بھی ممکن ہے کہ مرض اب بھی فعال ہو۔ واقعہ یہ ہے کہ چند مریضوں میں باوجود اس کے کہ وہ بالکل صریح طور پر ثانوی آتشک میں مبتلا ہیں، تعامل واسرمن منفی حاصل ہوتا ہے۔ منفی تعامل کی حالت میں آرسینو بینزال کی ایک خفیف "اشتعالی" مقدار (provocative dose) دے دینی چاہئے۔ اگر اب تعامل ثبت ہوجائے تو یہ مرض کی فعالیت کا قطعی ثبوت ہے۔

آتشکی التہاب عضلۂ قلب (myocarditis) اور انورسما (ملاحظہ ہو صفحہ 856)، کبدی آتشک (hepatic syphilis) (ملاحظہ ہو صفحہ 490) اور عصبی آتشک (neuro-syphilis) (ملاحظہ ہو صفحہ 792) کے علاج مناسب مقامات پر درج ہیں۔

اس اصول پر علاج کے سوا تعقیم میں صرف ایک ہی امر مانع ہے یعنی مریض کا عدم تحمل (intolerance) ہے۔ آرسینو بینزال کے عدم تحمل کے متعلق صفحہ 123 پر تفصیلی بحث کی گئی ہے، اور وہاں بیان کی ہوئی پیش بندیوں اور احتیاطوں کو عمل میں لانا ضروری ہے، کیونکہ سمومیت کی وجہ سے بہت سی موتوں کی اطلاع ملی ہے۔

مندرجۂ بالا تجویز میں پارہ (mercury) کے درون عضلی اخراجات استعمال کئے گئے ہیں۔ یہ ایک کارگر اور خاصہ سادہ طریقہ ہے۔ پرکلورائڈ (perchloride) کے ۱/۴ گرین کو پانی کے ۲۰ قطروں میں حل کر کے ہفتہ میں ایک بار عضلۂ الویہ عظیمہ (gluteus maximus) کے اندر اشراب کیا جاتا ہے (Bloxam)، یا ریڈ آیوڈائڈ آف مرکیوری (red iodide of mercury) کا ایک گرین آب کشیدہ کے ۲۴ قطروں میں، اور ساتھ ہی اتنا کافی سوڈیم آیوڈائڈ (sodium iodide) کہ اسے حل کر دے (مقدار ۲ تا ۱۰ قطرے)۔ کیلومل (calomel) بھی اسی طریقہ سے استعمال کیا جاسکتا ہے اور اس غرض سے

ایک گرین کیلومل عقیم روغن زیتون (olive oil) میں معلق کر لیا جاتا ہے۔ اور خود پارہ دھات کی صورت میں [جیسے گرے آئل (grey oil) نام کی ایک تجویز میں لینولین (lanolin) یا کسی دوسری چربی کے ساتھ تیار کر لیا جاتا ہے] ایسی مقدار میں تشریب کیا جاتا ہے جو $\frac{1}{2}$ یا ۱ گرین کے معادل ہو۔

نظامِ جسم کے اندر پارہ داخل کرنے کا ایک نہایت کامل طریقہ بلا شبہ تمریخ (inunction) ہے، لیکن اس کے لئے ضروری ہے کہ اسے ماہر تیماردار انجام دیں اور یکساں طریقہ پر عمل میں لائیں۔ ایک مددگار سیمابی مرہم (mercurial ointment) کے ۳۰ یا ۴۰ گرین کو اس سے نصف لینولین کے ساتھ ملا کر پندرہ سے تیس منٹ تک جلد کے اندر ملتا ہے۔ متوالی (یکے بعد دیگرے) ایام میں جسم کے مختلف حصے منتخب کئے جاتے ہیں، مثلاً ایک دن بازو، دوسرے دن پیش بازو، پھر یکے بعد دیگرے ایام میں پشت، سینہ، رانیں، اور ٹانگیں اور از سرِ نو بازو۔ اس کا کامل نصاب حسبِ ذیل ہوتا ہے:۔ روزانہ تمریخ چھ ہفتوں تک، تین ماہ کے لئے آرام، چھ ہفتوں کی تمریخ کا دوسرا نصاب، تین ماہ کے لئے آرام، اور پھر ایک ماہ کی تمریخ، چھ مہینے آرام، ایک اور ماہ کی تمریخ، چھ مہینے آرام اور بالآخر بیس دن تک تمریخ۔ اس طرح یہ نصاب پورے دو سال کی مدت کا کر لیا جاتا ہے۔

پارے کے براہِ دہن استعمال (oral administration) کا طریقہ فی الجملہ سب سے کم کارگر لیکن سادہ ترین طریقہ ہے، اور اسی واسطے یہ اب بھی عام طور پر مستعمل ہے۔ عموماً تجویزاتِ ذیل زیادہ تر استعمال کی جاتی ہیں:۔ پرکلورائڈ (perchloride) $\frac{1}{16}$ تا $\frac{1}{12}$ گرین کی مقداروں میں (ملا کر کے ۶۰ تا ۸۰ قطرے) روزانہ تین یا چار بار، اور ہیڈرارجرم کم کریٹا (hydrargyrum cum creta) (گرے پاؤڈر؛ grey powder) ایک گرین اتنے ہی بار۔ ہچن سن (Hutchinson) نے ایک گرین گرے پاؤڈر کو، اور اگر ضرورت ہو تو ایک گرین ڈوورس پاؤڈر (Dover's powder) کے ساتھ، ہر چھٹے، چوتھے، تیسرے، یا دوسرے گھنٹے دینے کا مشورہ دیا ہے۔ 120

پارے کے استعمال کے دوران میں مریض کو تمباکو نوشی اور مہیجات (stimulants) کے استعمال سے پرہیز کرنا چاہیے، دہن اور دانتوں کو بار بار صاف کرنا چاہیے اور حتی الامکان ہر لحاظ سے ایک پرصحت (صحیح) زندگی بسر کرنی چاہیے۔ علاج

میں غلو کرنے سے کثرتِ ریق (salivation) پیدا ہو جاتی ہے (نیز ملاحظہ ہو پارے کی مزمن سمیّت (chronic mercurial poisoning) صفحہ 688)۔

آیوڈائڈ آف پوٹاسیم (iodide of potassium)

بالخصوص آتشک کے متاخر مظاہر کے علاج میں مفید ہوتا ہے لیکن اسے دوسرے درجوں میں بھی برکلورائڈ آف مرکیوری کے ساتھ استعمال کر سکتے ہیں۔ اس کے استعمال سے نہایت خطرناک اور مخدوش عصبی علامات، جو آتشک کے صمغی اضرار (gummatous lesions) کے باعث ہوتے ہیں، بجلد رفع ہو جاتے ہیں، متقرح جلدی اضرار بسرعت مندمل ہو جاتے ہیں، ہڈیوں کے درد میں تخفیف ہوتی ہے اور گردِ عظمی گرہیں (periosteal nodes) غائب ہو جاتی ہیں۔ اس کے پانچ یا سات گرین دن میں تین بار اکثر کافی ہوتے ہیں، لیکن مخدوش حالتوں میں مقدار کو خوب بڑھا کر اسے نصف ڈرام یا ایک ڈرام تک کی مقداروں میں دن میں تین بار دینا چاہیئے۔ یا اتنا زیادہ کہ ۲۰ گرین کی مقدار کو قدرے دودھ میں ملا کر ہر دوسرے گھنٹے شبانہ روز دے سکتے ہیں۔ اس کی منفعت کا مدار بلاشبہ نظامِ جسم کی کامل سیری (saturation) پر ہوتا ہے، ورنہ چونکہ یہ نمک گردوں سے بجلد خارج ہو کر نکل جاتا ہے ممکن ہے کہ جسم کے اندر اس کی مقدار رات کے طویل وقفہ میں بہت کم ہو جائے۔ اگر آیوڈائڈ کسی مقدار میں زکام (coryza) پیدا کر دے تو اسے بہت ہلکا بنا لینا چاہیئے، مثلاً آدھا گلاس پانی ملا کر۔ اور اگر اس کے استعمال سے ثوررانات پیدا ہو جائے ہوں تو اس میں سنکھیا (arsenic) شامل کر دینا چاہیئے (ملاحظہ ہوں دوائی ثوررانات؛ (medicinal eruptions)۔ اگر یہ بہت سستی پیدا کرتا ہو تو عام مقویات (general tonics)، عمدہ غذا اور سمندر کی ہوا مناسب ہوتی ہے، یا اس کے بجائے متناظر (اسی قدر) مقداروں میں آیوڈائڈ آف سوڈیم دے سکتے ہیں، یا مساوی مقداروں میں پوٹاسیم آیوڈائڈ، سوڈیم آیوڈائڈ اور امونیم آیوڈائڈ کا آمیزہ دیا جا سکتا ہے۔ اگر ان سے کامیابی حاصل نہ ہو تو پارہ، تنہا یا پوٹاسیم آیوڈائڈ کی قابلِ برداشت مقدار کے ساتھ، کام میں لایا جا سکتا ہے۔

غالباً اولی قرحہ کے اتلاف سے عمومی سرایت کے وقوع کا سدِباب نہ ہو گا لیکن چونکہ

اس قرحہ میں عضویے موجود ہوتے ہیں لہٰذا بعض اصحاب اسے ایک مستزاد تدبیر کے طور پر اختیار کرنے کے حامی ہیں۔ ایسے قطع کرکے نکالدینے (excision=استیصال) اور داغنے یا جلانے (cauterisation = کیّ) کی کوشش کی گئی ہے اور ایک مرہم بھی آزمایا گیا ہے جس میں کیلومل ۳۳ حصے، لینولین ۶۰ حصے اور ویسلین ۱۰ حصے شامل کئے جاتے ہیں۔ اس مرہم کو استعمال کرنے کی حالت میں مریض کو مشورہ دیا جاتا ہے کہ "مرہم کو اس قدر ملے کہ زخم اس کے ساتھ ہی نکل جائے۔"

پیدائشی آتشک

جو ماں باپ آتشک کے پہلے یا دوسرے درجہ میں مبتلا ہوں اُن کے بچے بھی اس مرض سے سرایت زدہ ہو سکتے ہیں۔ یہ انتقال مرض عموماً ثالث درجہ میں نہیں واقع ہوتا۔ پیدائشی آتشک کا سبب یہ ہے کہ جنین میں سرایت واقع ہوجاتی ہے اور یہ سرایت ایسی ماں کے ذریعہ سے واقع ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ استقرار حمل سے پہلے ہی خود آتشک زدہ ہو یا دوران حمل میں اس مرض میں مبتلا ہو جائے۔ جنین کی سرایت دوران حمل میں کسی وقت بھی مشیمہ (placenta) یعنے آنول کے ذریعہ سے واقع ہوسکتی ہے اور یہ سرایت جس قدر دیر سے واقع ہوتی ہے، جنین کے زندہ رہنے کا موقع اسی قدر بہتر ہوتا ہے۔ سرایت زچگی کے دوران میں بھی ہوسکتی ہے۔ اس حالت میں اوّلی قرحہ کسی خراشیدگی (مثلاً چمٹے (forceps) سے پیدا ہوجانے والی خراشیدگی) کے مقام پر پیدا ہوجاتا ہے، اور یہ اُس سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے جو مادری گزرگاہوں کے اوّلی یا ثانوی اضرار سے واقع ہوجاتی ہے۔

پہلے یہ کہا جاتا تھا کہ پیدائشی آتشک کی سرایت بچہ باپ سے حاصل کر سکتا ہے، درآنحالیکہ ماں تندرست ہوتی ہے۔ مزید برآں اُن حالات کے تحت آتشک زدہ رضیع یا شیرخوار اپنی انّا کو بھی سرایت پہنچا سکتا ہے (مثلاً اُس کی بھٹنی پر قرحہ پیدا کرکے) لیکن خود اپنی ماں کو سرایت نہیں پہنچاتا۔ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ماں کسی نہ کسی طریقہ

سے سرایت سے محفوظ ہو گئی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ اُس میں اوّلی یا ثانوی قسم کے کوئی اضرار بالکل ظاہر نہ ہوں۔ اِس کو قانونِ کالیس (Colles' law) کہتے ہیں۔ اِس کا سبب اب عام طور پر یہ تسلیم کر لیا گیا ہے کہ بچہ کے باپ نے ماں کو درحقیقت سرایت زدہ بنا دیا ہے، لیکن باینہمہ وہ مرض کے کوئی علامات نہیں ظاہر کرتی، اور اُس سرایت کو جنین میں منتقل کر دیتی ہے، اور یہ امر اِس واقعہ سے ثابت ہے کہ جب آتشک زدہ بچوں کی ماؤں کا بچہ کی پیدائش کے بعد جلد ہی امتحان کیا گیا تو ایسی ۵۰ فیصدی ماؤں میں تعاملِ واسرمن مثبت پایا گیا۔

مادری آتشک موجود ہونے کی حالت میں سرایت فی الرحم (in utero) ہمیشہ نہیں واقع ہوتی اور بعض اوقات انتقالِ سرایت بیقاعدہ طور پر ہوتا ہے۔ یہ اِس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ انہیں والدین کو ایک بار تو ایسے بچے ہوسکتے ہیں جن میں تعاملِ واسرمن مثبت ہوتا ہے اور دوسرے بار ایسے بچے جن میں یہ تعامل منفی ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ ایک بچہ بری طرح ماؤف ہو اور دوسرا بالکل غیر ماؤف ہو۔

121 **جنین کی موت**۔ والدین میں سے کسی ایک کو آتشک ہونے کا ایک اثر یہ ہے کہ جنین کی موت جلد ہی واقع ہو جاتی ہے، اور اِس کا نتیجہ اِلقاص (misscarriage) یا قبل از وقت پیدائش ہے۔ درحقیقت تمام اِلقاصوں اور مردہ ولادتوں میں سے پندرہ فیصدی سے لیکر ۲۰ فیصدی تک آتشک ہی کے باعث ہوتی ہیں۔ کسی شادی شدہ عورت کی سرگذشت میں یہ واقعہ کہ اُسے اِلقاصات ہو چکے ہیں، خود اُس میں یا اُس کے شوہر میں آتشک کی موجودگی کے متعلق اہم شہادت ہو سکتا ہے۔ یہ کہنا آسان نہیں کہ جنینی موت کا حقیقی سبب قریب آتشک کے فوری اثرات میں یا مشیمہ (آنول) کا کوئی مرض جو اِس ساخت کے اندر سخت زرد تودے پائے گئے ہیں، لیکن عموماً ایسے کوئی خصائص نہیں ہوتے جو بمجرد نظر (خالی آنکھ سے) نظر آسکیں۔ خُردبین سے دیکھنے پر خملات (villi) کی جسامت اور عروقیت میں زیادتی نظر آتی ہے۔ التہاب بطانۂ شرائین (endarteritis) نہیں موجود ہوتا۔ مگر جنین میں اکثر اوقات ہڈیوں، احشاء اور جلد کے اضرار پائے جاتے ہیں، جن سے اِس امر کا امکان ظاہر ہوتا ہے کہ وہ بدرجۂ غایت مرضی ہے۔ ہڈیوں میں بُرتانی غضاریف (epiphysial cartilages) اور پوری (shaft) کے اتصال

کے مقام پر خطِ تکلس (line of calcification) ناہموار (بے قاعدہ) اور گہرا ہوتا ہے۔ اسے عظمی غضروفی التہاب (osteochondritis) یا التہاب برنائی (epiphysitis) کہتے ہیں، اور یہ کساحت (rickets) کے تغیرات سے مشابہ ہوتا ہے، باستثنا اس کے کہ آتشک میں تکلس نسبتہً زیادہ واضح ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ نرم اَرکیائی (granulation tissue) یا ریم (پیپ) غضروف کو ہڈی سے جدا کئے ہوئے ہو۔ کبدی تغیرات صفحہ 490 پر بیان کئے گئے ہیں۔ پھیپھڑوں میں بین جوفیری بافت (interalveolar tissue) کی زیادتی کے ساتھ جوفیروں اور عروقِ شعریہ کا انضغاط (بچکاؤ) اور بعض اوقات صمغیہ (gumma) پایا جاتا ہے۔ درقیہ (thyroid)، تیموسیہ (thymus) اور لبلبہ (pancreas) میں اتصالی بافت کی زیادتی، اور آنتوں میں قروح موجود ہوتے ہیں، جہاں انسدادِ نمایاں ہوں، وہاں پیچ مویے (spirochætes) مل سکتے ہیں۔

ابتدائی علامات۔ برنائی التہاب (epiphysitis) جو تقریباً ۱۲ فیصدی حالتوں میں واقع ہوتا ہے، بعض اوقات اُن بچوں میں موجود ہوتا ہے جو زندہ پیدا ہوئے ہوں۔ ایسی صورتوں میں خاص برنائی (epiphyses) (اپنی ہڈیوں سے جدا ہوتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جوارح بیکار پڑے رہتے ہیں جس سے شلل جیسی صورت ظاہر ہوتی ہے۔ نیز بعض اوقات بچہ ایسا پیدا ہوتا ہے کہ اس کی جلد پر ایک آبلہ نما (bullous) ثوران ہوتا ہے، یا یہ طفح (rash) پیدائش کے بعد جلدی نکل آتا ہے۔ ہتھیلیاں اور تلوے ہمیشہ ماؤف ہوتے ہیں۔ یہ ایک آتشکی طفح ہوتا ہے، جسے نومولودی دار القلاع (pemphigus neonatorum) سے متفرق کرنا چاہئے جو ایک آبلہ دار حصفہ (bullous impetigo) ہوتا ہے اور اکثر ناف کے مقام پر عفونت کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ لیکن ایسی حالتوں کی بڑی اکثریت میں بچہ نہ صرف زندہ بلکہ تندرست اور موٹا تازہ پیدا ہوتا ہے اور پیدائش کے بعد تین یا چار ہفتوں تک ایسا ہی رہتا ہے۔ پھر وہ ایک انفی نازلہ یعنے التہاب الانف (rhinitis) میں مبتلا ہوجاتا ہے، جس سے وہ علامت پیدا ہوجاتی ہے جو عرفِ عام میں تو تین یا خنین (snuffles) کے نام سے مشہور ہے۔ اس التہاب میں پہلے پتلا اور مصلی اور ازاں بعد

زیادہ گاڑھا اور ریمی مواد خارج ہوتا ہے، جو خشک ہو کر پیڑیاں بنا دیتا ہے۔ یہ پیڑیاں تنفّس میں رکاوٹ پیدا کر دیتی ہیں جس کی وجہ سے دودھ پینا (چوسنا) مشکل ہو جاتا ہے۔ اسی کے ساتھ ایک طفح نمودار ہوتا ہے، جو نہایت عام طور پر سُرینوں پر اور ران کے متصلہ حصوں، پشت اور شکم پر ہوتا ہے۔ یہ طفح بیشتر اوقات گول چکتیوں پر مشتمل ہوتا ہے جو ران کے بغیر چربی کے گوشت (lean of ham) کی طرح بھورا سا سرخ رنگ رکھتی ہیں اور خشک، چمکدار اور بے لچک (غیر مرن =inelastic) ہوتی ہیں۔ یہ چکتیاں ایک دوسرے میں ضم ہو کر بے قاعدہ شکل کے نسبتہً بڑے رقبے بنا دیتی ہیں، لیکن ان کی کور زیادہ تر خوب واضح ہوتی ہے۔ اسے تسمیط (intertrigo) سے متفرق کرنا چاہیے [جو تہ جاؤں (flexures) میں واقع ہوتی ہے]، نیز "طفحِ رومالی" ("napkin-rash") سے، جو ایک شوخ چمکدار سُرخ التہاب ہوتا ہے اور اُس رقبہ کی محدب سطحوں کو ماؤف کرتا ہے جو بچہ کے میلے پوتڑے (چڈی) کے تماس میں آتا ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 930, 929)۔ بعض اوقات اِن دونوں حالتوں کا ایک ساتھ موجود ہونا ممکن ہے۔ نسبتہً کمتر صورتوں میں یہ طفح بثوری قاتحی، اور آبلہ نما ہوتا ہے۔ ابتدائی شیر خواری کے زمانہ میں ہونے والے دوسرے اظہار التہابِ الفم (stomatis)، لبوں اور گوشہائے دہن (باچھوں) کے قریب تقرّحات (جو جلد ہی جلدی بھوڑے بنا دیتے ہیں)، اور التہابِ گرد عظمہ ہیں، اور بہت سی حالتوں میں طحال کی کلانی پائی جاتی ہے۔ اِن سب عوارض کے باوجود ممکن ہے کہ بچہ کا تغذیہ بہت کم متاثر ہو، لیکن بعض اوقات لاغری پیدا ہو جاتی ہے، اور بچہ کا چہرہ ایک بوڑھے آدمی کی طرح مُرجھائی اور ٹھٹھری ہوئی شکل کا ہو جاتا ہے۔ اس درجہ میں ممکن ہے کہ ہلاکت واقع ہو جائے، لیکن علاج کے تحت، یا بصورتِ دیگر، یہ بھی ممکن ہے کہ تمام علامات رفع ہو جائیں اور بچہ بہت برسوں تک آلودگی کے کوئی آثار و علامات نہ ظاہر کرے، اور پھر (اکثر زمانۂ بلوغ کے قریب) ایسے علامات ظاہر ہو جاتے ہیں جو کم و بیش اکتسابی آتشک کے تیسرے درجہ کے علامات کے مقابلہ کے ہوتے ہیں۔ ۹ فیصدی حالتوں میں تعامل واسرمن مثبت ہوتا ہے، اور شرحِ ہلاکت اس قدر زیادہ کہ ۸۰ فیصدی کے برابر ہو سکتی ہے۔

متاخر علامات ۔ یہ حسب ذیل ہیں۔ التہابِ گرد عظمہ (periostitis)

اور اس کے ساتھ گرہوں کا بننا۔ زلالی التہاب (synovitis)، بالخصوص دونوں گھٹنوں کے اندر ایک مزمن زلالی التہاب۔ چھلکے دار یا ذئبہ نما (lupoid) جلدی ثورانات، جو بہت عام نہیں ہوتے۔ دو جانبی بہراپن، جو کانوں میں آوازوں کے ساتھ پیدا ہوجاتا ہے، مگر کانوں میں درد یا اخراج (مواد) نہیں ہوتا۔ منتشر التہاب مشیمیہ (dessiminated choroiditis) یعنی قعرالعین یعنے کرۂ چشم کے اندر منقّط لونیت (punctate pigmentation) اور التہاب قرنیہ (keratitis)۔ آخرالذکر موروثی آتشک میں عام ہوتا ہے مگر اکتسابی مرض میں عام نہیں ہوتا۔ یہ غیمیّت قرنیہ (opacity of the cornea) پیدا کر دیتا ہے، جو بتدریج اس قدر بڑھ جاتی ہے کہ قرنیہ ایک اندھے شیشہ کی طرح نظر آنے لگتا ہے۔ یہ ہدبی امتلا (ciliary congestion) کے ساتھ مؤتلف ہوتا ہے اور آخری درجوں میں ممکن ہے کہ قرنیہ پر عروق بڑھ آئیں اور ایک "سامن مچھلی جیسی چکتی" (salmon patch) پیدا کر دیں۔ اس میں شفایاب ہوجانے کا رجحان ہوتا ہے۔

لیکن ان تازہ اضرار کے علاوہ موروثی آتشک بعض مستقل تشوّہات (deformities) کی وجہ سے بھی شناخت کی جاسکتی ہے۔ یہ بیشتر اُن تغیرات کا نتیجہ ہوتے ہیں جو زمانۂ شیرخواری میں واقع ہو چکے تھے۔ ایسے اشخاص مندرجۂ ذیل ممتاز خصوصیات پیش کرتے ہیں:۔ اُن کی پیشانی چوڑی ہوتی ہے، اور ساتھ ہی عظم الجبہ (frontal bone) کے دونوں نصف حصے غیر معمولی طور پر ابھرے ہوئے ہیں۔ ناک کا بانسا (عرنین) چوڑا اور بیٹھا ہوا (پچکا ہوا) ہوتا ہے۔ منھ کے گرد متعدد خطی ندبات (linear cicatrices) ہوتے ہیں جو دہن سے (جو مرکز ہوتا ہے) شعاعی شکل میں نکلتے ہیں۔ اور مستقل دانت، جیسا کہ ابتداءً ہچنسن (Hutchinson) نے بتلایا، ایسے خصائص ظاہر کرتے ہیں کہ صرف انہیں سے اس حالت (پیدائشی آتشک) کی قطعی تشخیص ہوسکتی ہے۔ اس مقصد کے لئے صرف بالائی مرکزی ثنایا (upper central incisors) یعنے کترنوں پر ہی اعتماد کیا جاسکتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ دوسرے دانت بھی اسی طرح ماؤف ہوں۔ یہ چھوٹے ہوتے ہیں اور مسوڑے کے قریب کے نسبت کور پر زیادہ تنگ (یعنے کم چوڑے) ہوتے ہیں، اور اس کور پر ایک منفرد مرکزی درز یا کٹاؤ ہوتا ہے۔ دانت نکلنے کے بعد ابتداءً یہ کٹاؤ جلد ہی منکشف ڈنٹین (dentine) کی کٹاؤ دار کور سے پُر ہوجاتا

122

ہے ، جو جلد ہی ٹوٹ کر جدا ہو جاتی ہے ۔ دانت کے اس تغیر کو اُس سادہ عرضی تخطط سے متفرق کرنا چاہئے جو شیر خواری کے زمانہ میں پارے کے زیادہ استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے جس سے التہاب الفم (stomatitis) ہو جاتا ہے اور دندانی تاجوں (tooth sacs) کے معقول نمو میں مزاحمت واقع ہوتی ہے قصبیہ ہڈی میں گرد عظمی (periosteal) تغیرات کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ اس کے اگلے کنارے کا انحداب پیدا ہو جائے ، جسے نام نہاد طور پر خنجر نما قصبیہ (sabre-shaped tibia) کہتے ہیں ۔ ایسے حشائی تغیرات بھی غیر عام نہیں جیسے کر کلائی طحال ، دماغی التہاب یا انحطاط (ملاحظہ ہو دماغینی فالج diplegia) ، گاہے التہاب خصیہ (orchitis) ، رخنی التہاب کبد (interstitial hepatitis) (ملاحظہ ہو کبدیت جگر : cirrhosis of the liver) عدم دمویت کلائی طحال کے ساتھ یا اس کے بغیر اور صمغیات (gummas) جو بالغ زندگی میں ظاہر ہوتے ہیں ۔

تحریز ۔ اس پر دو عنوانوں کے تحت غور کیا جا سکتا ہے:۔

(۱) ماں کو سرایت سے محفوظ رکھنا ۔ آتشک زدہ مردوں کو شادی نہیں کرنی چاہئے ، تا وقتیکہ انتقال مرض کا خطرہ باقی نہ رہے ۔ ضروری ہے کہ اُن کا کافی وا فع آتشک علاج ہو چکا ہو اور وہ اس مرض کے تمام سریریاتی مظاہر سے معرّا ہوں اور اُن کے خون سے کم از کم دو سال تک منفی تعامل واسرمن حاصل ہوا ہو ۔ بعض اوقات خون مستقلاً مثبت رہتا ہے ۔ ایسی حالتوں میں اس امر کے متعلق یقین نہیں ہو سکتا کہ درحقیقت شفا ہو گئی ہے یا نہیں ۔ ایسی صورتوں میں خطرہ اگرچہ خفیف ہوتا ہے مگر مریض کو اس سے آگاہ کر دینا چاہئے ۔ یہ بھی غیر معمولی نہیں کہ حمل کے آخری مہینوں یا زمانۂ نفاس میں شوہر ناجائز تعلقات پیدا کر لینے کی وجہ سے مبتلائے سرایت ہو جاتا ہے ۔ (چنانچہ اس کے تدارک کے لئے) کافی اور فوری علاج اختیار کرنا چاہئے اور سرایت سے پاک ہونے تک اُسے صنفی تعلقات سے محترز رہنا چاہئے ۔

(۲) آتشک زدہ ماں کا علاج حمل سے پہلے اور دوران حمل میں ۔ مادری آتشک کی تشخیص میں تعامل واسرمن نہایت کارآمد ہوتا ہے کیونکہ بہت سی مائیں آتشک میں مبتلا ہوتی ہیں اور اُن کو اس کا علم نہیں ہوتا ۔ ممکن ہے کہ ادّلی ضرر مخفی ہو

اور اس سے نہایت کم تکلیف یا بے آرامی پیدا ہو۔ یہ یقینی ہے کہ بعض طبعی (یعنے غیر مرضی) عورتوں میں بھی تعامل واسرمن دوران حمل میں مثبت ہو کر ازاں بعد پھر منفی ہو جاتا ہے لہٰذا جب تعامل واسرمن دوران حمل میں مثبت پایا جائے تو دافع آتشک علاج صرف اُسی وقت عمل میں لانا چاہیئے جبکہ آتشک کی مزید شہادت موجود ہو یعنے اسقاط حمل (miscarriages) کی سرگذشت وغیرہ یا شوہر کے خون سے حاصل شدہ مثبت تعامل واسرمن (اور شوہر کے خون کا امتحان ہمیشہ کرنا چاہیئے)۔ دافع آتشک علاج (ملاحظہ ہو صفحہ 117) سارے زمانہ حمل میں عمل میں لانا چاہیئے اور اس کے بعد بھی جاری رکھنا چاہیئے۔ عورتیں سیمابی اشرابات (mercurial injections) کے مقابلہ میں ہمیشہ ہائڈرارجرائی کم کریٹا (Hyd. c. Cret) کو زیادہ پسند کرتی ہیں۔

علاج۔ رضیعی آتشک (infantile syphilis) میں پارہ حیرتناک سُرعت کے ساتھ عمل کرتا ہے۔ گرے پاؤڈر ایک گرین دن میں تین بار یا لکر ہائڈرارجرائی پرکلورائڈ (liq. hyd. perchlor.) ۱ یا ۲ قطرے بہ سرعت ظُخ زنین یا خنین (snuffles) یا دوسرے علامات کو اچھا کر دیتے ہیں اور اگر بچہ کا تغذیہ ناقص ہو تو ان سے اس کی بھی اصلاح ہو جاتی ہے۔ علاج کا بہترین طریقہ سیمابی تمریخ (mercurial inunction) کے ذریعہ ہے۔ چنانچہ روزانہ غسل کے بعد سیمابی مرہم (unguentum hydrargyri) بقدر ۱/۴ ڈرام شکم پر مل دینا چاہیئے۔ اس مقام پر ایک فلالین کی بندش استعمال کی جاتی ہے۔ اگر ممکن ہو تو ماں کا بھی علاج کرنا چاہیئے۔ آیوڈائڈ آف پوٹاسیم نسبتہً کم مفید ہوتا ہے لیکن ۲ یا ۳ گرین کی مقداروں میں روزانہ تین بار دیا جا سکتا ہے۔ مخاطی چکتیوں یا جلد کے تقرحات پر کیلومل کا سفوف یا سیمابی مرہم (mercurial ointments) براہ راست لگایا جا سکتا ہے۔

123

نیوسالورسان بھی ظُخ اور التہاب انف (rhinitis) کو بہ سُرعت دور کر دیتا ہے۔ اس کا استعمال ۰٫۰۵ تا ۰٫۱۵ گرام کی مقداروں میں ورید وداجی (jugular vein) یا جلد الراس کی وریدوں میں بذریعۂ اشراب کیا گیا ہے۔ بالائی طولی جوف (superior longitudinal sinus) کے اندر بھی اشراب عمل میں لایا گیا ہے۔ لیکن پارے کے علاج

کی بھی ضرورت ہوگی۔ جب شیر خوار بچے پستان پر درد (پھائی کا دہ دہ پلائے ہوئے) ہوں تو اگر ممکن ہو تو ماں کا علاج بھی کرنا چاہئے۔

آرسینوبنزال سے سمومیت

(Poisoning by arsenobenzol)

علاج آتشک میں سنکھیا کے نامیاتی مرکبات کا وسیع رواج ہونے کے بعد سے ابتک ان کی سمیت سے بہت سی اموات کا اندراج ہوا ہے۔ کم از کم تین حالتوں کی تفریق ضروری ہے:-

(۱) اِس دوا کے تباہ کن عمل سے بیچ سویوں (اسپائروکیٹس) میں سے دروںسم (endotoxin) کی ناگہانی رہائی (نقابل جارش ہرکس ہیمر Jarisch-Herxheimer: reaction) تپ موجود ہوتی ہے جو اشراب کے چھ تا دس گھنٹے بعد قشعریرہ، متلی، تے نزلہ اور اسہال کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔ یہ چند گھنٹوں میں طبعی ہو جاتی ہے۔ اِس سمومیت کو روکنے کے لئے آتشکی علاج کو آرسینوبنزال کی تھوڑی مقداروں سے شروع کرنا چاہئے۔

(۲) "تپ آبی" (water-fever) جو آب عقیم میں کے جراثیم کے مردہ اجسام کے پروٹینی مشتقات (protein derivatives) سے منسوب کی جاتی ہے۔ یہ اشراب کے بعد نصف گھنٹے کے اندر شروع ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ قشعریرہ اور زراق (cyanosis) ہو۔ تپ آبی کو روکنے کے لئے آب کشیدہ تازہ تیار کرنا چاہئے اور استعمال سے پہلے اُسے عقیم کر لینا چاہئے۔

(۳) سنکھیا کے نامیاتی مرکبات سے سمومیت۔ یہ سمومیت بعض اوقات دوا کے اندر لوث موجود ہونے کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ جب یہ دوا صنعتی طور پر بنائی جاتی ہے تو دوران ساخت میں تکسید بآسانی واقع ہو جاتی ہے اور اس سے جو اشیاء پیدا ہوتی ہیں وہ زہریلی ہوتی ہیں۔ (الف) اگر ۲۔ ۶ کی اتم مقداریں (۰۶۲ گرام)

بہت جلد جلد فاصلوں سے دی جائیں تو اشرابات کے تقریباً پانچ روز بعد صرع اور تشنج طاری ہوکر ہلاکت پیدا کر سکتے ہیں۔ بعد الممات امتحان سے نزفی التہاب دماغ (hæmorrhagic encephalitis) ظاہر ہوتا ہے جسکے ساتھ عروق شعریہ کی وسیع علقیت (thrombosis) موجود ہوتی ہے۔ نزفی التہاب کلیہ (hæmorrhagic nephritis) بھی ہو سکتا ہے۔ حد سے زائد بڑی معتادوں کے استعمال سے احتراز کیا جائے اور "۶۰۶" کے مختلف نصابات کے درمیان پہلے بیان کئے ہوئے اسلوب پر خالی وقفے چھوڑے جائیں تو کسی پیش آیند خطرہ کی وافر آگاہی حاصل ہو سکتی ہے اور پھر "۶۰۶" کا استعمال موقوف کیا جا سکتا ہے۔ تشنج کے لئے ایڈرینالین (۱۰۰۰ میں ۱ حصہ) کے اشرابات ۱۰ قطروں کی معتادوں میں دینے چاہئیں۔ (ب) سمومیت سے اوّلی التہاب (التہاب الجلد) پیدا ہو سکتا ہے جو احمراری (erythematous) بثوری احمراری (papulo-erythematous) ثوران کی شکل اختیار کر کے بعض حالتوں میں سلخی التہاب جلد (exfoliative dermatitis) اور موت پیدا کر دیتا ہے۔ سمومیت کے آغاز میں تاخیر بھی واقع ہو سکتی ہے اور ممکن ہے کہ وہ اس قدر دیر سے کہ اشرابات کے ایک نصاب کے تین ماہ بعد ظاہر ہو۔ احمرار کی ابتدائی ترین امارت ظاہر ہوتے ہی اس علاج کو موقوف کر دینا چاہئے اور ممکن ہے کہ احمرار سب سے پہلے کہنی کے خم پر اس مقام پر نمودار ہو جہاں گذشتہ اشراب کے وقت آیوڈین لگایا گیا تھا۔ یہ ایک قیمتی (کارآمد) دلالت ہے۔ کبھی رجفات یعنی تختے کے جھٹکوں کا فقدان بھی اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ ان دوائیوں سے سمومیت کا آغاز ہو گیا ہے۔

(ج) جگر پر بھی حملہ ہو سکتا ہے۔ بعض حالتوں میں ممکن ہے کہ وہ پہلے ہی سے مضرور ہو اور یہ دوا اس کے فعل میں اور بھی پستی پیدا کر دیتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سمومیت کے علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا خاص سبب اس مرکب کے اندر کے نامیاتی اصلیات (organic radicals) کے نسبت زیادہ تر غالباً سنکھیا ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ نامیاتی مرکبات بھی کچھ حصہ لیتے ہوں۔ مہلک حالتوں میں جگر چھوٹا پایا جاتا ہے اس کے کیسہ میں شکن یا جھریاں پڑ جاتی ہیں اور ممکن ہے کہ تراشنے پر حاد زرد ذبول (acute yellow atrophy) سے مشابہ منظر نظر آئے۔ جگر میں شحمی انحطاط

بھی پایا جاتا ہے۔ گردے انحطاط یافتہ ہوتے ہیں۔

بعض اوقات دو یا تین انجکشن دئیے جانے کے بعد ہی یہ علامات حاد طریقہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن عموماً یہ علامات علاج کے ایک نصاب کے بعد تقریباً دس دن سے لیکر چھ یا سات ہفتوں، بلکہ بارہ مہینوں تک کسی وقت نمودار ہوتے ہیں۔ ابتدا ازیرقان (ملاحظہ ہو صفحہ 474) دیکھا جاتا ہے، جسکے ساتھ پاخانے پھیکے زرد رنگ کے ہوتے ہیں، اور از اں بعد متلی، قے، شرا سیفی درد (epigastric pains)، خون آلود قے (hæmatemesis)، اور مہلک حالتوں میں ہذیان اور کوما ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یرقان کئی ہفتوں میں غائب (رفع) ہو۔ جگر کے ذبول (atrophy of the liver) کی تشخیص کے لئے لاشعاعی امتحان ایک مفید طریقہ ہے (Strathy and Gilchrist)۔ انفصال و ضع میں جگر کے سایہ (چھاؤں) کی بلندی میں کمی پائی جاتی ہے۔ کیسہ کے ارتخا (ڈھیلا پڑ جانے) اور پھیپھڑے کے حجر (کھنچاؤ) کے باعث بالائی سطح نسبتہً زیادہ قوسی نما اور پیچھے کی طرف طبعی حالت کے نسبت کسی قدر زیادہ انفصالی ہوتی ہے۔

124

آج کل میڈیکل ریسرچ کونسل آرسینو بینزال اور اس کے مشتقات کے تمام تجارتی نمونوں کا امتحان کرتی ہے، تاکر وہ اجزا جو بطور لوٹ کے شامل ہوں خارج کر دیئے جائیں۔ علاج سے پہلے جگر اور گردہ کے امراض کی امارات کے لئے مریضوں کا احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہیئے اور دوران علاج میں یرقان کی امارت کے لئے اُن پر نگرانی رکھنی چاہئے۔ مشتبہ حالتوں میں کبدی کارکردگی (hepatic efficiency) کی تعیین کر لینی چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 473)۔ اسکے لئے لیولوس اور وان ڈن برگ کے کشفات (levulose and van den Bergh's tests) بالخصوص مفید ہوتے ہیں۔ اشراب سے عین پہلے اور غالباً جبکہ مریض ایک عورت ہو، ڈیکسٹروز (dextrose) کے ۵٪ داونس دینا ایک عمدہ تجویز ہے۔ علاج یہ ہے کہ ہلکی غذا دی جائے جس میں کاربوہائیڈریٹس بہ افراط شامل ہوں اور چربی کم ہو تاکہ جگر کو کم کام کرنا پڑے۔ سوڈیم بائی کاربونیٹ بھی استعمال کیا جاتا ہے۔

فرامبیزیا

(FRAMBŒSIA)

(Yaws = یاز)

یہ ایک نوعی متعدّی مرض ہے جو حاری ممالک میں پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ اسے برطانی نوآبادیات میں یاز (yaws)، فرانسیسی نوآبادیات میں پیان (pian)، جنوبی امریکی ممالک میں بیوباس (bubas)، اور بورنیو اور ریاستہائے ملایا میں پیو رُو (puru) کہتے ہیں۔ یہ مختلف ناموں سے سیلون (لنکا)، مغربی افریقہ، اور جنوبی بحری جزائر (South Sea Islands) میں بھی واقع ہوتا ہے۔ یہ مرض دونوں صنفوں کو مساوی طور پر، نوعمر اشخاص کو دوسروں کے نسبت زیادہ، اور سپید اقوام کے نسبت سیاہ اقوام کو زیادہ متاثر کرتا ہے۔ یہ آتشک سے بہت مشابہت رکھتا ہے، اور کسی سطحی ضرر [مثلاً ایک کھرونچ (scratch)، زخم یا کسی کیڑے کے کاٹنے کی جگہ] کی سرایت واقع ہوجانے کی وجہ سے جسم، پستانوں، ہاتھوں، بازوؤں یا ٹانگوں پر ہوجاتا ہے، لیکن اعضائے تناسل پر شاذ ہی ہوتا ہے۔ دو ہفتوں سے لیکر چار ہفتوں تک کی حضانت کے بعد (جس میں کسی قدر کسلمندی ہوتی ہے) مقامِ تطعیم پر اوّلی ضرر پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ ایک چھوٹا بثرہ (papule) ہوتا ہے، جو ایک ہفتہ کے بعد ایک زردی مائل افراز سے تر ہوجاتا ہے اور اسکے خشک ہونے سے ایک پپڑی بنجاتی ہے۔ اِس کے نیچے ایک قرحہ بنجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ خشک ہوجائے اور اِس کی جگہ ایک ندبہ یا داغ باقی رہ جائے یا یہ قرحہ نمویاب ہوکر ایک ارکی سلعہ نما (granulomatous) تودہ بنجائے۔ ممکن ہے کہ قرب و جوار کے لمفائی غدد بڑھ کر سخت ہوجائیں، لیکن یہ شاذ ہی متقیح ہوتے ہیں۔ اوّلی ضرر کے آغاز ظہور سے ایک ماہ سے لیکر تین مہینوں کے بعد تک ثانوی ثوران ظاہر ہوتا ہے، اور اِس کے ظہور سے پہلے بھی کسی قدر کسلمندی، تپ، اور عضلات، ہڈیوں، یا مفاصل میں درد ہوتے ہیں۔ یہ

اضرار بھی اُسی طرح شروع ہوتے ہیں۔ ایک یا زائد بثور ظاہر ہوتے ہیں، جو ابتداءً تقریباً ایک البین کے سر کے برابر ہوتے ہیں اور پھر بڑھکر قطر میں پاؤ انچہ سے لیکر دو انچ تک کے ہوجاتے ہیں۔ بر جلد پتلی پڑجاتی ہے اور اُس کے انشقاق کے بعد ایک کچی سطح باقی رہ جاتی ہے، جس سے ایک مصلی رہی سیال رستا ہے۔ اس کے خشک ہونے سے ایک پپڑی بنجاتی ہے۔ یہ ذرّے شکل میں گول یا بیضوی، یا باہم ملنے سے بیقاعدہ، نرم چھونے سے غیر حس پذیر ہوتے ہیں، لیکن ان میں خارش ہوتی ہے۔ یہ چہرے، لبوں، نتھنوں، گردن، بازوؤں، بغلوں، ٹانگوں، رانوں، ہتھیلیوں اور تلووں، سرینوں اور فرج (vulva) کو ماؤف کرتے ہیں۔ اگر ان میں اصلاح (درستی) ہوتی ہے تو یہ سُکڑ کر خشک ہوجاتے ہیں اور جلد میں بد رنگی یا بے رنگی رہجاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ یہ بڑے بڑے بے قاعدہ زخم بنادیں، اور بڑھ کر عمیق تقرح یا گنگرین پیدا کردیں۔

ثوراں کی حسب ذیل حالتیں موجود رہ سکتی ہیں۔ التہاب مفصل (arthritis) اور اُس کے ساتھ تپ، التہاب گرد عظم (periostitis)، عضلی تقبضات (muscular contractures)، اور التہاب العصب (neuritis)۔ عموماً مرض کا اختتام بثور کے سُکڑنے سے ہوجاتا ہے لیکن ممکن ہے کہ ایک ثانوی درجہ بھی ہو جس میں مختلف بافتوں میں صمغیہ نما گرہیں، جلد میں گہرے قروح، یا ہڈیوں میں گرہیں پیدا ہوجائیں۔

نسیجیاتی حیثیت سے اس مرض کے اضرار ذرّاتی سلعے (granulomata) ہوتے ہیں، لیکن اصلی سبب ایک مرغولیچہ (spirillum)، یا پیچ مویہ (spirochæte) ہوتا ہے جیسے پیچ خیطیہ نازک (spironema pertenue) کہتے ہیں۔ یہ قسطلانی (Castellani) کو اوّلی اضرار میں، عموی ثوراں کے ناشکستہ بثور میں، اور طحال لمفائی غدد اور مغز استخواں میں ملا مگر خون میں نہیں ملا۔

یہ مرض بثور کی کھرچنوں کی تطعیم اور مریض کے خون کی تطعیم کے ذریعہ سے بندروں میں منتقل کیا گیا ہے۔

اگر مرض کا علاج نہ کیا جائے تو وہ چھ ماہ سے لیکر بارہ ماہ تک بلکہ سالہا سال تک جاری رہ سکتا ہے۔ وہ شاذ ہی ہلاک ہوتا ہے، اور جب ہلاک ہوتا ہے تو عموماً ثانوی سرایتوں کی وجہ سے ہوتا ہے، جو قرحۂ آکلہ (phagedæna)، عفونۃ الدم

(septicæmia) یا تقیح الدم (pyæmia) پیدا کر دیتی ہیں -

علاج - سالورسان اُسی مقدار میں دینے سے جو آتشک میں دیجاتی ہے (یعنے ۰٫۶ گرام) یاز کو فوراً شفا ہو جاتی ہے - اینٹی گُوا (Antigua) میں چار سو مریضوں میں سے دو مریضوں کے سوائے سب ایک ہی درون عضلی اشراب سے شفایاب ہو گئے ' اور یہ باقی ماندہ دو بھی دوسرے اشراب سے اچھے ہو گئے (McDonald)- ٹرینی ڈاڈ (Trinidad) میں ۵۰۰ مریضوں میں سے ۴۹۸ کو شفا حاصل ہوئی - ان میں سے ۴۰۹ ایک ہی اشراب سے شفایاب ہو گئے - سنکھیا کی دو دوسری تجہیزات ' یعنے سوآمین (soamine) اور آرسوڈان (orsudan) ' ایسا ہی (مگر نسبتہً بہت کم نمایاں) اثر رکھتی ہیں (Alston)- پہلے پوٹاسیم آیوڈائڈ ، مرکیوری (پارہ) ' اور لائکر آرسینیسائی ایٹ ہَیڈ رارجرائی آیوڈائڈائی (liquor arsenici et hydrargyri iodidi) استعمال کئے جاتے تھے - مقامی طور پر توران کو روزانہ پرکلورائڈ آف مرکیوری کے محلول (۱۰۰۰/۱) سے دھو سکتے ہیں ' اور قروح کا علاج حابس (astringent) اور دافع عفونت (antiseptic) تجہیزات [مثلاً آیوڈوفارم (iodoform) اور بورک ایسڈ (boric acid)] سے کر سکتے ہیں -

تدرّن

(TUBERCULOSIS)

تدرّن ایک سرایت ہے جو ایک نوعی دقیق عضویہ ' یعنے کاخ کے عصیّہ تدرّن (Bacillus tuberculosis of Koch) ' سے واقع ہو جاتی ہے - اس سرایت کا مخصوص اور ممیّز خاصہ یہ ہے کہ ایک یا زائد اعضاء کے اندر بعض اجسام پیدا ہو جاتے ہیں جو درنہ (tubercles) کے نام سے موسوم ہیں -

بحث اسباب - درنی عصیات چھوٹے چھوٹے ڈنڈے ہیں ' جو سیدھے یا

نہایت خفیف طور پر خمیدہ اور طول میں ۳ ملا اور عرض میں ۵ ء ۔ ملا ہوتے ہیں ۔ اُن کی انتہائیں گول ہوتی ہیں اور وہ دو یا زائد چمکدار دھبے (اکثر ہر سرے پر ایک ایک دھبہ) پیش کرتے ہیں جو ابتداءً بذرے سمجھے جاتے تھے ۔ دوسرے دقیق عضویوں کی طرح یہ بھی مخصوص کشاف متعاملات (reagents) سے رنگے جا سکتے ہیں، اور اِس ذریعہ سے کیا قاست (sputa) کے اندر اِن کی شناخت کا ایک طریقہ آگے بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو تشخیص سل ریوی : diagnosis of phthisis)- بعض تازہ مشاہدات اِس اِمکان کے طرف اِشارہ کرتے ہیں کہ عصیات درحقیقت انشقاقی فطرات (fission fungi) (جیسا کہ پہلے خیال کیا گیا تھا، نہیں ہیں، بلکہ وہ سبحی شعریہ (streptothrix) کی جماعت سے تعلق رکھتے ہیں جو جالدار فطرات (hyphomycetæ) میں سے ایک ہے ۔ یہ عصیّے قدرت میں وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہیں ۔ اِن کی انسانی، بقری (bovine)، طیوری (avian)، ذ حیبی (reptilian) اور حوتی (piscine) قسمیں ہوتی ہیں جو جداجدا حیاتیاتی خصائص رکھتی ہیں ۔ اِس امر کا دعویٰ کیا گیا ہے کہ کاشت کے مخصوص طریقوں کے ذریعہ یہ اختلافات دور کئے جا سکتے ہیں ۔ انسانی اور بقری دونوں قسمیں انسان کے لئے مُمرِض ہوتی ہیں ۔

تدرن عملاً ایک مقامی مرض (endemic disease) ہے، اِس عصیّہ کی انسانی قسم غالباً تمام بڑی جماعتوں میں وسیع طور پر پھیلی ہوئی ہے، اور یہ یقین کرنے کے لئے معقول وجہ موجود ہے کہ یہ کثیر التعداد اشخاص کو سرایت زدہ کر کے اُن میں درنہ کی بالیدگی پیدا کر دیتی ہے اور اُس کی موجودگی کا کبھی پتہ نہیں چلتا ۔ بعد الممات مشاہدات ظاہر کرتے ہیں کہ تدرن کے پرانے مندمل شدہ ماسکے (مراکزِ مرض) بیشتر اشخاص میں موجود ہوتے ہیں، نیز تقریباً دس فیصدی اشخاص کے غدد میں زندہ عصیّے مخفی پائے گئے ہیں، جن میں امتحانِ میّت سے، بمجردِ نظر (خالی آنکھ سے) یا خوردبین کے ذریعہ تدرن کی کوئی علامت نہیں ظاہر ہوئی ۔ اِس مرض کا نمو مندرجۂ ذیل حالتوں کی وجہ سے ہوتا ہے :- (۱) عضویہ کی تشبیت (۲) یا بندہ (recipient) کی جِس پذیری یا قوتِ مدافعت ۔ اور (۳) عضویہ کے داخل ہونے کا طریقہ ۔

(۱) پہلے عنوان کے تحت جو کچھ کہا جا سکتا ہے وہ بہت کم ہے لیکن اِس میں شک نہیں کہ تشبیت مختلف ہوتی ہے ۔

(۲) یا بندہ کی حالت کے متعلق (یہ امر قابلِ لحاظ ہے کہ) موروثی اثر

کو بہت اہمیت حاصل ہے۔ اعداد و شمار سے یہ نتیجہ نکالا گیا ہے کہ تدرّنی اشخاص کے بچوں میں اِس مرض کی ایک خاص موروثی استعداد موجود ہوتی ہے (Pearsor)۔ ساتھ ہی یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ ایسے بچے ایسے ماحول میں پرورش پائے ہوئے ہوتے ہیں جہاں انھیں عُصیات کی بہت بڑی مقداریں پہنچ سکتی ہیں اور وارڈ (Ward) کے معنی خیز مشاہدات ظاہر کرتے ہیں کہ یہ ایک اہم جزو حائل ہے (آگے ملاحظہ ہو)۔ دوسری طرف یہ ہے کہ لمبا تنگ سینہ، جس سے (تنفس کی) راسی حرکت کی قلّت ظاہر ہوتی ہے، سِل ریوی (phthisis) کی ماسبق استعداد پیدا کر سکتا ہے۔ یہ اکثر ایک پیدائشی خاصہ ہوتا ہے۔ اُن تجربات سے جو جانوروں کے ساتھ کئے گئے، ظاہر ہو گیا ہے کہ تدرّنی حویصلات منویّہ یا تدرّنی خصیوں سے نکلی ہوئی منی سے بعض حالتوں میں تدرّنی جنین پیدا ہو سکتا ہے۔ مشیمی تدرّن (placental tuberculosis) سے بھی یہی (اثر) ہونا ممکن ہے لیکن یہ اجزائے عاملہ مابعد زندگی کے تدرّن کے سبب کی حیثیت سے کوئی اہمیت نہیں رکھتے۔ بنی نوع انسان کی مختلف قوموں میں تدرّنی سرایت کی مدافعت کی جو اضافی قوّت موجود ہوتی ہے اُس میں بڑا اختلاف ہوتا ہے۔ غیر متمدن یا وحشی قومیں [مثلاً ریڈ انڈین اور آسٹریلیشیا کے دیسی باشندے] جو ابتک تدرّن سے پاک رہی ہیں، جب متمدن جماعتوں کے تماس کے باعث سرایت میں منکشف ہوتی ہیں تو نہایت بلند شرح ہلاکت ظاہر کرتی ہیں۔ اِس کے برعکس یہودی، جو شہری زندگی کی وجہ سے بہت نسلوں سے سرایت میں منکشف رہ چکے ہیں، نہایت اعلیٰ درجہ کی قوّتِ مدافعت ظاہر کرتے ہیں۔

126

تدرّن کی استعداد کا اکتساب کسی ایسے ماحول، یا اجتماعِ حالات سے ہو سکتا ہے، جو جسم کو کثیر المقدار سرایت کا ہدف بناتے ہوں یا اُس کی قابلیتِ حیات کو خطرناک حد تک گھٹا دیتے ہوں، اور یہ خواہ غذا اور تازہ ہوا کی قلّت، یا کمزور کرنے والی طویل بیماریاں ہوں، یا مخصوص سمّی اثرات۔ اِن میں سے سب سے زیادہ کثیر الوقوع یہ ہوتے ہیں:- (الف) گنجانی (overcrowding) اور ناکافی ترویح، بند کروں میں گیس وغیرہ کے دُخانات میں کام کرنا۔ (ب) غذا کی ناکافی رسد، جو اکثر اوقات پہلے سبب اور دوسرے سبب کے ساتھ اشتراک عمل کرتی ہے، (ج) خستگی پیدا کر دینے والا کام اسباب سابق کے ایتلاف میں۔ (د) تری اور رطوبت میں تکشف ـــــــ بکانن (Buchanan) نے بتلایا

ہے کہ مرطوب اور ناقص سیلیت والی زمینوں پر رہنے والی قوموں میں سل ریوی اور امراض تشش کی وجہ سے واقع ہونے والی موتوں کا تناسب غیر معمولی (زیادہ) ہوتا ہے۔ حال ہی میں تیز ہوائیں (۱۴)۔ (ج) کثرت شراب نوشی (د) ذیابیطس شکری۔

پھیپھڑوں کی حالت میں (الف) ممکن ہے کہ التہابی اضرار درن کی بالیدگی کے لئے زمین تیار کر دیں۔ یہ بالخصوص اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ نمونیہ کے بعد اور میزلس اور کالی کھانسی کے شعبی ریوی التہاب (برانکو نمونیہ) کے بعد پھیپھڑوں میں تدرن کی صلاحیت پیدا ہو جاتی ہے۔ (ب) گرد و غبار کے ذرات کے استنشاق (سانس میں اندر لینے) سے مُزمن خراش (تَرَبّ الرّیہ= pneumoconiosis) مثلاً سلیکا (silica) سے تدرن کی استعداد مندرجۂ ذیل طریقہ سے پیدا ہو جاتی ہے:۔ سانس سے اندر لینے کے بعد وہ آبیدگی (hydration) کے ذریعہ کولائیڈی سلیسک ایسڈ (colloidal silicic acid) میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ معدنی سلیکیٹس (mineral silicates) بھی بافتوں کی CO_2 سے ٹوٹ کر سلیسک ایسڈ بن جاتے ہیں۔ آخر الذکر ایک ذراتی سلعی تودہ بنا دیتا ہے، جو تنخر نما ایک مرکزی رقبہ ہوتا ہے جس کے گرد التہابی تہیں ہوتی ہیں۔ عُصَیّاتِ درنیہ (tubercle bacilli) جو اس قدر مختصر تعداد میں ہوتے ہیں کہ معمولی حالات میں بافتیں اُن کا تدارک کر دیتیں، اس مرکزی رقبہ کے اندر بہ سرعت بڑھ کر اس قدر کثیر التعداد ہو جاتے ہیں کہ دفاعی مدافعات اُن کا مقابلہ نہیں کر سکتے اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں (۱۵)۔ (ج) دموی رسد کی کمی بھی (جیسی کہ پیدائشی مرض قلب میں ہوتی ہے) سل ریوی کے عاملاتِ مُعِدّہ میں سے ہے۔ اس کے برعکس یہ قابل لحاظ ہے کہ تاج مصراعی تنگی (mitral stenosis) کے مرض میں، جس میں تشش مزمن طور پر محتقن ہوتا ہے، سل ریوی نہایت شاذ ہوتی ہے۔

موضوع کی عمر بھی ایک اہم جزو عامل ہے۔ تدرنی حملہ نو عمر اشخاص میں خاص طور پر عام ہوتا ہے: شیر خواروں اور کم عمر بچوں میں مرض کا حملہ سحایا، باریطون، لمفی غدد، ہڈیوں اور مفاصل پر ہوتا ہے۔ نو عمر بالغوں میں ریوی تدرن (pulmonary tubercle) عام ہوتا ہے۔ چالیس سال سے متجاوز عمر والے اشخاص تدرن میں پہلی بار شاذ ہی مبتلا

ہونے ہیں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اُن میں تدرّنی اضرار پچاس، ساٹھ یا ستّر سال کی عمر تک جاری رہیں۔

(۳) عصیّات درونِ نظامِ جسم کے اندر جلد کے تفرّقِ اتصال (سطحِ شکستگی) سے، تناسلی بولی خطے سے، تنفسی راستوں سے، اور مجرائے غذا کی راہ سے داخل ہوسکتے ہیں۔

پہلے دو طریقے شاذ ہیں اور کوئی عملی اہمیت نہیں رکھتے، لیکن گذشتہ زمانہ میں امتحانِ میّت (لاشوں کو چیر کر امتحان) کرنے والے اشخاص کے ہاتھوں میں بعض اوقات سرایت واقع ہو کر ایک بعد الممات ثولول (postmortem wart) (نعشی برُوقہ = verruca necrogenica) پیدا ہو جاتا، جس میں عصیّات تدرّن ملتے ہیں۔ کبھی کبھی قصابوں میں بھی ایسے ہی اضرار ہو جاتے ہیں۔ یہ نہایت آہستہ آہستہ بڑھتے ہیں، اور ذرہ نہایت شاذ صورتوں میں دوسرے اعضا میں بھی پھیل جاتا ہے۔

تنفسی اور غذائی خطوں کی راہ سے سرایت کی اضافی کثرتِ وقوع کے متعلق عرصۂ دراز سے اختلافِ رائے ہے، لیکن اب خاصکر اوّل الذکر (یعنے تنفسی خطہ کی راہ سے وقوعِ سرایت) سب مرض سمجھا جاتا ہے۔ اِس سوال کا جواب دینے کے لئے ہمیں سب سے پہلے اِس امر پر غور کرنا چاہیے کہ بقری تدرّن سب سے زیادہ کثیر الوقوع ہے یا انسانی تدرّن۔ (۱) بقری تدرّن (bovine tubercle) "تدرّنی گایوں کے دودھ میں اور تدرّنی گوشت میں موجود ہو سکتا ہے۔ آخر الذکر کوئی اہم ذریعۂ سرایت نہیں، کیونکہ قطع نظر اِس امر کے کہ فروختِ گوشت کے متعلق سخت ضوابط عائد ہیں، اِس ملک میں گوشت کبھی بغیر پکائے ہوئے (کچّا) نہیں کھایا جاتا۔ بقری تدرّن کی سرایت لازماً مجرائے غذا کی راہ سے واقع ہوگی۔ (۲) کورنیٹ (Cornet) کی تحقیقات سے انسانی تدرّن کو پھیلانے والے خاص عامل (ذریعۂ انتشار) کا پتہ چل گیا۔ یہ عامل مسلول کی سانس سے باہر نکلی ہوئی ہوا نہیں ہے بلکہ وہ بُصاق (sputum) ہے جو سِل کے نوعی دقیق عضویوں سے پُر ہو۔ اگر ایسا بُصاق کسی کمرے کے فرش پر بار بار تھوکا جائے اور وہاں خشک ہونے دیا جائے، یا اگر اِس کی معتد بہ مقداریں رومالوں پر خشک ہو جائیں، تو ممکن ہے کہ بالا خواص کمرے کی ہوا اِن (عصیّوں) سے اِس قدر کافی سیر شدہ (معمور) ہو جائے کہ اُن

تندرست اشخاص کے لئے جو اُسے سانس میں اندر لیں خطرناک ہو جائے۔ کورنیٹ کو اُن کمروں کے فرش اور دیواروں میں سے جن میں پہلے مسلول اشخاص رہتے تھے، عصیّے ملے اور ان عصیّوں کی تطعیم سے اُس نے تندرست جانوروں میں درنی مرض پیدا کر دیا۔ اس سے کارخانوں، صنعت گاہوں، بارکوں اور ایسے ہی ادارات کے اندر کی ناکافی تردیج کے مہلک اثر کی وجہ سمجھنے میں مدد ملتی ہے۔ اس طرح ممکن ہے کہ انسانی تدرّن کے عصیّات بآسانی سانس میں اندر لئے جائیں، لیکن اس سے یہ لازم نہیں آتا کہ سرایت پھیپھڑوں ہی کے ذریعہ سے واقع ہو جائے گی، کیونکہ دعویٰ کیا گیا ہے کہ عصیّے اور دوسرے گرد و غبار کے ذرات شعبتین کے مخاط (mucus) کے اندر گرفتار ہو کر ہدبی فعل سے یا کھانسنے سے اوپر کی طرف منتقل ہو جاتے ہیں، اور جب یہ منہ میں پہنچتے ہیں تو بالآخر نگل لئے جاتے ہیں، اور اسی واسطے یہ غذائی خطّے کی راہ سے سرایت پیدا کرتے ہیں۔ بایں ہمہ تجربہ سے ظاہر ہو گیا ہے کہ گرد و غبار کے ذرات اور جراثیم استنشاق (دَم درکشی) کے ذریعہ پھیپھڑوں کے اندرونی ترین گوشوں میں بسرعت داخل ہو جاتے ہیں، اور زیدبرآں یہ بھی ظاہر ہوا ہے کہ گینی پگز اور مویشی استنشاقی تجربات میں زیادہ سُرعت کے ساتھ سرایت زدہ کی جاسکتی ہیں، بہ نسبت اس کے کہ جب عصیّات کی مساوی مقداریں اُن کے معدے میں داخل کی جائیں۔ پھر اُس حرفتی مرض میں جسے تصوّنِ ریہ یا ریوی صَوّانیت[1] (silicosis) کہتے ہیں اور جو تدرّن کی قوی استعداد پیدا کر دیتا ہے، صریحاً ذرات سانس میں اندر لئے جاتے ہیں، کیونکہ اس مرض میں شُش اور شعبی غدد بالکل ٹھوس بلٹے جا سکتے ہیں، گرماساریقی غدد بمشکل ماؤف ہوتے ہیں۔ اس سے انکار نہیں کیا گیا ہے کہ جب گرد کو نگل لیا جاتا ہے تو ممکن ہے کہ اُس کے ذرات پھیپھڑوں اور شعبی غدد تک پہنچ جائیں، لیکن نگلے جانے کی صورت میں وہ ماساریقی غدد اور لمفی عروق پر معتدبہ حد تک حملہ آور ہوئے بغیر پھیپھڑوں کے اندر بمشکل اس قدر مقدار میں جمع ہو سکتی ہے، جسقدر کہ وہ اِس مرض میں جمع ہوتی ہے۔

بقری اور انسانی تدرّن کی کثرتِ وقوع کے متعلق اس مرض کی مختلف قسموں میں اور مختلف عمروں میں احتیاط کے ساتھ کئی مشاہدات کئے گئے ہیں۔ بقری قسم باینوجہ ممتاز ہے کہ خرگوشوں میں اشراب کرنے پر اُس کی تشبیت نسبتہً زیادہ پائی

[1] صوّانیت۔ چقماق۔ (Silex = flint =

جاتی ہے۔ رسّل ریوی کی حالتوں کی ۱۰۵ فیصدی سے بھی کم میں بقری قسم سبب مرض ہوا کرتی ہے۔ اس کے برعکس عنقی اور بغلی غدد کو ماؤف کرنے والے تدرّن میں ۳۰ فیصدی حالتیں بقری درنہ کے باعث دس برس سے نیچے کے بچوں میں اور تقریباً ۲۰ فیصدی حالتیں دس برس سے اوپر کے بچوں میں ہوتی ہیں۔ پھر ہڈیوں اور مفاصل کے تدرّن میں بقری حالتوں کی فیصدی تعداد پانچ برس کے نیچے ۲۸ فیصدی، پانچ اور دس سال کے درمیان ۲۵ فیصدی، اور دس اور سولہ سال کے درمیان صرف ۹ فیصدی پائی گئی (Griffith)۔ انگلستان میں تناسلی بولی تدرّن کی اوسطاً ۱۰ فیصدی تعداد بقری سرایت کے باعث ہے (۱۶)۔ فریزر (Fraser) کو ایڈنبرا میں برآمی تدرّن میں بقری درنہ کی نسبتہً بہت بڑی فیصدی تعداد، یعنی ۲ و ۱۶ فیصدی ملی۔ اغلب ہے کہ مختلف مقامات میں اختلاف واقع ہوتے ہیں۔ بچوں میں تدرّنی التہاب سحایا (tuberculous meningitis) نہایت عام طور پر جبہنی شعبی غدد کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے، اور پایا گیا ہے کہ ایسی ۹۰ فیصدی سے زائد حالتیں اُس اوّلی درنی مرکز کے باعث ہوتی ہیں جو پھیپھڑوں میں کسی جگہ ہوتا ہے (Ghon, Canti)۔ اس سے اس دلیل کی تائید ہوتی ہے کہ تدرّنی التہاب سحایا بیشتر حالتوں میں انسانی تدرّن کے باعث ہوتا ہے، اور دراصل ایسا ہی پایا گیا ہے (Park and Krumwiede)۔ اس ضمن میں اس کام (تحقیقات) کا تذکرہ بھی ضروری ہے، جو ایسٹ ووڈ (Eastwood)، ایف۔ گریفتھ (F. Griffith) اور اے۔ ایس۔ گریفتھ (A. S Griffith) نے بچوں کے صدری تدرّن کے متعلق کسی قدر اور آگے کیا ہے۔ ان مصنفین کو چھیاسٹھ[۶۶] حالتوں میں سے [اُس وقت جبکہ تشریحی شہادت قوی طور پر اس کی تائید میں تھی کہ سرایت بذریعہ استنشاق (دم کشی) واقع ہوئی ہے] پینسٹھ[۶۵] حالتیں ایسی ملیں جو انسانی درنہ کے باعث تھیں اور صرف ایک حالت ایسی ملی جو بقری درنہ کے باعث تھی۔ ایسی تینتیس[۳۳] حالتوں میں سے، جن میں تشریحی شہادت سے اس امر کی تائید ہوتی تھی کہ سرایت مجرائے غذا کے ذریعہ سے واقع ہوئی ہے، اٹھائیس[۲۸] حالتیں بقری درنہ کے باعث اور پانچ انسانی درنہ کے باعث تھیں۔ ان اعداد سے جو نتیجہ مستنبط ہوتا ہے وہ صاف ہے۔ وہ یہی ہے کہ تدرّن بالغوں میں خالصاً انسانی قسم کا ہوتا ہے، لیکن کم عمر بچوں میں ممکن ہے کہ ایک معتدبہ تناسب بقری درنہ کے باعث

ہو، اور یہ حالت اکثر اُس وقت ہوگی جبکہ تشریحی ملحوظات مجرائے غذا کی راہ سے سرایت واقع ہونے پر دلالت کرتے ہوں۔ مزید برآں بچوں میں عنقی غدد اور ہڈی کی تدرن کے نسبتہً امید افزا ثمر سے ہم یہ نتیجہ نکال سکتے ہیں کہ انسان میں بقری تدرن انسانی تدرن کے نسبت ایک خفیف تر مرض پیدا کرتا ہے۔

انسانی منبع سے سرایت کے وقوع کی اہمیت کو وآرڈ (Ward) نے جنوبی ڈیون (South Devon) کے دیہاتی اور نیم دیہاتی اضلاع میں مصروف کار رہ کر، ایک دوسرے طریقہ سے ظاہر کیا ہے۔ تمام اقسام کے ہر عمر والے درنی مریضوں کے دو سلسلوں میں سے ۶۰ فیصدی مریض دوسرے درنی مریضوں کے تماس میں آ چکے تھے، لیکن غیر درنی عیاری اشخاص کے ایک سلسلہ میں سے صرف ۱۲ فیصدی اشخاص درنی مریضوں کے تماس میں آئے تھے۔ زوجی تدرن (conjugal tuberculosis) کا وقوع بھی اسی سمت کو دلالت کرتا ہے۔ جہاں شوہر یا بیوی کو تدرن کا مرض تھا، ایسی حالتوں کی ۶۰ فیصدی میں دوسرا شریک زندگی بھی تدرن میں مبتلا ہوگیا۔

128

تدرن کے نظریۂ ذاتی سرایت (auto-infection) کا تذکرہ بھی ضروری ہے۔ وہ یہ ہے کہ چونکہ بچوں کی اکثریت پہلے اِس مرض میں مبتلا ہو چکی ہوتی ہے، لہٰذا مرض کا کوئی آئندہ ظہور پرانے مرض ہی کے پھر پھوٹ پڑنے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اگرچہ اِس سے انکار نہیں کہ ایسا واقع ہونا ممکن ہے بالخصوص اُس وقت جبکہ زمانۂ طفلی میں سرایت شدید رہی ہو، تاہم اغلب یہی معلوم ہوتا ہے کہ بالغوں میں یہ مرض بیشتر حالتوں میں ایک مکرر سرایت (re-infection) ہے۔

مرضی تشریح۔ ایک ابتدائی التہابی مرکز، جسے درنی تحبیب (bacillus tuberculosis) پیدا کر دیتا ہے (جو اِس قدر چھوٹا ہوتا ہے کہ خالی آنکھ سے نظر نہیں آسکتا) حسب ذیل ساخت رکھتا ہے:۔ خارجاً لیف آسا خلیے (lymphoid-cells)، اِن سے اندر کو شرحلمہ آسا خلیے (epithelioid cells) اور مرکز میں ایک عفریتی خلیہ (giant-cell)، جس میں متعدد نواتے ہوتے ہیں۔

یہ خلیے ایک نازک تخرُّیائی جال کے ذریعہ باہم پیوستہ ہوتے ہیں اور تدرّن کے ممیز تخصیصے عفریتی خلیے کے جسم کے اندر یا سرحلیہ آساخلیوں کے درمیان پڑے ہوتے ہیں، بعض اوقات عفریتی خلیے اور بعض اوقات سرحلیہ آساخلیے بھی غیر موجود ہوتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دَرنہ صرف لمف آساخلیوں سے بنتا ہے۔ جیسے جیسے دَرنی ماسکہ (مرکز) بڑا ہوتا جاتا ہے، ناکافی عروقی رسد کے باعث (کیونکہ ماسکہ کے اندر کوئی خون کی رگ نہیں داخل ہوتی) اور بعض ایسے کیمیائی اشیاء کا افراز ہونے کی وجہ سے جنہیں عصیے پیدا کر دیتے ہیں، اِن خلیات پر تردیبی تخرُّ (coagulative necrosis) کا عمل طاری ہو جاتا ہے۔

ایک دَرنہ (tubercle) اپنے ابتدائی ترین درجہ میں، [جبکہ وہ ایک دُخنی دَرنہ (miliary tubercle) کہلاتا ہے] ایک نیم شفاف موتی جیسی رمادی گرِبک ہوتا ہے، جس کی جسامت تقریباً ایک باجرے کے دانے کے برابر ہوتی ہے، اور جو تخرّی مادے کی ایک مرکزی کیل پر مشتمل ہوتا ہے جو ابتدائی ماسکوں سے محصور ہوتی ہے۔ جیسے جیسے درنہ بڑا ہوتا جاتا ہے، وہ اپنے مرکز میں غیر شفاف زرد اور پنیرنما (cheesy) ہوتا جاتا ہے، اور اپنے محیط کے طرف اُس عضو پر جس میں وہ واقع ہے زیادہ زیادہ حملہ آور ہو سکتا ہے، اور نیا دَرنہ بھی جب اُس کی باری آتی ہے پنیری ہو جاتا ہے۔ اِس حالت میں اُسے دَرنہ جبنیہ (caseous tubercle) کہتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے اِس جبنی مادہ میں ٹکڑے ہوئے خلیات، شحمی ذرّات اور تواضل نظر آتے ہیں۔ ٹھوس احشار کے اندر بڑے بڑے کروی جبنی تودے بن سکتے ہیں، جیسے کہ دماغ اور طحال میں نظر آ سکتے ہیں۔ اگر یہ مرض کسی سطح پر حملہ آور ہوتا ہے تو عروقی دَرنی اَریکی بافت (granulation tissue) بنجاتی ہے جو معمولی اَریکی بافت سے مشابہ ہوتی ہے مگر جس میں بڑے بڑے یک نواتی، سرحلہ آسا اور عفریتی خلیات، اور بعض اوقات خوب نمو یافتہ دَرنی ماسکے موجود ہوتے ہیں۔ تقرّح بآسانی واقع ہو جاتا ہے۔ یہ تمثیلی طور پر آنت کے اندر دیکھا جا سکتا ہے۔

بعض جبنی تودوں میں بالآخر تکلیس (calcification) (زیادہ تر کیلسیم

خاسیفٹ بننے کی وجہ سے) واقع ہوتی ہے، دَرنی عصبیّات تلف ہو جاتے ہیں اور ایسا ضرر اب ساری نہیں رہتا۔ درنہ کے اختتام کا دوسرا طریقہ یعنی تغیّر (fibroid change) ہے۔ اگر دو بیش کی بافت کا مزمن التہاب اور تصلّب واقع ہو جاتا ہے اور درنہ خود مُسکر کر ایک لیفی گرہک بن جاتا ہے۔ ایسا بلیٹورا اور باریطون کی سطح پر زیادہ عام ہوتا ہے لیکن پھیپھڑوں میں بھی واقع ہوتا ہے۔

امراضیات۔ ان حالتوں کی بڑی اکثریت میں تدرّنی حملہ جسم کے ایک حصہ میں محدود المقام (localilized) ہوتا ہے اور صرف آہستگی کے ساتھ، یا تو اُسی ساخت میں توسیع پانے سے جس پر وہ حملہ آور ہوا ہے، یا لمفی عروق کے ذریعہ دوسرے متصل حصوں، بالخصوص لمفائی غدد، میں پھیل جاتا ہے۔ یہ تحجیر (مقامیت) اس مدافعت کی ایک تشفی بخش دلالت ہے جو بیشتر اشخاص سرایت کے مقابلہ میں ظاہر کرتے ہیں۔ جسم کے ہر خاص حصے کے تدرّنی مرض کے نتائج علیحدہ طور پر بیان کئے جائیں گے [ملاحظہ کیجیے، سِلّ ریوی (phthisis) ، تدرّنی التہابِ باریطون (tuberculous peritoritis) ، گردہ کا درنہ (tubercle of the kidney) وغیرہ، وغیرہ]۔

عمومی سرایت (general infection)، جس میں درنہ بیک وقت کئی جسمانی اعضا میں نمودار ہوتا تقریباً ہمیشہ پھیپھڑوں، ہڈیوں، لمفی غدد، تناسلی بولی اعضا، یا دوسرے حصے میں کسی مقامی ضرر کے وقوع کے بعد اور اسی کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے۔ ایسے عمومی یا دُخنی تدرّن (general or miliary tuberculosis) کہتے ہیں۔ یہ جرثومے خون کے ذریعہ سرایت کے عام انتشار کی وجہ سے ہوتا ہے، جسکے ساتھ جسم کے کسی عضو میں دُخنی درنے (miliary tubercles) یا دُخنیق درنی ماسکے بنجاتے ہیں۔ ایسا انتشار چند حالتوں میں قناتِ صدریہ (thoracic duct) کے تدرّن کے باعث ہوسکتا ہے، لیکن حالتوں کی بڑی اکثریت میں یہ پایا گیا ہے کہ ایک درنی تودہ نے کسی وریدکا تاکل (erosion) پیدا کر دیا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوا کہ جبنی مادّہ خارج ہو کر اس ورید کے اندر داخل ہوگیا اور یکایک سارے جسم میں کثیر التعداد

درنی عضیات کا سیلاب عظیم واقع ہوگیا۔ یہ عضیے موت کے بعد اور دوران زندگی میں خون کے اندر پائے گئے ہیں۔ اس حملہ کے زیر خصائص شدید مبنیٰ (constitutional) علامات [جو غالباً تسمم (intoxication) کے باعث ہوتے ہیں] ہیں' بالخصوص بلند تپش اور تیز نبض۔ بعض اوقات ایک مریض میں ایسے کئی حملے واقع ہوسکتے ہیں' اور یہ موت کے بعد مختلف اعضا میں دُخنی درنوں کی مختلف جسامتوں سے ظاہر ہوگا۔

دُخنی درنے اس قدر بڑے نہیں ہوتے کہ بیشتر اعضاء کے افعال میں صریحاً مزاحم ہوں۔ لیکن اس کے دو مستثنیات یاد رکھنے کے قابل ہیں:۔ سحایا (meninges) کا دُخنی تدرن افعال دماغ میں مزاحمت پیدا کر دیتا ہے' اور پھیپھڑوں کی ایسی ہی حالت (یعنے دخنی تدرن) کسی قدر کم حد تک اُن کے افعال میں مزاحم ہوتی ہے۔ چنانچہ تاوقتیکہ یہ اعضا (یعنے سحایا اور پھیپھڑے) ماؤف نہ ہوگئے ہوں' دُخنی تدرن کی تشخیص کسی یقین کے ساتھ نہیں کی جاسکتی۔ ممکن ہے کہ دُخنی تدرن امتحان بعد الممات میں محض اتفاقاً کسی ایسی حالت میں پایا جائے' جس میں علامات فقط ایک اوّلی ضرر سے منسوب کیے گئے تھے' خواہ یہ ضرر پھیپھڑوں میں ہو [جیسے کہ سل ریوی (phthisis) میں] یا گردوں' وغیرہ میں۔ اسی سبب سے بہترین یہی ہوگا کہ دُخنی تدرن اور درنی التہابِ سحایا (tuberculous meningitis) کو ایک ساتھ بیان کیا جائے۔ اور ان دونوں کے درمیان کے فرق کو مناسب مقامات پر نوٹ کر دیا جائے۔

عمومی یا دُخنی تدرن اور تدرنی التہاب سحایا

(General or miliary tuberculosis and tuberculous menigitis)

بحث اسباب۔ یہ مرض ہر عمر میں ہوتا ہے' لیکن عام طور پر خیال کیا جاتا ہے کہ بالغوں کے نسبت بچوں میں زیادہ تر ہوتا ہے۔ یہ یقینی امر ہے کہ یہ عورتوں کے نسبت مردوں کو زیادہ ماؤف کرتا ہے۔ جہاں تک کہ اس کی تسبیب کا تعلق ہے'

یہ ہمیشہ جسم کے کسی دوسرے مقام کے زیادہ ترقی یافتہ درنہ کے ساتھ ملوث ہوتا ہے اور اس کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ سِل ریوی، کولھے کے جوڑ کے مرض (hip-joint disease) شوکی بوسیدگی (caries of the spine)، یا دوسری درنی شکایتوں کے دوران میں ہویدا ہوسکتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ بہت سی حالتیں، بالخصوص شیرخواروں اور بچوں میں، ایسے اشخاص میں پیدا ہوجاتی ہیں جو پہلے بالکل تندرست تھے، یا جن میں زیادہ سے زیادہ پہلے چند ہفتوں تک کسلمندی محسوس ہوئی تھی، لیکن بالخصوص ان مثالوں میں، موت کے بعد کوئی ایسا زیادہ بڑا ناضر ر پایا جاتا ہے جیسے کہ متجبّن شعبی غدد (caseating bronchial glands)، نسبتہً کم عام طور پر متجبّن ماساریقی غدد، یا اور کوئی دوسرا مخفی ماسکہ۔

تشریح مرضی۔ دُخنی تدرّن میں ہمیں درنہ کی نہایت تمثیلی مثالیں ملتی ہیں۔ پھیپھڑوں کے اندر درنے عموماً یکسانیت کے ساتھ کم و بیش گنجان طور پر پھیلے رہتے ہیں۔ چھوٹے رماوی نقطوں سے لیکر زیادہ بڑے متجبّن درنوں تک، درنہ کی ہر قسم نظر آسکتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ یہ آخرالذکر (یعنے بڑے متجبّن درنے) مرکز میں ٹوٹے پھوٹے رہے ہوں اور ان کی شکست و ریخت سے چھوٹے چھوٹے کہفے بن رہے ہوں۔ نمونیائی تجمّد (pneumonic consolidation) کی واضح چکتیاں پیدا ہوجاتی ہیں، لیکن یہ عام نہیں ہوتیں۔ شعبات، بالخصوص صغیرترین شعیبات، کا کسی قدر التہاب ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ بعض اوقات پلیوراؤں پر درنے پائے جاتے ہیں، اور اس کا نتیجہ اکثر ذات الجنب (pleurisy) ہوتا ہے۔ ان حالتوں میں، جو سابق سِل ریوی پر تقلیم شدہ (یعنے پیوند کے طور پر لگ گئی) ہوں، تجمّد (consolidation) اور کہفے (cavities) بھی موجود ہوتے ہیں۔ دوسرے بیان کردہ اعضا میں بھی درنے پائے جاتے ہیں، جو مختلف حالتوں میں مختلف عمروں کے ہوتے ہیں۔

سحایا (meninges) کے اندر جو میزّ مناظر نظر آتے ہیں، وہ درنوں کی موجودگی اور اُمّ حنونہ (pia mater) اور عنکبوتیہ (arachnoid) کے درمیان انصباب لیف کی موجودگی ہے۔ یہ لیف جو جیلاٹینی اور نیم شفاف یا غیرشفاف اور رمادی، یا

رمادی مائل زرد ہوتا ہے، لیکن کبھی ریمی نہیں ہوتا، رشیح (exuded) سیّال، فائبرین اور لمفی خلیات پر مشتمل ہوتا ہے جو مختلف تناسب میں ہوتے ہیں۔ وہ بالخصوص قاعدۂ دماغ میں، تقاطع بصری (optic chiasma) اس کے پیچھے کی الماسی الشکل فضا اور اس کی ہم پہلو ساقوں (crura) اور جسر (pons) میں دیکھا جاتا ہے۔ اس مرکزی نقطہ سے وہ عموماً شقاقِ سلویئس (Sylvian fissure) کے اندر ہر ایک جانب پر وسطی دماغی شریان (middle cerebral artery) کے تمر کے برابر برابر، جہاں وہ مقدار کثیر میں ہو سکتا ہے، پھیل جاتا ہے۔ دماغی نیم کروں کی سطح عموماً لمف سے پاک ہوتی ہے یا زیادہ سے زیادہ دھندلی یا چیپ دار ہوتی ہے، جس کی وجہ سے تدرّنی التہابِ سحایا کو اکثر قاعدی التہابِ سحایا (basal meningitis) کہتے ہیں۔ لیکن دماغ کے اگلے حصے کی چوٹی پر لمف کی ایک چھوٹی جھلّی کا ملنا عام ہے۔ لمف کے ساتھ عموماً درنے مخلوط ہوتے ہیں، جو محض نقطوں سے لیکر باجرے کے دانوں تک مختلف جسامت کے ہوتے ہیں اور کبھی کبھی متجبّن ہونا شروع ہوتے ہیں۔ یہ درنے شرائینِ سلویئس (Sylvian arteries) کی شاخوں پر اور اُمِّ حنونہ (پایا میٹر) پر بالخصوص بکثرت ہوتے ہیں۔ شرائین اور اُمِّ حنونہ کو دماغ سے علیحدہ کر کے اُنھیں پانی میں تیرانے پر یہ درنے سپید نقطوں کی طرح دیکھے جا سکتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے نسبتہً چھوٹے درنے گرد عروقی پوشش کے اندر لمف آسا جسیمات (lymphoid corpuscles) کے اجتماعات پیش کرتے ہیں لیکن ہے کہ نسبتہً بڑے درنوں میں تمام ممیّز خصائص پائے جائیں لیکن عموماً عفریتی خلیئے غیر موجود ہوتے ہیں۔

درنوں کے ساتھ التہابی لمف کی اضافت نہایت تغیّر پذیر ہوتی ہے۔ لیکن ہے کہ مخصوص و ممیّز مقامات پر لمف بکثرت ہو اور اس کے ساتھ قابلِ شناخت درنے اگر کچھ ہوں تو چند ہی ہوں۔ یا ممکن ہے کہ درنوں کی خاصی تعداد ہو اور اس کے ساتھ لمف نہایت ہی کم ہو۔ دماغ کے بُطین (ventricles) عموماً سیّال سے بھرے ہوئے ہوتے ہیں (حاد استسقاء الدماغ = acute hydrocephalus کا قدیم نام اسی بنا پر تھا)۔ تلافیف (convolutions) کھوپری کے برابر برابر آکر چپٹے ہو جاتے ہیں۔ دماغی بافت نرم اور اکثر صریحاً متمتلی ہوتی ہے۔ کھوپری اُمِّ جافیہ (cranial dura mater) عموماً

130

غیر متاثر رہتی ہے' لیکن بعض اوقات شوکی نخاعی ' اُمّ جافیہ میں دقیق دَرنے پائے جاتے ہیں' اور ممکن ہے کہ اُمّ حنونہ (pia mater) میں کا لمف نخاع کے عنقی خطے تک پھیل جائے۔

دُخنی درنے عموماً جگرؔ گردوں' اور طحال کی سطح کے اندر اور اوپر بھی نظر آتے ہیں' اور نسبتہً کمتر اوقات مشیمۂ چشم (choroid of the eye)' قلب' ادرقی' مغز استخواں' اور باریطون ماؤف ہو جاتے ہیں۔ جسم کا کوئی بھی عضو متاثر ہو سکتا ہے' اور کوئی عضو ایسا نہیں جو ہمیشہ ماؤف ہوتا ہو۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ صرف سحایا خالی آنکھ سے ماؤف نظر آئیں' لیکن ایسی حالتوں میں اغلب ہے کہ خوردبینی امتحان سے دوسرے اعضاء میں بھی سرایت کی موجودگی ظاہر ہو جائے۔

علامات۔ یہ پہلے اس طرح بیان کئے جائیں گے جس طرح کہ یہ عموماً التہاب سحایا (meningitis) میں مبتلا بچوں میں واقع ہوتے ہیں۔ اکثر علامات بندش کا ایک درجہ (prodromal stage) ہوتا ہے' جس میں بچہ کی طبیعت خراب ہوتی ہے' وہ بےچین ہوتا ہے' اس کی بھوک جاتی رہتی ہے' اور وہ دُبلا ہو جاتا ہے' ممکن ہے کہ کبھی اُسے استفراغ (قے) بھی ہو' اور اُسے قبض ہوتا ہے۔ مرض زیادہ معین طور پر دردِ سر یا قے' یا شاید رعشہ کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ دردِ سر شدید اور مسلسل ہوتا ہے اور اس میں وقتاً فوقتاً اشتدادات (exacerbations) ہوتے رہتے ہیں۔ بچہ اپنے سر کو ہاتھ لگاتا ہے' اور ممکن ہے کہ اکثر "ہائے میرا سر" "آہ میرا سر" کہکر چلاّ اُٹھتا ہو' یا محض کراہتا یا کراہتا ہو یا کبھی کبھی یکایک ایک مختصر سی چیخ نکل جاتی ہو۔ اسکے ساتھ معتدل درجہ کی تپ ہوتی ہے' نبض تیز ہوتی ہے' اور روشنی اور آواز کی بے انتہا حساسیت ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے بچہ اپنی آنکھیں بند کر لیتا ہے اور چاہتا ہے کہ اُسے بستر میں تنہا چھوڑ دیا جائے۔ چھیڑنا اُسے ناگوار گذرتا ہے' اور اکثر دخل درمعقولات کرنے والے دوستوں سے علیحدہ بستر میں خود کو سکیڑ مروڑ لیتا ہے۔ قے عموماً زیادہ عرصہ تک نہیں جاری رہتی۔ اگر بیماری ایک دورے کے ساتھ شروع ہوتی ہے تو یہ اکثر کرر نہیں ہوتا۔ کبھی کبھی حَوَل (squint) یعنی بھینگا پن بھی موجود ہوتا ہے' اور

ممکن ہے کہ تشنج (diplopia) یعنے دو نظری بالکل ابتدا ہی میں ہو جائے۔
چند روز کے بعد بدستور شدید درد سر کے ساتھ کسی قدر ہذیان ہو سکتا ہے؛ اور مریض پر غنودگی طاری ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی سر پیچھے کی طرف کھنچا ہوا (پس کشیدہ) ہوتا ہے اور گردن اکڑ کر سخت ہو جاتی ہے شکم میں گڑھا بڑھ جاتا ہے اور وہ پس کشیدہ (retracted) ہوتا ہے؛ عضلات کے خاکے (حدود) جلد میں سے نظر آتے ہیں؛ اور پسلیوں اور حرقفی عرفات (iliac crests) کے حاشئے اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس حالت کے لئے کارینی (carinated) اور کشتی نما (boat-shaped) کے اصطلاحات استعمال کئے جاتے ہیں۔ بعض اوقات امارت کرنگ (Kernig's sign) موجود ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 732)۔ نبض سست رفتار ہو سکتی ہے؛ اور اکثر غیر منتظم (بیقاعدہ) ہوتی ہے۔ تنفس آہستہ، آہی (sighing) اور بیقاعدہ ہوتے ہیں۔ تپش اب بھی عموماً بلند ہوتی ہے؛ یا ۱۰۱ اور ۱۰۳ درجہ کے درمیان جنبش کرتی رہتی ہے؛ لیکن ممکن ہے کہ وہ نہایت بیقاعدہ ہو، اور بعض اوقات اس کی عرکس یا معکوس قسم (typus inversus) موجود ہوتی ہے؛ جس میں صبح کی تپش بلند اور شام کی ادنیٰ ہوتی ہے۔ وعائحرکی شلل (vasomotor paralysis) بآسانی واقع ہو جاتا ہے؛ یہ چہرے کے تورّد (تمتماہٹ) اور جہاں کہیں ذرا دیر دبایا جائے وہاں سرخی کی چکتیاں ظاہر ہو جانے میں دیکھا جاتا ہے۔ جب پیشانی یا شکم کی جلد پر انگلی تیزی کے ساتھ عرضاً کھینچی جاتی ہے تو فی الفور وہاں ایک چوڑی سرخ لکیر نمودار ہو جاتی ہے؛ جو ممکن ہے کہ پانچ منٹ یا اس سے زائد تک قائم رہے۔ اس حالت کو (جو التہاب سحایا کے لئے مخصوص نہیں بلکہ صرف یہی ہے کہ اس میں زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے) تاش دماغی (tache cerebrale) کہتے ہیں۔ اسقدر ابتدائی درجہ میں بھی قرص بصری میں تغیرات نظر آ سکتے ہیں۔ یہ پہلے نہایت عروقی ہو جاتا ہے اور پھر واضح التہاب قرص بصری (optic neuritis) ظاہر ہوتا ہے۔ عموماً کچھ ریوی علامات موجود ہوتے ہیں۔ کھانسی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ سینہ میں لغلغات (rales) سنائی دیں۔ تاہم یہ امر حیرتناک ہے کہ باوجودیکہ پھیپھڑے دقیق درنوں سے اس قدر معمور ہوتے ہیں؛ پھر بھی ان میں کوئی طبعی امارات نہیں پیدا ہوتے۔

اس نقطہ سے آگے یہ مرضی حالت کسی تازہ علامت کے بغیر بھی برابر ایک مہلک انجام تک پہنچ سکتی ہے۔ غذا اچھی طرح نہیں لی جاتی، اور آنتوں میں قبض ہوتا ہے۔ غنودگی بڑھکر کوما (coma) تک پہنچ جاتی ہے، التہاب قرص بصری زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے، شکم میں زیادہ زیادہ گڑھا پڑ جاتا ہے، نبض زیادہ غیر منتظم اور عموماً تیز تر ہوتی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ تنفس بیوٹی (Biot's respiration) نظر آئے (ملاحظہ ہو صفحہ 189)، اور تپش کم و بیش سرعت کے ساتھ گر جائے، یا موت سے عین پہلے تیزی کے ساتھ ۱۰۶ یا ۱۰۸ درجہ تک چڑھ جائے۔ شعبی انبوبات میں مخاط جمع ہو جاتا ہے، اور تنفس بند ہر نبض کے ساتھ موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن اکثر آخری دو یا تین دن مقامی علامات سے ممتاز ہوتے ہیں۔ ایک بازو یا ٹانگ، یا ایک بازو اور اسی جانب کی ٹانگ میں کزختگی اور سختی پیدا ہوتی ہے یا وہ مشلول ہو جاتی ہے، یا خفیف وجہی شلل (facial paralysis)، یا حَوَل (بھینگاپن) یا استرخاء الجفن (ptosis) پیدا ہو جاتا ہے۔ حدقات (پتلیاں) اکثر اوقات غیر مساوی ہوتی ہیں، اور ممکن ہے کہ ایک یا دونوں پتلیاں روشنی سے حس ناپذیر ہوں۔ اکثر اوقات یہ درجہ تشنج کی وجہ سے ممتاز ہوتا ہے، اور تشنج موت سے پہلے کئی بار مکرر واقع ہو سکتا ہے۔ ان علامات کے ہونے کے ساتھ کوما زیادہ گہرا ہو جاتا ہے، اور موت جیسا کہ اوپر بتلایا گیا ہے واقع ہو جاتی ہے، یا مریض ایک تشنج میں مختنق (asphyxiated) ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات آخری چند دنوں میں بہتا سب میں شکر پائی جاتی ہے۔

نمایاں علامات کے آغاز سے شمار کیا جائے تو یہ مرض دس دن سے لیکر تین ہفتوں تک جاری رہتا ہے، لیکن کبھی کبھی چار یا پانچ یا چھے ہفتے بھی رہ سکتا ہے۔ مرض کا مندرجۂ بالا ہم تین درجوں میں تقسیم کیا گیا ہے:۔ درجۂ خراش (stage of irritation)، درجۂ انضغاط (stage of compression)، اور بالآخر درجۂ شلل (paralytic stage)۔ لیکن ان درجوں کی تفریق ہمیشہ آسان نہیں ہوتی، اور بعض حالتوں میں ممکن ہے کہ زیادہ تہیّجی علامات نہایت کم نمایاں ہوں، اور صرف کوما ہی نمایاں ہو۔

بالغوں کے تدرّنی التہاب سحایا میں علامات اکثر نسبتاً بہت زیادہ سرعت

131

کے ساتھ نمویاب ہوجاتے ہیں۔ البتہ یہ ممکن ہے کہ مرض کی ابتدا اُس مرض کے علامات سے جو پہلے سے موجود ہے (مثلاً سِلِ ریوی کے علامات سے) مخفی رہے۔ ممکن ہے کہ زیادہ نمایاں تنبیہی علامات کے بدوں مریض پر ہذیان طاری ہوجائے، اور وہ ایک جاذب کے شکل یا چہرے کے شکل میں مبتلا ہوجائے، یا ایک دَورہ پڑ جائے اور وہ جلد کو ماز دہ (comatose) ہوکر چند ہی دنوں کے اندر مرجائے۔ ایسی حالتوں میں التہاب سحایا کی پہلی علامت، جس کا بعض اوقات مشاہدہ ہوا ہے، احتباس بول (retention of urine) ہے۔

دماغی نخاعی سیّال ابتدائی درجوں میں بالکل صاف ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ اُس پر دباؤ بہت زیادہ ہو۔ بعد میں وہ خفیف طور پر مکدّر (گدلا) ہوتا ہے، لیکن ربی کبھی نہیں ہوتا۔ اس میں لِمفی جسیمات حد سے زائد موجود ہوتے ہیں، اور بعض اوقات عُصیاتِ دَرنیہ (tubercle bacilli) بھی مِل سکتے ہیں۔ خون کے نسبت بیان کیا جاتا ہے کہ اُس میں قِلّتِ خلیاتِ بیضا (leucopenia) ہوتی ہے اور اس کے ساتھ ہی کثیر الاشکال نواتی سفید خلیوں کی اِضافی زیادتی (Matthes)۔

عام تدرّن کی اُن حالتوں میں جن میں سحایا کی ماؤفیت موجود نہ ہو، یا جب سحایا کی ماؤفیت صرف آخری درجوں میں واقع ہو، ممکن ہے کہ علامات بیشتر عرصہ تک نہایت دُھندلے (غیر واضح) رہیں۔ مریض کمزوری، ناقابلیت کار، لاغری، عدم اشتہا، متلی، اور دردِ سر کی شکایت کرتا ہے۔ آنتوں میں قبض ہوسکتا ہے یا ممکن ہے کہ کبھی کبھی چند روز تک دست آئیں۔ بیقاعدہ تپ ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۱۱)۔



شکل ۱۱۔ عمومی تدرن کی ایک حالت کا قرطاس (نقشہ) جو دسویں ہفتے کے آغاز میں ہلاک ہوئی۔

نبض تیز اور کمزور اور زبان خشک ہوتی ہے۔ تمرمرض میں جس قدر زیادہ طوالت ہوتی ہے، پھیپھڑوں میں ذرے اسی تناسب سے بڑھتے اور ٹوٹتے پھوٹتے اور نمایاں علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ کھانسی، بہر (dyspnœa) اور قلیل المقدار مخاطی نفث (mucous expectoration) ہوتا ہے جس میں ممکن ہے کہ کسی قدر خون کی جھلک موجود ہو، اور بعض اوقات پہلو میں درد ہوتا ہے۔ طبعی امارات ابتداً شعبی التہاب (bronchitis) پر دلالت کرتے ہیں۔ رنانت (resonance) کم متاثر ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایک راس کی رنانت میں خفیف سا خلل واقع ہو گیا ہو، یا اس کے برعکس سارے سینہ پر کی رنانت میں کسی قدر زیادتی پیدا ہو جائے۔ مسماع الصدر سے ہم صفیری اور رنانی خراخرات (sibilant and sonorous rhonchi) اور باریک اور چھوٹے لغطات (fine and small rales) سنتے ہیں، جن میں سے بہت سے ہم آہنگ (consonating) ہوتے ہیں۔ صرف کبھی کبھی ہمیں بلند القواع آوازے تنفس (high-pitched breathing) یا مبہم اصمیت (obscure dullness) کی منتشر چکتیاں ملتی ہیں۔ اگر یہ حالت ایک پرانے سل ریوی کے بعد ثانوی ہو تو لا شبہ اس کے امارات بھی ساتھ ساتھ مشابہ سے میں آئیں گے۔ جب یہ حالتیں خوب نمایاں ہوتی ہیں تو مریض اعلیٰ درجہ کا ازرق (cyanosis) ظاہر کرتا ہے، اور اس کا چہرہ، لب، کان اور رخسار کبود اور انگلیاں مسکڑی ہوئی اور نیلی پڑ جاتی ہیں۔ تین سے آٹھ یا دس ہفتوں کے بعد جن میں بہر، کبودی، انحطاط (prostration) یا اختناق اور غنودگی میں زیادتی ہوتی جاتی ہے، موت واقع ہو جاتی ہے۔ التہاب سحایا کے علامات کسی وقت بھی طاری ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ التہاب سحایا سے پہلے کا درجہ (premeningitic stage)—

ابتدائی ایام میں، تپ کے سوائے دوسری کوئی علامت موجود نہ ہونے کے باعث یقینی تشخیص کے کوئی اسباب نہیں ملتے اور طویل تپ پیدا کرنے والے تقریباً ہر عارضہ (ملاحظہ ہو صفحہ 23) کے متعلق غور کرنا پڑتا ہے ایک عمومی علالت کے ساتھ نامحسوس آغاز مرض (اور نسبتہً سریع الوقوع انحطاط (اختناق) سے ہم آسانی اس مرض کو تپ معویہ (enteric fever) کے ساتھ خلط ملط کر دیتے ہیں، اور شعبی التہاب (bronchitis) کے علامات،

جب تک کہ وہ اعتدال کے ساتھ ہوں، تشخیص کی دقّت کو کسی قدر زیادہ ہی کر دیتے ہیں۔ تپ معویہ کی تائید گلابی دھبوں، تشیلی اسہال، پھولے ہوئے شکم، اور کامیاب (مثبت) تعامل ویڈال سے ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 16)۔ دُخنی تدرّن (miliary tuberculosis) کی تائید کرنے والے علامات حسب ذیل ہیں۔ ابتدا ہی سے سریع تحول (emaciation)، چڑچڑاپن (irritability)، چہرے کا مخلوط شحوب (pallor) اور زراق (cyanosis) بخلاف تپ معویہ کے سُرخ تمتماتے ہوئے رخسار اور سپید چہرے کے، اور سرعت تنفس جو علالت کے دوسرے آمارات کے مقابلہ میں غیر متناسب ہوتی ہے۔ کسی دماغی علامت کے وقوع سے مرض کی نوعیت کا فی الفور سراغ لگانا چاہیئے۔ قعر چشم (fundus of the eye) کا امتحان درنوں کے لئے کرنا چاہیئے، اگرچہ وہ صرف مریضوں کی اقلیت میں موجود ہوتے ہیں۔ التہاب قرص البصری (optic neuritis) سے مدد ملنے کا امکان نسبتہً کم ہی ہوتا ہے، کیونکہ یہ عموماً خود دماغی علامات کے وقوع سے پہلے نہیں دیکھا جاتا، مزید برآں کبھی کبھی تپ معویہ میں بھی واقع ہوتا ہے۔ وہ حالتیں جو نمایاں طور پر پیدا ہوتی ہیں زیادہ تر شعبی التہاب (bronchitis) یا شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) سے غلط ملط ہو جانے کا امکان رکھتی ہیں۔ نیز تپ، سریع تحول (ذبول) یا زراق؛ تدرّن حاد (acute tuberculosis) کو سادہ شعبی التہاب سے تمیز کرتے ہیں۔ شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) کی حالتیں نسبتہً زیادہ مشکلات پیش کرتی ہیں۔ طبعی امارات، متوقف تپ (remittent pyrexia)، اور کسی قدر زراق ان دونوں میں مشترک ہوتے ہیں۔ عموماً نسبتہً کم مدّت، یا تجمّد (consolidation) کے کسی قدر غیر مشکوک رقبوں کی موجودگی، شعبی ذات الریہ پر دلالت کرے گی۔ لیکن ممکن ہے کہ شعبی ذات الریہ اتنے طویل عرصہ تک جاری رہے کہ غلطی سے تدرّن سمجھ لیا جائے۔ جب کسی بچہ کو کالی کھانسی کے بعد ریوی پیچیدگیاں ہو جاتی ہیں، تو شعبی ذات الریہ (برانکو نموتیہ) اور تدرّن کے درمیان فرق کرنا اکثر نہایت مشکل ہوتا ہے۔ اس صورت میں زیادہ عام طور پر یہ ہوتا ہے کہ اول الذکر مرض کی تشخیص کر لی جاتی ہے اور اس حقیقت کو نظر انداز کر دیا جاتا ہے کہ ممکن ہے کہ وہاں آخر الذکر بھی موجود ہو۔ اگر علامات طوالت پذیر ہو کر کئی ہفتوں تک جاری رہیں اور ساتھ ہی زراق اور لاغری

ترقی پذیر ہوں تو ممکن ہے کہ اس کا شبہ کیا جائے۔

۲۔ درجۂ التہابِ سحایا (meningitic stage)۔ تدرنی التہابِ سحایا کے ممیّز خصوصیات حسبِ ذیل ہیں۔ غیر محسوس آغاز اریوئی علامات جبکہ یہ موجود ہوں درد سر، چڑچڑا پن (خراش پذیری) جو بالآخر غنودگی اور کوما پیدا کردے اور قحفی اعصاب کی سریع الوقوع ماؤفیت۔ مشیمی درنات (choroidal tubercles) جب موجود ہوتے ہیں تو یہ دالّۂ مرض (pathognomonic) ہوتے ہیں۔ اس مرض کو التہابِ سحایا کی دوسری قسموں اور نام نہاد سحائیت (meningism) اور درونِ قحفی مرض (intra-cranial disease) کی دوسری قسموں، مثلاً رسولی، دماغی جوفوں کے خراج اور علقیت (thrombosis) سے متفرق کرنا چاہئے۔ اس میں کوئی حقیقی مشکل نہیں پیش آتی، کیونکہ تدرنی التہاب سحایا کی حالت میں دماغی نخاعی سیال، جس میں لمفی جسیمات کی زیادتی ہوتی ہے، بالکل ممیّز ہوتا ہے۔ التہابِ سحایا کی دوسری بہت سی قسموں میں آغازِ مرض ناگہانی طور پر ہوتا ہے، جیسے کہ دماغی نخاعی تپ (cerebro-spinal fever) میں، یا کوئی صریح اوّلی ماسکۂ مرض موجود ہوتا ہے جیسے کہ اُس تقیحی التہاب سحایا (suppurative meningitis) میں جو درمیانی گوش کے التہاب (otitis media) یا کسی دوسری حالت کے بعد واقع ہو۔ دماغی نخاعی سیال معین طور پر مکدّر (گدلا) ہوتا ہے اور اس میں کثیر الاشکال نواتی سفید خلیے موجود ہوتے ہیں۔ نمایاں پس تیدگی (opisthotonus) اور واضح امارتِ کرنگ سے تدرنی التہاب سحایا کے نسبت دماغی نخاعی التہاب سحایا کی زیادہ تائید ہوتی ہے۔ حاد التہاب برما دالنخاع (acute poliomyelitis) یا سُباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) تشخیص میں مشکل پیدا کر سکتے ہیں ۔ اول الذکر میں حملۂ مرض ناگہانی ہوتا ہے ۔ دماغی سلعہ (cerebral tumour) اور خراج میں تپش عموماً زیادہ بلند نہیں ہوتی اور ممکن ہے کہ نبض سست ہو۔

ایک دوسری حالت جو کسی حد تک التہاب سحایا سے مشابہ ہو سکتی ہے، وہ خستگی یا تحلیلِ قوت (exhaustion) ہے جو بالکل نو عمر بچوں میں نقصِ تغذیہ، خراب غذا رسانی یا شدید اسہال کے بعد ہو جاتی ہے۔ بچہ غنودہ (drowsy) یا کوما زدہ ہوتا ہے، اُس کا چہرہ پھیکا زرد، آنکھیں اندر بیٹھی ہوئی، پتلیاں منقبض (چھیلی ہوئی)

اور ناہموار اور تنفس بے قاعدہ اور آہی ہوتا ہے۔ التہاب سحایا سے اُس کی شناخت سرگذشتِ مرض، تپ اور مقامی شلل کی خبر موجودگی سے سکے ہوئے یا فوخ (depressed fontanelle) اور قوّت بخش اور سہارا دینے والے علاج سے مرض میں سریع اصلاح نمودار ہونے سے کی جاتی ہے۔

اِنذار - تدرّنی التہاب سحایا ایک نہایت ہلاک مرض ہے، لیکن اِس میں شک نہیں کہ چند ایسی حالتیں بھی شفایاب ہو گئی ہیں جن میں دماغی نخاعی سیّال کے اندر درنی عُضیّات دستیاب ہوئے تھے۔ لیکن یہ چند حالتیں اُس قطعی ناموافق اِنذار کو نہیں بدل سکتیں جو ایکبار اصلیتِ مرض معلوم ہو جانے کے بعد طبیب کو پیش کرنا چاہیئے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے لئے علامات میں ایک فترہ (remission) واقع ہو جائے۔ اُس دُخنی تدرّن (miliary tuberculosis) پر بھی، جو التہاب سحایا کے بغیر ہو، یہی امر صادق آتا ہے (یعنی ایسا ہی ہوتا ہے)۔

138

عــــلاج - اِس کا مقصد تخفیفِ علامات ہونا چاہیئے۔ وخـزِ قطنی (lumbar puncture) نہایت کارگر تدبیر ہے۔ اِس عمل سے دردِ سر میں تخفیف ہو جاتی ہے، اور عارضی طور پر علامات کی شدّت میں خِفّت (کمی) پیدا ہو جاتی ہے اور یہ روزانہ عمل میں لایا جاسکتا ہے۔ داخلی ادویہ میں آیوڈائیڈ آف پوٹاسیئم (iodide of potassium) اکثر ۳ یا ۵ گرین کی مقداروں میں بچوں کو دیا جاتا ہے، اور اتنی ہی یا نسبتہً زیادہ مقداروں میں برومائیڈ آف پوٹاسیئم (bromide of potassium) یا کلورل (chloral) دردِ سر کی تخفیف میں ممد ہوسکتے ہیں۔

جُذام

(LEPROSY)

(lepra, elephantiasis græcorum)

یہ ایک مزمن ساری مرض ہے جس کا مرکز خاصۃً جلد، مخاطی جھلیاں، اور عصبی تنہ

کے گرگی اضرار ہیں۔ مائوف بافتوں میں عصیتے (B. lepræ = عُصَیّات جذام)؛ جنہیں ابتداً ہینسن (Hansen) نے بیان کیا، ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔ یہ درنی عصیات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں اور ترشہ قائم (acid-fast) ہوتے ہیں، لیکن بعض تکوینی تعاملات میں اور اس امر میں کہ یہ ہمیشہ سیدھے ہوتے ہیں، اُن سے مختلف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے مرض پھوٹ پڑنے سے سالہاسال پہلے یہ عصیتے بافتوں میں مخفی رہتے ہوں۔

بحث اسباب۔ بار ستنتائے ناروے کے یہ مرض یورپ میں عام نہیں اور انگلستان میں عموماً صرف انہیں مریضوں کی حالت میں دیکھا جاتا ہے جو شرق یا جزائر غرب الہند (West Indies) میں رہ چکے ہوں۔ لیکن یہ جنوبی یورپ کے بعض حصوں میں، اور دوسرے مقامات میں سے ہندوستان، ارسیام، چین، جاپان، افریقہ کے شمال و مشرق، راس امید، جزائر غرب الہند، میکسیکو، وسطی امریکہ اور جنوبی امریکہ کے بعض حصوں، اور بحرالکاہل کے بہت سے جزائر میں پایا جاتا ہے۔ لیکن یہ کسی ایک قسم کی آب و ہوا یا زمین کے ساتھ مختص نہیں۔ عورتوں کے نسبت مرد زیادہ تر ماؤف ہوتے ہیں، اور یہ مرض عموماً اوائل عمر میں، تیس سال سے پہلے پہلے ہوتا ہے، اور شیر خواری کے زمانہ میں شاذ ہی ہوتا ہے۔ چنانچہ فلپائن میں جذامی والدین کے ساتھ ساٹھ سے لیکر دس سال تک رہنے والے بچوں میں سے ۴۴ فیصدی سرایت زدہ ہوگئے (Denny)۔ اس واقف عقیدے سے کہ یہ متعدی ہے، اُن ممالک کے رسم و رواج پر کہ جن میں یہ پھیلا ہوا ہے، صدیوں سے اثر ڈال رکھا ہے۔ اور اگرچہ تیماردار عورتیں (nurses) جذامیوں کے شفاخانوں میں سالہاسال تک بظاہر بچی رہی ہیں (جسکی وجہ یہ ہے کہ بڑی عمر والے اشخاص اس مرض کی زیادہ حساسیت نہیں رکھتے)، تاہم بعض اوقات بلاواسطہ انتقال مرض ثابت ہوگیا ہے۔ اس مرض کی تطعیم انسان میں کامیابی کے ساتھ کی گئی ہے، اور موجودہ زمانے میں بھی نئے ملکوں میں کسی جذامی شخص کے پہنچ جانے اور وہاں بود و باش اختیار کرنے کے بعد اس کا انتشار مشاہدہ میں آیا ہے، مثلاً نیو کیلی ڈونیا اور ساری سُس میں۔ یہ پیدائشی نہیں ہوتا اور اس کے وقوع میں وراثت کا بہت ہی کم حصہ معلوم ہوتا ہے۔

امراضیات۔ جذام کی کسی حالت سے سرایت براہ راست جلد کے ذریعہ کسی ماسبق خراشیدگی کے مقام پر واقع ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مریض نے اپنی جلد کو کھرچ کر مضرور کر لیا ہو، یا اُسے کیڑوں نے کاٹ لیا ہو۔ بہت سی حالتوں میں سرایت ناک کے اندر یا قریب شروع ہوتی ہے۔ یہ مشکوک ہے کہ آیا عصیّے کبھی کبھی براہ راست کیڑوں کے ذریعہ سے منتقل ہوئے ہیں۔ اوّلی ضرر برادمہ کے نیچے ادمہ (corium) کے خلیات کی لمفائی فضاؤں میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے بعد دو امکانات ہوتے ہیں۔ (۱) درآنحالیکہ ابھی عصیّے اتنے کم ہوتے ہیں کہ نظر نہیں آسکتے، وہ اوپر پھیل کر جلد کے اوپری اعصاب میں تعداد میں بڑھ جاتے ہیں۔ (۲) یہ عصیّے خلیی لمفائی فضاؤں کے اندر تعداد میں بڑھ کر نیچے کی طرف شعری جراوں کے درمیان پھیل جاتے ہیں اور اُن کے نیچے اور جاتا بھی۔ جب عصیّے تعداد میں بڑھتے ہیں تو وہ ایک چیپدار (glutinous) شئے کا افراز پیدا کرتے ہیں جو انھیں ایک ہی تودے میں باہم پیوستہ رکھتی ہے اور جلد کا رنگ غائب ہو جاتا ہے۔ اسے طور ساکت (quiescent phase) کہتے ہیں۔ ایک مختلف عرصے کے بعد ممکن ہے کہ ہم ایک تعاملی طور (reactionary phase) دیکھیں، یعنے التہاب شروع ہو جاتا ہے، جلد کے عروق متسع ہو جاتے ہیں، چیپدار قالب (glutinous matrix) پارہ پارہ ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ عصیّے مع اپنے سموم کے جُوئے خون کے ذریعہ جسم کے طول و عرض میں پہنچ جائیں۔ ممکن ہے کہ اس سے جلد کے اندر کے عصبی تنوں کی عمومی سرایت پیدا ہو جائے، یا ادمہ کے اندر ویسے ہی منتشر اضرار بن جائیں جیسے کہ ابھی بیان کئے گئے ہیں۔ یہ التہاب بعض ادویہ کے اشراب سے، خراش متقابل (counter-irritation) سے اور مختلف عموی امراض سے پیدا ہو سکتا ہے۔ اس درجہ میں عصیّے منتشر دیکھے جا سکتے ہیں۔ بعض ایک نقطے دار یا ذرّاتی شکل رکھتے ہیں۔ دوسرے بدرے بنا تے ہیں، کیونکہ حالات اُن کی بالیدگی کے لئے اُس قدر موزوں نہیں ہوتے جس قدر کہ پہلے تھے۔ احمرار (erythema) اور خلوی دررزش سے جلد متورّم ہو جاتی ہے، بشرہ (برجلیا برادمہ) کے میان خلیی زوائد سے چپٹے ہو جاتے ہیں اور شعری جرایات پچک جاتے ہیں۔ خلیتوں کی جسامت ایک سپید جسیمے سے لیکر اُس سے تین یا چار گونہ تک مختلف

134

ہوتی ہے اور اُن میں کئی نوات ہوسکتے ہیں (lepra cells = جذامی خلیات)۔ بالآخر ہیں درجۂ انحلال (stage of resolution) لگتا ہے، جس میں احمرار غائب ہوکر جلد ڈھیلے ہوئے تھیلی نما کاغذ (tissue paper) کی طرح نظر آتی ہے، کیونکہ سابقہ ورم والتہاب کے بعد وہ پتلی اور شکن دار ہوجاتی ہے۔ اب خلوی دررزیش کی جگہ لیفی بافت پیلتی ہے جذامی اضرار ہمیشہ یہ تین طور (phases) طے کرتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ تینوں ایک ہی پھیلتے ہوئے ضرر کے اندر موجود ہوں۔ اس حالت میں ہم ایک بیرونی منطقہ نون سے مُبرّا دیکھتے ہیں۔ اس کے بعد ایک التہابی احمراری منطقہ، جو کسی قدر لونی ہوتا ہے اور وسط میں ایک ندبی رقبہ (۱۸)۔

جذام خود کو جلد، مخاطی جھلیوں اور محیطی اعصاب میں محدود رکھنے کا رجحان رکھتا ہے اگرچہ خاصی ترقی یافتہ حالتوں میں عقیدے اندرونی احشاء میں بھی ملتے ہیں، جو چربیلی انحطاط (lardaceous degeneration) سے ماؤف ہوسکتے ہیں۔ جب اعصاب ماؤف ہوتے ہیں تو نوئی پوشش میں تکاثر (proliferation) ہونے کے باعث وہ اکثر اپنی طبعی جسامت سے دوگنے یا تگنے موٹے ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ محور اُسطوانے اسی وجہ سے بالآخر ذبول یا تلف ہوجائیں۔ گرہ کی دررزیشیں بھی پیدا ہوجاتی ہیں، جو ان عصبی تنوں کی صورت میں جنکا محل وقوع اوپری (سطحی) ہو جلد کے نیچے محسوس ہوسکتی ہیں۔

علامات اور مُمیّز۔ جلد کا ضرر پہلے جوارح یا دھڑ پر سُرخ یا بھورے سُرخ دھبوں کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے (جذام لطخی = lepra maculosa)۔ یہ قطر میں ½ انچ سے لیکر ۳ یا ۴ انچ تک، شکل میں گول یا بیقاعدہ، اور قدرے متورّم ہوسکتے ہیں۔ بعض اوقات یہ اپنے مرکزوں میں کچھ دھبوں کے صاف ہوجانے سے حلقے بنادیتے ہیں، جیسے کہ امراضیات کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ بالآخر ممکن ہے کہ یہ کھلا جائیں لیکن یہ اپنے پیچھے رنگ دار داغ یا بعض اوقات سپید داغ باقی چھوڑنے کا رجحان رکھتے ہیں، اور وقتاً فوقتاً دھبوں کے تازہ نورانات ہوتے رہتے ہیں۔

درنی جذام (lepra tuberculosa) یا گرہی جذام (L. nodosa) کا ممیّز خاصہ یہ ہے کہ دھبوں کے ساتھ ہمزمان طور پر، یا کچھ وقفہ کے بعد ایک گرہ یک درنہ

یا جذامی سلعہ (leproma) پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ جلد کا ایک سخت اُبھار ہوتا ہے جس کی جسامت ایک مٹر سے لیکر ہیزل نٹ (hazel nut) کے برابر یا اُس سے بھی بڑی ہوتی ہے۔ ایسی گرہیں طویل عرصہ تک قایم رہ سکتی ہیں اور ممکن ہے کہ یا تو یہ غائب ہوجائیں اور لونی دھبے باقی رہجائیں۔ یا ممکن ہے کہ یہ گرہیں نرم ہوکر جلد کے پار پھوٹ نکلیں اور عسیر الاندمال غیر مؤلم قروح (indolent ulcers) پیدا کردیں، جنکے انگور کمزور ہوتے ہیں اور جنسے قلیل المقدار پتلی پیپ خارج ہوتی رہتی ہے۔ یہ گرہیں بیشتر چہرے پر، ہاتھ پاؤں کی ظہری سطحوں پر اور جوارح کے دوسرے حصوں پر نکل آتی ہیں۔ یہ ابرو (بھوں)، ناک، گالوں اور کان کی لَوؤں (بُنا گوش) کی بے انتہا دبازت پیدا کرکے چہرے پر بڑا انتشوہ (بدشکلی) (deformity) پیدا کردیتی ہیں۔ جو مخصوص و ممیز ہیئت اس طرح پیدا ہوجاتی ہے، چونکہ وہ ایک شیر ببر کے چہرے سے مشابہ ہوتی ہے، لہذا اسے تجسّم یا شیر چہرگی (leontiasis) کہتے ہیں۔ ہونٹ اکثر ماؤف ہوجاتے ہیں، اور درنوں کے متقرّح ہوجانے سے مرض کی توسیع کرۂ چشم کے طبقات تک ہوجاتی ہے، لیکن عصب بصری (optic nerve)، شبکیہ (retina) عدسۂ چشم (lens) اور طبقۂ زجاجی (vitreous) عموماً محفوظ رہتے ہیں۔ درنے دہن، سوڑھوں، تالو، حنجرہ یا ناک کی اغشیۂ مخاطیہ میں بھی نمویاب ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اس کا نتیجہ یہ ہو کہ آواز کرخت (بھاری) اور تیز (high-pitched) ہوئی یا باریک اور کمزور پڑجائے۔ قرحے اپنے نیچے کے حصوں کی گہرائی تک پہنچ کر اوتار اور ہڈیوں کو کھا سکتے ہیں اور ممکن ہے کہ مفاصل کو کھول دیں۔ ترقی یافتہ حالتوں میں خون میں مندرجۂ ذیل تغیرات ظاہر ہوتے ہیں:۔ سرخ خلیات اور ہیموگلوبن کی قلّت، اور ساتھ ہی لون نما (color-index) ادنیٰ ہوتا ہے۔ نوظلوں خلویت (poikilocytosis)۔ الوان پسندی (polychromatophilia) یعنے ایسے خلیوں کی موجودگی جو مختلف اور گوناگوں لونوں سے رنگے جاسکتے ہیں۔ اور بعض اوقات ایوسین پسند خلیوں (eosinophils) کی غیر معمولی زیادتی۔

عدیم الحس جذام (lepra anæsthetica) میں، جو اعصاب کی ماؤفیت کے باعث ہوتا ہے، عصبی علامات کا غلبہ ہوتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں جوارح اور

دھڑ پر، بالخصوص عصب زندی (ulnar nerve) اور عصب شظی (peroneal nerve) کے ممر میں، درد اور جھنجھناہٹ اور جلن کے احساسات مختلف جگہ اگانہ چکتیوں میں محسوس ہوتے ہیں۔ بعد میں بے قاعدہ رقبوں میں حسن لمس اور درد کی حقیقی عدم حسیت مشاہدے میں آتی ہے۔ اوران چکتیوں پر کی جلد یا تو طبعی جلد کے نسبت زیادہ پھیکے رنگ کی یا زیادہ رنگین ہوتی ہے۔ بال جھڑ جاتے اور عدیم اللون ہوتے ہیں۔ اور جلد عمومی طور پر چکنی اور چمکدار ہوتی ہے۔ کچھ عرصے کے بعد متکثف عصبی تنے، مثلاً زندی (النزر) اور شظی (پیرونیل) ریز محسوس ہونے لگتے ہیں۔ انھیں رقبوں میں کہ عضلات بالخصوص ہاتھ اور پاؤں کے بین العظام عضلات (interossei) اور بیش بازو کے عضلات، بلکہ ہڈیاں تک مدول ہوجاتی ہیں، اور ممکن ہے اس کا نتیجہ یہ ہو کہ مخلبی ہاتھ (clawhand) سقوط الید (dropped wrist) اور سقوط القدم (dropped foot) پیدا ہوجائیں۔ نیز اس عدیم الحس قسم میں ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے جوڑوں پر عمیق تقرحات پیدا ہوجاتے ہیں اور ممکن ہے کہ سُلامیات (phalanges) یا رسغی (carpal) یا حماری (tarsal) ہڈیاں بالآخر جھڑکر گرجائیں کیتے ہیں کہ انتہائی سُلامیات اکثر بیچ جاتی ہیں، اور بعض اوقات زخموں کا اندمال حیرتناک طور پر کامل اور کلی ہوتا ہے (جذام جادع = lepra mutilans)۔

ایسی مخلوط حالتیں بھی شاذ نہیں ہیں، جن میں عصبی اضرار اور جلدی اضرار دونوں ایک ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ لیکن عصبی اضرار اُس وقت ظاہر ہونے کا رجحان رکھتے ہیں جبکہ جلدی اضرار مندمل ہو رہے ہوں، اور اس کے برعکس عصبی اضرار کے علامات اُس وقت غائب ہوجانے کا رجحان رکھتے ہیں جبکہ جلدی اضرار پھیل رہے ہوں۔ مریض کے علامات کا انحصار درجۂ مرض پر ہوتا ہے۔ ساکت طور یا درجہ (quiescent phase) میں باوجود اس کے کہ مریض کے اندر لاکھوں عُصیّے بناہ گزین (موجود) ہوتے ہیں، ممکن ہے کہ اُسے کامل صحت کا احساس ہو اور وہ اپنا کاروبار انجام دینے کے قابل ہو۔ تعاملی طور (reactionary phase) میں کسلمندی کا احساس اور تپ ہوگی۔ جب طور انحلال (phase of resolution) نمودار ہوجاتا ہے، تو اس کے یہ معنے ہوتے ہیں کہ مریض کو کسی قدر مناعت حاصل ہوگئی ہے اور مرض اچھا ہو رہا ہے۔ گزشتہ زمانہ

185

کی مروجہ رائے کے برعکس جذام دراصل ایک خود بخود اچھا ہو جانے والا مرض ہے اگرچہ ممکن ہے کہ وہ اپنا عمل سالہا سال تک جاری رکھے اور اس میں اشتدادات (exacerbations) اور فترات (remissions) ہوتے رہیں۔ اداروں (مامن مجذومین) میں علیحدہ کردہ مجذومین کی اکثریت ایسی ہوتی ہے جو اپنے مرض کے آخری درجے کو پہنچ چکی ہے۔ وہ شفا یافتہ ہوتے ہیں، اگرچہ تشوہات (بدشکلی) میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اُن میں زندہ عصیّے پناہ گزین (موجود) نہیں ہوتے اور اب وہ ساری نہیں ہوتے۔ جذام بذاتہٖ ہلاکت نہیں پیدا کرتا لیکن موت بھیپھڑوں کے تدرّن، التہاب گردہ، زحیر، گنگرین یا تسمم الدم (پائیمیا) پیدا کرنیوالی ثانوی سرایتوں، یا دوسرے بین رو مرض (intercurrent affection) (مرض در مرض) سے اور کبھی کبھی حنجرہ کے تسدّد سے (جو جذام کا نسبۃً راست نتیجہ ہوتا ہے) واقع ہو سکتی ہے۔

تشخیص۔ جذام کو تدرّن اور آتشک سے متفرق کرنا چاہیے، اور ممکن ہے کہ یہ امراض اُسی کے ساتھ موجود ہوں۔ تعامل واسرمن سے مدد نہیں ملتی، کیونکہ وہ جذام میں مثبت ہو سکتا ہے۔ عدم حسیت کی موجودگی، جو کسی جلدی ضرر کے ساتھ مؤتلف ہو یا جلد کے کسی رقبہ میں ہو، ایک اہم دلالت ہے۔ جذام میں عدم حسیت شاذ ہی کلی طور پر غیر موجود ہوتی ہے۔ سریع الوقوع منظرحات (جماؤ) اکثر پیشانی یا انفی شفوی دراڑوں پر محسوس ہوتے ہیں۔ عُصَیّوں کو کسی گرہک کے معصل میں کسی قرحہ سے نکلی ہوئی پیپ میں، یا انفی مخاط میں تلاش کیا جا سکتا ہے۔ مرد میں سرپستان (بھٹنیاں) عموماً بڑے ہو جاتے ہیں۔

انذار۔ گرہکی جذام (nodular leprosy) عصبی جذام (nerve leprosy) کے نسبت زیادہ حاد اور خطرناک مرض ہو سکتا ہے۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ علاج کے جدید طریقوں سے جو اس مرض کے تمام درجوں میں استعمال کئے جا سکتے ہیں انذار چند روز سے بہت بہتر ہو گیا ہے۔ ایک ایسے مریض میں جسنے مرض کا تیسرا درجہ طے کر لیا ہو، اگر دو سال کے عرصہ میں عدیم الحس اضرار کی تعداد یا جسامت میں زیادتی نہ ہوئی ہو اور متواتر جرثومیاتی امتحان سے منفی نتائج حاصل ہوئے ہوں تو اسے شفایافتہ سمجھنا

چاہئے۔ اگر مرض کے پہلے اور دوسرے درجوں میں جلدی اضرار علاج کے بغیر غائب ہو گئے ہوں، یا اگر عدیم الحس چکیتاں زیادہ تر غائب ہو چکی ہوں اور جرثومیاتی امتحان دو سال تک منفی رہے ہوں تو ایسی حالت مرض "رکا ہوا" سمجھا جا سکتا ہے، لیکن اُسے کامل طور شفایافتہ نہیں سمجھنا چاہئے۔

تحریز۔ گرگی جذام، بالخصوص جبکہ اُس میں گرہکوں یا ناک سے اخراجات نکلتے ہوں، جُذام کا ساری ترین درجہ ہوتا ہے، اور ایسے مریضوں کو بچوں اور تیس سال سے نیچے کی عمر والوں سے (جو نہایت حساس ہوتے ہیں) علیحدہ کر دینا ضروری ہے۔ تاہم (asylums) میں کے جیشتر مجذومین تیسرا درجہ طے کئے ہوئے ہوتے ہیں، چنانچہ وہ ساری نہیں ہوتے۔ تفرید یا علیحدگی کے جبری اختیارات ضروری ہیں، اور ساتھ ہی یہ بھی ضروری ہے کہ جدید طریقہائے علاج کے معلومات عام طور پر پھیلائے جائیں، تاکہ مریض خود کو ظاہر کرنے پر راغب ہوں۔

علاج۔ مریضوں کو تندرست ماحول میں رکھنا اور عمدہ غذا دینا چاہئے۔

اس کا خیال رکھنا چاہئے کہ اُنھیں قبض نہ ہو اور اجابتیں صاف آتی رہیں۔ انتہائی صفائی ضروری ہے اور مریض کو چاہئے کہ حد سے زائد محنت اور بار سے پرہیز کرے اور خیال رکھے کہ خراب موسم میں تکشف نہ ہونے پائے (کھلا نہ رہے)۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ ہائڈروکارپس (hydrocarpus) اور چال مُوگرا (chaulmoogra) روغنوں کے شحمی ترشوں کے ایسٹرس (esters) کے اشرابات جلدی اضرار اور عدیم الحس چکیتوں کے نیچے کی تحت الجلد بافت میں کرنے سے، یا اضرار پر ہر چھٹے یا دسویں دن ٹرائی کلوراسیٹک ایسڈ آب کشیدہ کے اندر (ایک حصہ ۳ حصوں میں) لگا ہوا لگانے سے عصیات جذام ہلاک کئے جا سکتے ہیں۔ اصول علاج یہ ہے کہ جذامی اضرار سے تینوں درجے جسقدر جلد ممکن ہو طے کرا دیئے جائیں۔ شحمی ترشوں کے ایسٹرس کا طریقۂ عمل یہ ہے کہ وہ ا بیجے تخدیش (خراش آور) عمل سے بافتوں کو تعامل یا ردِّ عمل کی تحریک پہنچاتے ہیں جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عصیے تلف ہو جاتے ہیں۔ یہ مرض کے پہلے اور تیسرے درجہ میں تو آزادانہ استعمال کئے جا سکتے ہیں، لیکن دوسرے درجہ میں، جبکہ بافتیں پہلے ہی سے ردِّ عمل ظاہر

136

کر رہی ہیں، نہایت احتیاط عمل میں لانی چاہیئے۔ یہاں ٹرائی کلوراسیٹک ایسڈ خاص طور پر مفید ہوتا ہے۔ تیسرے درجہ میں تعاملات (ردّ عمل) زیادہ دقت کے ساتھ عمل ہوتے ہیں، لہٰذا بڑی ہی مقدار کے اشرابات دینے چاہئیں۔ اگر پوٹاسیم آیوڈائڈ ۱/۲ گرین سے شروع کرکے بڑھتی ہوئی مقداروں میں براہ دہن دیا جائے تو بہت سے مریض زیادہ آسانی کے ساتھ ردّ عمل ظاہر کرتے ہیں لیکن اسے نہایت احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہیئے۔ روغن چال موگرا کے ایتھل ایسٹرس (ethyl esters) کا اشراب بھی، ایک تجہیز کی صورت میں جس کا نام موگرال (moogrol) ہے، ۱ تا ۵ یا ۶ مکعب سمر کی مقداروں میں درون عضلی راہ سے شریانوں کے اندر کیا جاتا ہے، اور اس کے عمدہ نتائج بیان کئے گئے ہیں۔

گلانڈرس

(GLANDERS)

سراجہ کنار

(Equinia, Malleus, Farcy.)

سراجہ یا کنار (glanders) ایک مرض ہے، جو بالخصوص گھوڑوں، خچروں اور گدھوں میں (بعض اوقات دوسرے خانگی جانوروں میں بھی) ہوتا ہے، اور کبھی کبھی اتفاقی طور پر انسان میں منتقل ہو جاتا ہے۔ سائیس اصطبل کے ملازم، اور دوسرے اشخاص جنکے زیر گھوڑوں کی نگرانی ہو، اس مرض میں مبتلا ہونے کا سب سے زیادہ رجحان رکھتے ہیں۔ یہ مرض اپنی حاد شکل میں ایک عموی عارضہ ہے، جسکے ممیز خصائص انفی اور تنفسی مخاطی جھلیوں کے مخصوص اضرار، تحت الجلد گرہوں کی تکوین اور لمفی عروق اور غدد کی اُوفیت، اور ایک جلدی ثوران ہیں۔ یہ مزمن شکل میں بھی ہوتا ہے۔ "فرسی" (farcy) کی اصطلاح کا اطلاق اُن حالتوں پر کیا گیا ہے جن میں لمفی اضرار کے ساتھ تحت الجلدی گرہیں (farcy buds = غقدِ فرسی) نمایاں مظاہر ہوتی ہیں۔ لیکن ایک مرض کے لئے دو نام

ہونا چنداں مرغوب نہیں، اور اب گلانڈرس (سراجہ۔کنار) کا خطاب عام طور پر اختیار کیا گیا ہے۔

یہ مرض انسان میں زیادہ تر زخموں، بڑکوں (cuts) یا خراشیدگیوں (abrasions) کی اتفاقی تلقیم سے، یا تو کسی سراجہ زدہ جانور کی مالش کرتے وقت یا اس مرض سے مرے ہوئے جانور کی کھال اتارتے وقت منتقل ہو جاتا ہے، یا ممکن ہے کہ گھوڑا اپنے سائیس کو کاٹ کھائے اور اپنے لعاب دہن کے ذریعہ مرض کو منتقل کردے یا اسکے چھینکنے سے پاس کھڑے ہوئے کسی شخص کی آنکھ، ناک، یا منہ میں کچھ انفی مخاط پہنچ جائے۔ بیان کیا گیا ہے کہ یہ مرض کسی سراجہ زدہ جانور کا کچا گوشت کھانے سے بھی منتقل ہو سکتا ہے اور یہ کہ یہ اسطرح جانور خانوں میں لگ گیا ہے۔ یہ ایک انسان سے دوسرے انسان میں بھی منتقل ہو سکتا ہے۔ سراجہ کا عصیّہ (B. mallei) گرکوں کے اندر ملتا ہے۔ جسامت میں وہ تقریباً عصیّہ درنیہ (ٹیوبرکل بیسیلس) کے برابر ہے لیکن اس کی نسبت زیادہ موٹا ہوتا ہے اور بہ طریقۂ گرام سے بے رنگ ہو جاتا ہے۔

امراضیات ۔ حاد سراجہ میں امتحان بعد الممات میں اکثر وہی تغیرات پائے جاتے ہیں جو تقیح الدم (پائیمیا) کے لئے مخصوص و ممیز ہوتے ہیں۔ یعنی خون کی بڑھی ہوئی سیّالیت اور پھیپھڑوں کے پھوڑے۔ یہ تقیح الدم مقامی اضرار کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔

سراجہ کے ممیز اضرار مخاطی جھلیوں، جلد اور پھیپھڑوں میں پائے جاتے ہیں۔ انفی مخاطی جھلی میں باجرے کی جسامت سے لیکر مٹر کی جسامت تک کی زیر سرطحی گرکیں پیدا ہو جاتی ہیں، جو لمف آسا خلیات یا قیحی خلیات پر مشتمل ہوتی ہیں۔ ایک بعد کے درجہ میں دیکھنے میں آتا ہے کہ ان گرکوں نے متقیح ہو کر زردی مائل قاعدوں والے قروح چھوڑ دیئے ہیں جنکے گرد دوررس کی تازہ گرکیں بنگئی ہیں جو وہی عمل طے کرتی ہیں۔ ممکن ہے کہ انفی فاصل میں سوراخ ہو جائے۔ اگر شفا ہوتی ہے تو بے قاعدہ شکن دار ندبات باقی رہ جاتے ہیں۔ پھیپھڑوں میں ایسی ہی گرکیں بنجاتی ہیں، جنکے مرکزوں کی شکست و ریخت سے چھوٹی چھوٹی ۔۔ پیدا ہو جاتا ہے۔ ان کے ساتھ ساتھ

شعبی ریوی التہاب (برانکو نمونیا) کی چکتیاں ہوتی ہیں، جو ممکن ہے کہ پھوڑے بنادیں۔ایسی ہی گرہیں ملتحمہ، جبہی جوفوں (frontal sinuses)، بلعوم، حنجرہ، اسعار، جسلہ، تحت الجلد بافت، اور عضلات میں بھی بنجاتی ہیں۔

علامات۔ حاد سراجہ (acute glanders)۔ یہ مرض کسلمندی، دردِ سر، آلکسی، عدم اشتہا، اور مفاصل اور جوارح میں دردوں کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے لئے اکثر رثیتی تپ (rheumatic fever) یا تپ محرقہ (enteric fever) سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے، یا ممکن ہے کہ پہلو میں درد یا ضیق النفس (dyspnœa) ہو۔ اگر کوئی زخم یا کھرینچ (scratch) براہ راست سرایت زدہ ہوگئی ہے تو وہ ملتہب، تناؤ دار اور پُر درد ہو جاتی ہے، اور اُس کے گرد و پیش کی جلد سرخ باد (erysipelas) جیسی نظر آتی ہے۔ یہ زخم متقرح ہو کر ایک تحلیلینی سیال (sanious fluid) خارج کرتا ہے اور ممکن ہے کہ متصل لمفائی عروق بڑے ہو جائیں۔ ممکن ہے کہ مرض کے زیادہ ممیز خصائص اس کے آغاز سے ایک ہفتہ یا زائد تک نمودار نہوں، گو وہ بعض اوقات نسبتہً جلد ظاہر ہو جاتے ہیں۔ ثوران (eruption) چھوٹے چھوٹے سرخ بثور پر مشتمل ہوتا ہے، جن پر آبلے نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ جلد بڑے چھالے یا فاتحے (pustules) بنا دیتے ہیں، جن کی جسامتیں مختلف اور قطر $\frac{1}{2}$ یا $\frac{3}{4}$ انچ تک ہوتا ہے اور جو چپٹے یا مرکز میں نشیب دار ہوتے ہیں۔ ان کے اندر مصلی، قیحی، یا خون آلودہ مواد ہوتا ہے۔ فاتحہ کا قاعدہ ملتہب ہوتا ہے، اور اُس کے گرد کا حصہ کچھ فاصلہ تک درر یختہ ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد اخراج خارج ہو کر ایک قرحہ باقی رہ جاتا ہے جو ایک کھرنڈ یا خشکریشہ (slough) سے ڈھکا ہوا رہتا ہے۔ گرہیں جو جلد کے نیچے بنتی ہیں، ابتدا سخت اور پُر درد ہوتی ہیں، اور عموماً متقیح ہو جاتی ہیں۔ لمفی غدد ہمیشہ ملتہب نہیں ہوتے۔ مخاطی جھلیوں کی ماؤفیت ناک کے اخراج سے ظاہر ہوتی ہے، جو پہلے ایک پتلا مخاط ہوتا ہے، لیکن بعد میں گاڑھا لزج، ریمی، بدبودار اور اکثر خون آلودہ ہوتا ہے۔ اس کا تعلق اُن درزہ نما گرہوں کے بننے سے ہوتا ہے جنکا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔

137

یہ مرض عموماً تقیح الدم (پائیمیا) جیسی علامتوں کے ساتھ برابر بڑھتا چلا جاتا ہے

تپش بلند ہوتی ہے لیکن اس میں آثار جڑ ہاؤ ہونا ممکن ہے۔ نبض سریع اور زبان خشک اور بھوری ہوتی ہے۔ نادرہ میں الیبومن ظاہر ہوتا ہے۔ دیکھئے ہذیان (low delirium) کے بعد کوما طاری ہوجاتا ہے، تنفس زیادہ ہوجاتا ہے، اور بالآخر عموماً آغاز مرض سے دو یا تین ہفتوں میں موت واقع ہوجاتی ہے۔

مزمن سراجہ (chronic glanders)۔ اس میں مقامی اعراض کا غلبہ ہوتا ہے۔ یہ ایسے قروح ہوتے ہیں، جن کی کوریں موٹی اور سخت ہوتی ہیں، یا ایسے پھوڑے ہوتے ہیں جو مفاصل کے قریب ہوتے ہیں، یا ایک التہابی ورم جو جلد کے نیچے یا عضلات میں ہوتا ہے۔ ایک قائمی توران بھی واقع ہوسکتا ہے، لیکن یہ حاد قسم کے نسبت زیادہ آہستہ آہستہ نمایاں ہوتا ہے۔ انفی مخاطی جھلی بھی ماؤف ہوسکتی ہے، اور بعض حالتوں میں نحول (emaciation) ہوجاتا ہے، جسکے ساتھ آواز بیٹھی ہوئی اور ایسے ریوی علامات ہوتے ہیں جیسے کہ کھانسی اور نفث الدم (hæmoptysis)۔ مزمن حالتوں کی اوسط مدت چار ماہ بیان کی گئی ہے۔

تشخیص۔ ابتدائی درجوں میں غلطی سے اس مرض پر رثیہ (روماٹزم) یا تپ محرقہ کا اور بعد میں تقیح الدم (پائیمیا) کا گمان ہوسکتا ہے۔ مزمن حالتوں میں آتشک، خنازیر (scrofula) اور سل ریوی (phthisis) سے مشابہت ہوسکتی ہے۔ بیطاری یا حیوانی جراحی میں مشتبہ جانوروں کے اندر میلین (mallein) کا اشراب کرکے تشخیص کی جاتی ہے۔ میلین ان کیمیائی اشیاء پر مشتمل ہے جو سراجہ کے عصیّوں کی مصنوعی کاشتوں میں موجود ہوتی ہیں۔ اگر جانور مرضی ہے تو ایک معین تعامل واقع ہوتا ہے، جسکے ساتھ ارتفاع تپش اسی طرح ہوتا ہے جیسا کہ انسان میں کاخ کی ٹیوبرکیولین (Koch's tuberculin) سے پیدا ہوجاتا ہے (ملاحظہ ہو تشخیص سل ریوی)۔

انذار نہایت ناموافق ہوتا ہے۔ حاد سراجہ سے شفایابی کی صرف چند ہی حالتیں مرقوم ہیں، اور مزمن حالتوں میں سے صرف نصف کے قریب اچھی ہوتی ہیں۔

علاج۔ مؤیّد (supporting) اور مہیّج (stimulating)

ہونا چاہیئے۔ داخلی طور پر کوئینین (quinine) دینی چاہیئے۔ انفی ضرر کا علاج دافع عفونت انتراثات مثلاً کریاسوٹ (creosote)، کاربولک ایسڈ (carbolic acid) آئوڈین (iodine) یا پوٹاسیم پرمینگنیٹ (potassium permanganate) کے غسول سے کرنا چاہیئے۔ جب جلد کے پھوڑے تیار ہو جائیں تو انھیں کھول دینا چاہیئے۔ مزمن حالتوں کے لئے کاربولک ایسڈ، پوٹاسیم آیوڈائڈ (potassium iodide) آرسینک (arsenic) اسٹرکنین (strychnine) اور سوڈیم بنزوایٹ (sodium benzoate) کی سفارش کی گئی ہے۔

سراجہ نما مرض

(MELIOIDOSIS)

یہ ایک شاذ مرض ہے، جو سراجہ سے مشابہ ہوتا ہے اور برما اور ریاستہائے ملایا میں پایا جاتا ہے۔ یہ عصیۂ وٹموری (bacterium whitmori) کے باعث ہوتا ہے، جو عصیۂ سراجہ (B. mallei) سے قریبی مشابہت رکھتا ہے، اور مرنے والے مریضوں کے قارورے، بُساق (sputum) اور جلدی آبلوں میں پایا گیا ہے۔ اس مرض میں متعدد چھوٹے چھوٹے ریوی خراج پیدا ہو جاتے ہیں۔ مرض حاد اسہال اور ہبوط (collapse) سے شروع ہوتا ہے، جو ہیضہ سے مشابہ ہوتے ہیں۔ پھر اس کے بعد عفونۃ الدم اور ریوی اضرار پیدا ہو جاتے ہیں، اور مریض دس روز میں مر جاتا ہے۔ مرض کی زیادہ مزمن شکل میں جلدی خراج، اور پھیپھڑوں، جگر اور طحال میں پیپ کے اجتماعات ہو جاتے ہیں۔

جمرہ

(ANTHRAX)

انتھراکس (جمرہ) کی اصطلاح، جو پہلے کاربنکل (carbuncle) (راج پھوڑے)

کا لاطینی مرادف تھی، اب عام طور پر ایک ایسے مرض کو موسوم کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے
جو مختلف جانوروں کو ماؤف کرتا ہے، اور اُن جانوروں سے انسان میں منتقل ہو جاتا ہے۔
138
جانوروں میں اُسے تپِ طحالی (splenic fever) کہتے ہیں۔ انسان میں اس میں فرانسیسی
مصنفین کا شاربان (charbon) اور انگریزی مصنفین کا میلگننٹ پسچول (malignant
pustule) (قاتحۂ خبیثہ) شامل ہے۔ اس کا ممیز خاصہ ایک عصیّے [جمرہ عصیّہ
= B. anthracis)] کی موجودگی ہے، جو مقامی اضرار، خون، احشاء اور افرازات
کے اندر پایا جا سکتا ہے۔ یہ ایک غیر متحرک، گرام مثبت عصیّہ ہے، جو طول میں ۵ ملی سے
لیکر ۲۰ ملی تک، یعنے ایک خون کے جسیمہ کے قطر سے بہت زیادہ لمبا ہوتا ہے۔ یہ عصیّے
لمبے ہونے کے بعد منقسم ہو کر تعداد میں بڑھتے ہیں۔ جسم کے باہر یہ اپنے اندر ہی بذرے
پیدا کر سکتے ہیں، جو بالآخر آزاد ہو جاتے ہیں۔ ان بذروں کی حیویت (قابلیت حیات)
بہت ہوتی ہے اور یہ تپش کے بڑے تغیرات کے مقابلہ اور مدافعت کی قوت رکھتے
ہیں۔ موافق ماحول میں یہ بذرے عصیّوں کو پھر پیدا کر دیتے ہیں۔

جانوروں میں یہ مرض راست تطعیم سے، غالباً ان حشرات کے کاٹنے یا ڈنک
مارنے سے، یا اُن کتوں کے کاٹنے سے منتقل ہو سکتا ہے جنھوں نے اس مرض سے مرے
ہوئے جانوروں کا گوشت کھا لیا ہو۔ نیز یہ ان جانوروں کے ذریعہ بالواسطہ منتقل
ہوتا ہے، جو مرطوب چراگاہوں میں یا نم زمینوں پہ چرتے ہیں، جہاں ما سبق بیمار شدہ
جانوروں کے ابرازات (dejecta) کے اندر اس کے زوعی دقیق عضویے ایک
فاعلی حالت میں محفوظ رہ گئے ہوں۔ پاسچر کا خیال تھا کہ عصیّوں کے بذرے
جانوروں کی مدفون لاشوں کے گرد تعداد میں بڑھ کر زمین کے کیڑوں کے ذریعہ سے
سطحِ زمین تک پہنچ سکتے ہیں، لیکن کاخ کے بتا کردہ تجربات سے اس کی تصدیق نہیں
ہوئی۔

انسان کے اندر سرایت ایک زندہ جانور سے واقع ہو سکتی ہے، (جیسے کہ
گلہ بانوں، چرواہوں، اور کسانوں میں)، یا جانور کی لاش سے، اور یہ نسبتہً بہت
زیادہ عام ہے۔ مثلاً ذبح کرنے والے، قصاب، اور وہ لوگ جنھیں کھالوں سے
کام پڑتا ہے کسی کھرونچ یا زخم کے ذریعہ سرایت زدہ ہو سکتے ہیں، اور شاذ حالتوں

میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ بیمار جانوروں کا گوشت کھانے سے سرایت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن اکثر اوقات انگلستان میں یہ سرایت دباغوں (چمڑا رنگنے والوں) اور اُن لوگوں میں ہوتی ہے جنھیں بیرونِ ملک سے آئے ہوئے چمڑوں اور کھالوں کو ہاتھ لگانا پڑتا ہے اور اُن میں جو انھیں جانوروں سے حاصل شدہ اُون اور بالوں کا کاروبار کرتے ہیں۔ اس طرح صَوّاف (wool-sorters)، فَرّاء (furriers)، دباغ (tanners) اور دوسرے ایسے ہی پیشہ ور یا تو پھٹی ہوئی جلد کی راہ سے راست تطعیم کے ذریعہ یا اِن اشیاء میں سے نکلے ہوئے گرد و غبار یا اونی ذرات کو سانس میں اندر لینے کے باعث مبتلائے مرض ہو سکتے ہیں۔ بعض حالتوں میں حجامت کے برشوں کے استعمال سے مرض پیدا ہو گیا ہے، بالخصوص جاپانی ساخت کے برشوں سے جو جمرہ (اینتھراکس) کی سرایت رکھنے والے بالوں سے بنے ہوئے تھے۔ شاذ حالتوں میں سرایت ایک انسان سے دوسرے انسان میں راست تماس کے ذریعہ منتقل ہو جاتی ہے۔ کاغذ سازی کے کارخانوں میں کام کرنے والے لتہ چین (rag-sorters) ریوی جمرہ (pulmonary anthrax) میں مبتلا ہو سکتے ہیں، اور جمرہ کا عصبیہ احشار کے اندر پایا گیا ہے۔

تشریحی تغیرات۔ مہلک حالتوں میں ایسے تغیرات کا پایا جانا ممکن ہے جو حاد عفونتی مرض پر دلالت کرتے ہیں۔ تحت المخاطی اور تحت المصلی بافتوں میں، جرمِ قلب اور دوسرے عضلات میں کدمات (ecchymoses)، پھیپھڑوں میں نزف یا تہبیج۔ جگر اور گردوں کا امتلاء دموی اور لینت (softening)۔ طحال ہمیشہ بڑھی ہوئی نہیں ہوتی۔ جب مخصوص ریوی علامتیں موجود ہوتی ہیں تو قصبۃ الریہ اور شعبات کی مخاطی جھلیوں میں امتلاء دموی، پھیپھڑوں یا پلیورا کے نیچے نزفات، عنقی اور شعبی غدد کا ورم اور ساتھ ہی اُن کے اندر اور اُن کے گرد نزف، پلیورائی کہفوں کے اندر سیال، اور گردن اور واسط (میڈیاسٹائنم) میں قصبہ اور واسطی غدد کو گھیرے ہوئے کدم اور جیلاٹینی رشحہ (gelatinous exudation) پایا جاتا ہے۔ معوی قسم میں باریطون کے اندر مصل موجود ہوتا ہے جو اکثر خون آلود ہوتا ہے۔ ماساریقا اور خلف الباریطونی اتصالی بافت میں نیم جیلاٹینی دریز شش

ہوتی ہے امعاء اور معدے کی مخاطی جھلیوں اور تحت المخاطی بافتوں میں امتلاء دموی اور ورم ہوتا ہے، جو ½ تا ۱ انچ کے قطر کی چکتیوں میں ہوتا ہے۔ تراشنے پر یہ چکتیاں گلابی اور بھی مگر سطح پر بے رنگ، یا منسحج (excoriated) یا خون کی ایک جھلی ہوئی تہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ تحت المخاطی اور تحت المصلی نزفات بھی ہوتے ہیں، اور طحال اور ساساریقی اور قطنی غدد اکثر گلائی یا فتہ ہوتے ہیں۔

نزفی التہاب سحایا (hæmorrhagic meningitis) کی بعض حالتیں بھی واقع ہوئی ہیں۔

علامات ۔ اس مرض کی مختلف قسمیں حسب ذیل ہیں:۔ مقامی یا بیرونی جمرہ جو حقیقی خبیث قائحہ (malignant pustule) ہے اور جمری عفونت الدم (anthrax septicæmia) جس میں ایک ریوی اور ایک معدی معوی قسم ہوتی ہے۔ ان آخری دو میں سے کوئی ایک قسم مقامی قسم کے ساتھ مجتمع ہوسکتی ہے۔

خبیث قائحہ (malignant pustule) ۔ سرایت عموماً چہرے، گردن، ہاتھوں یا بازوؤں پر کسی کھرا شیج یا خراشیدگی کے ذریعہ سے واقع ہوتی ہے۔ چند روز یا ممکن ہے کہ صرف چند گھنٹوں کی حضانت کے بعد اس مقام پر کھجلی یا جلن ہوتی ہے، اور احمرار کی ایک چھوٹی سی چکتی نمودار ہوجاتی ہے، جو اس بثرہ سے جو ایک معمولی پِسّو کے کاٹنے سے بنجاتا ہے قدرے بڑی ہوتی ہے اس چکتی کی چوٹی پر ایک چھوٹا سا آبلہ ہوتا ہے۔ یہ بتدریج بڑا ہوکر پھوٹ جاتا ہے اور اس میں سے ایک پتلا سیال خارج ہوتا ہے۔ پھر اس آبلہ کا قاعدہ ایک بھورا یا سیاہ سڑا یا گلا ہوا حصہ (خشکریشہ eschar) بنادیتا ہے، اور آس پاس کی جلد سُرخ، متورم اور متصلب ہوکر ایک ابھار بنادیتی ہے جسکا قطر ½ ۱ تا دو انچ یا زائد ہوتا ہے۔ اس مرکزی سڑے ہوئے حصے (eschar) کے گرد اکثر چھوٹے آبلوں کا ایک حلقہ ہوتا ہے، جن میں مصل بھرا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے گرد کی جلد کچھ فاصلہ تک اُوذیمائی ہو، اور قریب ترین لمفائی غدد بڑھے ہوئے اور الیم ہوں۔ تاہم بیشتر حالتوں میں یہ قائحہ ایسی ممیز شکل نہیں رکھتا، بلکہ گاؤ چیچک (vaccinia) سے

139

مشابہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض تین، چار، یا پانچ دن تک اپنی معمولی تندرستی کی حالت محسوس کرے اور اپنا کام کرتا رہے۔ پھر وہ نیم محموم (feverish) ہوجاتا ہے اور ساتھ ہی اُسے انبطاح یا اُفتادگی (prostration) ہذیان، پسینہ، یا اسہال کی شکایت لاحق ہوجاتی ہے، اور بالآخر بہت سی حالتوں میں ہبوط کے بعد موت واقع ہوجاتی ہے۔ خبیث جمری اُذیما (malignant anthrax oedema) میں کوئی معین قائحہ نہیں بنتا، بلکہ ایک اُذیمائی وَرم ہوجاتا ہے، جو اکثر پپوٹوں کو ماؤف کرتا ہے۔ دیگر لحاظ سے وہ خبیث قائحہ کی طرح ہوتا ہے، اور زیادہ تر جلد ہی مہلک ہوجاتا ہے۔

جمری عفونت الدّم (anthrax septicaemia) مختلف مریضوں میں مختلف ہوتی ہے۔ ابتدائی علامات: عموماً بے چینی، پستی اور خستگی (تحلیل قوت) کا احساس، اور جوارح میں مبہم احساسات۔ پھر یکایک حاد تپ شروع ہوکر کئی معمولی علامتیں پیدا ہوجاتی ہیں، اور مزید برآں شدید انبطاح یا اُفتادگی، تنفس میں مزاحمت، اور سریع ہبوط واقع ہوجاتا ہے۔ ۱۵-۱۹۱۶ء کی دماغی نخاعی تپ (cerebro-spinal fever) کی وبا میں، جمری عفونت الدم (anthrax septicaemia) کے پانچ مریضوں میں دماغی نخاعی تپ کے علامات سے مشابہت ظاہر ہوئی، اور ان میں جمرہ کے عصیّے دماغی نخاعی سیّال کے اندر پائے گئے (Reece)۔

ریوی قسم میں اہم خصائص یہ ہیں کہ سانس دقت کے ساتھ اور رُک رُک کے آتی ہے اور ساتھ ہی ضیق کا احساس، اُزراق (cyanosis) اور شدید انبطاح یا اُفتادگی ہوتی ہے۔ زیادہ کھانسی نہیں ہوتی، اور بجز چند کُعطلات اور تخرخرات (râles and rhonchi) کے دوسرے کوئی طبیعی امارات نہیں ہوتے۔ نفث (expectoration) اگر کچھ ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ خون آلود ہو۔ موت سے پہلے ہذیان اور کوما ہوسکتا ہے، یا ممکن ہے کہ ہوش و حواس آخر تک درست رہیں۔ یہی مرض صوّافین (اُون چننے والوں کا مرض: wool-sorters' disease) ہے جو براڈ فورڈ اور دوسرے مقامات میں دیکھا گیا۔

معدی معوی قسم میں قے، درد شکم اور اسہال ہوتے ہیں، اور اکثر براز میں خون ہوتا ہے، بعض اوقات عسر البلع (dysphagia) یعنی نگلنے میں دقت

ہوتی ہے اور بلغوم اور دہن سے خون آتا ہے۔ تپ خفیف ہوتی ہے لیکن مرض کے اختتام سے پہلے (جو ہمیشہ مہلک ہوتا ہے) بُہر (dyspnœa) اور کبودی (lividity) بےچینی اور صرعی یا کزازی نوعیت کے تشنج ہوتے ہیں ۔

جلدی جمرہ (cutaneous anthrax) کی تشخیص بالکل ابتدائی درجے ہی میں آسان ہے، بشرطیکہ طبیب اُس کے وقوع کے امکان کو ملحوظ خاطر رکھے ۔ جو کچھ ضروری ہے وہ صرف اِسی قدر ہے کہ آبلہ سے لی ہوئی آلود (smear) کو رنگ کر خُردبین کے نیچے امتحان کر لیا جائے ۔ لیکن ممکن ہے کہ مرض کو محض ایک پھنسی سمجھ کر یہ نہ کیا جائے ۔ بعد کے درجے میں یہ گاؤ چیچک (vaccinia) سے مشابہت رکھتا ہے ۔ ریوی اور معوی جمرہ میں تشخیص نسبتہً بہت زیادہ مشکل ہے ۔ لیکن علامات کے ایک غیر معمولی اجتماع (مثلاً تپ اور درد مفاصل) سے شبہ پیدا ہو سکتا ہے ۔ عصیّے خون، قے، نفث، بول یا دماغی نخاعی سیال کے اندر مل سکتے ہیں ۔ لیکن عموماً وہ خون کے اندر چند روز تک نہیں ملتے ۔ تشخیص کی توثیق کے لئے مریض کے افرازات یا خون سے ایک خرگوش، گینی پگ، یا چوہیا کی تطعیم (inoculation) کی جا سکتی ہے ۔ ایسی تطعیم سے اُس جانور میں بُہر (dyspnœa) پیدا ہو جاتا ہے، اُس کی پتلیاں پھیل جاتی ہیں، اور شاید تشنج ہونے لگتے ہیں، اور وہ دو یا تین دن کے اندر مر جاتا ہے ۔ اور اُس کے خون میں اس مرض کے ممیّز عصیّے موجود ملتے ہیں ۔

اِنذار اُن مریضوں میں نہایت ناموافق ہوتا ہے جو بلا علاج چھوڑ دئے گئے ہوں، اور ہلاکت تقریباً ۵۰ فیصدی ہوتی ہے ۔

علاج ۔ خبیث قائحہ (malignant pustule) کی حالت میں صحیح علاج ابتدائی درجوں میں کلّی جراحی استیصال ہے لیکن اگر ضرر اُس ابتدائی بثرہ کے درجے سے جیسا کہ پسّو کے کاٹے ہوئے مقام پر بنجاتا ہے، بہت آگے بڑھ گیا ہو تو جراحی استیصال عمل میں نہیں لانا چاہئے ۔ ماؤف حصّے کو جبائر (splints) یا ریت کی تھیلیوں کے ذریعہ بے حرکت کرکے اُس پر دافع عفونت کسوتے (مرہم پٹی) لگا دینی چاہئے ۔ نیز انٹی انتھراکس سیرم (ضد جمرہ مصل) (مثلاً اسکلاوو کا مصل)

حتی الامکان جلد از جلد دینا ضروری ہے۔ اس کے ۶۰ تا ۸۰ مکعب سمر درون وریدی راہ سے مُشرب کئے جاتے ہیں، اور اگر تفاعل (جو ارتفاع تپش سے ظاہر ہوتا ہے) نمو اور عام حالت میں اصلاح نہ ہوئی ہو تو دوسرے دن ۶۰ مکعب سمر اور دیئے جائیں۔ مصل کی عدم موجودگی میں آرسینو بینزال (arseno-benzol) استعمال کرنا چاہئے۔ براڈ فورڈ میں، جہاں مرض کو جلد تشخیص کرنے کے لئے خاص احتیاطوں سے کام لیا گیا ہے، ہلاکت ۱۶ فیصدی سے گھٹ کر ۵ فیصدی رہ گئی ہے۔

140

منھ کھر کی بیماری

(FOOT-AND-MOUTH DISEASE)

وبائی حیوانی قلاع

(Aphtha epizootica)

مویشی اور بھیڑوں کا یہ مرض کبھی کبھی انسان میں منتقل ہوجاتا ہے۔ مویشی میں مرض کا تمثیلی خاصہ دہن، لبوں اور زبان کی مخاطی جھلی پر آبلوں اور بڑے پھپولوں کا بننا ہے۔ یہ ماؤف حصے متورم ہوجاتے ہیں اور ریق (لعاب دہن) بہتا رہتا ہے۔ آبلے پھوٹ جاتے ہیں اور ایک رمادی تہ باقی رہ جاتی ہے جو اُن کے قاعدے کو ڈھانکے رہتی ہے۔ پاؤں میں کھروں کے کناروں پر بھی آبلے نمودار ہوجاتے ہیں اور یہ قائحی ننگرپٹریاں پیدا کر دیتے ہیں۔ گایوں میں ایسے آبلے بالکھ (udders) اور تھنوں پر بھی بنجاتے ہیں۔ تپ معتدل درجہ کی ہوتی ہے۔ مرض تقریباً دو ہفتے تک جاری رہتا ہے اور اُس کا اختتام عموماً شفایابی کے ساتھ ہوتا ہے، باستثنائے بچھڑوں کے، جن میں سے ۵۰ تا ۷۵ فیصدی ہلاک ہوجاتے ہیں، (جن میں سے بعض التہابِ امعاء کے باعث ہلاک ہوتے ہیں۔

معلوم ہوتا ہے کہ یہ مرض انسان میں راست تطعیم کے ذریعہ، اور سرایت شدہ

گائے کا دودھ پینے سے منتقل ہوتا ہے۔ لیکن جوتوں یا لباس کے ذریعہ بھی ایک انسان سے دوسرے میں منتقل ہوسکتا ہے۔
عضویئے کے متعلق ابھی شبہ ہے، اور اس کے انکشاف کا ایک تازہ دعویٰ غلط ثابت ہوا۔ اس کا قشب باریک ترین مقطاریں سے گزر جاتا ہے۔ زمانۂ حضانت تین سے پانچ دن تک ہے۔ ابتداء خفیف تپ اور عدم اشتہا کی شکایت ہوتی ہے؛ پھر دہن کے اندر اور لبوں، زبان، حلقوم اور سخت تالو پر آبلے نظر آتے ہیں۔ یہ آبلے جسامت میں مٹر کے برابر تک پہنچ جاتے اور غیر شفاف ہوجاتے ہیں اور پھوٹ کر ٹکلے قروح بنادیتے ہیں، جنکا قاعدہ گہرا سُرخ ہوتا ہے۔ لب متورّم ہوجاتے ہیں اور ریق اور مخاط معمول کی نسبت بہت وافر ہوجاتے ہیں۔ چبانے، نگلنے اور بولنے میں کسی قدر درد محسوس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کچھ اسہال اور درد شکم بھی موجود ہو۔
بعض اوقات آبلے انگلیوں پر، بالخصوص ناخنوں کے قریب، بنجاتے ہیں۔ یہ قائحی ہوکر ایک دوسرے سے مل جاتے ہیں، اور ایسے ہی قائحات پاؤں کی انگلیوں اور تلووں پر، اور عورتوں میں بر پستان (ڈھنڈی) پر ہو جاتے ہیں۔ مرض کی مدّت بیس دن سے دو ہفتہ تک ہوتی ہے، اور وہ شاذ ہی ہلاک ہوتا ہے۔

علاج۔ بورکیس (borax)، پوٹاسیم کلوریٹ (potassium chlorate) یا پوٹاسیم پرمینگنیٹ (potassium permanganate) کُلّی کے طور پر استعمال کرنا چاہئے، اور دردناک قروح کو ٹھوس سلور نائٹریٹ (solid silver nitrate) سے چھونا چاہئے۔ ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے ثورانات پر زنک یا لیڈ کے مرہم یا غسولات (zinc or lead ointments or lotions) کھجلی رفع کرنے کے لئے لگانے چاہئیں۔

شعاع فطریت

(ACTINOMYCOSIS)

شعاع فطریت کا نام اُس ورمّاتی سلعی ضرر (granulomatous lesion) کو

دیا گیا ہے، جس سے تشکیلی "کبریتی ذرات" ("sulphur granules") حاصل ہوتے ہیں، جو خالی آنکھ سے نظر آ سکتے ہیں۔ یہ مرض شعاعی فطر (ray fungus) کے باعث ہوتا ہے، جو سبجی شعریہ (streptothrix) کے گروہ (ملاحظہ ہو صفحہ 10) سے تعلق رکھتا ہے اور شعاع فطر مویشیہ (actinomyces bovis) کے نام سے موسوم ہے (Wolff-Israel) ۱۸۷۸ء میں اسرائیل برلنی (Israel of Berlin) نے انسان میں اس مرض کی پہلی وار داتوں کو بیان کیا، اور ۱۸۸۱ء میں پانفک (Ponfick) نے اس مرض کی انسانی حالتوں اور مویشی میں واقع ہونے والی حالتوں کی مماثلت کو ظاہر کر دیا۔

شعاعی فطرات ایسے تودے بناتے ہیں جو خالی آنکھ سے زرد، سبزی مائل زرد، یا خاکستری، چکدار، گردی، ذراتی اجسام بناتے ہیں، جن کو "کبریتی ذرات" ("sulphur granules") کہتے ہیں۔ یہ قطر میں تقریباً نصف تا ایک ملی میٹر ہوتے ہیں اور خردبین کے نیچے باریک گُتھے ہوئے فطری جال کے ڈوروں کے ایک مرکزی تودے اور ایسے عصا نما اجسام کی ایک بیرونی تہ پر مشتمل ہوتے ہیں، جو شعاعی یا نیم قطری صورت میں مرتب ہوتے ہیں اور وہ "شعاعی" منظر پیدا کر دیتے ہیں، جو اس عضویہ کی وجہ تسمیہ ہے۔ یہ سب بیعید جسیمات سے ملفوف ہوتا ہے۔ یہ عضویہ غیر ہوا باش طریقہ سے بڑھتا ہے۔ دوسرے عضویہ بھی بیان کئے گئے ہیں جو جانوروں میں اور کبھی کبھی انسان میں بھی ذراتی سلعی اضرار پیدا کر دیتے ہیں۔ بہر حال بیشتر انسانی وارداتیں شعاع فطر مویشیہ (actinomyces bovis) کے باعث ہوتی ہیں۔ انسان میں اس کی تسبیب کے متعلق دو نظریے ہیں:-

(۱) ہوا باش سبجی شعری عضویئے جو ہوا کے درجۂ تپش میں بالیدگی حاصل کرتے ہیں، دلدلی اضلاع میں گھانسوں میں سے علٰحدہ کئے گئے ہیں۔ قیاس ہے کہ انسان پوال، جو، وغیرہ کھانے سے سرایت زدہ ہو جاتا ہے، اور بعض حالتوں میں، بالخصوص اصطبل کے آدمیوں میں، شعاع فطری سرایت کسی جسم غریب کے ساتھ (جو اکثر ایک جو کا دانہ ہوتا ہے) مؤتلف ہوتی ہے۔ اس کے برعکس سبجی شعریہ (اسٹرپتو تھرکس) انسان کے اندر صرف جسمانی درجۂ تپش پر بالیدگی حاصل کرتا ہے اور

141

foreign body ؎



شکل ۱۲۔ جگر کی بیمی تراش جس میں لخت سپا نجیلی شعاع فطریت کی وجہ سے
شہد کے چھتے کی طرح سوراخدار نظر آرہا ہے۔

غیر ہوا باش ہوتا ہے۔ چنانچہ اسے اُن عضویوں سے، جو ہوا ل میں ملتے ہیں، مختلف ہونا چاہئے۔

(۲) شعاع فطر بوشیہ (actinomyces bovis) ایک گندہ خوشبو ہے جو منہ میں ہوتا ہے، اور بالخصوص عفونت دار (متعفن) دانتوں کے گرد بالیدگی حاصل کرتا ہے۔ اس کا داخلہ منحا طی جھلّی میں چوٹ پہنچنے کے باعث ہوجاتا ہے، اور یہ کسی جسم غریب، مثلاً ایک جو کے دانے یا پوال کی گھاس کے تنکے سے پیدا ہو سکتی ہے۔ مزید برآں اس امر کی سریریاتی شہادت موجود ہے کہ ایک سڑے ہوئے (متعفن) دانت کو کھینچ کر نکال دینے کے بعد شعاع فطریت کا مرض پیدا ہو گیا۔ قصبۃ الریہ کی راہ سے دانت کے اندر آ جانے کے بعد صدری شعاع فطریت (thoracic actinomycosis) پیدا ہو گئی ہے، اور ایک حالت میں ایک مریض میں جس نے اپنے گھونسے سے ایک حریف کا دانت توڑ ڈالا تھا، بُرجمات (knuckles) یعنے ڈگلے سرایت زدہ ہو گئے۔

سرایت کا یہ دوسرا نظریہ زیادہ تر قرینِ قیاس ہے۔

عضویہ جب ایک بار داخل ہو گیا تو وہ غذائی یا تنفسی گزرگاہوں کی سطح کے کسی نقطہ پر چپک جاتا ہے اور پھر عمیق تر حصوں میں داخل ہو کر جسم کے مختلف حصوں میں مقامی اضرار پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اضرار بالخصوص التہابی تغیرات پر مشتمل ہوتے ہیں، جو کم و بیش شدت کے ہوتے ہیں، اور ذرات کے گرد شروع ہو کر بطئی النمو (آہستہ آہستہ بڑھنے والی) رسولیاں بنا دیتے ہیں۔ جو بالآخر منتقیح ہو کر پھوٹ پڑتی ہیں اور مواد خارج کرتی ہیں۔ ایک ہی مقام پر (مثلاً جگر میں) طفیلیہ کی مسلسل بالیدگی اور تکثیر کی وجہ سے بڑی بڑی رسولیاں بن سکتی ہیں، جن کا قطر تین انچ یا زیادہ ہو سکتا ہے اور جو کہفی بافت (cavernous tissue) پر مشتمل ہوتی ہیں، جس کی ہیکلیں یعنی آساہوتی ہیں، مگر اس کی فضاؤں میں پیپ موجود ہوتی ہے اور اس پیپ کے اندر فطر کے زرد زرّاتی تودے بکھرے ہوئے (کھلے کھلے یا غیر گنجان) پڑے ہوتے ہیں۔ مرض کا ایک عجیب خاصہ وہ طریقہ ہے کہ جس سے اضرار بذریعۂ تماس[1] ایک بافت سے دوسری متصلہ بافت میں عموماً دور تک پھیلتے رہتے ہیں۔ لیکن کبھی کبھی طفیلیہ بذریعۂ عروق دور اُفتادہ حصوں میں پہنچ جاتا ہے، اور انتقالِ موضعی[2] (metastasis)

[1] (contiguity) [2] سرِ رح

سے ایک نسبتہً زیادہ پھیلا ہوا اجماؤ واقع ہوجاتا ہے۔ ایک ممیز خاصہ یہ ہے کہ لمفی غدد نہیں ماؤف ہوتے۔

علامات اور تحمر - ان کا انحصار اوّلی حملہ کے محل وقوع پر ہوتا ہے۔

بہت سی حالتوں میں یہ مقام دہن ہوتا ہے، جبکہ عموماً پہلے ایک رسولی نیچے کے جبڑے کی جلد کے نیچے، یا جبڑے کی کور پر دیکھی جاتی ہے۔ یہ رسولی سخت ہوتی ہے، جلد کو نہیں ماؤف کرتی، اپنے تمز میں مزمن ہوتی ہے، وقتاً فوقتاً جسامت میں متغیر ہوتی رہتی ہے، اور بتدریج جبڑے کی کور سے ہجرت کرکے (سرکتی ہوئی) نیچے کے طرف گردن میں پہنچ جانے کا رجحان رکھتی ہے، اور اپنے راستہ میں کچھ عرصہ تک سخت بافت کا ایک تنگ خط چھوڑتی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ انتہائی بافت میں اندمال (cicatrization) واقع ہوکر یہ رسولی جزءً سکڑ جائے۔ لیکن نئے حصے بنتے رہتے ہیں اور بالآخر جلد ماؤف ہوجاتی ہے، مبہم تموّج (fluctuation) محسوس ہوتا ہے، اور ایک پتلا مصلی ریمی یا پو سیّال خارج ہوتا ہے، جس میں "کبریتی ذرات" موجود ہوتے ہیں۔ ایک ناسور (sinus) بنجاتا ہے، جو شاذ ہی بند ہوتا ہے، بلکہ مسلسل منفتح (کھلا) رہتا ہے اور اس کے اندر سے خفیف سا افراز نکلتا رہتا ہے۔ اس امر کی شہادت موجود ہے کہ ان حالتوں میں مرض کا طفیلیہ کسی بوسیدہ دانت میں سے داخل ہوگیا ہے۔ ممکن ہے کہ رسولی جبڑے کے جرم کے اندر بڑھے اور ہڈی کو پھیلا دے۔ جب حملۂ مرض اوپر کے جبڑے میں سے ہوتا ہے تو اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ گال یا کنپٹی میں رسولیاں پیدا ہوجاتی ہیں، اور بلعوم کے ذریعہ سے کھوپڑی کے قاعدے یا واسط (mediastinum) میں مرض کا پھیل جانا ایک ایسا امکان ہے جسکی وجہ سے اوپر کے جبڑے کی ماؤفیت نیچے کے جبڑے کی ماؤفیت کے نسبت زیادہ خطرناک بنجاتی ہے۔ مری (œsophagus) کے چھید جانے سے واسطی خراج (mediastinal abscesses) یا تآکل فقرات (erosion of vertebræ) پیدا ہوگیا ہے۔

142

معوی شعاع فطریت (intestinal actinomycosis) میں، جو بیشتر اوقات اعور (cæcum) اور زائدہ دودیہ (appendix) کو ماؤف کرتی ہے، غشائے

مخاطی اپنی سطح پر سفیدی مائل مادّے کی پھٹکیاں پیش کرتی ہے، جو زرد یا بھورے ذرات سے جھڑی ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ پھٹکیاں قطر میں تقریباً ½ انچ اور دبازت میں ½ انچ ہوتی ہیں اور مخاطی سے مضبوطی سے چپکی ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ مرض معوی دیوار کے جرم میں اورام بھی پیدا کرسکتا ہے اور مخاطی سے کہیں کہیں سے کہفہ بار یطونی کو چھید کر اس کے اندر داخل ہوجاتے یا انضمامات (چپکیوں) کے ذریعہ متصلہ احشاء یا دیوار شکم پر تقریباً کسی بھی نقطہ پر حملہ کردیتے ہیں۔ معوی حالتوں میں جگر اکثر ثانوی طور پر سرایت زدہ ہوجاتا ہے اور پھر اس میں بڑے بڑے ابھرے ہوئے تودے موجود ہوتے ہیں جو متذکرۂ بالا ساخت رکھتے ہیں۔ سریریاتی لحاظ سے ایسی رسولیاں کبدی خراجات کے خصائص پیش کرسکتی ہیں یعنے مخاطی زرد، ابیمت تپ شفتر (remitting fever) اور قشعریرات (rigors)۔

جب شعاع فطریت پھیپھڑوں کو ماؤف کرتی ہے تو علامات شعبی التہاب کے یا ریوی التہاب (ذات الریہ۔ نمونیہ) کے ہوسکتے ہیں۔ اول الذکر حالت میں ممکن ہے کہ گندیدہ شعبی التہاب (putrid bronchitis) سے قریبی مشابہت پائی جائے اور بصاق دو تہوں، ایک اوپر والی مخاطی تہ اور ایک نیچے والی گندلی تہ میں جدا ہوجاتا ہے اور آخر الذکر تہ میں شعاعی فطر موجود ہوتا ہے۔ جب پھیپھڑے کا جرم ماؤف ہوجاتا ہے تو ریوی التہاب (نمونیہ) جکتیوں کی صورت میں واقع ہوتا ہے، مریض کمزور ہوجاتے ہیں اور دبلے ہوجاتے ہیں، اور نفث یا تو گاڑھا اور مخاطی ریمی ہوتا ہے اور اس میں پیلی ذرات موجود ہوتے ہیں یا وہ لزج، نیم شفاف اور ذات الریہی بصاقات کی طرح زنگ آلود (rusty) ہوتا ہے۔ اکثر سل ریوی (تھائسس) سے قریبی مشابہت ہوتی ہے۔ لیکن پھیپھڑوں کے پچھلے اور جانبی حصے ماؤف ہوتے ہیں، راس میں ماؤف نہیں ہوتے۔ اور ظاہر ہے کہ بصاق تو عصیات درنیہ (ٹیوبرکل بیسلائی) سے بالکل مبرا ہوتا ہی ہے۔ اگر التہابی امراض سطح تک پہنچ جاتے ہیں تو وہ التہاب بلیورا (پلیوریسی) یا التہاب گرد قلب (پیری کارڈائٹس) پیدا کردیتے ہیں۔ انصباب (effusion) واقع ہوجاتا ہے یا شش دیوار صدر سے چپک جاتا ہے۔ اور پھر دیوار صدر بھی ماؤف ہوجاتی ہے اور بالآخر سینہ پر نرم منتشر التہابی اورام نمودار ہوجاتے ہیں۔ کسی کسی میں تموج پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ پھوٹ پڑتے ہیں اور ریمی سیّال خارج

کریں جس میں فُطر موجود ہو ۔ نیز ممکن ہے کہ عضویہ کا التہابی راستہ پھیپھڑے سے آگے ڈایافرام میں سے گزرتا ہوا شکم کے اندر، یا ڈایافرام کے پیچھے عضلۂ خصریہ (psoas) اور عضلۂ حرقفیہ (iliacus) تک، یا پسلیوں کے درمیان ہوتا ہوا سطح سینہ تک پھیل جائے۔
اس قسم کی ایک حالت میں جسے پرنگل (Pringle) نے درج کیا ہے اور جس میں جلد ثانوی طور پر ماؤف ہو گئی تھی، پشت سینہ پر بڑی بڑی مُحجّی اسار کو ماٹار لحم سلعہ نما) بالیدیں موجود تھیں، جو حیتی دار، گلابی سرخ اور زرد رنگ کی تھیں ۔ یہ بالیدیں نہایت پتلی جلد سے ڈھکی ہوئی تھیں اور ان میں چھوٹے چھوٹے نقرتی فتحے موجود تھے جن کے اندر سے ایک چکنا سیّال رستا تھا ۔ ان میں ایک ریمی سیّال بھرا ہوا تھا جس میں شعاع فطری ذرّات موجود تھے ۔ یہ اعمال عموماً نہایت آہستہ آہستہ واقع ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ ساتھ مختلف حالتوں میں مختلف مقداروں میں تپ ہوتی ہے
جلد کی اوّلی سرایت نہایت شاذ ہوتی ہے ۔ شعاع فطر مدورا پا (madura foot) کی سفید قسموں میں سے ایک قسم کا سبب ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 143)۔
تسوانی تناسلی خطّہ کی راہ سے بھی سرایت کا واقع ہونا نامعلوم ہے، جس میں مرض کی توسیع بیضین اور فلوپی انبوبات میں ہو گئی ۔

تشخیص ۔ اس مرض کی تشخیص کا خیال ایسے متصلّب اضرار سے پیدا ہو سکتا ہے، جو تقریباً غیر مؤلم اور آہستہ آہستہ ترقی پذیر ہوں، لیکن جن کے گردوپیش کی بافت جس کرنے پر ایک خاص چوبی مزاحمت ("wooden" resistance) پیش کرتی ہو ۔ مرض کی یقینی شناخت صرف اُسی وقت ہو سکتی ہے جبکہ پیپ کے اندر، یا ناسور کی آریجہ دار سطح پر، یا بُصاق اور قارورے سے مُرکبریتی ذرّات موجود ملیں ۔ ان کو تلاش کرنے میں کسی قدر احتیاط کی ضرورت ہے ۔ پیپ کے چند قطرے لیکر انہیں ایک امتحانی نلی میں جو پانی سے آدھی بھری ہوئی ہو، ڈاٹ لگا کر زور سے ہلایا جائے اور پھر نلی کو روشنی کے سامنے رکھ کر دیکھا جائے تو ذرّات نظر آ جائیں گے ۔ پھر ان میں سے ایک ذرّہ کو شریحہ پر رکھکر اُسے ایک شیشۂ محافظ سے آہستہ سے دبا کر پچکل لیا جاتا ہے ۔ اب (خردبین کی) ادنی طاقت سے میز متشعّع (شعاعوں کی طرح پھیلنے والی

والی) ساخت نظر آجائے گی۔ اب ذرہ کو اور زیادہ دبا کر کچلنے سے ممکن ہے کہ فطری میسلی کے ریشے (mycclial filaments) بھی نظر آجائیں۔ یہ طریقہ گرام سے کسی قدر بخوبی طور پر رنگ قبول کرتے ہیں۔ بالآخر عضو سے لی اہوا باش کا تشیما (anaerobic cultures) تیار کرلینی چاہئیں۔ دماغ کی شعاع فطریت کی شناخت وخز قطنی (lambar puncture) کے ذریعہ کی گئی ہے کیونکہ دماغی نخاعی سیال میں کے تقل (ذرّد) کے اندر خوردبین سے فطر شناخت کرلیا جاتا ہے۔

اِنذار۔ اُن دس مریضوں میں سے جن میں چہرہ یا گردن ماؤف ہوئی تھی ۹ کو شفا ہوگئی، لیکن صدری اور شکمی شعاع فطریت کی حالتوں میں انذار بُرا ہوتا ہے -(Colebrook)

143

علاج۔ اگر ممکن ہو تو پہلے جراحی تدابیر اختیار کی جائیں اور رسولیوں کے اندر متعدد شگاف دیکر اریکہ دار سطحوں کو بجائے ایک تیز مجرف (curelte) سے کھرچنے کے جس سے گردوپیش کی تندرست بافت مجروح ہوجاتی ہے پسندیدہ تر یہ ہے کہ خشک گاز کے پھاروں (gauze swabs) سے رگڑ کر خوب صاف کر دیا جائے۔ شعاع فطریت کے علاج میں پوٹاسیئم آیوڈائڈ نہایت قوی اثر رکھتا ہے اور اس کے استعمال سے نہایت حیرتناک نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اسے روزانہ دو، تین، یا چار ڈرام کی حد تک دینا چاہیئے، اور دو یا تین خوراکوں میں یا زیادہ فاصلوں سے دینے کے بجائے بہتر یہ ہے کہ اُسے چوبیس گھنٹوں میں دو یا تین گھنٹوں کے مختصر فاصلوں سے دیا جائے (ملاحظہ ہو صفحہ 120)۔ مُجدرِ بنات (vaccines) اور آرسینو بنزال (arseno-benzol) دوسری ادویہ ہیں جنکا استعمال کیا گیا ہے عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) بھی مفید ہوتا ہے۔

مدورا پا

(MADURA FOOT)

یہ مرض، جو ہندوستان کا فطری مرض ہے، دنیا کے متعدد حصوں میں ہوتا ہے، لیکن زیادہ خاص طور پر مداریی حصوں میں پایا جاتا ہے۔

یہ پاؤں کے اندر ایک قسم کے فطر [فطراتِ غزلیہ یا جالہ دار فطرات (hyphomycetæ) یا حقلی فطرات (ascomycetæ)] کے داخل ہو جانے اور اس کے بعد وہاں اس کی بالیدگی واقع ہو جانے کے باعث ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مقام ماؤف پر اربیکی بافت (granulation tissue) پیدا ہو جاتی ہے، تقیح واقع ہوتا ہے، اور نرم حصے بلکہ ہڈیاں تک تلف ہو جاتی ہیں۔ ابتداءِ مرض میں جلد ہی نالہ بنکر سطح پر کھلتے ہیں جنکے اندر سے پیپ اور ذرات (sclerotia یعنی صلابیتے) خارج ہوتے رہتے ہیں، جو مرض کی قسم کے لحاظ سے یا تو سیاہ اور گہرے بھورے یا سپید یا زردی مائل سپید رنگ کے ہوتے ہیں۔ ذرات جسامت میں ایک الپین کے سر سے مٹر کے برابر تک مختلف ہوتے ہیں، اور شاخدار فطری جال کے دھاگوں کے تودوں پر مشتمل ہوتے ہیں، اور یہ دھاگے اکثر ایک شعاعی ترتیب رکھتے ہیں۔ اس فطر کی کئی انواع بیان کی گئی ہیں۔ سب سے زیادہ معروف مدوریۂ فطر سلعی (madurella mycetomi) یا مدورائی سنجی شعریہ (streptothrix maduræ) ہے، جس کے ذرات سیاہ یا گہرے بھورے رنگ کے اور قطر میں ۱ تا ۲ ملی میٹر ہوتے ہیں۔ سپید قسموں میں سے ایک قسم درحقیقت شعاع فطریت کی ہے اور اسی فطر کے باعث ہوتی ہے۔ ایک تمثیلی حالت سے حاصل شدہ سنجی شعریہ (اسٹریپٹوتھرکس) کی تطعیم بسند رہیں کرنے سے یہ مرض تجربۃً بندروں کے پاؤں میں پیدا کر لیا گیا ہے۔

انسان میں پاؤں متورم ہو جاتا ہے۔ اخمصی محراب (plantar arch) پُر ہو کر محدب ہو جاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پاؤں کی انگلیاں زمین سے اٹھی ہوئی

ہوتی ہیں۔ جلد سیاہ پڑ جاتی ہے اور سطح پر کثیر التعداد گرہیں اور فتحے ظاہر ہو جاتے ہیں جن کے سبب اور زوائدات خارج ہوتے ہیں۔ یہ فتحات گہرے داخل ہونے والے ناسوروں میں بدل جاتے ہیں۔

بعض اوقات ہاتھ بھی اسی طرح ماؤف ہو جاتا ہے، لیکن باستثنائے شعاع فطری قسم کے یہ مرض عموماً نہیں پھیلتا ہے۔ علاج صرف یہی ہیں کہ ابتدائی درجہ میں بافت کا استیصال (excision) کر دیا جائے، یا جب مرض وسیع ہو تو عمل بتر (amputation) کے ذریعہ پاؤں کاٹ دیا جائے۔

بذر شعریت

(Sporotrichosis)

مرض کی اس قسم میں جلد عموماً کسی زخم یا کھرینچ کی راہ سے فطرات عزلیہ یعنی جالہ دار فطرات (hyphomycetæ) کے فصیلہ کے ایک عضویہ سے (جو بیوری مائی بذر شعریہ sporotrichum beurmanni کے نام سے مشہور ہے) سرایت زدہ ہو جاتی ہے۔ یہ مرض انگلستان میں اکثر نہیں پایا جاتا۔ ابتداءً یہ ۱۸۹۸ء میں امریکہ میں بیان کیا گیا اور مرض کی بہت سی اور امثال فرانس اور یورپ کے دوسرے حصوں میں، نیز برازیل، دمشق اور سوڈان میں ہوئی ہیں۔

سرایت کے ایک یا دو ہفتے بعد متعدد دنبیاں یا چھوٹے چھوٹے اورام بازو پر عمودی دار یا جسم کے دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں۔ یہ جلدی اور سخت ابحالی بافت کے اندر ہی سے لیکر سپاری کی جسامت تک کی سخت گلابی گرہیں بنا دیتے ہیں، اور بالآخر نرم اور متقیح ہو جاتے ہیں یا پھوڑے بنا دیتے ہیں۔ یہ مخاطی جھلیوں، عضلات، مفاصل، بربخ (epididymis) اور گردے وغیرہ میں بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ عموماً لمفی غدد کی کلانی نہیں ہوتی۔ بیرونی اورام اپنی شکل میں یا تو درنی گرہوں سے قریبی مشابہت ظاہر کرتے ہیں اور یا ممکن ہے کہ مرض کا نسیانی طریقہ کی بنیاد ان کی شناخت ناممکن ہو۔ خود بن

۱؎ (tubercular nodules) ۲؎ (syphilitic gumma)

سے دیکھنے پر یہ گرینولو میٹس بافت (granulomatous tissue) پر مشتمل ہوتی ہے، جس میں سر حلیہ آسا خلیے، حفرتی خلیے، اکثر الاشکال نواتی سپید خلیے، اور بذروں کے گروہ موجود ہوتے ہیں۔ مناسب وسائط پر کاشت کرنے سے فطری جال کی ایک نمد جیسی بناوٹ مع بذروں کے حاصل ہو سکتی ہے۔

عام صحت کم متاثر ہوتی ہے۔ لیکن اگر مقامی اضرار کا علاج نہ کیا جائے تو وہ طویل المدت ثابت ہوتے ہیں۔

144

علاج۔ پوٹاسیئم آیوڈائڈ کے ذریعہ علاج کرنے سے مرض جلد متاثر ہوتا ہے۔ اس دوا کو روزانہ ایک ڈرام سے کم نہیں دینا چاہئے، اور مقامی اضرار کا تکمیدۂ (مرہم پٹی) ایک محلول سے کرنا چاہئے، جس میں آیوڈین ۱ حصہ، پوٹاسیئم آیوڈائڈ ۱۰ حصے، اور پانی ۱۰۰ حصے شامل ہوں۔

اسفرجلوسیت

(Aspergillosis)

ایک اور فُطر جو انسان میں خطرناک مرض پیدا کر سکتا ہے، مذخینی اسفرجلوس (aspergillus fumigatus) ہے جو مخمّنی فُطرات (ascomycetæ) کے فصیلہ سے تعلق رکھتا ہے۔ یہ پھیپھڑوں کے اندر بالیدگی حاصل کر کے متجبّن (easeating) اور متقیّح (suppurative) اضرار پیدا کر سکتا ہے۔ یہ مرض ایک شاذ حالت کے طور پر کبوتروں کو غذا کھلانے والوں میں اس وجہ سے پیدا ہو سکتا ہے کہ یہ فطر ان بیج یا دانہ کے اندر موجود ہوتا ہے جسے غذا کھلانے والا اپنے منہ کے اندر رکھتا اور پھر کبوتر کے منہ میں منتقل کر دیتا ہے۔ یہ اضرار تدرّن کے اضرار کی طرح ہوتے ہیں، اور ان میں رفتارِ ترقی اور بافتوں کی مزاحمت کے لحاظ سے کہفے، لیفی تغیرات، یا انتفاخ (emphysema) پایا جاتا ہے۔ اور علامات مرض ضیقِ تنفّس (dyspnœa)، کھانسی

(pigeon-feeders) اے (dressing) اے (media) اے

نفث (expectoration) اور نفث الدّم (hæmoptysis) ہوتے ہیں۔ یہ نظر جسم کے دوسرے حصوں میں نہیں پھیلتا، اور ممکن ہے کہ شفایابی خود بخود واقع ہو جائے۔
بعض اوقات اسفر جلوس آنکھ، کان اور ناک کے اندر، زخموں اور قروح پر، جلد پر (مرض پنٹا pinta کے بعض اقسام)، اور پاؤں کی بافتوں میں (مدورا پا کی ایک قسم) بالیدگی حاصل کرتا ہے۔

تپ موش گزیدگی (چوہے کاٹے کا بخار)

(RAT-BITE FEVER)

(حمّیٰ لدغ الفار)

یہ مرض جو چین اور جاپان میں ہوتا ہے [جہاں وہ سوکوڈو (sokodu) اور سوکوشو (sokosho) کے ناموں سے موسوم ہے] حال ہی میں سلطنت متحدہ، امریکا، اٹلی، فرانس، اور ہسپانیہ میں شناخت کیا گیا ہے۔ یہ مرض سرایت زدہ چوہے کے کاٹنے (لدغ) سے منتقل ہوتا ہے، اور سفید نیولے (ferret) یا بلی کے کاٹنے کے بعد بھی ہو جاتا ہے۔
کاٹنے کے بعد زخم طبعی طور پر مندمل ہو جاتا ہے، لیکن چھ یا آٹھ ہفتوں کے زمانۂ حضانت کے بعد اس زخم میں درد پیدا ہو جاتا ہے، ماؤف حصّے متورّم ہو جاتے ہیں، آس پاس آبلے بن جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اس کے بعد تقرّح اور انخشاف (sloughing) بھی واقع ہو جائے۔ اس کے ساتھ ہی مریض کو دورۂ قشعریرہ، متلی اور قے، اور بعض اوقات حلق میں خراش ہو جاتی ہے اور آواز بیٹھ جاتی ہے۔ تپش ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجے تک بلند ہو جاتی اور عموماً چار دن تک مسلسل بلند رہتی ہے لیکن یہ عرصہ بارہ دن کا طول کھینچ سکتا ہے جس کے بعد تپش کم ہو کر طبعی درجہ پر آ جاتی ہے۔ اکثر جسم، چہرے اور جوارح پر ایک احمراری ثوران چکتیوں کی صورت میں پیدا ہوتا ہے (رشحی احمرار = erythema exudativum)۔ ممکن ہے کہ لمفی غدد متورّم ہو جائیں، اور کثرت خلیات بیضا

(leucocytosis) یہاں تک ہو کہ اُن کی تعداد تئیس ہزار تک پہنچ جائے، لیکن طحال کی کلانی نہیں ہوتی۔ دو سے لیکر سات یا آٹھ دن کے وقفے کے بعد تپ کا دوسرا حملہ پہلے حملہ کی طرح ہوتا ہے۔ اور تپ کے یہ حملے کئی ہفتوں تک مکرر ہوتے رہیں، بلکہ ممکن ہے کہ مہینوں اور برسوں تک ہوتے رہیں۔ تشخیص کی تصدیق اس طرح کی جا سکتی ہے کہ ایک متورم لمفی غدہ کے اندر عقیم مائع نمکین (sterile saline) کا اشراب کرکے پھر اس میں سے کچھ غددی رس نکال کر اُس کا امتحان کیا جائے۔ ممکن ہے کہ تاریک پس منظری تنویر (dark-ground illumination) سے اس میں مرغولیچے (spirilla) دکھلائی دیں۔ یہ عضویہ جسے پہلے ایک پیچ مویہ (spirochæte) خیال کیا جاتا تھا، اب اسپائرلم مائینس (spirillum minus) (مرغولیچۂ موش گزیدگی =S. morsusrauris) کے نام سے مشہور ہے۔ کہتے ہیں کہ اس مرض میں شرح اموات ۱۰ فیصدی ہے۔ آرسینو بینزال (arseno-benzol) یا نوارسینو بینزال (novarseno benzol) کا استعمال وریدی راہ سے کیا جائے تو ان دواؤں کا اس مرض پر ایک نوعی اثر (مخصوص طور پر شفا بخش اثر) ہوتا ہے۔ اکثر اوقات نوارسینو بینزال کی ۶ء۰ گرام کا ایک اشراب کافی ہوتا ہے۔ اگر ضروری ہو تو اُسے چند روز کے فاصلہ سے مکرر دیا جا سکتا ہے۔

حمّیٰ ناکسہ یا تپِ راجعہ

(RELAPSING FEVER)

(Febris recurrens; spirochætosis recurrens)

تپ راجعہ ایک نوعی متعدی مرض ہے، جو عموماً وباؤں کی صورت میں ہوتا ہے اور کسی طفح (rash) سے ممیّز نہیں ہوتا (یعنی اس میں جلد پر کسی قسم کے دانے نہیں نکلتے) بلکہ یہ ایک مختصر عرصہ کی تپ ہوتی ہے جو چھ یا سات دن میں یکایک ختم ہو کر تقریباً ایک ہفتہ کے وقفہ کے بعد اسی نوعیت کے ایک نُکس (relapse) سے ممتاز ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ تپ راجعہ کا حملہ ہر عمر میں اور دونوں صنفوں پر ہو سکتا ہے، اگرچہ مذکور مریض نسبتہً زیادہ تعداد میں (دو کے مقابلہ میں تین) ہوتے ہیں۔ جزائر برطانیہ میں اس کی وبائیں سالہا سال پہلے ہوئی ہیں لیکن اب یہ جب تک کہ ملاحوں کے ذریعہ بیرون سے لایا گیا ہو، یہاں شاذ ہی دیکھا جاتا ہے۔ لیکن یہ ہندوستان، روس، اور امریکہ میں ہوتا ہے۔ افریقہ اور وسطی امریکہ میں اس مرض کی ایک خاص قسم ہوتی ہے (دیکھیے ملاحظہ ہو)۔

یورپ کی تپ راجعہ کا دقیق عضویہ ایک پیچ خیطیہ (spironeme) ہے جسے پہلے اوبر میئر (Obermeier) نے ۱۸۷۳ء میں خون کے اندر دریافت کیا اور وہ پیچ خیطیہ اوبر میئر (spironema obermeieri) یا پیچ خیطیہ راجعہ (S. recurrentis) کے نام سے موسوم ہے۔ پہلے خیال کیا جاتا تھا کہ دنیا کے مختلف حصوں میں اس مرض کی مختلف پر ریاتی قسمیں پیدا کرنے والے عضویے شکلیاتی لحاظ سے جداگانہ ہوتے ہیں، لیکن دراصل ایسا نہیں ہوتا۔ پیچ خیطیہ راجعہ جیسا کہ عموماً نظر آتا ہے ایک نہایت باریک دھاگا ہوتا ہے جس کا طول ۱۰ مائکرون سے ۔ ۳ مائکرون تک وعرض ۱۵ مائکرون ہوتا ہے۔ وہ لولبی طور پر مرغولدار یعنی پیچ پیچ ہوتا ہے اور ہمیشہ ایک تدویری یا تازیانہ نما حرکت کرتا رہتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیچ خیطیے ایک دوسرے سے چپک کر تودے (انبار) بنا دیں یا وہ جبیات دمویہ سے منفرد آ یا بہت سے ملکر ایک گچھے نما صورت میں چپک جاتے ہیں۔ خون کے اندر ان کی مقدار مرض کے مختلف درجوں میں بدلتی رہتی ہے۔ دوروں کے دوران میں ہمیشہ موجود رہتے ہیں، اور اکثر اوقات جیسے جیسے تپ میں ترقی ہوتی ہے ان کی تعداد گھٹتی جاتی ہے، لیکن بلند ترین تپش کے زمانہ کے قریب اور بحران سے عین پہلے ان کی تعداد میں کمی ہونا شروع ہوتی ہے۔ بحران کے اختتام تک یہ خون سے بالکل غائب ہو چکے ہوتے ہیں اور دوسرے نکس کے قریب تک غائب ہی رہتے ہیں۔ اس مرض میں مبتلا مریضوں کے خون کی تطعیم سے انسان اور بندر دونوں میں سرایت پہنچائی گئی ہے۔ سرایت غالباً حشرات کے ذریعے واقع ہوتی ہے؛ اور ہندوستان، روس، شمالی امریکہ میں ان امر کی بابت قرینی شہادت ملتی ہے کہ یہ پیچ خیطیے جوؤں (lice) کے ذریعے منتقل ہوتے ہیں اور کھٹملوں کے جسموں میں بعض اوقات بھی پائے گئے ہیں۔ لیکن ایسی شہادت وسطی اور جنوبی

امریکہ میں نہیں پائی جاتی۔

وسطی افریقہ کی تپ قرادی (tick fever) بھی ایک تپ راجعہ ہے لیکن اس میں تپ کے عرصے صرف دو یا تین دن تک کے ہوتے ہیں، یعنے وہ بہ نسبت ان عرصوں کے جنکا بیان آگے درج ہے کم مدت کے ہوتے ہیں۔ یہ مرض پیچ خیطیہ ڈٹونی (S. duttoni) کے باعث ہوتا ہے جو ایک شخص سے دوسرے شخص میں قراد یا کلی (ornithodorous moubata = قراد الطیور) کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے۔ سرایت اس وقت ہوتی ہے جبکہ کلی خون چوستی ہے، کیونکہ اس کے جسم کے سرایت زدہ افرازات کا کچھ حصہ اس کے کاٹنے کے مقام پر لگ جاتا ہے۔ خود کلی اس انسانی خون کو پینے کی وجہ سے جس میں پیچ خیطیے موجود ہوتے ہیں، سرایت زدہ ہو جاتی ہے۔ یہ پیچ خیطیے کلی کے جسم کے اندر چھوٹے ذرّات میں منتشر ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ ذرّات کلیوں کی دوسری پُشت میں منتقل ہو جائیں۔ بعض حالات کے تحت ممکن ہے کہ یہ ذرّات اندر لئے جانے کے تقریباً دس روز بعد پھر چھوٹے چھوٹے پیچ خیطیوں میں تبدیل ہو جائیں اور یہ کلی کی عمر بھر اسی شکل میں باقی رہنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ یہ خیال کرنے کے لئے وجہ موجود ہے کہ یہی شکل، یا اس سے عین پہلے کا ذرّاتی درجہ انسانی موضوع کے لئے نہایت ساری (سرایت رساں) ہے۔ اغلب ہے کہ انسان میں نکس پیچ خیطیوں کی ان تازہ فصلوں کے نمو کے باعث ہوتا ہے جو پہلا حملہ کرنے والے پیچ خیطیوں سے غالباً طحال میں بنے ہوئے ذرّات سے پیدا ہو جاتی ہیں (لیشمان)۔ قرادی تپ کی ایرانی قسم پیچ خیطیہ بربری (spironema berberum) کے باعث ہوتی ہے۔ وسطی امریکہ میں پیچ خیطیہ (پیچ خیطیہ وینی زوئیلائی = S. venezuelense) کلیون {O. talaje = قراد تلاجی اور Ornithodorous venezuelensis = قراد وینی زوئیلائی} سے منتقل ہوتا ہے۔ کسی قدر حامل سرگذشت حیات پیچ خیطیۂ راجعہ (S. recurrentis) کی حالت میں جوں (louse) کے اندر دریافت کی گئی ہے لیکن اس صورت میں سرایت موروثی طور پر اولاد میں منتقل نہیں ہوتی۔

مرضی تشریح۔ کوئی نوعی یا مستقل ضرر نہیں پایا جاتا، باستثنائے خون

کی اُس حالت کے جو پہلے بیان کی گئی ہے۔ کلانی یافتہ طحال میں، جس کے پائے جانے کا امکان بالخصوص اُس وقت ہوتا ہے جبکہ موت دَورے کے دوران میں واقع ہوجائے، بعض اوقات اِنعامات (infarctions) اور نسبتہً شاذ حالتوں میں چھوٹے چھوٹے پھوڑے پائے جاتے ہیں۔ عموماً جگر بھی بڑھا ہوا، سخت، اور خون سے گرانبار پایا جاتا ہے، لیکن یرقان کی توضیح ہمیشہ جگر کی ساخت کے کسی تغیّر سے، یا اُس کی قنات کے صریح تسدّد سے نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ گردے مختلی ہوں۔ دوسری امراضیاتی حالتوں کا تذکرہ پیچیدگیوں کے بیان میں کیا گیا ہے۔

علامات اور عمر۔ زمانۂ حضانت دو دن سے لیکر سولہ دن تک مختلف ہوتا ہے، لیکن اِس کو معلوم کرنے کی غرض سے جن حالتوں کا امتحان کیا گیا اُن کے بڑے تناسب میں وہ نو دن سے کم پایا گیا۔ تپ یکایک جاڑے یا قشعریرہ کے ساتھ شروع ہوکر ازاں بعد جلد ہی صداعِ جبہی (frontal headache) شروع ہوجاتا ہے، اور پُشت اور جوارح میں درد ہوتے ہیں۔ تھوڑے عرصے بعد جاڑے کے بجائے گرمی کا احساس ہونے لگتا ہے، جلد خشک ہوکر تمتمانے لگتی ہے، اور دردِ سر اور جوارح کے دردوں میں زیادتی ہوجاتی ہے۔ تپش پہلے دن ۱۰۲ء۵ یا ۳۔ ۱۰ درجہ یا اور بھی زیادہ بلند ہوسکتی ہے۔ مریض جلد ہی صاحبِ فراش ہوجاتا ہے اور اُسے شدید تشنگی کے ساتھ عدمِ اشتہا اور شاید متلی اور قے کی شکایت ہوجاتی ہے، چہرہ سُرخ ہوکر تمتما اُٹھتا ہے اور زبان پر فَرو (fur) کی ایک ہوئی سپید تہہ جم جاتی ہے۔ تپش مسلسل بلند رہتی ہے اور شب کے وقت ۱۰۴، ۱۰۵ یا ۱۰۶ درجہ تک پہنچ جاتی ہے، اگرچہ صبح کے وقت اکثر ایک درجہ گر جاتی ہے۔

ممکن ہے کہ اِس کے ساتھ گاہے ماہے قشعریرہ ہوجاتا ہو، اور بکثرت پسینہ آنا بھی شاذ نہیں۔ نبض تیز، ۱۱۰ سے لیکر ۱۲۰ تک، اور تنفّس تیز ہوکر تیس یا اِس سے بھی زائد ہوجاتے ہیں۔ جوئیں موسمِ سرما میں زیادہ عام ہوتی ہیں، اور اِس مرض کی وبائیں بھی سالی کے نسبتہً سرد حصّوں ہی میں ہوا کرتی ہیں۔ ہندوستان میں موسمِ گرما کا زمانہ جوؤں کو ہلاک کردیتا اور اسی واسطے اِس کی وبا کو روک دیتا ہے، جو آئندہ موسمِ بہار میں پھر شروع ہوجاتی ہے۔ سرایت تپِ راجعہ کے مریضوں ہی سے براہِ راست بہ آسانی

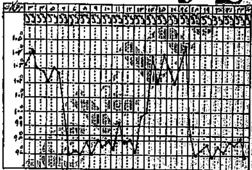
146

واقع ہوجاتی ہے' اور نرسوں (تیمار دار عورتوں) اور ماہرین جرثومیات کو یہ مرض تمام جوؤں کے تلف ہوجانے کے بعد بھی مریضوں کے خون' ابرازات (فضلات) سانس میں کے ریقی قطیروں (droplets of saliva) وغیرہ سے ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں یرقان موجود ہوتا ہے' لیکن یہ اکثر خفیف ہوتا ہے۔ ایسی صورتوں میں بول صفرا سے ملوّن ہوتا ہے' لیکن براز کا رنگ طبعی (معمولی) ہوتا ہے۔ اکثر اوقات کبدی اور طحالی خطوں میں الیمیت ہوتی ہے اور جگر اور طحال دونوں بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ بعض اوقات لبوں کا نملہ (herpes) خوب نمایاں ہوتا ہے۔

بول نہایت تغیر پذیر ہوتا ہے اور اس کی مقدار غذا' قے' اور پسینہ آنے سے متاثر ہوتی ہے۔ تپ کے عروج کے زمانہ میں کلورائڈز (chlorides) کم ہوجاتے ہیں' اور کبھی کبھی البیومین کی تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے۔ بعض اوقات رعاف (epistaxis) (نکسیر پھوٹنا) ہوتا ہے۔ اگرچہ کوئی تمثیلی طفح نہیں ہوتا' تاہم بعض حالتوں میں ایسا تو دیکھا گیا ہے' جو یا تو گردی اور البیین کے سر کی جسامت کے گلابی لطخات (maculæ) کا ہوتا ہے یا نمشہ (petechiæ) کا' اور ممکن ہے کہ نزفی فرفریا (purpura hæmorrhagica) اور دَم بولیت (hæmaturia) (بول دموی) ہو۔

تقریباً چھٹے دن تک حالت زیادہ تر ایک جیسی رہتی ہے۔ عموماً مریض کو صرف تھوڑی سی ہی نیند آتی ہے اُسے شدید عضلی درد اور مفصلی التہابی درد (arthritic pains) ہوتے ہیں۔ اُس کے حواس عموماً خاتمہ کے قریب تک بالکل درست رہتے ہیں۔ مگر بالآخر وہ ہذیان میں مبتلا ہوجاتا ہے۔ بعض وباؤں میں ہذیان ایک ابتدائی علامت کے طور پر دیکھا گیا ہے' اور سحائی التہاب دماغ (meningo-encephalitis) کے علامات اور ساتھ ہی عارضی شلل پایا گیا' بالخصوص وسطی افریقہ والی قسم (قرادی تپ = tick fever) میں۔ اس قسم میں التہاب قزحیہ (iritis) ایک کثیر الوقوع پیچیدگی ہے۔ ایسی صورت میں تمام عمومی حالات میں اشتداد واقع ہوجاتا ہے' نبض تیز ہوکر ۱۲۰ تک' تنفس ۱۴۰ تک ہوجاتے ہیں' تپش چند ہی گھنٹوں میں ۱۰۶،۱۰۷ بلکہ ۱۰۸ درجہ تک بلند ہوجاتی ہے۔ چہرہ سرخ تمتمایا ہوا اور زبان خشک یا بھوری ہوجاتی ہے' اور ہذیان زیادہ ہوجاتا ہے۔ اور پھر دفعۃً بحران واقع ہوتا ہے۔ پسینہ چھوٹنے لگتا ہے اور جلد ہی اس کی بہت کثرت

ہو جاتی ہے۔ تپش، نبض اور تنفس بسرعت کم ہو جاتے ہیں۔ چند گھنٹوں میں تپش ۹۸، ۹۷ یا ۹۶ درجے ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۱۳)، نبض ۸۰ یا اس سے بھی کم ہوتی ہے، جلد تر اور زبان صاف ہوتی ہے اور مریض کا ہذیان رفع ہو جاتا ہے۔ اور بجز اس کے کہ اسے کمزوری



صبح
شام



شکل ۱۳۔ حمی ناکسہ میں تپش

محسوس ہوتی ہے ممکن ہے کہ وہ خود کو نسبتاً اچھا بتلائے۔ لیکن جب تپش بہت زیادہ گر جائے (کم ہو جائے) (اور ممکن ہے کہ یہ بارہ گھنٹے میں ۱۰ درجہ یا ۱۲ درجہ گر جائے) اور پسینہ افراط آ جائے تو ممکن ہے کہ چند گھنٹوں تک شدید ہبوط (collapse) رہے بالخصوص بوڑھے مریضوں میں۔ بعض اوقات بحران کے ساتھ اسہال یا رعاف ہوتا ہے۔ اس نقطہ سے آگے شفایابی نہایت سریع ہوتی ہے۔ تپش جو تحت الطبعی ہو گئی ہے پھر طبعی پر آ جاتی ہے۔ مریض کو جلد ہی شدت کے ساتھ بھوک لگتی ہے اور طاقت اس قدر جلد عود کر آتی ہے کہ وہ تین یا چار دن میں کھڑا ہو جاتا ہے۔ درحقیقت وہ کامل طور پر ناقہ (convalescent) معلوم ہوتا ہے یہاں تک کہ یکایک تقریباً چودھویں دن ابتدائی حملے کے اختتام سے ایک ہفتہ کے بعد پھر لرزہ اور تپ کا حملہ ہوتا ہے اور اس کے ساتھ ہی سارا سلسلہ پھر شروع ہو جاتا ہے۔ تپش ویسی ہی بلند ہو جاتی ہے، سر، پشت اور جوارح میں درد ویسے ہی در دمند ہو گئے ہیں اور بے خوابی کی شکایت ہو جاتی ہے۔ چند

روز کے بعد پھر دوسرا بحران واقع ہوتا ہے اور بکثرت پسینہ آکر تپ یکایک موقوف ہوجاتی ہے۔ بعض مریضوں میں دوسرا نکس (relapse) ہوتا ہے بلکہ بعضوں میں تیسرا، چوتھا یا پانچواں نکس تک واقع ہوتا ہے۔ لیکن اس آخرالذکر قسم کی حالتیں نسبتہً بہت کم ہوتی ہیں۔ اس کے برعکس بعض مریضوں میں سرے سے کوئی نکس ہوتا ہی نہیں۔ نہایت عام طور پر یہ ہوتا ہے کہ نکس پہلے حملہ کے نسبتاً کسی قدر کم مدت کا ہوتا ہے اور اوسطاً چار سے پانچ دن تک جاری رہتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ صرف دو یا تین ہی دن کا ہو۔ اکثر وہ پہلے حملے کے نسبت خفیف تر ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ صرف نبض اور تپش کی خفیف سی زیادتی اور عام کسلمندی سے ظاہر ہو۔ لیکن نکس زیادہ شدید بھی ہوسکتا ہے، بلکہ حقیقت الامر یہ ہے کہ دوران نکس میں چند موتیں بھی واقع ہوجاتی ہیں۔ تپ راجعہ کے بعد نقاہت اکثر نہایت سست رفتار ہوتی ہے۔ اس ملک میں یہ مرض ٹائفس یا تپ محرقہ دونوں کے نسبت بہت کم ہلاک ہوتا ہے اور اس کی شرح ہلاکت ۴ فیصدی ظاہر ہوئی ہے (Murchison)، لیکن روس، مصر اور ہندوستان میں شرح ہلاکت ۱۴ اور ۸ فیصدی ہوئی ہے۔ موت نہایت عام طور پر پہلے حملہ کے زمانۂ عروج میں، یا بحران کے بعد فوراً ہی خستگی (ختم قوت) اور ہبوط کی وجہ سے واقع ہوجاتی ہے، اور ایسا خاص کر بوڑھوں میں ہوتا ہے۔ لیکن بعض وباؤں میں انقطاع البول (suppression of urine) (احتباس البول) اور تشنج، شعبی التہاب (نمونیہ)، زحیر (پیچش)، التہاب غدۂ نکفیہ (parotitis) (کن پھیڑ) موتوں کی تعداد زیادہ کرنے میں ممد ہوئے ہیں۔

پیچیدگیاں اور عواقب:- ایک اہم پیچیدگی ذات الریہ

(نمونیا) ہے جو بعض وباؤں میں کثیر الوقوع ہوا ہے اور ممکن ہے کہ موت کا سبب ہوجائے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ذات الجنب (پلیورسی) بھی ہو، اور شاذ حالتوں میں پھیپھڑے کی گنگرین پیدا ہوگئی ہے۔ ممکن ہے کہ طحال بہت بڑی جسامت حاصل کرلے، اور یہ بھی معلوم ہوا ہے کہ اس کا انشقاق ہوگیا، جس کا نتیجہ مہلک ہوا۔ بعض اوقات اسہال اور زحیر (پیچش) شدید شکل میں واقع ہوجاتے ہیں۔ یرقان غالباً ۱۰ فیصدی سے کم حالتوں میں ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ صرف پہلے حملے میں، یا صرف نکس میں، یا دونوں

دَوروں (باریوں) میں ظاہر ہو۔ جن حالتوں میں وہ ہوتا ہے اُن میں سے بہت سی شدید بلکہ مہلک ہوتی ہیں، لیکن بعض بالکل خفیف ہوتی ہیں۔ زیادہ شدید شکلوں میں ممکن ہے کہ اس کے ساتھ شراسیفی (epigastric) اور خثلی (hypogastric) خطّوں میں درد، خون کی قَے، البیومین بولیت، رُعاف، ہذیان، کوما اور نفض (subsultus) ہو۔ کبھی کبھی سُرخبادہ اور ٹانگوں کا اُذیما پیدا ہو جاتا ہے اور بعض اوقات غدّۂ نکفیہ (parotid gland) اور غدّۂ تحت الفک (submaxillary gland) ملتہب یا متقیّح ہو جاتے ہیں۔ بعض وباؤں میں رَمَد (ophthalmnia) واقع ہوا، جس کا آغاز آنکھ کی زیادہ گہری ساختوں میں ہوا۔ اسی وجہ سے التہاب کے بیرونی آثارات سے پہلے کوری مشاہدہ میں آئی۔ حاملہ عورتوں میں تقریباً ہمیشہ اسقاط ہو جاتا ہے، اور ایسی حالتوں میں ممکن ہے کہ رحم سے نزف کا وقوع خطرناک ہو جائے۔

تشخیص۔ تپ کے پہلے دَورے میں مُعیّن تشخیص صرف خون کے اندر پیچ خیطیہ (spironeme) ملنے سے ہو سکتی ہے، اور ہر مشتبہ حالت میں خون کے ایک یا زائد امتحان جسقدر جلد ممکن ہو کرنے چاہئیں۔ دورانِ وبا میں یکایک شدید آغاز مرض، ثَوَران کی غیر موجودگی، جوارح میں شدید درد، اور یرقان جبکہ وہ موجود ہو، ممیّز (علامات) ہوتے ہیں۔ لیکن انفرادی وارداتوں میں ممکن ہے کہ یہ مرض ٹائفس، اتپ محرقہ، چیچک، رثیتہ (رومائزم)، یا ذات الریہ (نمونیہ) کے ساتھ، اور مداریتی ممالک میں منقطع ملیریائی تپ (remittent malarial fever) یا تپِ زرد (yellow fever) کے ساتھ خلط ملط ہو جائے۔ ثَوَران کی غیر موجودگی کی وجہ سے ٹائفس اور چیچک کو جلد ہی خارج از بحث کیا جا سکتا ہے۔ دوسری حالتوں میں ممکن ہے کہ بحران کے واقع ہونے تک تشخیص مشکل ہو۔ ممکن ہے کہ اِس وقت بھی مخفی نمونیہ مرض کا سبب خیال کیا جائے، یہاں تک کہ ایک ہفتہ کے بعد نُکس کا وقوع سببِ مرض کو صاف ظاہر کر دے۔ سُرخ چہرہ، سفید فرودار زبان، پسینہ اور شدید دردوں کی وجہ سے اکثر حاد رثیتہ (acute rheumatism) سے عمومی مشابہت ہوتی ہے، لیکن عضلات میں درد کی موجودگی اور مفاصل میں ورم کی غیر موجودگی سے غلطی کے ارتکاب کا سدِّباب ہو جانا چاہئے۔

148

تحریز۔ بچھوؤں اور کلیتوں (قراد) کا تلف کرنا نہایت اہم امر ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 78)۔

آرسینو بینزال (arseno-benzol) یا نو وارسینو بینزال (novarseno-benzol) کا استعمال پیچ خیطیہ (اسپائرو نیم) پر ایک نوعی عمل رکھتا ہے اور مریض کی حالت میں فوری اصلاح پیدا کر دیتا ہے۔ عضویے خون سے جلد غائب ہو جاتے ہیں اور تپ کم ہو جاتی ہے۔ تپ راجعہ کی تشخیص ہوتے ہی اس دوا کو وریدی راہ سے دینا چاہیئے، لیکن اگر اسے غیر حموی زمانہ میں دیا جاتا ہے تو صریحاً غیر مفید ہوتی ہے۔ نو وارسینو بینزال کی ۴۵ء ۱۔ گرام کی مقدار اکثر کافی ہوتی ہے۔ آرسینو بینزال کے مرکبات سے علاج کے بعد نکس نہایت ہی شاذ ہوتا ہے۔

علاوہ ازیں مرض کا علاج دوسری تپوں کی طرح کرنا چاہیئے۔ تپ بہت زیادہ ہو تو نیم گرم پانی سے بدن کو اسفنج کرنے، یا تر چادروں میں لپیٹ دینے (لفِ مبلول) سے عارضی آرام حاصل ہوگا اور دردِ سر کا علاج سرد لاسقوں (cold applications) (ٹھنڈی پٹیوں) سے کیا جاسکتا ہے۔ اس کے برعکس، اگر جگر اور طحال کی اذیت زیادہ ہو تو تکمیدات (fomentations) سے آرام پہنچتا ہے۔ بحران کے شدید پسینہ میں مریض کو حتی الامکان خشک رکھنا چاہیئے۔ اور ہبوط کے رجحان کا تدارک مزید اوڑھنے کے کپڑوں، گرم بوتلوں اور سہل الانتشار مہیجات (diffusible stimulants) سے کرنا چاہیئے۔ ضعفِ قلب کے لئے ڈیجیٹالس (digitalis) کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔

ریگ مگسی تپ

(SAND-FLY FEVER)

فلیباٹمی تپ (phlebotomus fever)

تپ سہ روزہ (three days' fever)

یہ ایک مختصر تپ ہے، جو گرم آب و ہواؤں (ہندوستان، اطالیہ، جنوبی آسٹریلیا،

مصر، اٹلی میں عام ہے اور یقین کیا جاتا ہے کہ ایک چھوٹی مکھی کے کاٹنے سے پیدا ہوتی ہے
جسے ریگ مگس (sandfly) یا فلیبوٹومس پاپاٹیسائی (phlebotomus papatassi)
کہتے ہیں۔ بیان کیا جاتا ہے کہ یہ مکھیاں اپنے بچوں کے سے ایک عضویہ منتقل کردیتی ہیں، لیکن اس کی
شناخت ابھی تک نہیں ہوئی ہے۔ یہ مرض اوائل گرما اور خزاں کے مہینوں میں سب سے زیادہ
پھیلتا ہے جبکہ ریگ مگس نہایت کثیر التعداد ہوتی ہیں۔

زمانہ حضانت تین سے پانچ یا سات دن ہوتا ہے۔ آغاز مرض ناگہانی ہوتا
ہے جس کے ساتھ دردِ سر، آنکھوں کے پیچھے شدید درد، تپ، عدم اشتہا اور خفیف سردی
کا احساس ہوتا ہے (لیکن عموماً قشعریرہ یا لرزہ نہیں ہوتا)، اور کمر اور جوارح میں
مستمر درد (aching pains) ہوتے ہیں، بالخصوص عضلات میں۔ ملتحمات محتقن
(injected) ہوتے ہیں۔ چہرہ سرخ تمتمایا ہوا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ التہاب بلعوم
(pharyngitis) یا التہاب لوزتین (tonsillitis) بھی ہو لیکن یہ شاذ
ہوتی ہے اور جب یہ ایک نمایاں خاصہ ہو تو یہ ریگ مگسی تپ کے بہ نسبت زیادہ
تر جراثیمی سرایت کی دلالت ہے۔ رعاف (نکسیر پھوٹنا) غیر عام نہیں اور عموماً ابتداً
قبض اور آزاں بعد بعض اوقات اسہال ہوتا ہے۔ تپش ۱۰۱ اور ۱۰۴ درجوں کے درمیان
تک بلند ہو کر تقریباً دو دن تک مسلسل بلند رہتی ہے اور تیسرے دن کے اختتام کے
قریب عموماً طبعی درجہ تک آ چکی ہوتی ہے۔ شرح نبض میں زیادتی تپش کے تناسب
سے نہیں ہوتی۔ بلند ترین تپش کے ساتھ ممکن ہے کہ نبض اسی کے نیچے ہو اور شاذ
ہی فی منٹ ۱۰۰ سے زائد ہوتی ہے۔ خون میں قلت خلیات بیضا (leucopenia) کے
ساتھ ملک تواں سفید خلیوں کی خفیف اضافی زیادتی پائی جاتی ہے۔ مکھی کے چھوٹے
ہوئے نشانات باریک سرخ نقطے یا نسبتہً بڑی بثوری دریزشیں (papular
infiltrations) ہوتی ہیں۔ اکثر پایا جاتا ہے کہ ان اشخاص میں ریگ مگسی تپ کے
حملہ کا کم امکان ہوتا ہے جو ریگ مگس کے کاٹنے پر نمایاں جلدی تعامل ظاہر کرتے ہیں۔
اس تپ کے آتشکی حملے اکثر اوقات ان مریضوں میں ہوتے ہیں جن میں عملاً مکھی کے کاٹنے
کی کوئی علامت پیش ظاہر نہیں ہوتی۔ [illegible]
ابتدائی تپ اچھا ہوتا ہے، لیکن بیکن ہے کہ قلت الدم، لاغری، یا

عصبی ہنگ (neurasthenia) کی وجہ سے نقاہت میں تاخیر ہوجائے۔ یہ مرض مُناعت پیدا کر دیتا ہے لیکن نکس واقع ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ رنگ گسی تپ ملیریا اور لنگڑے بخار یا ہڈی توڑ بخار (dengue) سے غلط ملط ہوسکتی ہے۔ لنگڑے بخار میں درد بالخصوص جوڑوں میں ہوتے ہیں۔ ملیریائی سرایتوں میں تپش بلاکوئینین کے بھی رنگ گسی تپ کے بہ نسبت بہت زیادہ سرعت کے ساتھ کم ہو جاتی ہے اگر رنگ گسی تپ طبعی درجہ تک پہنچنے میں ہمیشہ چوبیس سے اڑتالیس گھنٹے تک لیتی ہے۔

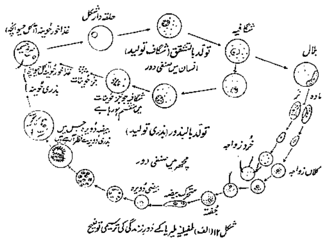
149

علاج۔ مریض کو بستر میں آرام لینا چاہئے اور ایک مالح مسہل (saline purgative) لینا چاہئے۔ بیشتر مصنفین کی رائے ہے کہ ٹنچر او پائی (tinct. opii) (دس قطرے) ہی صرف ایک ایسی دوا ہے جو دردسر رفع کرنے میں کارگر ہوتی ہے۔ نکس گزیدہ مقامات پر ٹنچر آف آیوڈین لگا دینا چاہئے تاکہ ثانوی سرایت نہ ہونے پائے۔

ملیریائی حمیات

(MALARIAL FEVERS)

بالخصوص دلدلی اضلاع میں لیکن مخصوص خصوصیات رکھنے والے دوسرے مقامات میں بھی بعض امراض مقامی طور پر واقع ہوتے ہیں، جنھیں اُن کے سریریاتی خصائص کی بنا پر متوقف (وقفہ دار) (intermittent) یا متفتّر (remittent) حمیات، اور اُن کے منبع کے لحاظ سے ملیریائی (malarial) اجمی یا اجامی (paludal) اور دلدلی تپ (marsh fevers) کہتے ہیں۔ پہلے لفظ ملیریا (یعنی خراب ہوا) تخفّف (virus) یا سرایت رساں عامل کو ظاہر کرنے کے لئے بھی استعمال کیا جاتا تھا، لیکن یہ اُس وقت تھا جبکہ یہ معلوم نہ تھا کہ سرایت رساں عامل ایک عضویہ ہے جو دموی جسیمات پر حملہ آور ہوتا ہے۔



شکل ۱۲ (الف) طفیلیۂ ملیریا کے دورِ زندگی کی ترسیمی توضیح

اور مچھروں کے ذریعہ ایک انسان سے دوسرے انسان میں منتقل ہوتا ہے۔ صرف اب یہ ایک غلط نام ہے۔

اس مرض کی خفیف قسمیں جو بیشتر معتدل ممالک میں ہوتی ہیں **متوقف حمیات** (intermittent fevers) ہیں (جنہیں انگلستان میں تپ لرزہ =ague کہتے ہیں)۔ ان کی خصوصیت ہوتی ہے کہ ان میں تپ کے حملے وقتاً فوقتاً عود کرتے رہتے ہیں اور درمیانی وقفوں میں صحت مقابلۃً بہتر ہوتی ہے۔ یہ حملے چند گھنٹوں تک جاری رہتے ہیں اور ایک دن چھوڑ کر دوسرے دن مکرر ہوتے ہیں (تپ ثلاثی =tertian fever یا تجاری جس میں دوسرا حملہ علالت کے تیسرے دن ہوتا ہے) یا ہر تیسرے دن ہوتے ہیں (تپ رابع =quarten fever یا چوتھیا) اور ہر حملے یا باری کے بعد تپش کا زائل ہو جانا وہ وقفہ (intermission) ہے جس سے ایسی تپوں کا نام (متوقف حمیات یا وقفہ دار تپ) ماخوذ ہے۔ تپ ثلاثی یا تجاری معتدل آب و ہوا میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ تپ رابعہ یا چوتھیا سب سے زیادہ قلیل الوقوع قسم ہے لیکن یہ اطالیہ، افریقہ اور ہندوستان کے بعض حصوں میں عام ہے۔ معتدل منطقہ کے زیادہ گرم حصوں میں اور بدارینی ممالک میں یہ حملے اپنے وقوع میں اکثر زیادہ بے قاعدہ، اور زیادہ طویل المدّت ہوتے ہیں، اور ان کے درمیانی وقفے زیادہ مختصر ہوتے ہیں یا حملوں کے درمیان میں تپش در حقیقت بہ نہیں پہنچتی، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تپ متوقف (intermittent) ہونے کے بجائے صرف متفتر (remittent) ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 21)، یا تپش ہمیشہ اتنی بلند رہتی ہے کہ تپ مسلسل (continuous) رہتی ہے۔ سادہ متوقف قسم کے نسبت یہ قسمیں زیادہ شدید ہوتی ہیں، اور اطالیہ کے **صیفی خریفی حمیات** (æstivo-autumnal fevers) اور مدارین کی **تحت الرابع** (subtertian)، **متفتر** (remittent)، **مسلسل** (continuous) اور **خبیث** (malignant) قسمیں انہیں پر مشتمل ہیں۔

تحقیق اسباب۔ یہ حمیات ایک یا زائد دقیق عضویوں کے عمل کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو سرخ جسیمات کے اندر مشمول ہوتے ہیں، اور یہ عضویے ایک انسان سے

دوسرے اِنسان میں مچھروں کی بعض قسموں کے ذریعہ سے منتقل ہوتے ہیں، جو جنس انافلیز (anopheles) سے تعلق رکھتے ہیں، جنکے جسموں کے اندر عضویے اپنے نمو کا ایک درجہ طے کرتے ہیں۔ چنانچہ ملیریائی بخاروں کی تسبیب کی توضیح بڑی حد تک مچھر کی سرگذشت حیات سے ہوتی ہے۔ جہاں مچھر پیدا ہوتے اور پھل پھول سکتے ہیں اور جہاں اُن کے سُرواَت (larvæ) کی بالیدگی کے لئے سطحی پانی میسر ہو وہاں ملیریا ہو سکتا ہے۔ جہاں مچھر انڈے بچے نہیں پیدا کر سکتے وہاں ملیریا نہیں ہوگا۔ مچھر پیدا کرنے والے ممالک یا اضلاع میں بھی وہ لوگ جو خود کو اِس کیڑے (مچھر) کے کاٹنے سے محفوظ رکھ سکتے ہیں، اِس مرض سے محفوظ رہتے ہیں۔ اِس سے پہلے کہ ملیریا کسی ضلع میں ایک مقامی مرض (endemic) بن سکے، انافلیز مچھر کی موجودگی کے علاوہ ایک اور شرط بھی ہے جس کا پورا ہونا ضروری ہے۔ مچھر انھیں انسانوں کا خون چوسنے سے سرایت زدہ ہوتا ہے، جو طفیلیاتِ ملیریا کے حامل (carriers) ہوتے ہیں۔ لہذا تاوقتیکہ انسانی حامل موجود نہوں ملیریا نہیں ہو سکتا۔

اگرچہ یہ مرض مدارینی ممالک سے مخصوص نہیں (اور فی الحقیقت اِس کا غلبہ ایک زمانہ میں انگلستان میں بھی تھا) تاہم اُن مقامات میں زیادہ کثیرالوقوع ہوتا ہے جہاں کرۂ ہوائی کی تپش بلند ہو۔ عملاً یہ ۶۳ درجہ شمال اور ۵۰ درجہ جنوب کے عرض البلد (latitude) کے اندر محدود ہوتا ہے۔ اِس مُلک میں یہ مرض اب بھی تھینیٹ (Thanet) اور آئل آف گرین (Isle of Grain) میں کم و بیش موجود ہے۔

انگلستان کے وہ حِصّے جہاں پہلے یہ مرض ہوا کرتا تھا کینٹ (Kent) اور ایسیکس (Essex) میں دریائے ٹیمس (Thames) کے ساحل اور کیمبرج شائر اور لنکن شائر کے دلدلی اضلاع تھے۔ اگرچہ یہ سب نشیبی اضلاع ہیں اور گو کھاری پانی کے دلدل اِس کے وقوع کے لئے اسی طرح ممد و موزوں ہوتے ہیں جسطرح کہ تازہ پانی والے رقبے، تاہم دنیا کے بعض حصوں میں ملیریا بلند لیولوں پر بھی واقع ہوتا ہے جیسے کہ مثلاً اپینی نائنس (Apennines) میں سطح سمندر سے ۱۱۰۰ فیٹ بلندی پر، پیرینیز (Pyrenees) میں ۵۰۰۰ فٹ بلندی پر، اور پیرو (Peru) میں ۱۱۰۰۰ فیٹ بلندی پر۔ کوئی قوم اِس سے کلّی طور پر مستثنیٰ نہیں، اگرچہ معلوم ہوتا ہے کہ سفید فام (گورے آدمیوں کے بہ نسبت حبشی (زنگی) اِس سے کم حس پذیر ہوتے ہیں۔ یہ مرض

ہر عمر میں لاحق ہوسکتا ہے۔ وہ اشخاص جنکی صحت خراب ہو، اِس مرض میں مبتلا ہونے کا زیادہ امکان رکھتے ہیں، نیز وہ جو مرطوبیت، بارد اثرات، یا آفتاب کی شدید حرارت (تمازت) میں منکشف ہوں اور وہ جو کھانے یا پینے میں بے اعتدالی کے عادی ہوں، زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔

ملیریائی طفیلیات

ملیریا کے دقیق عضویے (malarial parasites) پہلے لاویران (Laveran) نے بیان کئے، اور اب معلوم ہے کہ وہ پلازموڈیڈی[1] (Plasmodidæ) خاندان کے اراکین ہیں۔ اِن میں سے کم از کم تین انسان میں، اور دوسرے پرندوں میں ایسے ہی امراض میں پائے جاتے ہیں۔ یہ تین حسب ذیل ہیں :۔ غیر خبیث تپ ثلاثی (benign tertian fever) کا طفیلیہ (پلازموڈیم وی ویکس plasmodium vivax=)، تپ رالعہ کا طفیلیہ (پلازموڈیم ملیری plasmodium malariæ=) اور تحت الثلاثی یا خبیث ثلاثی تپ کا طفیلیہ (پلازموڈیم فالسی پیرم یا لاویرانیا ملیری = plasmodium falciparum or laverania malariæ) ہیں۔

اِن عضویوں میں سے پہلا اور دوسرا عضویہ، دونوں تخرّ مائی اجسام (غذا خور حُوینات =trophozoites) ہیں جو امیبائی حرکات ظاہر کرتے ہیں، اور وقفہ (intermission) کے ابتدائی حصے میں پہلے سُرخ جسیمات کے اندر صاف فضاؤں کی طرح نظر آتے ہیں۔ چند گھنٹوں کے دوران میں یہ بڑے ہوکر بتدریج جسیمہ کے زیادہ حصہ پر قابض ہوجاتے ہیں، اور اِن کے اندرون میں ذرّاتِ لون (hæmozoin) جمع ہوجاتے ہیں۔ پھر یہ لون عضویہ کے مرکز میں مجتمع ہوجاتا ہے اور عضویہ میں (جس کی امیبائی نوعیت اَب باقی رہتی ہے) ایک نواۃ مشمول پایا جاتا ہے اور اُسے تنگافیہ (schizont) کہتے ہیں۔ پہلے نواۃ اور پھر خلیہ مایہ کی تقسیم (انقطاع =segmentation یا بذریت =sporulation) کا عمل واقع ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تنگافیہ ٹوٹ پھوٹ کر چھ سے لیکر سولہ نسبتۂ چھوٹے صاف اجسام میں منقسم ہوجاتا ہے، جن کو بذور (spores) یا جُز حُوینات (merozoites)

[1] پلازموڈیڈی = مایہ شکل حیوانات

کہتے ہیں ۔ اِس کے ساتھ ہی یہ اور ذرّاتِ لون دونوں خون کے پلازما میں آزاد ہو جاتے ہیں
یہ عمل انقطاع نوبیہ (ague) کے دَور ے کے آغاز کے ساتھ متناظر ہوتا ہے اور اسکے
تمر کے دوران میں گو بعض جُز خوینات بلا شبہ سفید جسیمات کے اندر مشمول ہو کر تلف
ہو جاتے ہیں، تاہم دوسرے جُز خوینات تازہ سُرخ جُسیموں کے اندر داخل ہو جاتے
ہیں، اور غذا خور حُوینات (trophozoites) اور شگافیے (schizonts) بنانے کیلئے
بڑے ہو کر واقعات کا ایک نیا دَور شروع کر دیتے ہیں، اور یہ دونوں پھر ٹوٹ پھوٹ
کر جُز حوینات[1] بنجاتے ہیں ۔ اس طریقۂ تکثیر کا نام تولّد بالتشقق یا شگاف تولید
(schizogony) ہے ۔

تپِ رابع (quartan fever) یعنے چوتھیے کا طفیلیہ اپنے نمو میں نسبتہً
زیادہ سُست ہوتا ہے، اور وہ جسیمہ کو پُر کرنے اور خود منقطع یا منشقوق ہونے میں تین
دن لیتا ہے، لیکن تپِ ثلاثی یعنے تجاری کا طفیلیہ صرف دو دن لیتا ہے ۔ اِسی فرق سے
تپِ رابع اور تپِ ثلاثی کے دفعوں کے طولوں کے درمیان کے فرق کی توجیہ معلوم ہوتی
ہے ۔ مزید بر آں تپِ رابع کے طفیلیہ کا خاکہ زیادہ واضح اور ممیّز ہوتا ہے، اور وہ
(یعنے طفیلیہ) خون کے جُسیمہ کو (جس میں دوسرے طور پر بہت کم تغیّر ہوتا ہے) اِسقدر
مکمل طور پر پُر نہیں کرتا، اُس میں سیاہ بھُورے یا سیاہ رنگ کے موٹے ذرّات موجود
ہوتے ہیں، اُس کے امیبائی حرکات نسبتہً زیادہ سُست ہوتے ہیں، اور وہ چھ قطعوں
سے لیکر بارہ قطعوں تک میں منقسم ہوتا ہے ۔ اِس کے برعکس تپِ ثلاثی کے طفیلیہ کا خاکہ
نسبتہً کم واضح الحدود ہوتا ہے، یہ طفیلیہ خون کے جُسیمہ کا ورم اور شحوب (زرد پھیکا
رنگ) پیدا کر دیتا ہے، اِس میں باریک زردی مائل بھُورے ذرّاتِ لون ہوتے ہیں، نیز
اِس کے امیبائی حرکات نسبتہً زیادہ فاعلی (تیز) ہوتے ہیں، اور یہ پندرہ سے لیکر بیس
بذروں تک میں منقسم ہو جاتا ہے ۔

لیکن ممکن ہے کہ تپِ ثلاثی کے طفیلیہ کی دو فصلیں (پیداوار) یا اگر وہ ہوں،
جن میں سے ایک ایک دن اور دوسرا دوسرے دن (یعنے ہر ایک تبادۃً) منشقوق ہو
یا بذرے پیدا کرے ۔ ایسی صورت میں تپ کو تپِ یومیہ (quotidian fever) یا
دوہری ثلاثی (double tertian) قسم کا سمجھا جائے گا ۔ اِسی طرح تپِ رابع کے

[1] جُز حوینات = میروزائیٹس ۔

طفیلیہ کے بھی دوگروہ ہوسکتے ہیں، جو مختلف دنوں میں پختہ ہوکر دوہری تپ رابع (double quartan fever) پیدا کردیتے ہیں۔ یا اس کے بھی تین گروہ ہوسکتے ہیں جو تہری تپ رابع (triple quartan) پیدا کرسکتے ہیں۔ بہ الفاظ دیگر چونکہ اس میں ہر روز تپ ہوتی ہے، لہٰذا یہ ایک دوسرے قسم کی تپ یومیہ ہے۔ جز حُویبات سے تناسلی قسمیں بھی نمویاب ہوجاتی ہیں، یعنے ایک مونث قسم یا کلاں زواجی خلیہ (macro-gametocyte)، جس میں نواتہ چھوٹا گول اور خارج المرکز، اور خلیہ مایہ ذرات اور لون سے بھرا ہوا ہوتا ہے۔ اور ایک مذکر قسم یا خورد زواجی خلیہ (micro-gametocyte) جس میں نواتہ بڑا اور خلیہ مایہ نسبتہً صاف ہوتا ہے۔ جسم انسانی کے اندر تناسلی خلیتوں کی تکوین ایک ایسا عمل ہے جو تولد بالتشقق (شگاف تولید = schizogony) سے جداگانہ ہے، اور جسے عام طور پر زواجی پیدائش (gametogony) کہتے ہیں۔

تحت اثلاثی طفیلیہ (subtertian parasite)(L. malariæ) انسانی ملیریا کے اندر ایک ایسا دورِ حیات رکھتا ہے جو دوسری دو انواع سے بالکل جداگانہ ہوتا ہے۔ غذا خور حُویبات (trophozoites) نہایت چھوٹے ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایک یا زائد ایک ہی جسیمہ پر حملہ آور ہوجائیں۔ اعلیٰ انعطافی طاقت سے دیکھنے پر یہ اکثر چھوٹے حلقہ نما اجسام کی طرح نظر آتے ہیں، جن کا قطر سُرخ جسیمہ کے مقابلہ میں ⅙ ہوتا ہے، اور جن میں دوسری قسموں کی نسبت کم لون پایا جاتا ہے۔ ان کا عرصۂ نمو بیقاعدہ ہوتا ہے اور چوبیس سے لیکر اڑتالیس گھنٹوں تک مختلف ہوتا ہے۔ آخری درجوں (بدرتیت) میں یہ محیطی عروقِ دمویہ میں نہیں پائے جاتے بلکہ صرف اندرونی احشاء (مثلاً طحال اور مغزِ استخوان) کے عروقِ شعریہ میں موجود رہتے ہیں۔ کلاں زواجی خلیتے اور خرد زواجی خلیتے ہلالی اجسام (crescentic bodies) بناتے ہیں، جن میں سے ہر جسم بے رنگ، شفاف، غیر متحرک تودہ ہوتا ہے، جسکے اندرون میں ذرات لون ہوتے ہیں، اور جو سُرخ جسیمہ کے طبعی قطر سے طویل تر ہوتا ہے اور جس پر سُرخ جسیمہ پھیلا ہوا نظر آتا ہے۔ کلاں زواجی خلیہ خرد زواجی خلیہ کی نسبت زیادہ لمبا اور زیادہ پتلا ہوتا ہے، اس کا خلیہ مایہ زیادہ سیاہ، اور کروماٹین زیادہ ٹھوس ہوتی ہے۔

151

ملیریائی طفیلیات کے ساتھ مچھر کا تعلق۔ ملیریائی سرایت

سے تعلق رکھنے والے مچھر انافلیز میکیولی پینس (Anopheles maculipennis)، اور
جنس انافلیز (anopheles) کی بعض دوسری انواع ہیں۔ وہ نہ صرف ملیریائی عضویوں
کو ایک انسان سے دوسرے انسان میں منتقل کر دیتے ہیں، بلکہ اپنے اجسام کے اندر ان
میں ایک حقیقی تناسلی عمل (تبذیر۔ تولد بالبذور = sporogony) واقع ہونے دیتے
ہیں، جو اس عمل سے بالکل مختلف ہوتا ہے جو انسانی خون کے اندر واقع ہوتا ہے۔
جب مذکر اور مونث زواجوں کو شمول رکھنے والے مریض کا خون مچھر کے معدے
میں چوس لیا جاتا ہے تو زواجی خلیے جسیمات کے اندر سے خارج ہو کر آزاد ہو جاتے ہیں
اور ان میں مزید تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ خرد زواجی خلیے بعض نوی تغیرات کے بعد
تین یا چار باریک رشتک یا سوطیے (flagella) (خرد زواجے = microgametes)
یا منوی حیوینات (spermatozoa) باہر نکالتا ہے، جو تازیانے نما حرکات عمل میں لاتے
ہیں، اور بالآخر اس کرہ سے جدا ہو کر سیال کے اندر آزادانہ نقل و حرکت کرتے ہیں۔
میکروگیموسائٹس یا کلاں زواجی خلیے جسامت میں کم ہو کر ذراتی کرتوں کی طرح باقی رہتے ہیں
جن میں سوطیے نہیں ہوتے (کلاں زواجے = macrogametes)۔ آزاد شدہ سوطیے
ذراتی کرتوں کے قریب آکر ان کے جرم کے اندر داخل ہو جاتے ہیں اور اس طرح ان میں
استقرار حمل کر دیتے ہیں (یعنی انھیں حاملہ کر دیتے ہیں)۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ کرتے
مستطیل اجسام بن جاتے ہیں، جن کا سرا نوکدار ہوتا ہے، اور یہ دوسرے مادوں یا جرموں کے
اندر داخل ہونے کے قابل ہو جاتے ہیں۔ ان کو جفتہ (zygotes) یا متحرک بیضہ
(ookinetes) کہتے ہیں۔ پھر یہ جفتے دیوار معدہ میں داخل ہو جاتے ہیں، جہاں دیکھے
گئے ہیں، اور جہاں یہ ۶۰ مد یا ۸۰ مد کے قطر تک بڑے ہو جاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ
ہوتا ہے کہ یہ اس جانور (مچھر) کے کیسۂ جسمی کے اندر ابھر آتے ہیں۔ ان جفتوں کے اندر ان
میں، جو معدے کے باہر پہنچ کر اب کروی بیضہ دویرے (öocysts) بن جاتے ہیں، کثیر التعداد
دقیق عصائیں (بذری حیوینات = sporozoites) بن جاتی ہیں، جو جفتہ یا بیضہ دویرے
کے پھٹنے سے مچھر کے خون کے اندر خارج ہو جاتی ہیں۔ وہاں سے وہ اس ریقی غدہ کے
خلیوں میں پہنچ جاتی ہیں، جو خرطوم یا سونڈ (proboscis) کے قاعدے میں ہوتا ہے،
اور یہاں سے وہ مچھر کے (تخز) کے عمل کے دوران میں دوسرے انسان کے خون میں

منتقل ہو جاتے ہیں، جس پر مچھر حملہ آور ہوتا ہے۔ یہ بذری حُوینات (sporozoites) انسانی جسیمات کے اندر داخل ہو کر اُن امیبا آسا اجسام یا غذاخور حُوینات (trophozoites) کو پیدا کر دیتے ہیں جنکا ذکر ابتدا کیا گیا ہے۔ سخت اشتدادی طفیلیہ (لَویرانیہ Laverania) کی حالت میں ہلالی زواجی خلیے، خُرد زواجوں (microgametes) اور کلاں زواجوں[1] میں منقسم ہونے سے پہلے گردش سے غائب ہو جاتے ہیں۔

مَرَضی تشریح

مہلک حالتوں میں سحایا اور دماغ کے سپید جرم میں نقطہ نما نزفات ہوتے ہیں۔ عروق شعریہ میں سرایت زدہ سُرخ خلیے موجود ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ اُن کے درون طلمہ میں شحمی فساد پایا جائے۔ کلاں شدہ طحال میں گُودے کی سہکیں سرایت زدہ سُرخ خلیوں سے پھول جاتی ہیں، لیکن مالپیگی جسیمات رنگدار نہیں ہوتے۔ جگر میں عروق شعریہ کا درون طلمہ پھولا ہوا اور رنگدار ہوتا ہے۔ کبدی خلیوں میں ہیموسیڈیرین (hæmosiderin) موجود ہوتی ہے، جو کُفتک کی مرکزی ورید کے گرد نہایت افراط کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ لُبِّ عظام (مغز استخواں) میں طفیلیات اور ہیموزائن (hæmozoin) موجود ہوتے ہیں۔ یہ بڑے یک نواتی سپید خلیوں کے اندر اور کلاں اکّال خلیوں (macrophages) میں بھی ہوتے ہیں اور آزاد بھی پائے جاتے ہیں۔ جب ہلال (crescents) دوسری جگہ قلیل التعداد ہوتے ہیں تو یہاں اکثر پائے جاتے ہیں۔ زیادہ مُدّت کے مریضوں میں ممکن ہے کہ زرد مغزِ استخوان سرخ ہو جائے۔

معوی علامات والے ملیریا میں طفیلیات خملات (villi) کے عروق شعریہ میں بکثرت ہوتے ہیں۔

پُرانے مریضوں میں، اور ملیریائی ضعف (malarial cachexia) میں، طحال زیادہ لیفی، سخت، لچکدار اور ملوّن ہو جاتی ہے، بالخصوص حرابوں کے گرد کی اتصالی بافت میں۔ اس کا کیسہ اکثر دبازت یافتہ ہو کر گردوپیش کے حصّوں سے چپکا ہوا ہوتا ہے۔ اس میں عقلات (infarcts) پائے جاتے ہیں۔ اور زیادہ

---

[1] Macrogametes

مدّت کے ضعف میں وہ شائد چربشی (lardaceous) ہو جاتی ہے۔
خون میں بھورے یا سیاہ ذرّات، لون، یا تو آزاد یا سپید دموی خلیوں کے اندر، موجود ہو سکتے ہیں، اور یہ لون (جو طحال، جگر، دماغ، گردوں، قلب، اور لمفی غدد اور مغز استخوان میں بھی پایا جاتا ہے) مختلف بافتوں کو سلیٹ جیسا یا سیاہ رمادی رنگ دیدیتا ہے۔ اس حالت کو سواد دمویت (melanaemia) کہتے ہیں۔
جگر لون ہوتا ہے، خاص کر لختیکوں کے محیط میں، عروق شعریہ متسع ہوتے ہیں اور ان کا سرطہ لون ہوتا ہے۔ کبدی خلئے ذبول ہو جاتے ہیں۔ لمبی ہڈیوں کا گودا عموماً سرخ ہوتا ہے اور طبعی نامضات (normoblasts) موجود ہوتے ہیں۔

سلیم یا غیر خبیث ثلاثی (benign tertian) اور تپ رابعہ (quartan) کی سرایت کے علامات

152 زمانۂ حضانت، تین سے بارہ دن تک ہے۔ یہ زمانہ بے قاعدہ قسموں میں نسبتہً مختصر اور باقاعدہ قسموں میں طویل تر ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ انکشاف کے بعد تقریباً فی الفور حملہ ہو جائے۔ یا یہ بھی ممکن ہے کہ پہلا قابل شناخت حملہ برسوں کے بعد واقع ہو۔ بعض حالتوں میں علامات منذرہ یا تنبیہی علامات (prodromal symptoms) ہوتے ہیں، جو کسلمندی، درد سر، اعضا شکنی، شرا سیفی پُری (epigastric fullness) متلی اور خفیف جاڑے یا تورّد (flushes) پر مشتمل ہوتے ہیں۔
ملیریا یا تپ لرزہ کا تمثیلی حملہ تین درجوں پر مشتمل ہوتا ہے: یعنے سرد درجہ (cold stage) گرم درجہ (hot stage) اور تعریقی درجہ (sweating stage) ہے۔

سرد درجہ۔ مریض کو تکان اور نڈھال پن کے ساتھ، درد سر ہوتا ہے اور پشت و کمر میں درد محسوس ہوتا ہے۔ پھر اسے سردی معلوم ہوتی ہے اور قشعریرہ[1] یا لرزہ شروع ہو جاتا ہے۔ وہ عموماً بستر میں سمٹا ہوا پڑا رہتا ہے، سر سے پاؤں تک کانپتا ہے اور اس کے دانت بجنے لگتے ہیں۔ بدن کی سطح فی الحقیقت سرد ہوتی ہے، لیکن اگر دہن، مستقیم یا بغل میں تپش پیما رکھا جائے تو ظاہر ہوگا کہ تپش پہلے

[1] rigor

ہی درجۂ طبعی سے بہت اوپر پہنچ چکی ہے۔ دراصل تپ یہ ہے جو چند منٹ [illegible] یا ایک [illegible] یا دو گھنٹے پہلے ہی بلند ہونا شروع ہوتی ہے۔ لیکن [illegible] سردی کا سبب سطحی عروق کا انقباض ہے۔ [illegible] اور اس کی کثافت (density) ادنیٰ ہوتی ہے۔ متلی اکثر موجود ہوتی ہے [illegible] نہایت عام ہے۔ یہ درجہ آدھے گھنٹے سے دو گھنٹے تک جاری رہتا ہے [illegible] کے اختتام کے قریب بغل کی تپش بسرعت بلند ہوکر [illegible] یا [illegible] تک پہنچ جاتی ہے۔

درجۂ گرم کی ابتدا گرمی کے احساس کے ساتھ ہوتی ہے جو بدلنا یا پھیلنا [illegible] اور سطح جو اب تک سرد تھی نہایت گرم ہو جاتی ہے۔ بغل کی تپش [illegible] درجہ کے اختتام پر تھی اس کی نسبت اور بھی زیادہ بلند ہو جاتی ہے۔ شرائین مرتفع اور پھیلی ہوئی [illegible] نبض سریع، ممتلی (full) اور سخت [illegible] جاتی ہے [illegible] (carotids) [illegible] ضربان (ٹپک) (throbbing) ہونے لگتا ہے۔ چہرہ تمتما اٹھتا ہے اور سر میں درد ہوتا ہے۔ بعض مریضوں میں ذہول یا جزو ہوشی (stupor) یا ہذیان طاری ہونے کا رجحان [illegible] ہے۔ اس درجہ میں بول قلیل المقدار اور سیاہ ہوتا ہے اور اس کی کثافت بلند درجہ کی ہوتی ہے۔ اکثر دہن کے گرد بثور نملہ (herpes) کا ایک ثوران ہوتا ہے۔ یہ درجہ [illegible] یا چار گھنٹے تک جاری رہتا ہے۔

تعریقی درجہ۔ جلد جو اب تک خشک تھی اب بتدریج مرطوب ہو جاتی ہے پسینہ چند گھنٹوں تک بکثرت آتا ہے۔ درجۂ گرم کے دردوں اور تکلیف میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ نبض زیادہ لین (softer) اور زیادہ سست اور زبان تر ہو جاتی ہے۔ تپش پہلے تو آہستہ آہستہ، پھر زیادہ تیزی کے ساتھ کم ہو کر درجۂ طبعی تک پہنچ جاتی ہے۔ اور بالآخر تپش کے زوال کے ساتھ تعریق موقوف ہو جاتی ہے اور صحت کی سابق حالت عود کر آتی ہے۔ اس درجہ میں بول کی کثافت بلند درجہ کی ہوتی ہے اور اس میں یوریٹس (urates) کی درد جم جاتی ہے۔

جب یہ حملہ ختم ہو جاتا ہے تو مریض کو معلوم ہوتا ہے کہ میں بالکل اچھا ہوں لیکن کچھ وقفہ کے بعد (جو طفیلیات کی نوعیت اور تعداد کے لحاظ سے متعین ہوتا ہے) مریض

پر پھر اُسی طرح کے دوسرے دور ے کا حملہ ہو جاتا ہے ۔
لیکن یہ ضروری نہیں کہ سلیم یا غیر خبیث ثلاثی کی سرایتیں ہمیشہ متذکرۂ بالا تمثیلی ملیریائی حملہ ظاہر کریں ۔ بارہا ایسا ہو سکتا ہے کہ تپش ایک یا دو دن تک بلند رہے اور پھر بکثرت پسینہ کے ساتھ چند گھنٹوں میں یکایک درجۂ طبعی یا تحت الطبعی پر گر جائے ۔ قے کا ہونا نہایت کثیر الوقوع ہے، بالخصوص حملہ کے آغاز میں ۔
ملیریا کے پہلے حملہ کے دوران میں طحال عموماً قابل جسّ (palpable) نہیں ہوتی (یعنے ٹٹولنے سے محسوس نہیں ہوتی) لیکن اُن حالتوں میں جو کچھ عرصہ تک جاری رہی ہوں، وہ عموماً ضلعی حاشئے کے نیچے ایک نرم الیم تودے کے طور پر محسوس کی جا سکتی ہے ۔ اور بعض زیادہ مزمن حالتوں میں وہ واضح طور پر سخت، اور اکثر نسبتہً کم الیم ہو جاتی ہے۔
خون میں علاوہ ملیریائی طفیلیات کی موجودگی کے، ہیموگلوبین کی کمی اور سرخ اور سپید دونوں قسم کے جُسیمات کی کمی ظاہر ہوتی ہے ۔ آخر الذکر میں سے کثیر الاشکال نواتی سپید خلیئے اور لمفی خلیئے سب سے زیادہ ماؤف و متاثر ہوتے ہیں، لیکن بڑے یک نواتی خلیتوں کی اضافی زیادتی پائی جاتی ہے ۔ یہ حالت حملہ کے بعد چند ہفتوں تک قائم رہتی ہے۔
یہ حملے زیادہ تر صبح کے اوقات میں یا دوپہر میں ہوا کرتے ہیں، اور ثلاثی کے حملے بالخصوص دوپہر کے وقت واقع ہوتے ہیں ۔ لیکن بعد میں جو حملے یکے بعد دیگرے ہوتے ہیں وہ اُسی وقت پر نہیں ہوتے، بلکہ ممکن ہے کہ بعض حالتوں میں وہ مقررہ وقت سے پہلے ہو جائیں اور از اں بعد اور پہلے ہوتے جائیں ۔ اور بعض حالتوں میں ممکن ہے کہ یہ حملے مقررہ وقت کے بعد ہوں اور اُن کی یہ تاخیر زیادہ زیادہ ہوتی جائے ۔ اول الذکر حملوں کے متعلق کہا جاتا ہے کہ وہ تقدیم[1] کرتے ہیں (یعنے پیش از وقت ہوتے ہیں)، اور آخر الذکر کے متعلق کہا جاتا ہے کہ وہ تاخیر یا التوا[2] کرتے ہیں ۔
ثلاثی تپ کے معمولی حملے شاذ ہی مہلک ہوتے ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ نہایت نو عمر یا سن رسیدہ اشخاص میں، یا اُن میں جو ماسبق علالتوں کی وجہ سے کمزور ہو گئے ہوں، موت واقع ہو جائے ۔ اگر طحال کلانی یافتہ ہے تو خفیف چوٹ سے اُس کے پھٹ جانے کا امکان ہو تا ہے ۔ 158
سادہ ثلاثی تپ کی پیچیدگیاں تعداد میں زیادہ نہیں ۔ شعبی نازلت

[2] postpone — [1] anticipate

(bronchial catarrh) نزلہ شعبی، رُعاف (epistaxis) اور آکیپیٹل بولیت گاہے گاہے واقع ہو جاتے ہیں۔ قلت الدم (anæmia) اُن مریضوں میں ایک مستقل مظہر ہے، جو اس مرض میں کچھ عرصہ تک مبتلا رہ چکے ہوں۔ وجع العصب (neuralgia) بالخصوص فوق الحجاجی عصب کا، مزمن حالتوں میں اکثر اوقات پایا جاتا ہے۔

خبیث ثلاثی کی سرایت تحت الثلاثی (subtertian) صیفی خریفی

(æstivo-autumnal)۔ خبیث ثلاثی کی سرایت کا زمانۂ حضانت دس دن سے لیکر کئی ہفتوں تک مختلف ہو سکتا ہے۔ عموماً مرض کا آغاز مخفی (insidious) ہوتا ہے اور اُس کے ساتھ عام صحت کی خرابی ترقی پذیر ہوتی ہے اور گاہے گاہے خفیف ارتفاعات تپش ہوتے ہیں۔ اکثر جبکہ مریض ابتداءً طبی مشورہ کے لئے آتا ہے تو وہ پہلے ہی سے نمایاں طور پر قلیل الدم (anæmic) ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اُس کی طحال بھی واضح طور پر بڑھی ہوئی ہو۔ خبیث ثلاثی کی سرایت میں تشنجی ملیریائی تشعریرے شاذ ہوتے ہیں، اور سلیم یا غیر خبیث سرایتوں کی نسبت تپ کم درجے کی ہونے کا اور زیادہ یقینا مدہ ہو نیکا رجحان رکھتی ہے۔ معدی علامات کے ساتھ تکلیف دہ قے اکثر اس کا نمایاں خاصہ ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ مریض ابتداءً انہیں شکایتوں کے لئے طبی امداد کا طالب ہو۔

غالب علامات کے لحاظ سے خبیث ثلاثی کی سرایت کی مختلف تقسیمیں بیان کی گئی ہیں۔ مرض کی شدید قسموں کی گروہ بندی تین خاص عنوانوں کے تحت کی جاسکتی ہے۔ ٹائفائڈی قسم، باردقسم (algid form) اور دماغی قسم۔ یہ کہنے کی ضرورت نہیں کہ ایسا ممکن ہے کہ ایک مرضی حالت اِن قسموں میں سے کسی ایک قسم کے ساتھ سختی کے ساتھ (یعنی پورے طور پر) مطابقت نہ کرے۔

ٹائفائڈی قسم یعنی جو ایک زمانہ میں محرقی ملیریائی تپ (typho-malarial fever) کے نام سے یاد کی جاتی تھی تپش بہت دنوں تک بلند رہتی ہے اور اُس میں فترہ (remission) بہت کم ہوتا ہے۔ مریض کی عام ہیئت بہت کچھ تپ محرقہ (enteric fever) پر دلالت کرتی ہے۔ وہاکت (asthenia) نمایاں درجہ کی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ مریض کو سُست یا دھیما ہذیان (low delirium) لاحق ہو جائے۔

لیکن قے تپ محرقہ کے بنسبت زیادہ عام ہوتی ہے۔ گاہے گاہے ممکن ہے کہ یرقان ایک نمایاں خاصہ بنجائے۔ اگر مرض کی شناخت ہو کر اس کا علاج کونین سے کافی مقدار کے ساتھ کیا جائے تو تپش بسرعت کم ہو جاتی ہے اور علامات میں اصلاح ہو جاتی ہے لیکن اگر مریض کا علاج تپ محرقہ کی طرح کیا جائے تو ممکن ہے کہ تپ ایک یا دو ہفتوں تک جاری رہے اور پھر کوما، ہذیان اور ہبوط کے ساتھ مہلک نتیجہ پیدا ہو جائے۔

ملیریائی بارد قسم (algid form) نسبتہً بہت کم عام ہے۔ تپش درجۂ طبعی سے نیچے گر جاتی ہے اور شدید ہبوط کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔ منھ کی تپش استثنائی طور پر کم ہو کر ۹۸ درجہ تک ہو سکتی ہے۔ جلد سرد اور پسینہ سے تر ہوتی ہے۔ قے اور اسہال مسلسل اور دشوار علاج (intractable) ہوتے ہیں، اور گاہے ماہے ممکن ہے کہ خون کی قے ہو یا معا مستقیم کی راہ سے خون خارج ہو۔ بعض اوقات قے الدم (hæmatemesis) سے لی ہوئی آلودوں (smears) میں طفیلیات دکھلائے جاسکتے ہیں۔ اس قسم کی مرضی حالت میں کونین کے ذریعہ علاج کرنے کے باوجود انذار خراب ہوتا ہے۔

دماغی قسم عموماً نہایت سریع الحدوث ہوتی ہے۔ مریض بالکل اچھا ہوتا ہے یہاں تک کہ یکایک اس پر شدید درد سر، دوران سر، اور غنودگی کا حملہ ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ علامات بسرعت کامل بے ہوشی میں مبدّل ہو جائیں، یا ممکن ہے کہ اسے فالج نصفی (hemiplegia) یا فالج (paraplegia) احتبسہ (aphasia) یا صرعی الشکل تشنّج (epileptiform convulsions) ہو جائیں۔ دوسری حالتوں میں تند و تیز یا وحشیانہ ہذیان (wild delerium) اور ماینیا ہو سکتا ہے۔ آخر الذکر گرم آب و ہوا میں نہایت عام ہے۔ مستقیمی تپش ۱۰۱ درجہ یا زائد تک بلند ہو سکتی ہے، اور اسکے ساتھ ازراق (cyanosis)، شخیری تنفس (stertorous breathing)، کوما، اور تشنج ہو سکتے ہیں، اور یہ حالت ضربۃ الحرارت (heat-stroke) سے بالکل مشابہ ہو جاتی ہے۔

مخلوط سرایتیں (mixed infections)۔ خون کے اندر سلیم (غیر خبیث)

اور خبیث طفیلیات کا ایک ہی وقت میں پایا جانا کوئی غیر معمولی امر نہیں، اور اغلب ہے کہ ایسا جس قدر خیال ہے اُس کے نسبت زیادہ اکثر ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ جب مشاہد کو دونوں قسموں میں سے کسی ایک قسم کا طفیلیہ مل جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ فوراً مزید دوسرے قسم کے طفیلیہ کی تلاش سے دست بردار ہو جائے۔ اِس طرح شدید ملیریائی حملوں کی بہت سی حالتوں میں جنھیں معمل یعنے تجربہ گاہ کی اطلاعات سے صرف سلیم (غیر خبیث) ثلاثی طفیلیہ کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے، بہت ممکن ہے کہ زیادہ طویل تلاش سے خبیث ثلاثی طفیلیہ کی موجودگی کا بھی پتہ چل جائے۔

نیز بہت سے مریضوں میں ایک وقت میں (عموماً گرما کے ابتدائی مہینوں میں) تو سلیم (غیر خبیث) ثلاثی طفیلیہ پایا جاتا ہے، اور موسم خزاں کے ملیریائی حملوں کے دوران میں خبیث ثلاثی طفیلیہ ملتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ اکثر ایک ہی مریض میں یہ دونوں طفیلیات موجود ہوتے ہیں، لیکن خون کے اندر ان میں سے ایک یا دوسرے طفیلیہ کا غلبہ سال کے مختلف موسموں میں ہوتا ہے۔ مخلوط سرایتوں کی حالتوں میں

154

قرطاس تپش (temperature charts) قدرتی طور پر کم تبشّلی ہوتے ہیں، اور حملات زیادہ شدید ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔

ملیریائی دباؤں کے خصائص مختلف ملکوں میں نہایت مختلف ہوتے ہیں، اگرچہ بظاہر وہ طفیلیات جو ان کا سبب ہوتے ہیں شکلیاتی لحاظ سے مماثل ہوتے ہیں۔ مثلاً دوران جنگ میں مقدونیہ میں ملیریا نسبتہً زیادہ شدید قسموں کا ہونے کا رجحان رکھتا تھا، درآنحالیکہ عراق میں گو خبیث ثلاثی کی سرایت بہت زیادہ تھی لیکن باوجود اس کے وہاں شدید حالتیں شاذ تھیں اور شرح اموات نسبتہً ادنےٰ تھی۔ غالباً اس فرق کی توجیہہ اِس امر سے کہ "بعض رقبوں میں طفیلیات کی قتّیت زیادہ ہوتی ہے" اتنی اچھی نہیں ہوتی جتنی کہ اِس امر سے ہوتی ہے کہ "طفیلیات کی مقدار میں اختلاف ہوتا ہے"۔ جہاں فوجیں مچھروں سے اپنی حفاظت کرنے پر کم قادر تھیں اور جہاں مچھر ہولناک تعداد میں موجود تھے وہاں حملہ کی قسم نہایت شدید ہونے کا رجحان رکھتی تھی۔

ملیریائی ضعفہ (malarial cachexia) – بعض اشخاص میں

جن میں ملیریا کے کرّر حملے ہو چکے ہوں اور بعض ایسوں میں جن پر ملیریائی اضلاع میں رہنے کے باوجود ایسے حملے نہ ہوئے ہوں، نیز خراب طور پر ماؤف رقبوں کے دیسی باشندوں کے بچوں اور بالغوں میں جسمانی صحت میں خطرناک طور پر گھن لگ جاتا ہے۔ ان میں نہایت نمایاں خاصہ یا علامت قلتِ الدّم (anæmia) ہوتی ہے جس سے ان کی شکل زرد اور جِلد کی مٹیالے رنگ کی ہو جاتی ہے اور لبوں میں زردی (شحوب) پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ان میں ملیریا کے طفیلیات خون کے جُسیمات کو تلف کر دیتے ہیں اور ہیموگلوبین (hæmoglobin) ایک سیاہ لَون میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ نیز کثیر التعداد فعلی اختلالات پیدا ہو جاتے ہیں، اور دورانِ سر، انقباضِ اشتہا، ہضمی فتور، مفاصل اور عضلات کے درد، خستگی اور محنت کے لئے بے رغبتی، وغیرہ علامات موجود ہوتے ہیں۔ زیادہ شدید قسموں میں استسقائے زِقّی (ascites)، اَدِیما (خِزِیز) یا نزف ہوتا ہے لیکن تپ نہیں ہوتی۔ ایسی حالتوں میں طحال کلاں یافتہ ہوتی ہے، اور ناف کے لیول سے نیچے تک اور سامنے کے طرف خط وسطی تک پہنچ کر وہ حالت پیدا کر دیتی ہے جسے ابتدائی انگریز مصنّفین نے ایگیو کیک (ague cake) (تو بیہ روٹ) کا نام دیا تھا (ہندوستان میں عوام اس کو "تاپ تلّی" کہتے ہیں)۔ ایسی طحال سخت ہوتی ہے اور اکثر الیم ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ جگر بھی کلاں یافتہ ہو۔ کبھی کبھی وہ جھبتی یا کھب (cirrhosed) ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس کی جسامت میں بھی معتدل درجہ کی کمی ہو جاتی ہے۔ مگر کھبیت (cirrhosis) اور ملیریا کا باہمی تعلق ہنوز کسی طرح واضح طور پر معیّن نہیں ہوا ہے۔

نُکس۔ باوجود سرگرم اور طویل علاج کے ملیریائی سرایت کا پہلے حملہ کے بعد کامل طور پر شفایاب ہو جانا نسبتہً شاذ ہے۔ یہ امر سلیم (غیر خبیث) سرایت کے متعلق تو واقعی ہے، گو خبیث سرایتیں بعض اوقات شفایاب ہو جاتی ہیں۔ واقعہ یہ ہے کہ فی الجملہ اوّل الذکر قسم میں آخر الذکر کے نسبت نُکس کا رجحان زیادہ ہوتا ہے۔ نکسوں کا عام خاصہ زیادہ تر پہلے حملوں جیسا ہی ہوتا ہے، لیکن عموماً وہ نسبتہً کم شدید ہوتے ہیں۔ اس کی وجہ ایک حد تک یہ بھی ہے کہ مریض عموماً ابتدا ہی میں کونین لے لیتا ہے۔ اگر مریض بدستور سرایت میں منکشف رہا ہے تو نکس کی بعض ظاہری حالتیں مکرر سرایت

کے باعث ہوسکتی ہیں، لیکن نہایت عام طور پر گنگس بیرونی کے ملیریائی ممالک سے چلے جانے کے بہت عرصہ بعد واقع ہوتے ہیں۔ دوران گنگس میں طفیلیات عموماً خون کے اندر دکھلائے جاسکتے ہیں۔ اگر سردی (chill) لگ جائے یا حد سے زائد محنت کی جائے تو یہ تیز تر لیا حملہ پیدا کرنے میں ممد ہوتی ہیں۔ سرایت دو یا تین سال کے بعد رفتہ رفتہ ختم ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے، اور حملے نسبتہً کم شدید اور قلیل الوقوع ہوتے جاتے ہیں، بشرطیکہ مکرر سرایت نہ واقع ہو۔

تشخیص۔ متوقف تپوں کی تشخیص عموماً آسان ہوتی ہے۔ ان کے حملے اکثر بطور خود مُنتَہی ہوتے ہیں، اور باقاعدہ وقفوں سے اُن کے مکرر واقع ہوتے سے اُن کی توثیق کی تصدیق ہو جاتی ہے بشرطیکہ یہ وقفہ تپ ثلاثی (تیجاری) یا تپ رابع (چوتھیا) کی شکل رکھتے ہوں۔ روزانہ تشعیریوں پر کم اعتماد رکھنا چاہیئے، کیونکہ وہ مختلف عفونتی حالتوں میں بھی واقع ہوتے ہیں، مثلاً تقیّح الدم (پایمیا) خراج کبد (abscess of the liver) اور خبیث التہاب دروں قلبیہ (malignant endocarditis) میں بعض مرسے اقسام کے تقیّح میں اور سل ریوی میں واقع ہونے والے حمّوی حملے تپ لرزہ یا نوبیہ (ague) سے مشابہ ہوسکتے ہیں۔ لیکن اس کے برعکس ان نکانیوں کے تشعیر سے بالکل بے قاعدہ ہوتے ہیں۔ اگر ان کا علاج، اس مفروضہ کی بنا پر کہ یہ ملیریائی ہیں کونین سے کیا جائے تو کوئی نتیجہ (فائدہ) نہیں حاصل ہوگا، در انحالیکہ ملیریا کو اس دوا کی کافی مقداریں دینے سے فائدہ پہنچتا ہے اور وہ جاتا رہتا ہے۔ ملیریائی تپ کی زیادہ شدید قسموں میں ممکن ہے کہ کسی مقامی عارضہ کے نمایاں ہونے، اور حمّوی خصائص خفیف طور پر نمودار ہونے کی وجہ سے اصلی نوعیت مرض نظر انداز ہو جائے۔ مثلاً ممکن ہے کہ کومائی قسم (comatose form) کو غلطی سے سکتہ (apoplexy) اور دوسری قسموں کو ذات الریہ (نمونیہ) یا ہیضہ (کالرا) سمجھ لیا جائے۔ ملیریائی مسلسل قسموں کا تپ محرقہ (ٹائفائیڈ) سے مشابہ ہونے کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ اس کے برعکس ایسی مخفی سرایتیں (latent infections) بھی ہوتی ہیں جو اس قدر کافی طور پر نو یاب نہیں ہوتیں کہ ایک تمثیلی حملہ پیدا کر سکیں۔ ان تمام حالتوں میں لیشمن (Leishman) کے طریقہ سے تلوین کردہ

آلودہ خون (blood smear) کا امتحان کرنے سے تشخیص قائم کی جا سکتی ہے (ملاحظہ ہو امتحان خون)۔ طفیلیات حاد حملوں کے دوران میں خون کی خلیوں کے اندر نسبتہً زیادہ آسانی کے ساتھ دکھائی دے سکتے ہیں لیکن ممکن ہے کہ غیر نمونی زمانوں میں بھی احتیاط کے ساتھ امتحان کرنے پر طفیلیات کی غیر تقسیم شدہ شکلیں عموماً مل جائیں۔ بالعموم اسے اچھی طرح ذہن نشین کر لینا چاہیئے کہ خون کا ایک منفی امتحان عملاً کوئی قیمت نہیں رکھتا۔ یہ امر اس وقت بالخصوص صادق آتا ہے جبکہ مریض کونین بطور حفظ ماتقدم کی دوا کے یا معمولی حملے کے دوران میں استعمال کرتا رہا ہو۔ اکثر محض۔ اگر یہ کونین ہی کا استعمال تپ کو کم کئے بغیر محیطی خون کو طفیلیات سے پاک کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ بیضہ جسیمات کو شمار کرنے سے بھی مدد حاصل کی جا سکتی ہے۔ یہ عموماً لرزہ اور تپ کے دوران میں معمول کے نسبت زیادہ ہوتے ہیں اور پھر دوسرا حملہ ہونے تک ان کی تعداد معمول سے نیچے گر جاتی۔ (leucopenia = قلت خلیات بیضا)۔ تفریقی شمار بڑے یک نواتی جسیمات (large mononuclears) کی بڑی زیادتی ظاہر کرتا ہے بالخصوص غیر تپی زمانہ کے دوران میں اور اس زمانہ میں ان جسیمات کی زیادتی جو جملہ جسیمات کی ۲۰ فیصدی تک ہو، مشتبہ حالتوں میں ملیریا کی قوی شہادت ہے (Stephens)۔ ممکن ہے کہ بیضہ جسیمات، بالخصوص یک نواتی جسیمات (mononuclears) کے اندر رنگ کے ذرات موجود ہوں۔

135

ایسے ملک میں جہاں ملیریا ایک مقامی مرض ہو ہر مجہول السبب تپ کی حالت میں ملیریا کی ممکن تشخیص کو یاد رکھنا چاہئے۔ بلکہ ان حالتوں میں بھی جن میں خون کے اندر طفیلیات نہ بتلائے جا سکیں، اگر ملیریا کا کوئی بھی امکان ہو تو دانشمندی یہی ہے کہ کونین کے اثر کو آزما لیا جائے۔ یہ بالخصوص اس حالت کے لئے صادق آتا ہے جبکہ مریض خطرناک طور پر بیمار ہو، کیونکہ اب اگر طفیلیات کے نہ ملنے کے باعث کونین کے استعمال سے احتراز کیا جائے گا تو سخت اندیشہ ہو سکتا ہے کہ مریض کی شفایابی کے امکانات میں خلل واقع ہو جائے۔ ساتھ ہی یہ بھی فراموش نہ کرنا چاہئے کہ جب کسی ملیریائی موضوع (شخص) پر کسی حاد سرایت، مثلاً نمونیا یا انفلوئنزا کا حملہ ہوتا ہے تو اس کے ساتھ عموماً اس پر ملیریا کا مستزاد حملہ ہوتا ہے۔ اسی واسطے اگر طفیلیات مل جائیں تو اسکے لازمی طور پر یہ معنے نہیں کہ مریض محض ملیریا ہی میں مبتلا ہے۔

تحریر - اس مقصد میں امور ذیل سے امداد مل سکتی ہے :- (۱) ملیریائی رقبوں میں بنئیلیت (drainage) کے انتظام سے : نوبیہ بینے تپ لرزہ اس طریقہ سے جزائر برطانیہ سے تقریباً کلی طور پر مفقود ہو گیا ہے - (۲) مچھر کے استیصال سے : اس کی کوشش اس طرح کی گئی ہے کہ پانی کے اُن گڑھوں پر جن میں مچھر انڈے بچے دیتے ہیں اور پیدا ہوتے ہیں، کیروسین یعنے مٹی کا تیل ڈالا جاتا ہے تاکہ مچھروں کے انڈے اور کیڑے (larvæ) تلف ہو جائیں - ۱۵ مربع فیٹ سطح کے لئے ایک اونس کیروسین کافی ہوتا ہے - (۳) باریک گاز (جالی) کے مچھر دانوں (مسہری) سے جسم کے کھلے ہوئے حصوں کی حفاظت، بالخصوص شب کے وقت (کیونکہ مچھروں کی بعض انواع صرف شب کے وقت ہی حملہ کرتی ہیں) (۴) ملیریائی اضلاع میں رہنے والوں کے لئے کونین کا دائمی استعمال داخلی طور پر یعنے براہ دہن (روزانہ بقدر ۵ گرین) - اس نام نہاد حفظ ما تقدمی کونین کی منفعت کسی طرح معین طور پر ثابت نہیں سمجھی جا سکتی - اس کے استعمال سے طفیلیات کا پتہ چلانا یقیناً زیادہ مشکل ہو جاتا ہے اور اس کا بھی امکان ہے کہ اس سے ملیریا کے علامات ظاہر نہیں ہونے پائیں - لیکن یہ بہت مشتبہ ہے کہ آیا اس سے حقیقت سرایت رک جاتی بھی ہے - روزانہ کونین کا استعمال موقوف کرتے ہی تپ کے حملے شروع ہو جانے کا امکان ہوتا ہے - بہت سی حالتوں میں ممکن ہے کہ اس سے معین طور پر نقصان پہنچے کیونکہ اس امر کا امکان ہوتا ہے کہ مریض بلا ملیریا کے کسی حاد حملہ کے (جس کی وجہ سے اُس کی حالت کی طرف توجہ منعطف ہوتی) رفتہ رفتہ نامحسوس طور پر ملیریائی نحف (malarial cachexia) کی حالت میں پہنچ جائے - ہندوستان اور دیگر مقامات میں اس مرض کے غلبہ (پھیلاؤ) کے متعلق تخمینے دو طریقوں سے بنا رکھے گئے ہیں :- اوّلاً کثیر التعداد اشخاص کے خون کا امتحان کر کے اُن اشخاص کی فیصدی تعداد معلوم کی گئی جن میں طفیلیات مل سکتے ہیں (Stephens and Christophers) - دوم یہ امر تحقیق کیا گیا کہ بچوں کی کس قدر فیصدی تعداد میں کلائی طحال موجود ہے -

علاج - ملیریا کے علاج میں کونین نسبتاً سب سے زیادہ کارگر دوا ہے - اس دوا کے استعمال کے مختلف طریقے ہیں اور اُسی طریقہ کو منتخب کرنا چاہئے جو کسی

خاص حالت کے لئے سب سے زیادہ موزوں ہو۔

سب سے زیادہ وسیع طور پر کام میں لایا جانے والا طریقہ استعمال بالفم (oral administration) یعنے براہ دہن لینے کا ہے۔ ۱تا ۵ اگرین کی معتاد دن میں تین بار ایک آمیزہ (مکسچر) کی شکل میں دی جا سکتی ہے۔ نہایت عام طور پر کوئین سلفیٹ (quinine sulphate) استعمال کی جاتی ہے، لیکن اِس سے معدہ میں بہت کچھ خراش پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ مزید برآں کوئین سلفیٹ قرص کی صورت میں بہت ممکن ہے کہ سخت ہوجائے اور براز کے ساتھ غیر متغیر شکل میں خارج ہوجائے، بالخصوص اُس وقت جبکہ وہ مُقَنّد یعنے شکر غلافی (sugar-coated) ہو۔ کوئین ہائڈروکلورائڈ (hydrochloride) یا بائی ہائڈروکلورائڈ (bihydrochloride) عموماً زیادہ کارگر ہوتی ہے، کیونکہ وہ نسبتاً بہت زیادہ حل پذیر ہوتی ہے۔ استعمال بالفم (براہ دہن استعمال) کا طریقہ اُس وقت مطلقاً ناجائز اور ممنوع (contra-indicated) ہے جبکہ قے کی کوئی شکایت ہو یا جب زبان پر موٹے فروکی تہ چڑھی ہو، جس سے اس امر کی دلالت ہوتی ہے کہ معدے میں فتور یا بے ترتیبی ہے۔ ایسی حالتوں میں کوئین کا براہ دہن استعمال بیکار ہے کیونکہ کوئین معدی علامات میں زیادتی پیدا کردیتی ہے اور جذب نہیں ہوتی۔

تحت الشلاثی ملیریا کی حالتوں کے لئے درون عضلی اشراب (intramuscular injection) کا طریقہ بدرجہا بہترین ہے۔ بائی ہائڈروکلورائڈ کا اشراب، ۱تا ۱۲ گرین کی معتادوں میں، تقریباً ۵ تا ۱ مکعب سمر آب کشیدہ کے اندر حل کرکے کیا جاتا ہے۔ اشراب کے لئے بہترین مقام عضلات سرین کے عمق میں ہے، اور عصب نسائیہ (sciatic nerve) کے نقطۂ خروج (مخرج) سے اوپر کسی جگہ بھی ہو۔ یہ کہنے کی ضرورت نہیں کہ سخت عدیم العفونتہ (aseptic) احتیاطوں سے کام لینا چاہئیے۔ ایک لمبی سوئی استعمال کرنی چاہئیے اور اس کا خیال رکھنا چاہئیے کہ دوا کے کسی حصے کا تحت الجلدی اشراب ہونے نہ پائے، کیونکہ اگر ایسا ہوگیا تو جلد کا تفتُّت (sloughing) واقع ہوجائے گا۔ عموماً دو تین اشرابوں میں مریض اتنا کافی شفایاب ہوجاتا ہے کہ پھر وہ کوئین براہ دہن استعمال کرسکتا ہے۔

156

ملیریا کی شدید ترین شکلوں (مثلاً دماغی قسم) میں درون وریدی کوئین

داعیہ علاج ہے۔ ۱۰ تا ۲۰ گرین کی ایک مقدار دی جانی چاہئے۔ اس مقصد کے لئے کونین بائی ہائڈرو کلورائڈ سب سے زیادہ موزوں ہے اور اس کا نہایت سہولت بخش طریقہ یہ ہے کہ اسے ۱۰ مکعب سم آب کشیدہ میں حل کر کے کہنی کے سامنے کی ایک وریدمیں اشراب کر سکتے ہیں۔ اگرچہ چھ گھنٹے کے اندر علامات میں نمایاں طور پر اصلاح ہو جاتی ہے تو ایک دوسرا دروں وریدی اشراب دیا جا سکتا ہے۔ اور دروں عضلی طریقہ سے بھی کام لے سکتے ہیں۔ دروں وریدی اشراب آہستہ آہستہ کرنا چاہئے، اور پوری مقدار کے اشراب میں دو سے لیکر تین منٹ تک لئے جائیں۔ دوران اشراب میں ممکن ہے کہ مریض طنین (tinnitus) دُوار یعنے دوران سر (vertigo) اور بہر (dyspnoea) کی شکایت کرے، لیکن خطرناک علامات عملاً نامعلوم ہیں۔

بعض اوقات کونین تحت الجلدی راہ سے بھی دی جاتی ہے، اور کہتے ہیں کہ دروں عضلی راہ کے نسبت اس طریقہ سے دینے میں جذب زیادہ سریع ہوتا ہے۔ اگر یہ طریقہ کام میں لایا جائے تو اس دوا کو خوب مُرقق کر کے دینا چاہئے، کیونکہ قوی محلولات جلد کا تغشّش (sloughing) پیدا کر دینگے۔

جب حاد علامات زائل ہو جائیں تو کونین براہ دہن روزانہ ۳۰ گرین کی مقداروں میں تین ہفتے تک استعمال کرنی چاہئے۔ اس درجہ میں کونین مسیحر کے ساتھ لائکر آرسینیکیلس (liquor arsenicalis) بتدریج بڑھتی ہوئی مقداروں میں لاکر (حتیٰ کہ ۸ قطروں تک مقدار ہو جائے) دن میں تین بار دینا چاہئے۔ تین ہفتوں کے بعد کونین کی مقدار بتدریج گھٹا کر روزانہ دس گرین تک کر دینا چاہئے، اور اسے ایک ماہ سے لیکر تین ماہ تک جاری رکھنا چاہئے۔

ملیریائی حملوں کے علاج میں کونین کے علاوہ یہ امور بھی شامل ہونے چاہئیں:- تفارش (confinement to bed) یعنے مریض کا لیٹا رہنا۔ دردِ سر میں تسکین کے لئے اسپیرین (aspirin) یا ڈوورس پاؤڈر (Dover's powder) کا استعمال اور آنتوں کے فعل (دفع قبض) کا خیال رکھا جائے۔ آخرالذکر کے لئے شب کے وقت ایک گرین کیلومل (calomel) استعمال کرنے کا مشورہ دینا چاہئے، اور اس کے بعد صبح کے وقت ایک ملیّن مفتح (saline aperient) استعمال کرنا چاہئے۔ جب

قے نمایاں علامت ہو تو ہر قسم کی غذا روک دینی چاہئے اور دہن کی راہ سے صرف پانی تھوڑی تھوڑی مقداروں میں دینا چاہئے۔ جب تپش بلند رہتی ہو تو نیم گرم یا سرد پانی سے اسفنج کرنے سے فائدہ ہوتا ہے اور جب تپ شدید (hyperpyrexia) ہو تقلیلِ حرارت کے وہ موثر اور انتہائی طریقے کام میں لانے چاہئیں جن کی ضربۃ الحرارت (heat-stroke) یعنے لُو کے لئے سفارش کی گئی ہے۔

ملیریا کے علاج میں یہ امر نہایت اہم ہے کہ کونین بالاکراہ یعنے ادھورے دل سے نہ استعمال کی جائے۔ اُسے پوری مقداروں میں استعمال کرنا چاہئے اور اگر مریض ذرا بھی مخدوش طور پر بیمار ہو تو اُسے دروں عضلی اور دروں وریدی راہ سے استعمال کرنے میں دریغ نہیں کرنا چاہئے۔ اگر یہ کیا جائے اور مریض ایک یا دو دن میں تعامل (ردِّ عمل) نہ ظاہر کرے تو اُس کی علالت کا سبب غالباً ملیریا نہیں ہے اور دوسری تشخیص کی جستجو میں سعی کرنی چاہئے۔

کونین کے استعمال سے، بالخصوص اگر یہ عرصۂ دراز تک ہو تو بعض ناگوار علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ اِن میں سے سب سے زیادہ عام طنین (tinnitus) ہے، جو اس قدر نمایاں ہو سکتا ہے کہ ممکن ہے کہ تقریباً مکمل بہرا پن پیدا کر دے۔ عدمِ اشتہا، رعشہ (tremor) اور دورانِ سر دوسرے ناگوار علامات ہیں جو اکثر کونین کے طویل تصاب کے ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ بعض اشخاص میں کونین کی غیر معمولی حسّاسیت ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ان میں ایک ہی خوراک کے بعد ایک وسیع شَری طفح (urticarial rash) نمودار ہو جائے۔ ایسی حالتوں میں قے کے شدید حملے بھی ہو سکتے ہیں۔ گاہے گاہے اگر کونین کے ساتھ برومائڈ (bromide) کی تھوڑی مقداریں شامل کر کے دی جائیں تو اس سے کونین کی برداشت بہتر ہوتی ہے۔ ذیل میں ایک سہولت بخش نسخہ درج ہے:۔ کونین ہائیڈروکلورائڈ ۱۰ گرین، ایسڈ ہائیڈروبرومک ڈائیلوٹ ۲۰ قطرے، سیرپ اورانشائی ۱ ڈرام، ایکوا کلوروفارمی ۱ نصف اونس۔ دن میں تین بار۔ بعد غذا۔ اگر کونین کی برداشت نہ ہو تو نیو سالورسان (neo-salvarsan) ۴۵ء۰ گرام کے اشرابات دینے چاہئیں۔

نکسات (relapses) کا علاج اصولاً وہی ہے جس کی تفصیل اوپر درج ہو چکی ہے۔

لیکن بارہا ایسا ہوتا ہے کہ ایک ملیریائی موضوع کو اس کا علم ہو جاتا ہے کہ اب مجھے نکس ہونے والا ہے اور وہ فوراً مرض کو روکنے کے لئے کونین کی کافی مقدار لے سکتا ہے۔

157

سیاہ بولی تپ

(BLACK WATER FEVER)

ملیریائی ہیموگلوبین بولیت

(malarial hæmoglobinuria)

دنیا کے بعض حصوں (افریقہ کے مغربی ساحل، سیدا غاسکر اور افریقہ کے مقابل مشرقی ساحل، سیام، نیو گائنا، جنوبی ریاستہائے متحدہ، مرکزی امریکا، اور وینیزویلا اور گائنا) میں جو بیشتر مداری ہیں، اور سب کے سب ملیریائی رقبوں کے اندر واقع ہیں متذکرۂ بالا ناموں والا مرض ہوتا ہے، اور یہ مرض زیادہ تر انھیں لوگوں کو ماؤف کرتا ہے جو کچھ عرصہ تک اس مقام میں رہ چکے ہوں اور جن پر بیشتر حقیقی ملیریائی حملے ہو چکے ہوں۔ چند تنبیہی علامات (prodromal symptoms = علامات متقدمہ) مثلاً کسلمندی، اعضاء شکنی اور درد سر کے بعد ایک واضح تشدد یہ (لرزہ) ہوتا ہے جسکے ساتھ ہی صفراوی قے ہوتی ہے، اور پھر جلد ہی قلاؤں سرخ یا سیاہ بول کی کچھ مقدار خارج ہوتی ہے جس کا رنگ ہیموگلوبین کے باعث ہوتا ہے نہ کہ خون کے تندرست جسیمات کے باعث (یہ حالت جو ہیموگلوبین بولیت (hæmoglobinuria) [illegible] ہوتا ہے (آئیساخ کے طریقہ شناخت سے فی ہزار ½ ۲ تا ۳ کی حد تک) اور اس میں تہ نشین ایک چیلے بھورے شکل [illegible] کیبر اور زجاجی سیالک [illegible] ہو جاتے چند تشعریرے کے ساتھ تپش ۱۰۴ درجہ یا زائد تک بلند ہو جاتی ہے لیکن چند گھنٹوں کے بعد گر کر کسی قدر کم ہو جاتی ہے پھر تشعریرے کے ساتھ بلند ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ایسا مکرر ہو۔ مریض کو کم و بیش گہرا یرقان ہوتا ہے، اور اس کے جگر اور طحال کافی بائنہ

اور الیم ہوجاتے ہیں۔ ابیدا قراحالتوں میں یہ علامات تقریباً ایک ہفتہ تک جاری رہتے ہیں۔ مگر مہلک حالتوں میں تپ جاری رہتی ہے، بول زیادہ البیومینی اور قلیل المقدار ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اسرالبول (suppression) واقع ہوجائے، اور اس کے بعد کوما (غفلت) یا ہبوط (collapse) یا بول دمویت (uræmia) کی وجہ سے موت واقع ہوجاتی ہے۔ شرح ہلاکت ۱۰ تا ۵۰ فیصدی ہے۔

امراضیات ۔ تازہ تحقیقات سے ظاہر ہوگیا ہے کہ سیاہ بولی تپ ہمیشہ تحت الثلاثی طفیلیہ[1] کے ساتھ مؤتلف ہوتی ہے اور غالباً کسی نہ کسی طریقہ سے اُن سمیات کے باعث ہوتی ہے جو اس عضویہ سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ یہ بتلا دیا گیا ہے کہ اگر سیاہ بولی تپ کے آغاز سے پہلے امتحان کیا جائے تو اس طفیلیہ کے غذا خور خوینات (trophozoites) قلیل تعداد میں پائے جاسکتے ہیں۔ تنحون پاشیدگی (hæmolysis) کے عمل کے دوران میں وہ جسیمات جن میں طفیلیات مشمول ہیں ٹوٹ پھوٹ کر تلف ہوجاتے ہیں اور سیاہ بول تپ سے شفایابی کے بعد عموماً ملیریائی سرایت سے کلّی شفا حاصل ہوجاتی ہے۔ دم پاشیدگی یا سیندگی کی صحیح بنیادی میکانیت ابھی تک واضح طور پر متعین نہیں ہوئی ہے۔ پلہن (Plehn) کا خیال ہے کہ وہ ایک استہداقی (anaphylaxis) عمل سے واقع ہوجاتی ہے، اور یہ کہ تمونی حملوں کے دوران میں طفیلیات کے متواتر اتلاف کے سبب سے جسم میں ملیریائی طفیلیہ کی پروٹین کی مفرط حساسیت پیدا ہوجاتی ہے، اور جب یہ مفرط حساسیت کافی بلند درجہ پر پہنچ جاتی ہے تو ممکن ہے کہ طفیلیات کی ایک بالکل قلیل تعداد کے مزید انحلال سے یہ بحران واقع ہوجائے۔ اپنے دوران مرض میں ایک ناگہانی تغییر واقع ہوکر دم پاشیدگی ہوا اور اس کے ساتھ سیاہ بولی خارج ہونے لگے۔ کونین کا بڑی مقدار میں دینا ممکن ہے کہ کسی نہ کسی طریقہ سے ایک محرک عامل کے طور پر عمل کرے، اور اسی وجہ سے یہ مقبول عوام نظریہ پیدا ہوگیا ہے کہ کونین ہی سیاہ بولی تپ کا سبب ہے۔ یہ تصور کلّی طور پر صحیح نہیں ہے، اس کا اندازہ اس واقعہ سے ہوسکتا ہے کہ سیاہ بولی تپ اُن اشخاص میں بھی پیدا ہوسکتی ہے جنھوں نے کونین کبھی نہیں لی ہو، اور

[1] subtertian parasite

حقیقت الامر یہ ہے کہ یہ مرض اِس دوا کے معلوم ہونے اور رواج پانے سے بہت پہلے معلوم تھا۔ غالباً یہ کہنا صحیح ہے کہ بعض لوگوں میں جن میں کونین کی خاص حساسیت موجود ہو، کونین دم پاشیدگی کی پیدائش میں ایک جزو عامل کے طور پر عمل کرسکتی ہے۔ اسی طریقہ سے کہ جس طرح سے سردی، الکحل یا دوسری ستّی اشیا کرتی ہیں۔ امتحان بعد الممات میں بافتیں یرقان زدہ (jaundiced) پائی جاتی ہیں، خون نہایت پتلا ہوتا ہے، گردے گلائی یافتہ اور گہرے نیلے ہوتے ہیں، ساتھ ہی ان کے انبوبی سرطلہ (tubal epithelium) کا انحطاط پایا جاتا ہے۔ جگر گلائی یافتہ ہوتا ہے اور تخرّد بین سے اس میں تنخر (necrosis) کے رقبے پائے جاتے ہیں اور اُس کے خلیات میں بہت ہیموسائیڈیرین (hæmosiderin) موجود ہوتی ہے۔ اور ان میں سے بہت سے خلیے شحمی انحطاط ظاہر کرتے ہیں۔

علاج۔ کامل سکون و آرام (استراحت) اور عمدہ تیمارداری (نرسنگ) ضروری ہیں۔ مُرقّق مشروبات (diluent drinks) کی افراط سے گردوں کا آزادانہ فعل حاصل کرنا چاہئے۔ یہی اثر طبعی مالح محلولات (normal saline solutions) کے درون وریدی اشراب سے بھی حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اکثر خیال کیا گیا ہے کہ کونین کے ذریعہ نوعی علاج (specific treatment) کرنے سے صورت حال بدتر اور ہیموگلوبین بولیت زیادہ ہوجاتی ہے لیکن اس کے استعمال کی اس وقت اجازت دی گئی ہے (Manson, Crosse) جبکہ یہ دکھلایا جاسکے کہ ملیریائی طفیلیات موجود ہیں۔ اگر کونین استعمال کی جائے تو اُسے بائی کاربونیٹ یا کلورائڈ کے اشرابات کی صورت میں دینا چاہئے اور اُس کے استعمال سے پہلے کیلشیم لیکٹیٹ (calcium lactate) کی مقداریں دینی چاہئیں۔ کونین سلفیٹ نہیں دینا چاہئے۔

مرض ترفانی (ترفانیت)

(TRYPANOSOMIASIS)

(مرض النوم = sleeping sickness)

اجسام ترفانیہ تخرّد بینی حیوانی عضویے ہیں جو انسان، گھوڑوں اور مویشی میں مرض

کا سبب ہوتے ہیں۔ وہ انواع جو انسان میں افریقہ کا مقامی مرض النوم (endemic sleeping sickness) پیدا کر دیتے ہیں گیمبیائی اجسام ترفانیہ (trypanosoma gambiense) اور رھوڈیسیائی اجسام ترفانیہ (T. rhodesiense) ہیں۔ ایک دوسرا انسانی ترفانیہ (T. cruzi = کروزی ترفانیہ) برازیل میں بیان کیا گیا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس سے تپ، قلت الدم اور غدی کلانی پیدا ہو جاتی ہے۔

مرض النوم کا ترفانیہ (ملاحظہ ہو شکل ۱۴ اور شکل ۱۵) ایک لمبوترا غوکچہ نما[1] طفیلیہ ہے، جو طول میں سب مل کر ۱۸ ملد تا ۲۵ ملد، اور عرض میں ۲ ملد تا ۸ر۲ ملد ہوتا ہے۔ چنانچہ طول میں وہ خون کے ایک سرخ جسیمہ کے قطر سے تقریباً تگنا ہوتا ہے۔ اُس کے طول کے تقریباً وسط میں ایک بڑا بیضوی نواتہ (trophonucleus = غذائی نواتہ) ہوتا ہے۔ کُند سرے پر کروماٹین کا ایک چھوٹا ریزہ (parabasal body = مجاور قاعدی جسم) ہوتا ہے، اور اس کے قریب ہی ایک نسبتہً چھوٹا جسم (blepharoplast = جفن مایہ) ہوتا ہے، جس سے ایک سوطیہ (flagellum) آگے بڑھتا ہے، اور ایک تموجی دلہر دار جھلی کے کنارے کے برابر برابر دوڑ کر عضویہ کے دوسرے سرے تک جا کر اُس سے آگے کچھ فاصلہ تک باہر نکلا ہوا رہتا ہے۔ یہ طفیلیات خون، لمفی غدد اور دماغی نخاعی سیال کے اندر

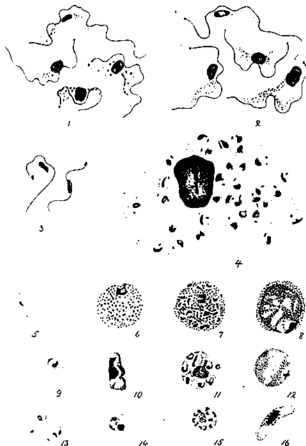


شکل ۱۴

گیمبیائی اجسام ترفانیہ۔ ونش (بہ تتبع بروکس)۔

---

[1] tadpole-like



[illegible] Protozoa Which produce Disease in Man (magnification 2,000)

[illegible] sleeping sickness.

[illegible] sleeping sickness.

[illegible] *Leishmania* [illegible] Parasites in a large [illegible] and two normal red blood corpuscles.

[illegible] *Plasmodium vivax* [illegible] Infected corpuscle enlarged and showing Schüffner's dots.

[illegible] *Plasmodium malariae*.

[illegible] *Plasmodium falciparum*.

[illegible] 7, 11, 15, schizonts; 8, 12, 16, gametocytes which develop further [illegible]

[illegible] prepared under the direction of Dr. C. M. Wenyon.)

D.C., Process Studio.

پائے جاتے ہیں، اور آخرالذکر کے اندر ان کی موجودگی اس مرض کے مخصوص و ممیز علامات پیدا کر دیتی ہے۔ یہ خون کے اندر آہستہ آہستہ مرغولی طریقہ سے (پیچ بپیچ خم کھاتے ہوئے) نقل و حرکت کرتے ہیں۔ یہ خون کے سرخ جسیمات کے اندر کبھی نہیں ملتے، لیکن سپید جسیمات ان کو نگل کر تلف کر دیتے ہیں۔ طفیلیات موجود رکھنے والے خون یا دماغی نخاعی سیال کی تطعیم بندروں میں کر کے ان میں یہ مرض پیدا کیا گیا ہے۔

بحثِ اسباب۔ عرصۂ دراز سے اس مرض کا افریقہ کے مغربی ساحل پر سینیگال اور نو آئنڈا دریاؤں کے درمیان، اور چند ہزار میل تک اندرونِ ملک میں ہونا معلوم ہے۔ حال ہی میں یہ یوگانڈا، رھوڈیسیا، نیاسالینڈ اور افریقہ کے متصل حصوں میں دیکھا گیا ہے۔ یہ دنیا کے دوسرے حصوں میں بھی ہوتا ہے، مگر جو شخص اس مرض میں مبتلا ہوتا ہے وہ ہمیشہ پہلے افریقہ میں رہ چکا ہوتا ہے۔ اب تک یہ مرض حبشیوں کے سوائے دوسروں میں شاذ ہی دیکھا گیا ہے۔ اس کا حملہ دونوں جنسوں اور سب عمروں میں ہوتا ہے، شاید باستثنائے شیرخوار بچوں یا بہت بوڑھے شخصوں کے۔ انتشارِ مرض ملیریا کے انتشار سے بعینہٖ مماثل ہے، اور انسانوں میں طفیلیہ کی تطعیم سیٹسی مکھی (tsetse fly) کی ایک خاص قسم کے کاٹنے سے ہوتی ہے۔ چنانچہ گیمبیائی ترفانیہ (T. gambiense) (جو کانگو اور یوگانڈا میں مرض النوم کا سبب ہے، اور تقریباً بالکلیہ انسان تک محدود ہوتا ہے، اور مویشی اور جنگلی شکاری جانوروں کو نہیں متاثر کرتا) بہاسی گلاسینا (Glossina palpalis) کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے۔ اور رھوڈیسیائی ترفانیہ (T. rhodesiense) (جو مویشی اور جنگلی جانوروں میں ایک مرض پیدا کر دیتا ہے جس کا نام نگانا ہے، اور نسبتہً بہت کم تناسب میں نیاسالینڈ اور رھوڈیسیا میں انسانوں کو متاثر کرتا ہے) ایک دوسری سیٹسی مکھی یعنے گزندہ گلاسینا (Glossina morsitans) کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ خاص اضرار عصبی نظام میں پائے جاتے ہیں، اور وہ مزمن سحائی دماغی التہاب (chronic-meningo-encephalitis) اور سحائی نخاعی التہاب (meningo-myelitis) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ اُمِّ حنونہ و عنکبوتیہ

(pia-arachnoid) غیر شفاف، قدرے دبازت یافتہ اور شائد چپکی ہوئی ہوتی ہے، اور خوردبین کے نیچے گول خلیوں سے درریختہ نظر آتی ہے۔ یہ خلیے زرد عروقی فضاؤں میں بھی بہ افراط ہوتے ہیں۔ زیر عنکبوتی سیال مقدار میں بڑھا ہوا، پوال جیسے رنگ کا، اور کسی قدر گدلا ہوتا ہے، لیکن ریمی شاذ ہی ہوتا ہے۔ قشرۂ دماغ میں ہرمی خلیے (pyramidal cells) کم ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ حبل شوکی (نخاع) میں منتشر صلابت، اور ساتھ ہی محوریوں (axons) کا انحطاط ظاہر ہو۔ ان محوریوں کے درمیان بعض اوقات اجسام ترفانیہ عروق دموریہ سے باہر پڑے ہوئے دکھلائے جاسکتے ہیں۔ پھیپھڑے تقریباً ہمیشہ محتقن اور اُذیمائی ہوتے ہیں، اور بعض اوقات ایک یا زائد مقامات پر متجمد (consolidated) ہوتے ہیں۔ قلب عموماً پلپلا اور پھیکے زرد رنگ کا ہوتا ہے، اوپری اور عمقی لمفی غدد بہت کلانی یافتہ ہوتے ہیں، اور ان کے لمفی جسیمات (lymphocytes) بہت زیادہ ہو جاتے ہیں۔ بہت سے اعضاء میں عروق کے گرد سپید جسیمات کی دررریزش موجود ہوتی ہے (Low and Mott)۔

159

علامات ۔ مرض کے کورس کو تین مرحلوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے، زمانۂ حضانت، حموی درجہ، اور دماغی درجہ۔

زمانۂ حضانت ۔ گلاسینا کے کاٹنے سے عموماً ایک مقامی التہابی تعامل پیدا ہو جاتا ہے، جو چند روز تک جاری رہتا ہے اور اُس تعامل کے نسبت جو ایک غیر سرایت زدہ مکھی کے کاٹنے کے بعد ہوتا ہے نمایاں طور پر زیادہ شدید ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ زمانۂ حضانت صرف دو ہفتے سے لیکر تین ہفتے تک ہو، لیکن بعض اوقات وہ چند مہینوں بلکہ برسوں تک طویل ہو جاتا ہے۔ علامات عموماً غیر موجود ہوتی ہیں۔

حموی درجہ ۔ مریض تپ کے حملوں میں مبتلا ہوتا ہے، جو تقریباً ایک ہفتہ تک جاری رہتے ہیں اور بار بار کر رہوتے ہیں۔ ساتھ ہی ایک احمراری طفح (erythematous rash)، جو شکل میں اکثر پر پیچ (circinate) ہوتا ہے، بالخصوص دھڑ پر نمودار ہوتا ہے۔ گردن کے پچھلے مثلثوں میں کے لمفی غدد بھی

کلانی یا فتہ ہوجاتے ہیں۔ شرح نبض غیر حموی زمانوں میں بھی سریع ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ گہراؤ پانے سے بیش حسیت پائی جائے۔ بعض حالتوں میں مرض اس درجہ تک پہنچکر ختم ہوتا معلوم ہوگا۔



شکل نمبر ۱۵

رھوڈیسیائی ترنانیہ (T. rhodesiense) جو متنوع اشکال ظاہر کر رہے ہیں۔ نیاسالینڈ (بہ تتبع میرڈس)۔

دماغی درجہ۔ جب یہ عضویہ دماغی نخاعی عنکبوتی کہفہ میں پہنچتا ہے تو عصبی علامات نمودار ہوجاتے ہیں۔ اس مرض کا ممیز خاصہ غنودگی ہے، جو بتدریج بڑھکر نعاس (somnolence) میں، اور بالآخر گہرے کوما میں تبدیل ہوجاتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ مریض اپنا کام کاج کرتا رہے، لیکن وہ غنودہ، بے سدھ اور نڈھال ہوتا ہے یا اس کی جسمانی حالت کمزور ہوتی ہے۔ اس کا چہرہ بے اظہار[1] ہوتا ہے، اوپر کے پپوٹے لٹک پڑتے ہیں، اور نیچے کا لب گرا ہوا ہوتا ہے (جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نیچے کے دانت دکھائی دینے لگتے ہیں) اور یہ لب خشک اور تڑخا ہوا ہوتا ہے۔ ازاں بعد چہرہ بے اظہار ہوجاتا ہے، اور پھولا پھولا معلوم ہوتا ہے، زبان اور ہاتھ رعشہ کی وجہ سے تھرتھراتے ہیں۔ ایک یا دو مہینوں میں انبطاح (prostration) بڑھ جاتا ہے۔ مریض دقت کے ساتھ لکڑی کے سہارے سے چلتا ہے، نیچے کا ہونٹ اور زیادہ بیرون گردیدہ

[1] expressionless

(everted) ہوتا ہے اور اُس پر سے رال بہتی رہتی ہے۔ تپش شام میں قدرے بلند ہوجاتی ہے، اور نبض اکثر نہایت سریع ہوتی ہے۔ لمفی غدد کلانی یافتہ رہتے ہیں، لیکن نسبتہً چھوٹے اور سخت ہوجانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ بالآخر نُعاس (somnolence) ایسا ہوجاتا ہے کہ مریض متواتر ایک ہی وضع میں پڑا رہتا ہے، یا تو زمین پر برابر اوندھا پڑا ہوا، یا ایک کروٹ پر پیچ کھایا ہوا (سُکڑا ہوا)، یا سامنے کو گھٹنوں کے بل گرا ہوا۔ آخری درجوں کے دوران میں وہ صرف وہی کھاتا ہے جو کچھ کہ اُس کے سامنے لایا جائے، بلکہ جو غذا اُس کے مُنہ میں ہوتی ہے اُسے بھی کھانا موقوف کر دیتا ہے۔ اگر دوسرے اُس کی خبرگیری نہ کریں تو وہ فاقہ سے رہیگا۔ جوں جوں وہ زیادہ نائم (somnolent) ہوتا جاتا ہے اُس کے افرازات اُس کے قریب جمع ہوتے جاتے ہیں اور بہت سے قروح الفراش (bedsores) بنجاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ رقص شکل تشنجول (choreiform spasms) اور جھٹکوں میں مبتلا ہوجائے اور سریع لاغری اور اسہال واقع ہوجائیں۔ بثوری آبلہ نما اور قاکی ثورانات اور جلد کی ایک محسوسی دار حالت بھی دیکھی گئی ہے۔ مریضوں کی نسبتہً تھوڑی تعداد میں علامات کسی زمانہ میں مائیا پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ مرض پانچ ماہ سے لیکر پندرہ مہینوں تک جاری رہتا ہے۔

تشخیص - کسی لمفی غدہ میں سے بذریعۂ خز (puncture) نکالے ہوئے سیّال کے اندر اجسامِ ترفانیہ کی موجودگی نہایت آسانی سے دکھلائی جاسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ اجسام خون میں بھی موجود ہوں۔ اگر دماغی نخاعی سیّال کا نخاص (centrifugalization) کیا جائے تو ممکن ہے کہ اُس میں بھی طفیلیات بطیں اور ساتھ ہی خلوی عناصر کی زیادتی نظر آئے، اور مہلک حالتوں میں وہ جرثوم دماغ کے اندر بھی دکھلا دیئے گئے ہیں۔ بلکہ آخرالذکر سیّال کے اندر اجسامِ ترفانیہ کے ظاہر ہونے سے پہلے ہی کثیر التعداد لمفی خلیے، بڑے سرحلی خلیے، اور نخاعی خلیے (myelocytes) ملینگے اور مصلی گلابیولین (serum globulin) اور مصلی البیومین (serum albumin) کی زیادتی بھی پائی جائے گی۔

160

انذار - اگرچہ مرض النوم ایک نہایت خطرناک مرض ہے تاہم یہ ضروری

نہیں کہ نتیجہ ہمیشہ مہلک ہو۔ نائجیریا اور یوگانڈا میں ایسے اضلاع ہیں جہاں کے دیسی باشندے اب اس طفیلیہ کے متحمل ہو گئے ہیں۔

علاج۔ مریض کو مقامی مرضی رقبہ سے باہر منتقل کر دیا جاتا ہے۔ حال ہی میں بے یر کے ۲۰۵ ("205" Bayer) کے ذریعہ سے کامیاب نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ یہ دوا ایک انیلینی مرکب ہے جسکے ترکیبی اجزا اسکو تیار کرنے والی بے یر کمپنی نے ابتک ظاہر نہیں کئے ہیں۔ (۱۹)۔ اس کا اشراب تحت الجلدی راہ سے کر سکتے ہیں، مگر بہتر طریقہ یہ ہے کہ اسے ایک گرام کی مقداروں میں، ایقیمدی طاقت کے محلول کی صورت میں وریدوں ورید کی راہ سے دیا جائے۔ انھیں ایک ایک ہفتے کے وقفوں کے بعد کر دینا چاہئے یہانتک کہ اجسام ترفانیہ نہ ملیں اور خواہ بادماغی نخاعی سیال کے اندر آن کا عکس نہ ہو توبھی بہتر نتائج اثر پیدا کرنے کے لئے یہ بہتر ہو سکتا ہے کہ پہلے تین اشرابات بلاناغہ روزانہ دیئے جائیں (یعنے تین دن تک ہر روز ایک اشراب ہو)۔ علاج کا ایک نصاب دس یا پندرہ گرام مقدار دینے کے برابر ہوتا ہے۔ اگر حالت اس پر بھی عسیر العلاج اور بے اثر رہے تو بے یر ۲۰۵ کے کرر استعمال سے پہلے بہترین طریقہ یہ ہوگا کہ ٹریپ آرسیمائڈ (tryparsamide) کو آزمایا جائے۔ چونکہ یہ اشرابات عموماً البیومین بولیت پیدا کر دیتے ہیں، اور ساتھ ہی نادر سانچے (casts) نمودار ہو جاتے ہیں، لہذا وقتاً فوقتاً گردے کے فعل کا امتحان کرتے رہنا چاہئے۔

دوسری کار آمد ادویہ آرسینک (arsenic) (سم الفار) اور اینٹی مونی (antimony) (کحلیہ) کے مرکبات ہیں۔ اول الذکر میں سے ایٹاکسل (atoxyl) ہے جس کا دروں عضلی اشراب کیا جاتا ہے۔ مینسن (manson) سفارش کرتا ہے کہ اسکی تین گرین کی مقدار ہر تیسرے دن، دو سال تک دینی چاہئے۔ کبھی کبھی ممکن ہے کہ یہ دوا ذبول عصب بصری (optic atrophy) پیدا کر دے۔ اسی واسطے بعض اصحاب سنکھیا کے ایک مماثل مگر نسبتہً کم سمی مرکب کی سفارش کرتے ہیں جو سوآمین (soamin) کے تجارتی نام سے مشہور ہے۔ ٹریپ آرسیمائڈ (tryparsamide) بھی ۲-۳ گرام کی مقدار میں نہایت کارگر ہے، بالخصوص ان حالتوں میں جن میں دماغی ماؤفیت ہو۔ اس علاج

کا مجموعی نصاب جو دو مہینوں پر پھیلا ہوا ہو، ۲ گرام ہونا چاہئے۔ اینٹی مونی (ٹارٹار ایمیٹک (tartar emetic) کے محرق اشرابات کی شکل میں دیا جائے تو نہایت کارگر ہوتا ہے۔ پہلی مقدار جو دی جائے ½ گرین ہونی چاہئے، اور اسے بتدریج ۱½ گرین تک بڑھا سکتے ہیں۔ یہ اشرابات ہفتہ میں دو بار کئی مہینوں تک دئے جاتے ہیں، یہاں تک کہ اس کی مجموعی مستعملہ مقدار سو گرین تک ہو جائے۔

جبتک کہ تمام علامات مہینوں تک غائب نہ رہ چکے ہوں، اور جبتک کہ مریض کے خون کا اشراب حساس جانوروں میں تزفانی مرض کے علامات پیدا کرنے میں ناکامیاب نہ ہو، یہ نہیں سمجھا جاسکتا کہ مریض شفایاب ہو گیا ہے۔

لیشمانیت

(LEISHMANIASIS)

اس اصطلاح میں وہ امراض متضمن ہیں جو ایک تحرّ حیوانی عضویئے لیشمانیہ (Leishmania) کی سرایت کے باعث ہو جاتے ہیں۔

ان طفیلیات کو پہلے میجر جنرل سر ڈبلیو لیشمان (W. Leishman) اور کرنل ڈانووَن (Donovan) نے ایک مداری مرض کالا آزار (Kala-azar) کے مریضوں کے اعضاء میں بیان کیا اور یہ لیشمانی ڈانووَنی اجسام (Leishman-Donovan bodies) کے نام سے مشہور ہیں۔ یہ اجسام جَئی (oats) کی شکل کے، بیضوی یا گروی اور ایک خَمیرَہ دموی کے قطر کے مقابلہ میں تقریباً ایک ثلث (۵ر۱ مائکرو میٹر × ۵ر۲ مائکرو میٹر) ہوتے ہیں، اور دو نواتی اجسام پیش کرتے ہیں۔ یعنے ایک جُزا (نواتہ یا نواتہ کبیرہ = nucleus or macro-nucleus) جو بیضوی ہوتا ہے، اور کسی قدر دھندلا رنگ قبول کرتا ہے۔ اور دوسرا [جو ایک جفن مایہ = blepharoplast اور ایک جذر مایہ = rhizoplast سے مرکب ہوتا ہے] چھوٹا اور عصا نما ہوتا ہے، گہرا رنگ قبول کرتا ہے اور عموماً اُس کا ایک سرا بڑے نواتہ کے طرف رُخ رکھتا ہے۔ یہ دونوں اجسام

عضویے کے محیط کے سامنے ایک دوسرے کے مقابل واقع ہوتے ہیں۔ یہ طفیلیات طحال،
جگر، مغزِ استخوان، اساریقی غدد، گردے اور معوی قرحوں میں پائے جاتے ہیں، اور
کالا آزار میں دورانِ زندگی میں بذریعہ وخز (پہلے کچو کا لگانے سے) حاصل
کیے جا سکتے ہیں۔ یہ رومانوسکی کے رنگ (Romanowsky's stain) کی مدد سے
خوب نمایاں ہو جاتے ہیں۔ یہ ہرپیٹومونا دِیّات[1] (Herpetomonidæ) خاندان سے
تعلق رکھنے والے ایک سوطی حیوان (flagellate protozoon) کی نوع کے
ابتدائی مدارج ہیں اور اب ڈونووانی لیشمانیہ (Leishmania donovani) کے
نام سے موسوم کیے جاتے ہیں۔ ان کے مزید نمو کا مشاہدہ مناسب واسطوں (media)
کے اندر کیا جا سکتا ہے:۔ مثلاً یہ کہ یہ طفیلیہ ثنائی تقسیم سے تعداد میں بڑھتا ہے، جفن مایہ
(blepharoplast) کے قریب دو جوار سے ایک سوطیہ (flagellum) کا ارتقا واقع
ہو جاتا ہے، اور عضویہ لمبا ہو کر ایک تکلے نما جسم بن جاتا ہے، جو طول میں ۲۱ سے لیکر
۲۰ ملائک تک پہنچ سکتا ہے، اور جس میں سوطیہ اور جفن مایہ ایک سرے پر ہوتا ہے اور
نواتہ کبیر (macronucleus) مرکز کے قریب یا دوسرے سرے کے قریب واقع
ہوتا ہے۔

ایسے ہی عضویے (L. infantum = رضیعی لیشمانیہ) بحرِ روم کے رقبہ
میں رضیعی طحالی نقص الدّم (infantile splenic anæmia) کی حالتوں میں، جو
کالا آزار سے قریبی مشابہت رکھتا ہے، اور کتوں کے ایک ---- مماثل مرض
(L. caninum = کلبی لیشمانیہ) میں پائے جاتے ہیں ---- رائٹ (Wright) ----نے
قرحہ شرقی (oriental sore) میں جو طفیلیات دریافت کیے ہیں وہ بھی اسی جنس
(L. tropica = مداری لیشمانیہ) سے تعلق رکھتے ہیں۔ اسی طرح جنوبی امریکہ
کا ایک عام انفی بلعومی تقرح ایک مماثل طفیلیہ (L. braziliensis = برازیلی
لیشمانیہ) سے پیدا ہو جاتا ہے۔

161

---

[1] دبیب تنائیوں کا گروہ

کالا آزار

(KALA-AZAR)

سیاہ تپ (Black Fever)

یہ مرض ہندوستان، آسام، اور چین میں پھیلا ہوا ہے اور ٹیونس، الجزائر، مالٹا، عرب، مصر اور سوڈان میں بھی پایا جاتا ہے۔ وہ عوارض جو مداری طحال کبیر طحال (tropical splenomegaly)، تپ ڈم ڈم (Dum Dum fever) اور بنگالہ کی نحیفی تپ (cachexial fever of Bengal) کے ناموں سے مشہور ہیں سب یہی ہیں۔

بحث اسباب۔ دیبب شغالیہ (herpetomanas) یا لیشمانیہ کی مختلف انواع مکھیوں، مچھروں اور کھٹملوں کی غذائی نالیوں میں پائی جاتی ہیں، اور خیال کیا جاتا ہے کہ ڈانو وانی لیشمانیہ (Leishmania donovani) کو جو کالا آزار پیدا کر دیتا ہے، بعض حشرات ایک آدمی سے دوسرے میں منتقل کر سکتے ہیں۔

امراضیات۔ جب یہ عضویے ابتدا ر جسم کے اندر داخل ہوتے ہیں تو عروق شعریہ کے درخلی خلیوں میں داخل ہو جاتے ہیں۔ وہاں یہ انشقاق کے ذریعہ بڑھ کر ایک ہی خلیے میں بڑی تعداد پیدا کر دیتے ہیں۔ جب یہ ان خلیوں سے باہر نکلتے ہیں تو انھیں کثیر الاشکال نواتی اور یک نواتی دونوں قسم کے سپید خلیے اپنے اندر لیتے ہیں اور یہ محیطی دوران خون میں پہنچ جاتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہیں سے آگے لیشمانیہ کا نمو انسانی جسم سے باہر واقع ہوتا ہے۔

امراضیاتی تشریح۔ موت کے بعد جو حالات پائے جاتے ہیں وہ نحول (emaciation) اور عضلی ذبول کے علاوہ کلانی طحال وجگر، استسقائی انصبابات اور تقرح معاء کبیر ہیں۔ طحال کلانی یافتہ اور سخت ہوتی ہے، اس کا رنگ گہرا سرخ

ہوتا ہے اور کیسہ یا غلاف اور ٹریبیکولس (trabeculæ) دبازت یافتہ ہوتی ہیں طفیلیات اس کے گودے کے خلیوں میں ملتے ہیں اور عام طور پر یہ مالفیجی جسیمات کے اندر نہیں ملتے۔ جگر سیاہ بھورا یا چتی دار بھورا اور زرد ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس میں معتدل درجہ کی کھیتہ (cirrhosis) ہوتی ہے طفیلیات بڑے درمیانی خلیوں کے اندر اکثر مجتمع در دل شعریہ میں پائے جاتے ہیں۔ وہ کبدی خلیوں کے اندر کبھی نہیں ہوتے بلکن کبدی خلیے ذبول یافتہ ہوتے ہیں اور ان میں نواتی اور شحمی انحطاط پایا جاتا ہے۔ مغز استخوان کے یک نواتی خلیوں میں کثیر التعداد طفیلیات موجود ہوتے ہیں، اور مغز استخوان سرخ قسم میں متبدل ہوجاتا ہے۔ قولون اور سگمائیڈ (تعریج سینی) میں مختلف جسامت کے قرحے پائے جاتے ہیں، اور ندبات (cicatrices) عام ہوتے ہیں۔

علامات ۔ علالت اکثر تپ کے ساتھ شروع ہوتی ہے اور یہ بعض تپش بے قاعدہ، متفتر (remittent) یا متوقف (intermittent) ہوتی ہے۔ یہ تپ عموماً تین ہفتوں سے لیکر چھ ہفتوں تک جاری رہتی ہے اور پھر چند ہفتوں کیلئے ایک وقفہ (intermission) واقع ہوجاتا ہے اور اس کے بعد تپ کے مزید حملے واقع ہوتے ہیں۔ اکثر اوقات قرطاس تپش چوبیس گھنٹے کے دوران میں دو فترات (remissions) ظاہر کر سکتا ہے، اور یہ تشخیص مرض کے لئے ایک تقریباً ممیز خاصہ خیال کیا گیا ہے۔ نمایاں خصائص یہ ہیں، قلت الدم جلد کا مٹیالا شحوب (earthy pallor)، لاغری اور فقدانِ قوت، جگر اور طحال کی کلانی، ناک یا سوڑھوں سے یا جلد کے نیچے گاہے گاہے نزفات کا وقوع، لمبی ہڈیوں کے سروں میں درد، اور چہرے اور ٹخنوں کا سریع الزوال تہیج، اور زیادہ کلانی جگر کی حالت میں استسقائے شکمی (ascites) تک کا ہونا۔ اسہال، پھیپھڑوں میں امتلائے دموی اور ذات الریہ (نمونیہ) بھی کثیر الوقوع ہیں، اور مہلک نتیجہ اکثر ان میں سے کسی ایک کے باعث، یا کسی دوسری اتفاقی پیچیدگی کے باعث ہوتا ہے۔ خون کی حالت جو پائی جاتی ہے وہ نہایت مستقل ہوتی ہے (یعنے ہر حالت میں ایسی ہی ہوتی ہے)؛ سرخ خلیے ۶۰ یا ۵۰ فیصدی تک گھٹ جاتے ہیں۔ ہیمو گلوبین کم

ہوجاتی ہے' اور قلت خلیات ابیض (leucopenia) نمایاں ہوتی ہے' چنانچہ سپید خلیات فی کعب ملی میٹر صرف ۲۰۰۰ یا ۱۰۰۰ ہوسکتے ہیں۔ تفریقی شمار (differential count) میں کثیر الاشکال نواتی خلیوں (polymorphonuclears) کی بڑی کمی اور عموماً بڑے یک نواتی خلیوں (large mononuclears) کی بڑی اضافی زیادتی ظاہر ہوتی ہے۔

تشخیص ۔لیشمانی ڈانووانی اجسام کو محیطی دوران خون میں تلاش کرنا چاہئے' لیکن ممکن ہے کہ اس میں طویل وقت لگ جائے اور تلاش منفی ثابت ہو' یا جلد کی ایک مصنوعی قائحیت[1] سے حاصل کردہ رشحہ (exudate) کا امتحان کیا جائے۔ اگر ان میں ناکامی ہو تو طحال کے وخزہ[2] (کیمنز) (Cummins) کے ذریعہ خون حاصل کیا جائے' لیکن اسے احتیاط کے ساتھ عمل میں لانا چاہئے۔سفید دمویت (leukaemia) اور ملیریا کو امتحان خون سے' اور تپ محرقہ (ٹائفائڈ) کو التزاقی تعامل (agglutinative reaction) کی غیر موجودگی سے خارج کرسکتے ہیں۔

162

انذار ۔یہ مرض کئی ماہ تک جاری رہتا ہے' اور ۹۰ فیصدی حالتوں سے زائد میں ہلاک ثابت ہوا ہے۔

علاج ۔کالے آزار کا واحد نوعی علاج جو اب عام طور پر مستعمل ہے' اینٹی مونی (کحلیہ) کے مرکبات سے ہوتا ہے۔ ٹارٹار ایمیٹک (tartar emetic) کو عموماً تعقیم آب کشیدہ کے ساتھ ۲ فیصدی محلول کی صورت میں تیار کرکے مہینوں تک ہفتہ میں دو بار وریدی راہ سے استعمال کیا جاتا ہے۔ اس نمک کی ابتدائی معتاد ایک بالغ کے لئے ½ گرین ہے' اور یہ معتاد بتدریج بڑھائی جاتی ہے یہاں تک کہ اتم معتاد جس کا مریض متحمل ہوسکتا ہے (یعنی ۲½ گرین) ہوجائے۔ یورپین کے نسبت دیسی باشندے ٹارٹار ایمیٹک کے عموماً کم متحمل ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مستقل شفا حاصل کرنے کے لئے ۴۰ گرین یا زائد کی ضرورت ہو' اور بنیپ گر

[1] artificial pustulation

[2] puncture

(Napier) کی رائے ہے کہ مریض کے وزن کے ہر سو پاؤنڈ کے لئے ۱/۲ گرین معیاری مقدار ہونا چاہئے۔ بہتر یہ ہے کہ ہر اشراب سے پہلے تازہ محلول تیار کر لیا جائے، اور ایک گرین سے اوپر کی مقداروں کے لئے دس مکعب سمر سیال لینا چاہئے۔ جب مُرقق (diluent) کی مقدار محدود کر دی جاتی ہے تو اس سے پیدا ہونے والے تعاملات (مثلاً متلی، کھانسی اور قے) خارج ہو جاتے ہیں (یعنی اُن کا شائبہ نہیں ہوتا)۔ اینٹیمونی کے مرکبات میں جو تازہ اصلاحات ہوگئی ہیں [مثلاً اسٹب ایسیٹین (stibacetin) اور وان ہیڈن ۴۷۱ (von Heyden 471) جن کی انفرادی مقدار ۳-۵ گرین ہے] اُن سے زیادہ سریع اور تشفی بخش نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اشراب کرتے وقت اس امر کی بڑی احتیاط رکھنی چاہئے کہ محلول کا کوئی حصہ ورید سے باہر نہ جانے پائے کیونکہ ایسا ہونے سے بہت مقامی درد اور ورم، بلکہ اغشاشت (sloughing) تک واقع ہو سکتا ہے۔ مریض کا وزن بڑھ جاتے، طحال کی جسامت کم ہوتے اور خون کی حالت میں اصلاح ہوتے سے علاج کا اثر نمایاں نظر آجاتا ہے۔ بچوں میں دروں وریدی اشراب اکثر مشکل ہوتا ہے اور سر لیونارڈ راجرس (Sir Leonard Rogers) نے اس کے بجائے باریک پیسے ہوئے فلزاتی کحل (metallic antimony) کو لینولین میں ملا کر بطور تدہین (inunction) استعمال کر کے کسی قدر کامیابی حاصل کی ہے۔

جلدی لیشمانیت (cutaneous Leishmaniasis) کا علاج بھی مماثل طریقوں سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے، لیکن بعض حالتوں میں لاشعاع (X-rays) سے یا کاربونک ایسڈ سنو (carbonic acid snow) کے استعمال سے بلکہ ایمیٹین (emetine) کے ۱-۲ گرین کا اشراب قرحہ میں کرنے سے بھی مساوی فائدہ حاصل ہوتا ہے۔

زحیر

(DYSENTRY)

یہ بڑی آنت کا التہاب ہے جس کا نام التہاب قولون (colitis) ہے

اور بعض اوقات لفائفی (ileum) کے زیریں حصّے کا التہاب ہوتا ہے۔ اس سے وسیع تقرح پیدا ہوجاتا ہے، اور اس کے ساتھ برازی اخراجات ہوتے ہیں، جو تقریباً تمام تر مخاط (آؤں) مخاط آمیز ریم (آؤں خون) یا خون پر مشتمل ہوتے ہیں۔ امراضیاتی تغیرات اور ان سے پیدا ہونے والے علامات زندہ عضویوں کے مقامی حملے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ یہ عضویے بعض حالتوں میں عُصَیّے (bacilli) اور بعض حالتوں میں امیبا (amœbæ) ہوتے ہیں۔ اسی واسطے اس مرض کی تقسیم عُصَیوی زحیر (bacillary dysentery) اور امیبائی زحیر (amœbic dysentery) میں کی جاتی ہے۔

عام طور پر دیکھا جائے تو مداریں میں عُصَیوی زحیر نہایت وسیع طور پر پھیلی ہوئی اور نہایت اہم ہے۔ یہ اکثر وبائوں کی صورت میں واقع ہوتی ہے۔ اس کے برعکس امیبائی زحیر ایک مقامی مرض ہے اور بہت کچھ خرابیٔ صحت اور ناقابلیت کا سبب ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ زحیر کی امیبائی اور عُصَیوی دونوں قسموں کے پھیلاؤ کا انحصار مماثل حالات پر ہوتا ہے۔ دونوں قسموں میں سرایت کا وقوع ماکول یا مشروب کے ساتھ عضویوں کے اِدخال سے ہوتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ زحیر کا غلبہ سال کے اُن موسموں میں سب سے زیادہ ہوتا ہے جن میں مکھیاں تعداد میں سب سے زیادہ ہوتی ہیں۔ زحیر کا مریض کا براز نہایت ساری ہوتا ہے، بعض اوقات اُس حالت میں بھی جبکہ مریض میں اُس کی صریح علامات ظاہر نہ ہوں۔ اگر مکھیوں کی رسائی ایسے براز تک ہوتی ہے تو وہ امیباؤں اور عُصَیّوں کو اپنے اندر داخل کر لیتی ہیں، اور پھر یہ اُن کے غذائی خطے میں باقی رہتے ہیں۔ جب یہ مکھی غذا کھاتی ہے تو اُسی وقت پاخانہ بھی پھرتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب ایسی کوئی مکھی جوان عضویوں کی حامل ہو، انسانی غذا پر بیٹھتی ہے تو اس پر اپنے براز کے ساتھ زحیری عضویے بھی چھوڑ جاتی ہے۔ اسی واسطے جہاں صفائی (بالخصوص جہاں تک کہ اس میں انسانی براز کے دفعیہ کا تعلق ہے) ناقص ہو وہاں

163

کی آبادی (باشندوں) میں زحیر کے وبائی صورت میں پھیل جانے کا رجحان ہوتا ہے۔ سرایت زدہ براز سے آلودہ کپڑوں اور برتنوں سے انگلیوں کی آلودگی ہوکر راست سرایت واقع ہوسکتی ہے۔ سرایت زدہ آبی رسد سے بھی مرض پھیل سکتا ہے۔

اسی واسطے زحیر کے پھیلاؤ کے لئے مناسب اور موزوں حالات میدانِ جنگ میں فوجوں کے درمیان پائے جاتے ہیں، تا وقتیکہ سخت ما سبق صحیاتی (sanitary) احتیاطیں عمل میں نہ لائی جاسکیں۔ سنہ ۱۸۹۹ء تا سنہ ۱۹۰۲ء کی جنوبی افریقہ کی جنگ کے دوران میں اس مرض سے افواج کا قلع قمع ہوگیا۔ تازہ جنگِ یورپ میں فرانس میں اس کی مقابلتہً چند ہی واردا تیں ہوئیں، لیکن مشرقی محاذاتِ جنگ میں، موسم بہار اور خزاں کے مہینوں میں، جبکہ مکھیاں بکثرت تھیں، اس مرض کا نہایت زیادہ غلبہ رہا۔ بیشتر مشرقی شہروں میں، جہاں صفائی کی حالت ناقص اور مکھیاں لاتعداد ہوتی ہیں، یہ مرض مقامی ہوتا ہے۔ انگلستان میں یہ مرض عملاً ناپدید ہے، باستثنائے اسکی عُصَیوی قسم کے اُن حملوں کے جو کبھی کبھی آمن (asylums) میں ہوجاتے ہیں۔

عُصَیوی زحیر

(bacillary dysentery)

زحیر پیدا کرنے والے عُصَیّوں کا نام زحیری عُصَیّہ (bacillus dysenteriæ) ہے، اور اُن کی کئی قسمیں شیگا (Shiga)، کروسی (Kruse)، فلیکسنر (Flexner)، شمٹز (Schmitz)، سونی (Sonne) اور دوسروں نے بیان کی ہیں۔ ان کی خاص قسمیں یہ ہیں: شیگا کروسی عُصَیّہ [جو منائیٹ (mannite) میں خمیر نہیں پیدا کرتا] اور فلیکسنر کا عُصَیّہ (جو منائیٹ میں خمیر پیدا کردیتا ہے)۔ عُصَیوی زحیر کے مبتلا مریض کے مصل سے ان عُصَیّوں کا الزاق ہوجاتا ہے، لیکن اَمیبائی مریض کے مصل سے ان کا الزاق نہیں ہوتا۔ فلیکسنر کے عُصَیّہ کی اب پانچ متفق مصلیاتی حالتیں شناخت کی گئی ہیں اور ان کو V. W. X. Y. Z. کہتے ہیں۔

یہ عضیے آنت کے اندر اُگتے اور تعداد میں بڑھتے ہیں اور فی الحقیقت وہاں کوئی اضرار پیدا کئے بغیر کچھ عرصہ تک زندہ رہ سکتے ہیں۔ لیکن یہ عموماً سموم پیدا کر دیتے ہیں جو خون کے اندر جذب ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے بعض آنتوں سے خارج ہوتے ہیں اور زہیری علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ دوسرے ممکن ہے کہ عصبی نظام پر عمل کرکے مختلف پیچیدگیاں پیدا کر دیں۔

امراضیات ۔ جراثیمی زہیر کے اضرار کے متعلق یقین کیا جاتا ہے کہ وہ عمل ابراز میں توون کی بافتوں پر سموم کے فعل سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ساری مخاطی جھلی کا حاد التہاب ہو کر تروینی تنخّر (coagulation necrosis) کے رقبے پیدا ہو جاتے ہیں، جو بہ سرعت غیر عمیق قرحے بنا دیتے ہیں۔ آنت کے تحت المخاطی، عضلی اور باریطونی طبقات محفوظ اور غیر متاثر رہتے ہیں۔

ایک ابتدائی درجے ہی میں مخاطی جھلی بہ شدت متشرب، سرخ اور متورّم ہو جاتی ہے۔ اکثر یہ سرخی مخاطی جھلی کے حیود (ridges) کی ابھری ہوئی کوروں تک محدود رہتی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ سرخی بیقاعدہ طور پر منقسم ہوئی ہو۔ اور سطح خون سے رنگی ہوئی مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ منفرد جرابیں (solitary follicles) مقابلۃً جلد ہی متورّم ہو جاتی ہیں، اور کچھ وقت کے بعد جراب کی سطح خراشیدہ ہو جاتی ہے اور ایک چھوٹا سا گڑھا پیدا ہو جاتا ہے۔ کچھ عرصے کے بعد سطح کے بہت سے حصے، بالخصوص حیود کی چوٹیاں یا مخاطی جھلی کے ابھار، ایک سپیدی مائل یا سبز تردیب یافتہ رشحہ یا جھلی سے ڈھک جاتے ہیں، اور گرد و پیش کا مخاطی طبقہ (mucosa) بیش دموی (hyperæmic) اور اذیمائی ہو جاتا ہے۔ بے قاعدہ جسامت اور مختلف وسعت کے غیر عمیق قرحے بن جاتے ہیں، جو ابتداءً منفرد جرابوں کو اکثر ماؤف تو نہیں کرتے مگر انھیں مخاطی جھلی کے ایک چھوٹے سے حلقے سے گھرا ہوا چھوڑ دیتے ہیں۔ بالآخر ممکن ہے کہ یہ بھی جدا ہو کر گر جائیں۔ اس کے بعد آنت ایک سرخ یا زردی مائل بھورا رنگ پیش کرتی ہے، جو متقرح حصوں سے متناظر ہوتا ہے اور اس کے ساتھ نیلگوں سرخ یا سادی رنگ کی چکتیاں یا جزیرے ہوتے ہیں، جو اس

ملتہب مخاطی جھلّی کے قائم مقام ہیں جو اب بھی باقی رہ گئی ہے۔

ایک بعد کے درجہ یا نسبتہً شدید تر قسم میں گنگرین واقع ہو جاتی ہے، اور آہنی رماد کی یا کسی قدر مجبور سے سرخ یا گہرے سرخ یا سیاہ رنگ کی چکتیاں ملتی ہیں، جیسے ایک گنگینی مونکلتی ہے۔ ایسی چکتیاں بالکل چھوٹی ہو سکتی ہیں، یا قطر میں چند انچ کے برابر۔ اس طرح سے ماؤف شدہ آنت میں اکثر ایک گنگرینی بودار مجبور مائع موجود ہوتا ہے، جسکے ساتھ بعض اوقات خون ملا ہوا ہوتا ہے۔ جب غشیتے (sloughs) جُدا ہو جاتے ہیں تو ایسے قروح باقی رہ جاتے ہیں، جنکی کوریں زیر کاوید (undermined) ہوتی ہیں۔ ایسا اکثر حالتوں میں ان قروح میں اندمال (cicatrization) واقع ہو جاتا ہے۔ غشیتوں یا قروح کے درمیان کی مخاطی جھلّی بیش دموتی ہوتی ہے اور متصل اور خون سے دررخیتہ ہوتی ہے۔

زحیر میں آنت کے وہ حصّے جنکے مرضی ہو جانے کا امکان ہوتا ہے معائے مستقیم، قولون، اور اعور (cæcum) ہیں، اور بعض حالتوں میں مرض لفائفی اعوری مصراع (ileo-cæcal valve) سے آگے بڑھ کر لفائفی (ileum) کے زیریں حصّہ تک پھیل جاتا ہے۔ مرض اکثر ایک حصّہ میں بڑھا ہوا اور دوسرے حصّے میں ابھی صرف شروع ہوتا ہے۔ ابتدائی حالتیں شفا پذیر ہوتی ہیں اور اگر اضرار بہت وسیع نہوں تو گنگرینی درجے سے بھی شفا یابی ممکن ہے۔ قرحوں پر انگور (اَرِیکات = granulations) اُٹھکر بالآخر ندبات (cicatrices) پیدا ہو جاتے ہیں، جو ابتدا میں تو باقی رہی ہوئی مخاطی جھلّی کے جزائر کے لیول سے نیچے ہوتے ہیں، لیکن بعد میں ان کی سطح زیادہ ہموار ہو جاتی ہے۔ معاء اسفل کے تغیرات کے علاوہ ممکن ہے کہ معدے اور چھوٹی آنتوں میں بھی کچھ نازلہ (catarrh) موجود ہو۔ ماساریقی غدد متورم اور سُرخ ہو جاتے ہیں۔ جگر متورم اور بیش دموتی ہوتا ہے۔ طحال عموماً چھوٹی ہوتی ہے۔ جسم عام طور پر عدیم الدم اور لاغر ہو جاتا ہے۔ زحیری قروح کا دیر پا نتیجہ مزمن زحیر (chronic dysentery) کا سبب ہوتا ہے۔

علامات ۔ جن حالتوں میں زمانۂ حضانت متعین کرنا ممکن ہوا ہے

164

اُن میں یہ چند دنوں سے گیارہ دن تک مختلف رہا ہے۔

مرض کی حاد قسم میں مریض پہلے اسہال میں مبتلا ہو جاتا ہے اور اُسے روزانہ دو سے لیکر پانچ یا چھے تک زرد یا بھوری زرد، پتلی، سیّال، اجابتیں ہوتی ہیں۔ کچھ درد شکم اور کسی قدر کسلمندی ہوتی ہے، اور ساتھ ہی عدم اشتہا۔ تین یا چار دن کے بعد اجابتیں یکایک زیادہ بار بار ہو کر چوبیس گھنٹوں میں دس، بیس، چالیس یا ساٹھ یا اس سے بھی زائد تک پہنچ جاتی ہیں اور اُن میں زحیری اجابتوں (dysenteric stools) کے مخصوص خصائص پیدا ہو جاتے ہیں۔ ہر اخراج (اجابت) کی مقدار نہایت قلیل ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ چند ڈرام سے زائد نہ ہو، لیکن چوبیس گھنٹے میں مجموعی مقدار تیس اونس سے لیکر پچاس اونس تک ہو سکتی ہے۔ مرض کے عروج کے زمانہ میں اجابتوں میں قدرتی برازی مادّہ موجود نہیں ہوتا بلکہ وہ تمام تر مخاط (آؤں)، مصل، خون، اور پیپ پر مشتمل ہوتی ہیں اور یہ چیزیں مختلف تناسبوں میں ہوتی ہیں۔ ساتھ ہی کچھ ریخت (detritus) یعنے چورا اور شائد مخاطی جھلّی کی متنخر دھجیاں (چیتھڑے) ہوتی ہیں۔ ابتدائی درجوں میں اجابتوں میں زردی مائل شفاف مخاط (آؤں) اور خون کے چھوٹے ڈلے یا دھاریاں موجود ہوتی ہیں بعد کے درجوں میں خون زیادہ افراط کے ساتھ تھکّوں یا ڈلوں کی صورت میں ہوتا ہے، جو ایک سُرخ مصلی سیّال میں تیرتے ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یا تو مخاطی جھلّی کے سریع الوقوع امتلاء سے یا عروق کی دیواروں کے تقرّح کی وجہ سے خالص خون خارج ہوتا ہے۔ تنہا پیپ موجود ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ ایک سیاہی مائل یا بھورا سا سرخ بدبو دار مخاطی (slimy) سیّال ہو، جس میں بافت کے وہ حصّے موجود ہوتے ہیں جو غشث یافتہ ہو کر جدا ہو گئے ہیں بعض اوقات اجابتوں میں مخاط کے عجیب لوچدار تودے مینڈک کے انڈوں یا اُبالے ہوئے ساگو دانے کی طرح ہوتے ہیں۔ دوسری دو کثیر الوقوع علامتیں یہ ہیں:- مروڑ کے ساتھ درد شکم اور تاریسر (tenesmus) (یعنے درد کے ساتھ کونتھنا: straining، یا اجابت کی خواہش ہونا)۔ آخرالذکر علامت صرف اُسی وقت ہوتی ہے جبکہ مستقیم کا زیریں سرا ماؤف ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ معاء مستقیم اور مبرز میں جلن اور درد کا احساس ہوتا ہے۔ اکثر اس کے بعد کوئی اِفراغ (اجابت) نہیں ہوتا یا زیادہ سے زیادہ یہ ہوتا ہے

کہ نہایت خفیف سی مقدار خارج ہوتی ہے۔ بعض اوقات اس کے ساتھ بار بار پیشاب (micturition) ہوتا ہے۔ ان شدید مقامی حالتوں کا ردِ عمل جلد ہی عام صحت پر ہوتا ہے۔ مریض بسرعت دبلا اور کمزور ہو جاتا ہے، اُس کا چہرہ پھیکا پیلا یا زرد جھلک دار ہوتا ہے۔ زبان پر دبیز فرد چڑھا ہوا ہوتا ہے۔ تپ معتدل ہوتی ہے اور تپش ۱۰۱ یا ۱۰۲ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے اور ساتھ ہی درد سر، دوران سر، عدم اشتہا اور تشنگی زیادہ ہوتی ہے۔ خون کے امتحان سے سرخ خلیوں کی کمی اور کثیر الاشکالی نواتی سپید خلیوں کی خفیف سی زیادتی (polymorphonuclear leucocytosis) ظاہر ہوتی ہے۔ خفیف حالتوں میں آٹھ یا دس دن کے بعد ان علامات میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ درد اور تار سیر (tenesmus) میں کمی ہو جاتی ہے، اجابتیں بتدریج زیادہ بستہ اور زیادہ برازی ہو کر بالآخر بالکل تدریجی طرز کی ہو جاتی ہیں۔ زیادہ شدید حالتوں میں اخراجات (اجابتوں) میں خون اور پیپ زیادہ زیادہ ملی ہوئی ہوتی ہے، یا وہ سبزی مائل سیاہ اور بدبودار ہوتی ہیں (گنگرینی قسم)۔ مریض کی خستگی (تحلیل قوت) بڑھ جاتی ہے۔ اجابتوں پر قابو (ضبط) نہیں رہتا، مبرز اور گرد و پیش کے حصے متسحج (excoriated) ہو جاتے ہیں (یعنے چھل جاتے ہیں) اور موت سے پہلے ہبوط (collapse) واقع ہوتا ہے، جس میں چہرہ پچکا ہوا ہوتا ہے، اطراف نیلے پڑ جاتے ہیں، آواز بیٹھ جاتی ہے اور نبض بمشکل محسوس ہوتی ہے۔ قے، جو بہت سی حالتوں میں ایک ابتدائی علامت ہوتی ہے، زیادہ خطرناک قسموں میں شدید اور مسلسل ہو جاتی ہے۔ بول کی مقدار کم ہوتی ہے اور اس میں کلورائیڈز (chlorides) نہیں ہوتے، لیکن وہ عموماً البیومینی نہیں ہوتا۔

بعض مریضوں کی حالت مزمن زحیر (chronic dysentery) کی ہو جاتی ہے۔ اجابتیں بعض اوقات تقریباً طبعی یعنے معمولی قسم کی ہوتی ہیں اور دوسرے اوقات میں وہ مخاط (آؤں)، پیپ اور خون کے مختلف آمیزے ہوتی ہیں جن میں ویسی ہی بدبو ہوتی ہے جیسی کہ حاد درجوں میں ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ یہ حالت کم و بیش شدت کے ساتھ مہینوں تک جاری رہے۔ مریض دبلا اور کمزور رہتا ہے، اور ممکن ہے کہ معقول علاج سے شفایاب ہو جائے، یا ممکن ہے کہ وہ بالآخر خستگی (تحلیل قوت) کی وجہ سے یا ایسی پیچیدگیوں کے باعث [جیسے کہ التہاب باریطون

165

سے جو بوجہ انثقاب معاء پیدا ہو جائے یا ضیق معاء سے جو ندبہ (cicatrix) کے انقباض سے پیدا ہو جائے] لقمۂ اجل ہو جائے۔

پیچیدگیاں جراثیمی زحیر کی خاص پیچیدگیاں حسب ذیل ہیں۔

التہاب قزحیہ (iritis) جو عموماً دوجانبی ہوتا ہے اور سمیات کے انجذاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ **التہاب مفاصل** (arthritis) اور وتری زلالی التہاب (teno-synovitis)؛ نکفی گلٹیے (parotid buboes) اور جسم کے مختلف حصوں میں خراجات، اور گنگرینی حالتوں میں آنت سے نزف۔ التہاب مفصل عموماً ایک ہی مفصل کو ماؤف کرتا ہے اور سوزاکی مفصلی التہاب (gonococcal arthritis) سے قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ نسبتہً کم تر التہاب مفصلی متعدد مفاصل میں ہوتا ہے۔ یہ التہاب حاد زحیری علامات موقوف ہو جانے کے بعد واقع ہوتا ہے۔ زحیر کے سبب سے پیدا ہونیوالا **التہاب اعصاب محیطے** (peripheral neuritis) بھی بیان کیا گیا ہے۔

تشخیص۔ طبیب کو پہلے اس امر کے متعلق یقینی طور پر مطمئن ہونا چاہئے کہ حالت دراصل زحیر کی ہے، اور پھر اُسے یہ تعیّن کرنا لازم ہے کہ آیا وہ جسراثیمی (bacterial) یا تخز حیوانی (protozoal) زحیر ہے۔ پہلے اجابتوں کی نوعیت کو دیکھنا چاہئے اور یہ بھی کہ آیا اُن کے ساتھ تاریسر (tenesmus) اور مروڑ موجود ہے یا نہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ آخر الذکر دونوں علامتیں غیر موجود ہوں مستقیم اور تعریج سینی (sigmoid) کی بالیدگیاں (رسولیاں) مستقیمی امتحان اور سگمائڈ بینی (sigmoidoscopy) کی مدد سے خارج کی جاسکتی ہیں۔ سگمائڈ بین (منظار تعریج سینی) مزمن عضوی زحیر کی تشخیص میں نہایت کارآمد ہوتی ہے، اور اس سے علاج کو کامیاب بنانے میں بڑی رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ (زحیر میں بھی) مناظر وہی ہوتے ہیں جو کہ تقرحی التہاب قولون (ulcerative colitis) میں پائے جاتے ہیں (جس کا بیان ملاحظہ ہو)۔ انغماد الامعاء (intussusception) میں خون کے آنے سے بھی تشخیص میں غلطی ہو سکتی ہے۔ عضوی اور امیبائی زحیر کی تفریق میں (یا در کھنا چاہئے

کہ) برازی مادّے کی کامل غیر موجودگی اور اسی طرح تپ کی موجودگی تخصیص (بیسیلری) سرایت کی قوی دلالت ہے۔ گذشتہ جنگ میں زحیر عصوی اور راجیائی دونوں قسم کی" اکثر اوقات محرقہ نما (paratyphoid) تپوں میں سے کسی ایک قسم کی تپ کے ساتھ مُوتلف پائی جاتی تھی، اور بعض اوقات یہ تپیں خالص زحیری علامتوں کیساتھ شروع ہوتی تھیں۔

اگر کسی حالت میں زحیر کا شبہ ہو تو ایک نہایت تازہ آئی ہوئی اجابت میں کی مخاط (آؤں) کی کاشت تیار کرنی چاہئے۔ اجابتوں کے اندر کے خلوی رشحہ (cellular exudate) کے خرد بینی امتحان سے نہایت قیمتی معلومات حاصل ہوتی ہیں۔ عصوی زحیر میں کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) ریمی خلیوں کی (کثرت) ہوتا ہے اور بعض بڑے بڑے انعطافی خلیے بھی نظر آسکتے ہیں، جنکو کلاں آکال خلیا (macrophages) کہتے ہیں۔ مثبت اکتشافات (positive findings) زیادہ تر مرض کے ابتدائی درجوں ہی میں حاصل ہوتے ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جب مرض چند روز تک جاری رہکر ترقی پا چکتا ہے تو یہ رجحان پیدا ہوجاتا ہے کہ دیگر عضویّوں پر دوسرے عضویوں کی مفرطہ بالیدگی غالب آجاتی ہے۔ زحیری دروں ایمیا (dysenteric entamœba) کی موجودگی کو مستثنیٰ کرنے کے لئے خرد بینی امتحان بھی کرنا چاہئے۔ شیگا (Shiga) اور فلیکسنر (Flexner) کی عُصیّوں کے لئے التزاقی تعامل (agglutination reaction) بھی دیکھ لینا چاہئے لیکن یہ چنداں قابل اعتبار نہیں ہوتا، نیز علالت کے پہلے سات دنوں میں حاصل نہیں ہوسکتا۔

اِنذار۔ عُصیوی زحیر کے حاد حملوں میں ہلاکت مقابلتہً شاذ ہوتی ہے، باستثنائے اُن اشخاص کے جو سختیاں جھیل جھیل کر یا دوسرے امراض کی وجہ سے کمزور ہوگئے ہوں۔ موت واقع ہونے کا زیادہ امکان مزمن حالتوں میں سرایت کے اشتدادات کے دوران میں ہوتا ہے۔ لیکن مختلف وباؤں میں شرح اموات میں نہایت اختلاف ہوتا ہے۔ عُصیّہ شیگا کے باعث واقع ہونے والی سرایتیں اُن حالتوں کے بنسبت عموماً زیادہ شدید ہوتی ہیں جو عُصیّہ فلیکسنر کے باعث

ہوتی ہیں۔

تحریز۔ یہ امیبائی زحیر کی تحریز سے مماثل ہے۔

علاج۔ مریض کو سختی کے ساتھ بستر پر لٹائے رکھنا چاہئے اور گرم رکھنا چاہئے اور بستری تسلے (bed-pan) کا استعمال لازمی طور پر کرانا چاہئے۔ حاد درجوں میں سوائے پانی یا البیومین واٹر (albumin water) کی تھوڑی مقدار دل کے (جو متواتر و قفوں کے بعد دی جائیں) منہ کی راہ سے اور کچھ نہیں دینا چاہئے۔ جیسے جیسے اجابتوں کی نوعیت درست ہوتی جائے، بتدریج غذا شروع کی جا سکتی ہے۔ معتدل شدت کی حالتوں میں مریض عموماً دس دن کے بعد مچھلی کی ہلکی غذا لے سکتا ہے۔ خراشش آور اشیاء، مثلاً گرم کڑا سے اس وقت تک پرہیز لازم ہے جب تک کہ نقاہت پوری نہ ہو جائے۔ حاد درجوں میں الکحل کا استعمال ممنوع اور ناجائز ہے بشرطیکہ اس کی غیر موجودگی مریض کے لئے زیادہ اختلال اور تکلیف کا باعث نہ ہو۔

دواء سوڈیم سلفیٹ (sodium sulphate) ایک ڈرام کی مقداروں میں گھنٹے گھنٹے کے وقفہ سے دینا چاہئے۔ اس علاج سے دو دن میں سریع تخفیف ہو کر اجابتوں میں بتدریج اصلاح ہو جاتی ہے۔ ابتدائی چوبیس گھنٹوں کے بعد یہ دوا عموماً ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے دی جاتی ہے۔ بسمتھ کے مرکبات (bismuth compounds) سے احتراز لازم ہے۔ تا وقتیکہ اجابتیں خون یا مخاط (آؤں) سے مبرا نہ ہو جائیں، سوڈیم سلفیٹ کی ۱/۲ ڈرام کی مقداروں میں روزانہ دو بار جاری رکھنا چاہئے۔

عضوی زحیر کے علاج میں گذشتہ چند سالوں کے اندر ضد زحیر مصل (anti-dysenteric serum) کے استعمال سے ایک انقلاب عظیم واقع ہو گیا ہے۔ اگر حالت شدید ہو اور مریض یا تی لحاظ سے عضوی زحیر سے مشابہت پائی جائے تو جیسے ہی کہ مریض زیر علاج آئے مصل فی الفور استعمال کرنا چاہئے۔ اس کے استعمال میں اجابتوں کی کشت تیار ہونے تک تاخیر نہیں کرنا چاہئے۔ اس کی مقدار بڑی (زیادہ) ہونی چاہئے، یعنے ساٹھ تا سو مکعب سمر سے کم نہ ہو، اور اسے دو یا تین دن کے وقفہ سے کر دینا چاہئے۔ یہ مصل کثیر گرفتہ (polyvalent) ہوتا ہے اور اس کے

166

استعمال کے بعد عموماً چوبیس گھنٹے کے اندر نہایت حیرت ناک اصلاح نظر آتی ہے۔ دس یا بیس مکعب سمر کی چھوٹی چھوٹی مقداریں بیکار ہوتی ہیں۔ مصل کے دینے کا بہترین طریقہ دروں وریدی ہے، بالخصوص شدید حالتوں میں۔ لیکن اس کا اشراب تحت الجلدی راہ سے (پہلوؤں کے اندر) اور دُروں عضلی راہ سے بھی کیا جا سکتا ہے۔

اگر درد نہایت شدید ہو تو ممکن ہے کہ تحت الجلدی راہ سے مارفیا (morphia) دینے کی ضرورت پڑے۔ شکم پر گرم پانی کی بوتل (hot-water bottle) لگانے سے عموماً آرام معلوم ہوتا ہے، لہٰذا مارفیا دینے سے پہلے اُسے ہمیشہ آزمالینا چاہئے۔

حاد حالتوں کے بنسبت وہ حالتیں جو مزمن ہو چکی ہوں علاج کی بہ نسبت بہت کم تشفی بخش طور پر ظاہر کرتی ہیں۔ مصل کے سات اشرابات کا نصاب استعمال کرنا چاہئے، اس طرح پر کہ روزانہ ایک اشراب دیا جائے۔ ایسی حالتوں میں نطولاتِ قولون (colon irrigations) مفید ہوتے ہیں۔ شاید بہترین محلول جو استعمال کیا جا سکتا ہے البارجین (albargin) (فی اونس ایک گرین) ہے، کوئینٹینک ایسڈ (tannic acid) (فی اونس ۲ گرین) اور طبعی مالح (normal saline) کے محلولات کی بھی سفارش کی گئی ہے۔ شدید حالتوں میں تفجیر بالزائدہ (appendicostomy) اور تفجیر بالاعور (cæcostomy) کے عملیات کئے جا سکتے ہیں۔ اگر قولونی اشرابات (نطولات) استعمال کئے جائیں تو ان کے طریقۂ استعمال پر احتیاط کے ساتھ توجہ دینا چاہئے۔ نلی کو معاء مستقیم کے ذراہی اندر تک لیجانا چاہئے، اس سے زیادہ آگے داخل کرنے کی کوشش نہیں کرنی چاہئے۔ مریض کو بائیں کروٹ سے لٹا سکتے ہیں، لیکن اگر اس میں اتنی کافی طاقت ہو کہ وہ رُکبی مرفقی وضع (knee-elbow position) میں ہوسکے تو اس سے نہایت کارگر نطول (irrigation) حاصل ہوتا ہے۔ اشراب آہستہ آہستہ، اور نہایت ادنیٰ دباؤ پر دینا چاہئے۔ اس سے پہلے قولون کو مالح سے دھو ڈالنا چاہئے (saline colon wash-out)۔

ایمیبائی زحیر

(AMŒBIC DYSENTERY)

ایمیبائی زحیر قولون کی اُس سرایت سے پیدا ہوتی ہے جو ایک نخزۂ حیوان کے باعث ہو جاتی ہے، جس کو شیج پاش درون ایمیبا (entamœba histolytica) کہتے ہیں۔ یہ عضویے قطر میں ۲۰ ملا سے ۴۰ ملا تک مختلف ہوتے ہیں اور گول اجسام ہیں، جو ایک انعطافی بروں مایہ (ectoplasm پر (جو کا ذب پیروں کے طور پر باہر کو ابھرا ہوا ہوتا ہے)، اور ایک درون مایہ (endoplasm) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ درون مایہ ایک ایسے چھوٹے نواۃ کو گھیرے ہوتا ہے جس کی وضع عموماً منحرف المرکز ہوتی ہے۔ وینیان (Wenyon) نے یہ بتلا دیا ہے کہ وہ چھوٹی قسمیں جو بعض اوقات درون ایمیبا دقیقہ (E. minuta) کے نام سے یاد کی جاتی ہیں، بعض شیج پاش درون ایمیبا کی سرگذشت حیات میں ایک درجہ ہیں۔ جیسے جیسے سرایت کے زیادہ حاد درجے گذر چکتے ہیں، یہ عضویے کروی دوُیرے بنا دیتے ہیں، جن میں چار نوات ہوتے ہیں۔

امراضیات۔ حاد ایمیبائی زحیر معا مستقیم سے لیکر لفائفی اعوری مصراع (ileo-cæcal valve) تک سارے قولون کو غشّیت پذیر (غشیث) یا گنگرینی قروح سے مبتلا کر سکتی ہے۔ یہ قروح مدوّر ہو سکتے ہیں یا آنت کے طول میں عرضاً پھیل سکتے ہیں۔ لیکن یہ ہمیشہ تندرست مخاطی جھلّی کے ذریعہ ایک دوسرے سے علیحدہ ہوتے ہیں۔ یہ منظر حاد عُصَیوی زحیر سے مختلف ہوتا ہے، جس میں تقرح زیادہ سطحی (اوپری) ہونے کے علاوہ قولون کے نسبتہً زیادہ لمبے خطوں پر بتسلسل کے ساتھ پھیلتا ہے۔ مزمن ایمیبائی زحیر میں تقرح بعض اوقات اعور (سیکم) تک محدود رہتا ہے۔ تحت المخاطی بافت میں ایمیبوں کی موجودگی سے مخاطی طبقہ کی دروں ریزش پیدا ہو جاتی ہے اور وہ (مخاطی طبقہ) آنت کے اندر جا بجا ابھر آتا ہے

اس ابھار پر ایک غشیہ (slough) بنکر بالآخر ایک قرحہ پیدا ہو جاتا ہے۔ جب ایتم اور امیبوں کے مشترک اثر سے یہ قرحے مختلف سمتوں میں گہرے پھیل جاتے ہیں۔
موت کے بعد بڑی آنت میں اس کے تمام طبقات (بالخصوص تحت المخاطی طبقہ) کی اُوڈیمائی دبازت، تحت المخاطی طبقہ کی جیلاٹینی لینیت (gelatinous softening) اور تقیح، اور اس کے اوپر کے مخاطی طبقہ کے غشیت کی وجہ سے قروح کی تکوین دوسیع پائی جاتی ہے۔

علامات ۔ عموماً ایمیائی زحیر کا آغاز نہایت غیر محسوس ہوتا ہے۔
سب سے پہلی علامت اسہال کے حملے ہیں جو قبض کے ساتھ متبادل ہوتے رہتے ہیں۔
لیکن ایسی حالتیں بھی ملتی ہیں جن میں سرایت کے چند روز کے اندر ہی حاد علامتیں پائی جاتی ہیں۔ پہلے اجابتیں مائع اور معمولی اسہال سے ناقابل تمیز ہوتی ہیں۔ جوں جوں مرض ترقی کرتا جاتا ہے اُن میں براز کے ساتھ سیاہ خون اور کسی قدر مخاط کی آمیزش پائی جاتی ہے۔ نہایت شدید سرایتوں میں بھی اجابتوں کی برازی نوعیت شاذ ہی تمامتر مفقود ہوتی ہے۔ بیشتر اختلال خفیف ہوتا ہے اور عموماً کوئی تپ نہیں ہوتی۔ دردِ شکم جسکی نوعیت تو لنج نما ہوتی ہے، ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے اور عموماً تاسر سیر (tenesmus) موجود ہوتی ہے۔ اگر قولون کے مقام (ثمر) پر اوپر سے ٹٹول کر دیکھا جائے تو وہ الیم پایا جاتا ہے اور ممکن ہے کہ کبھی کبھی وہ دبازت یافتہ محسوس ہو، بالخصوص داہنی حرقفی حفرہ میں سپید خلیوں کی کثرت (کثرت خلیات ابیض) عموماً ... ۲۵ تک موجود ہوتی ہے۔ کبھی کبھی یہ حالتیں شدید گنگرینی قسم کی ہوتی ہیں اور ممکن ہے کہ سیاہ غشیئے (sloughs) خارج ہوں۔ اگر علاج نہ بھی کیا جائے تو بھی کچھ عرصہ بعد بیشتر حالتوں میں علامات میں اصلاح ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے، لیکن تھوڑے ہی وقفہ کے بعد علامات اور زیادہ شدت کے ساتھ پھر ظاہر ہو جاتی ہیں۔ معقول علاج کے بعد بھی نکس مرض نہایت عام ہے، اور جب وہ لوگ جنھیں پہلے ایک بار یہ مرض ہو چکا ہے، ایسے ممالک میں جاتے ہیں جہاں یہ مرض مقامی ہو تو انھیں مکرر سرایت ہو جانے کا بہت امکان ہوتا ہے۔

167

پیچیدگیاں ۔ عام ترین پیچیدگیاں آیمبائی اِلتہابِ جگر (amoebic hepatitis) اور خراجِ جگر (liver abscess) ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 169)۔ شُش، طحال، خصیتین اور دماغ میں آیمبائی خراجات کا وقوع بھی بیان کیا گیا ہے۔ اِنثقابِ قولون (perforation of the colon) شاذ ہی ہوتا ہے، اور جب ہوتا ہے تو ہمیشہ مہلک ہوتا ہے۔ آنت کے عمیق تقرّح سے معوی نزف کا وقوع بھی ممکن ہے۔

تشخیص ۔ اِس امر کی تعیین کہ علامتوں کا مبدا رو منشا زحیر ہے، متذکرۂ بالا وجوہات سے اور براز کے خُرد بینی امتحان سے کی جاتی ہے۔ آیمبا کے دریافت کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ پہلے ایک گرم کئے ہوئے برازی تسلے کے اندر براز کو جمع کیا جائے جو بول سے مبرّا ہو۔ پھر اُس براز میں سے خون آلود مخاط (آؤں) یا غشیئہ کا ایک چھیچھڑا ایک گرم کئے ہوئے شریحہ پر لیکر اُس کا اِمتحان کیا جائے۔ ایسی صورت میں ممکن ہے کہ آمیبا زندہ اور متحرک ہو۔ نسیج پاش دروں آمیبا کے لئے ایک منفرد منفی امتحان کوئی وقعت نہیں رکھتا، بالخصوص اُس حالت میں جبکہ مریض کو ایمیٹین (emetine) کے کچھ اِشرابات دئے جا چکے ہوں بہت سے سوطی عضویوں (flagellate organisms) جیسے کہ لیمبلیہ (Lamblia) یا شعری تالیہ (Trichomonas) کی موجودگی سے آیمبائی سرایت کا شبہ پیدا ہونا چاہیئے۔

یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ نسیج پاش دروں آیمبا ایک غیر مُمرض نخز مُوَیئہ سے خلط ملط کیا جا سکتا ہے، جس کا نام قولونی دروں آیمبا (E. coli) ہے۔ اوّل الذکر زیادہ سریع الحرکت ہوتا ہے، اُس میں خالیئے (vacuoles) نہیں ہوتے، اُس کے کاذب پیر نسبتہً زیادہ موٹے ہوتے ہیں، اور اکثر اُس کے اندر دموی جسیمات موجود ہوتے ہیں۔ نسیج پاش دروں ایمبا کے ڈوَیرے قولونی دروں آیمبا کے ڈویروں سے اِس وجہ سے شناخت کئے جا سکتے ہیں کہ اُن میں آٹھ یا سولہ کے بجائے صرف چار نوات موجود ہوتے ہیں۔ مزمن ایمبائی زحیر کی حالتوں کی تشخیص میں سِگمائیڈ بین (منظارِ تعریج سینی = sigmoidoscope) نہایت کار آمد چیز ہے۔

مخاطی جھلی طبعی نظر آتی ہے، باستثنائے اِس کے کہ اس پر گول سُرخ ارتفاعات ہوتے ہیں۔ ہر ارتفاع کے مرکز میں ایک چھوٹا نشیب دار زرد قرحہ ہوتا ہے جس کا حاشیہ سُرخی ہوتا ہے۔ یہ قرحہ اُس نقطہ پر ہوتا ہے جہاں تحت المخاطی خراج غشائے مخاطی میں سے راستہ کرکے پھوٹ نکلا ہے۔ شعلہ صورت تزفات بھی دیکھے جاتے ہیں۔

انذار۔ باستثنائے مرض کی گنگرینی قسم اور اُن مزمن حالتوں کے جو کمزور اشخاص میں ہوں، توقع حیات اُمید افزا ہوتی ہے۔

تحریز۔ زحیر کی تسبیب میں مکھیاں جو اہم حصہ لیتی ہیں اُس پر پہلے زور دیا جا چکا ہے۔ چنانچہ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ مکھیوں کی پیدائش روکنے کے لئے تمام ممکن تدبیریں اختیار کرنی چاہئیں۔ چونکہ اِس مقصد کے متعلق اِس سے زیادہ نہیں ہوتا کہ یہ نہایت نامکمل طور پر حاصل ہو سکے، لہٰذا یہی تدبیر باقی رہتی ہے کہ مکھیوں کو براز یا غذا دونوں میں سے کسی ایک تک نہ پہنچنے دیا جائے، اور اِس طرح انھیں مرض کو منتقل کرنے کا موقع نہ دیا جائے۔ اول الذکر مقصد اِس طرح حاصل ہوتا ہے کہ دفعیۂ براز (disposal of fæces) کی نگرانی بہت احتیاط کے ساتھ کی جائے۔ یاد رکھنا چاہیئے کہ نہ صرف زحیر کے مریض بلکہ بہت سے بظاہر تندرست اشخاص کی اجابتیں بھی ساری (سرایت رساں) ہوتی ہیں۔ کمیون، نجیبرہ میں بیت الخلائیں اِس طرح بنائی جائیں کہ اجابتیں کریسال (cresol) یا کوئی دوسری دافع عفونت دوا موجود رہنے والے ظروف کے اندر داخل ہوں اور پھر انھیں ایک مرمدہ (incinerator) میں جلا کر یا دفن کرکے تلف کر دیا جائے۔ بیت الخلائیں باورچی خانوں سے بالکل جُدا رکھی جائیں اور ممکن ہو تو ایسے مقام پر ہوں کہ مستولی ہوا[1] رہائشی مکانوں سے مخالف سمت میں ہو۔ تمام غذا احتیاط کے ساتھ یا تو تارکی جالی کے نعمت خانوں (الماریوں) میں یا باریک جالی کے ململ کے نیچے ڈھکی ہوئی رکھنی چاہیئے، اور اُسے حتی الامکان میز (یا دسترخوان) پر آخر وقت تک (یعنے کھانا شروع کرنے کے موقع تک) لا کر نہیں رکھنا چاہیئے۔ باورچی خانوں میں مکھی مار

حاشیہ [1] prevailing wind

کاغذی مگس گیر (fly-trap.) کا انتظام کرنا چاہئے، اور دریچوں اور دروازوں کو مانع مگس (fly proof) بنا دینا چاہئے۔ یہ مقابلتہً سادہ احتیاطیں زحیر کے انتشار (پھیلاؤ) کو کم کرنے میں بہت کارآمد ہوں گی۔

سرایت زدہ ملکوں میں ہر قسم کے پانی کو یا تو اُبال لینا چاہئے یا کلورین زدہ (chlorinated) کر لینا چاہئے، لیکن یہ امر کسی قدر مشتبہ ہے کہ آیا پانی کی کلورین زدگی (chlorination) دوریوں کو تلف کر دیتی ہے یا نہیں۔ تازہ پھلوں سے یا تو قطعی اجتناب لازم ہے یا انھیں کلورین زدہ پانی سے دھو لینا چاہئے۔

زحیر کے حاملین (dysentery carriers) کے مسئلہ کے متعلق عملاً پورے طور پر تدارک کرنا ناممکن پایا گیا ہے، بالخصوص اُن اشخاص کے متعلق جنکے براز میں نسیج پاش دروں ایمیبا (E. histolytica) موجود ہوتا ہے۔ ڈاکٹر میک آڈمس (MacAdams) نے دکھلا دیا ہے کہ اُن ۲۰۰۰ اشخاص میں سے، جو عراق میں مختلف اسباب کی بنا پر معذور (invalid) قرار دیے گئے تھے، ۲ فیصدی سے زائد نسیج پاش دروں ایمیبا کے حامل پائے گئے۔ اِن اعداد پر نظر کرتے ہوئے یہ زیادہ امید افزا معلوم ہوتا ہے کہ ایمیبائی زحیر کے حفظ ماتقدم کی کوشش حاملین زحیر کے باضابطہ تدارک کی مساعی کے ذریعہ کرنے کے بجائے صحیح صحیات اور حفظ صحت (sanitation) کے ذریعہ کی جائے، کیونکہ حاملین کے مقابلتہً تھوڑے ہی تناسب میں کبھی ایسے حالات موجود ہوتے ہیں جو انھیں زیر مشاہدہ لانے کے لئے کافی ہوں۔

168

علاج ۔ غذا، تیمارداری اور بستر میں سکون و آرام کے متعلق ایمیبائی

زحیر پر انھیں عام اصول کا اطلاق ہوتا ہے جو عصبوی سرایت میں کام میں لائے جاتے ہیں۔ جیسے ہی کہ ایمیبائی زحیر کی تشخیص متحقق ہو جائے، اسے پی کا کیو آنا (ipecacuanha) کے اُس الکولائڈ کا استعمال کرنا چاہئے جس کا نام ایمیٹین (emetine) ہے۔ اِسے یا تو درون عضلی طریقہ سے یا تحت الجلدی راہ سے دے سکتے ہیں۔ معمولی حالتوں کے لئے عموماً آخر الذکر طریقہ ہی کام میں لایا جاتا ہے۔ اِسے ایک گرین کی مقدار میں روزانہ بارہ دن تک دینا چاہئے۔ اس عرصہ کے دوران میں مریض کو سختی کے ساتھ بستر میں

رکھنا چاہئے، گو علامات میں بہ سرعت اصلاح ہو رہی ہو۔ عموماً تین یا چار اخراجات کے بعد اجابتوں سے تمام خون اور مخاط (آؤں) غائب ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ آنتوں میں قبض ہونے کا رجحان ہو۔ چنانچہ مانع سہالات (saline purgatives) کی تھوڑی تھوڑی خوراکیں استعمال کرنا چاہئے تاکہ قبض نہ ہونے پائے۔ اگر مرض کا نساب ختم ہونے کے بعد اجابتوں کے کم از کم تین نمونوں کا امتحان کرکے دیکھنا چاہئے کہ آیا ان میں اب کوئی نسیج پاشی دروں امیبا کے دُوپرے موجود ہیں۔ چونکہ یہ قتال امیبوں سے ماخوذ ہوتے ہیں، لہٰذا ان کی موجودگی اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ مرض ابتک شفایاب نہیں ہوا ہے دوران جنگ کے تجربہ سے ظاہر ہوا ہے کہ تنہا ایمیٹین کے اخراجات اجابتوں کو دوپروں سے پاک کرتے میں اکثر ناکام رہتے ہیں۔ لہٰذا اس مقصد کے حصول کی کوشش میں ایمیٹین بسمتھ آیوڈائڈ (emetine bismuth iodide) براہ دہن استعمال کرنا چاہئے۔ اس کے استعمال کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ کیشے (cachets = پرتاسم) یا جیلاٹین کے کیپسول (gelatin capsules) میں ۳ گرین، دن میں ایک بار، تقریباً بارہ دن تک دئے جائیں۔ بدقسمتی سے یہ دوا متلی اور قے پیدا کر دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ بعض اوقات اس کے استعمال سے آدھا گھنٹہ پہلے دس قطرے ٹنچر اوپیائی (tinct opii) دیدینے سے ممکن ہے کہ یہ نہ ہونے پائے۔ مریض کو نہایت سادہ غذا پر رکھنا چاہئے، جو ۳ پائنٹ (تقریباً پونے دو سیر) دودھ، توسٹ اور اگر ضرورت ہو تو ایک انڈے پر مشتمل ہونی چاہئے۔ اگر دودھ کی برداشت نہ ہو تو گوشت کے خلاصہ جات (meat extracts) دئے جا سکتے ہیں۔ اس دوا کو آخری کھانے سے ڈھائی گھنٹے بعد دینا چاہئے، اور پھر مریض کو چند گھنٹوں تک خاموش لیٹے رہنا چاہئے اور اگر متلی ہو تو اُسے روکنے کی کوشش کرنی چاہئے۔ اس زمانہ میں جبکہ ایمیٹین دی جا رہی ہو اجابتیں اکثر مائع (پتلی) رہتی ہیں، کیونکہ یہ دوا آنتوں پر ایک ہلکا سا خراش آور اثر رکھتی ہے۔ اگر ایمیٹین موقوف کر دینے کے بعد اسہال بدستور جاری رہے اور اگر اجابتوں کے اندر امیبے موجود نہ ہوں تو بسمتھ مکسچر (bismuth mixture) دیا جائے، جس سے اکثر یہ شکایت جلد دور ہو جاتی ہے۔ تمام فاعلی علامات غائب ہو جانے کے بعد عرصہ دراز تک آنتیں غیر معمولی طور پر خراش پذیر رہتی ہیں، اور

غذا کی ذرا سی بے احتیاطی (بالخصوص الکحل) سے اسہال کا حملہ شروع ہو جاتا ہے۔ عام طور پر اُن لوگوں کے لئے جو ایمیائی زحیر میں مبتلا رہ چکے ہوں، بہتر قاعدہ یہی ہے کہ الکحل سے چند سال تک قریباً قطعی طور پر پرہیز رکھیں۔ نکس کے علاج کے عام اصول وہی ہیں جنکی سفارش اوپر کی گئی ہے، اگرچہ شائد خفیف حالتوں میں ایمیٹین کے صرف چھ انجکشن ہی دینا کافی ہو۔ معلوم ہوا ہے کہ ایمیٹین قلب پر ایک مُرکامی یا اجتماعی اثر (cumulative effect) رکھتی ہے اور ممکن ہے کہ محیطی اعصاب کا وسیع التہاب پیدا کردے۔ اگر اس دوا کے استعمال کے دوران میں مریض کو بستر پر رکھا جائے تو کوئی نقصان نہیں ہوتا۔ لیکن اگر یہ دوا اُس وقت دی جائے جبکہ مریض اُٹھکر چلتا پھرتا رہے تو بہت سی حالتوں میں قلبی بیقاعدگی (cardiac irregularity) بلکہ ٹانگوں کا اُزِ ماتک پیدا ہوگیا ہے۔ ممکن ہے کہ ہبوط (collapse) کی نہایت شدید حالتوں میں جن میں اسہال کے باعث سیّال بہت ضائع ہوگیا ہو، ہیشس تمشی مالح (hypertonic saline) کے ۳ یا ۴ پائنٹ دروں وریدی راہ سے دینے کی ضرورت پیش آئے اُسی طرح جسطرح کہ راجرس (Rogers) نے ہیضہ کے لئے سفارش کی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 182)۔ بدقسمتی سے ایمیائی زحیر کی حالتوں کا کچھ تناسب ایسا بھی ہے جو ایمیٹین اور ایمیٹین بسمتھ آیوڈائڈ سے عسیر العلاج (بے اثر) رہتا ہے۔

بعض اوقات ایسا اتفاق ہوسکتا ہے کہ خُرد بینی امتحان کے لئے سہولتیں میسر نہونے کی وجہ سے عصیوی یا ایمیائی زحیر کی متعین تشخیص نہ کی جاسکے۔ ایسی صورتوں میں اور جہاں کوئی شبہ موجود ہو قرین مصلحت یہی ہے کہ ضد زحیر مصل (anti-dysenteric serum) اور ایمیٹین دونوں دیدئے جائیں۔ یہ بھی ہرگز فراموش نہیں کرنا چاہئے کہ دوہری سرایت کی حالتوں کا ملنا بھی نہایت عام ہے۔ اس امر کے متعلق کوئی شہادت موجود نہیں کہ غیر پیچیدہ عصیوی زحیر میں ایمیٹین کوئی منفعت رکھتی ہے۔

ایمیائی زحیر کے اُن مریضوں کو جنھیں کئی حملے ہوچکے ہوں، ایسے ملکوں کی سکونت ترک کردینا چاہئے جہاں یہ مرض مقامی ہو۔ اِس مرض کے متواتر حملوں کے بعد خفیف التہاب قولون (colitis) ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، اور اسکی

وجہ سے اُس شخص میں مکرر سرایت کا زیادہ رجحان پیدا ہو جاتا ہے' اُس حالت میں بھی جبکہ اصلی یا ابتدائی حملے بظاہر شفایاب ہو چکے ہوں ۔

169

جِگر کی امیبائی سرایت

عرصۂ دراز سے معلوم ہے کہ جن مدارینی ممالک میں زحیر پھیلی ہوئی ہو' وہاں کے باشندوں میں جگر کے تقیّحی اضرار میں مبتلا ہو جانیکا خاص طور پر رجحان ہوتا ہے ۔ گذشتہ چند سالوں میں مدارینی خراجِ جگر (tropical liver abscess) اور اُس کی مرافق (دیجئے ہمزمان) یا سابقہ امیبائی زحیر کا باہمی تعلق اچھی طرح ظاہر ہو گیا ہے ۔ نہ صرف خراج جگر کے اعداد و شمار امیبائی زحیر کے حدوث کے ساتھ براہ راست بدلتے رہتے ہیں' بلکہ عموماً خراج جگر کے اخراج (discharge) یا نسیج پاش دروں امیبا (E. histolytica) بتلایا جا سکتا ہے' گو خراج جگر کی ہر حالت میں قدرتاً امیبائی زحیر کی سرایت ثابت نہیں کی جا سکتی ۔ یہ اِس وجہ سے چنداں تعجب خیز نہیں کہ امیبائی زحیر اپنے آغاز میں بالکل مخفی اور غیر محسوس ہو سکتی ہے اور اکثر اوقات اسہال کے گاہ بگاہ حملوں سے زیادہ نہیں ہوتی ۔ یہ علامتیں فی الحقیقت ایسی ہیں جنکا تجربہ اُن اشخاص میں سے جو کچھ عرصہ تک مدارینی ممالک میں سکونت رکھ چکے ہوں چند ہی کو نہیں ہوا ہے (یعنی مدارین میں رہے ہوئے بیشتر اشخاص کو اِن علامات سے دو چار ہونا پڑتا ہے) ۔

بحثِ اسباب ۔ اگرچہ امیبائی زحیر اب ہمیشہ خراج جگر کی پیدائش کا خاص عامل (سبب) سمجھی جاتی ہے [بالخصوص اُس بڑے منفرد خراج کی پیدائش کا' جسے بعض اوقات مدارینی خراج (tropical abscess) کہتے ہیں]' تاہم آخر الذکر مرض کے صنفی اور قومی حدوث سے صاف ظاہر ہوتا ہے کہ کوئی دوسرا جزء عامل ضرور ہونا چاہئے۔ اعداد و شمار سے ظاہر ہوتا ہے کہ ہندوستان میں دیسی باشندے یوروپین اشخاص کے نسبت زحیر میں زیادہ مبتلا ہوتے ہیں اور خراج میں کم' اور مزید برآں یہ کہ خراج بالغ

یورو پیئن مردوں میں بہ نسبت عورتوں اور بچوں کے بہت زیادہ عام ہوتا ہے۔ ان
اختلافات کی توضیح دونوں قوموں اور صنفوں کی زندگی اور عادات کے فروق سے بخوبی
ظاہر ہوسکتی ہے بالخصوص اُن کی خوراک اور غذا کے فروق سے ہندوستانی اور یورو پین عورتیں
دونوں اپنی غذا میں، بالخصوص الکحل کے متعلق، یورو پین مرد کے نسبت بہت زیادہ اعتدال پسند
ہوتی ہیں۔ آخر الذکر (یعنے یورو پیئن مرد) میں مدارینی ممالک میں الکحل حد سے زائد
استعمال کرنے اور ورزش بہت کم کرنے کا رجحان ہوتا ہے۔ یہ دونوں (یعنے الکحل کی زیادتی
اور ورزش کی کمی) ایسے حالات ہیں جنکا نتیجہ بہ آسانی یہ ہوسکتا ہے کہ جگر میں امتلا پیدا
ہوجائے، اور اس سے سرایت کی مدافعت کی وہ قوت جو جگر میں موجود ہوتی ہے گھٹ
جاتی ہے۔ اس واقعہ کی تصدیق تجربہ سے ہوتی ہے جو یہ ثابت کرنے کا رجحان رکھتا ہے
کہ جگر کی امیبائی سرایت اُن لوگوں میں عام ترین ہے جو الکحل کی کثیر مقداریں عادتاً
استعمال کرتے ہیں۔ مزید برآں اگر ہندوستانی شخص کھانے کے (اور خاصکر پینے کے)
معاملہ میں یورو پیئن عادتیں اختیار کرلیتا ہے تو کبدی سرایت کی وہ اضافی مناعت
جو اُس میں موجود ہے، باقی رہتی ہے۔

مرضی تشریح۔ امیبائی سرایت کے ابتدائی درجوں میں پھوڑے بننے
سے پہلے ممکن ہے کہ جگر میں صرف امتلا، اور خفیف سی کلانی پائی جائے، جسکے ساتھ شائد چند
ایسے غیر واضح المحدود اور ہلکے رمادی رقبے ہوتے ہیں، جہاں کبدی خلیوں میں تنخر ہوتا
ہے۔ خردبین سے دیکھنے پر ابتدائی ترین درجہ ورید الباب (پورٹل وین) کی صغیر
ترین شاخوں میں (جہاں اُمیبے ٹھہر جاتے ہیں) خون کے تھکیانے کا ہوتا ہے۔ اس
درجہ کو اُمیبائی التہاب جگر (amœbic hepatitis) کہتے ہیں۔ ایک کسی قدر
بعد کے درجے میں ممکن ہے کہ ان میں سے ایک رقبے کا مرکز اماعت[1] یافتہ ہوجائے اور
ایک ناہموار پُرنشیب و فراز خراجی کہفہ بنجائے۔ جیسے جیسے مرض ترقی کرتا جاتا ہے
آس پاس کی کبدی بافت کے تنخر سے یہ خراجی کہفہ یا کہفے بڑے ہوتے جاتے ہیں۔ دو
قسموں کے پھوڑے پائے جاتے ہیں۔ ایک تو متعدد چھوٹے چھوٹے پھوڑے ہوتے
ہیں، اور دوم ایک بڑا پھوڑا، جو عموماً منفرد ہوتا ہے لیکن بعض اوقات دو[2] یا تین

[1] liquefied

بڑے پھوڑے بھی ہو سکتے ہیں۔ منفرد پھوڑا عموماً دائیں لختے کے بالائی حصے میں واقع ہوتا ہے۔ تازہ پھوڑوں میں کوئی واضح دیوار نہیں پائی جاتی، لیکن شاذ حالتوں میں ممکن ہے کہ وہ دُویرہ بند (encysted) ہوں یعنی ایک نرم لیفی دیوار سے محصور ہوں۔

امیبائی پھوڑے کا مائیہ بعض اوقات چاکلیٹ کے رنگ کا ہوتا ہے اور اس میں خون کی دھاریاں پائی جاتی ہیں۔ بعض اوقات اس میں صفرا کی آمیزش کی وجہ سے ہری جھلک ہوتی ہے۔ تا وقتیکہ ثانوی سرایت نہ ہوئی ہو، ریم زا عضویے (pyogenic organisms) غیر موجود ہوتے ہیں، لیکن امیبے تقریباً ہمیشہ دکھلائے جا سکتے ہیں، بالخصوص پھوڑے کی ناہموار دیوار میں سے حاصل کردہ کھرچنوں میں۔

امراضیات۔ امیبے جگر میں ورید الباب (پورٹل وین) کی راہ سے پہنچتے ہیں۔ قولون میں تحت النحاطی بافت میں پائے جاتے ہیں، اور یہاں سے بآسانی بابی نظام کی اصلیات (radicles) میں داخل ہو سکتے ہیں۔ امیبے دار پیپ کے حقنی اشرابات سے جانوروں میں کبدی خراجات تجربۃً پیدا کئے جا سکتے ہیں۔ **بعد الممات** اعداد و شمار ظاہر کرتے ہیں کہ متعدد چھوٹے پھوڑے (جو جسامت میں ایک اخروٹ سے لیکر ایک بڑی الپین کے بیر کے برابر ہوتے ہیں) اُن حالتوں میں واقع ہوتے ہیں جہاں سارے قولون میں وسیع پھیلا ہوا حاد تقرح موجود ہو، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جگر پر کثیر التعداد امیبوں کا حملہ ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس بڑے پھوڑے تقرح کی نسبتۃً زیادہ مزمن حالتوں میں ہوتے ہیں، جو اکثر اعور (سیکم) تک محدود ہوتی ہیں بعض اوقات جب ایک پھوڑے کی تشخیص ہو جاتی ہے تو زحیر کی کوئی شہادت بالکل نہیں پائی جاتی۔ لیکن **بعد الممات** امتحان میں اُس کہنہ زحیری تقرح کے ندبات پائے جاتے ہیں، جو صریحاً اُس پھوڑے کا سبب تھا۔ حالتوں کی اقلیت میں جگر کے پھوڑے دوسرے جراثیم، مثلاً نیقۂ عنبیہ (اسٹیفلو کاکس)، نیغۂ سبحیہ (اسٹرپٹو کاکس) اور عصیۂ قولونی عمومی (بیسلس کولائی کمیونس) سے ثانوی طور پر سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ آغاز دمرچند ہی دوسرے امراض میں اس قدر تغیر پذیر

ہوتے ہیں جسقدر کہ وہ جگر کی امیبائی سرایت میں ہوتے ہیں۔ بہت سی حالتیں صحت کی تدریجی خرابی کے ساتھ شروع ہوتی ہیں، جو اسقدر غیر محسوس ہوتی ہے کہ آغاز علامات کی کوئی تاریخ متعین نہیں کی جاسکتی۔ لیکن بعض حالتوں میں ممکن ہے کہ درد اور تپ کی متعین علامتیں ابتدا ہی میں، اور بظاہر یکایک شروع ہو جائیں۔ ان حالتوں میں جن میں ازحیر کی متعین سرگذشت موجود ہوتی ہے، وہ زمانہ (وقفہ) جو زحیر اور کبدی علامات کے نمو کے درمیان گذرتا ہے، بہت مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کبدی علامات مستثنیٰ طور پر چند ہی ہفتوں کے بعد نمودار ہو جائیں، مگر زیادہ عام طور پر وہ مہینوں یا برسوں کے بعد واقع ہوتی ہیں۔ اِس مرض کی مرضی تشریح کے باب میں جو کچھ کہا گیا ہے اُس سے ذہن نشین ہو جائے گا کہ تمام حالتوں میں ایک پیش تقیحی درجہ (presuppurative stage) ہوتا ہے جسے امیبائی التہاب جگر (amœbic hepatitis) کہتے ہیں، جو کم از کم کوئی بڑی جسامت کا پھوڑا بننے سے پہلے معین علامات پیدا کر دیتا ہے۔ طبیب کا مقصد یہ ہونا چاہیے کہ مرض کو اسی درجہ میں روک دے۔ لہٰذا مناسب ہے کہ ان علامات کو جو نہایت کثیر الوقوع ہیں مختصراً بیان کر دیا جائے۔

ان میں سے درد ایک ایسی علامت ہے جو ہمیشہ پائی جاتی ہے اور جس کا نمو (آغاز) عموماً تپ سے پہلے ہوتا ہے۔ یہ شراسیف (epigastrium) میں ایک بوجھ کے احساس کی طرح شروع ہوتا ہے لیکن جلد ہی ایک معین درد بنجاتا ہے، جو عموماً دائیں ضلعی حاشیے میں جگر کے رقبے پر محدود المقام ہوتا ہے۔ جگر پر جس یا قرع کرنے کی کوشش میں دباؤ پڑنے سے یہ درد زیادہ ہو جاتا ہے۔ اور اگر صدر کی دائیں جانب کو دونو ہاتھوں کے درمیان یکایک مضغوط کر لیا (دبایا) جائے تو نہایت شدید اور ممزق (lancinating) نوعیت کا ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتیں بھی کافی کثرت کے ساتھ (بارہا) دیکھنے میں آتی ہیں جن میں دائیں شانے میں منعکس درد ہوتا ہے لیکن ان حالتوں میں جگر پر ہمیشہ الیمیت پیدا کی جاسکتی ہے (دبانے سے مریض درد محسوس کرتا ہے)۔

اگرچہ ہمیشہ نہیں لیکن اکثر امیبائی التہاب جگر کے ساتھ تپ ہو کر تپش شام میں صبح کے نسبت ایک ۲ درجہ زیادہ بلند ہوتی ہے۔ تا وقتیکہ پھوڑا نمو یاب ہو جائے قشعریرہ اور تعریق (پسینہ) دونوں عموماً غیر موجود ہوتے ہیں۔

امتحان کرنے پر ممکن ہے کہ جگر اوپر کی طرف اور نیچے کی طرف، دونوں سمتوں میں کسی قدر بڑھا ہوا پایا جائے، لیکن عموماً داہنی عضلہ مستقیمہ کی سختی یا کڑنشگی کے باعث ضلعی حاشیے کے نیچے جگر کا جس نہیں کیا جاسکتا۔ کسی قدر کثرت خلیات ابیض ہمیشہ موجود ہوتی ہے (عموماً . . . . ۲۰ تک)۔

اگر یہ علامات شناخت میں نہ آئیں، یا اگر ان کا علاج طبیر یا کی علامات کی طرح کیا جائے تو قاعدہ ہے کہ التہاب جگر کی یہ حالت اور آگے بڑھ کر تکوین خراج (پھوڑا بننے) تک پہنچ جائے گی۔ قشعریرہ اور شرابور کرنے والی شب عرقی (drenching night sweats) نمایاں خصائص بن جاتے ہیں، اور تپ وقفہ دار قسم کی ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ مریض کا رنگ گدلا[1] اور ضعفی (cachectic) ہوجاتا ہے، لیکن حقیقی یرقان شاذ و نادر ہوتا ہے۔ تنفس نہایت المحفلا ہوتا ہے، اور اکثر کھانسی نمودار ہوجاتی ہے۔ حالتوں کی بڑی تعداد میں دائیں قاعدہ میں ذات الجنب (پلیوریسی) کے اور بعض اوقات تجمّد (consolidation) کے امارات پائے جاتے ہیں۔ بائیں پہلو پر لیٹنے سے درد عموماً بڑھ جاتا ہے۔ ان حالتوں میں جن میں دایاں لخت ماؤف ہو کبدی اصمیت (liver dullness) اوپر کی طرف بڑھی ہوئی پائی جاتی ہے، اور اس اصمیت (دیکھیے ہیں) کی بالائی حد دائیں بغل میں گنبد نما ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ لاشعاعی امتحان سے جگر کی دائیں جانب اوپر اٹھی ہوئی، اور دایاں ڈائفرام عملاً غیر متحرک نظر آئے۔ آخری درجوں میں بعض بین الضلعی فضاؤں میں اذیما اور مقامی ابھار ہوسکتا ہے۔ ان حالتوں میں جن میں پھوڑا جگر کے اندرونی حصے میں ہو، ممکن ہے کہ وہ شراسیف (epigastrium) میں ایک ڈھیلے کی طرح محسوس ہو، بلکہ نظر بھی آئے اور یہ ڈھیلا قرع کرنے پر اصم اور جس کرنے پر اسیم پایا جائے۔

اختتامات ۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ یہ پھوڑا نہایت عام طور پر شُشش بلیورا یا باریطون کے اندر، اور شاذ حالتوں میں معدے یا قولون کے اندر خود بخود پھوٹ پڑے۔ شُشش کے اندر پھوٹنے کی حالت میں پیپ کھانسی کے ساتھ باہر نکل آتی ہے اور ممکن ہے مریض کو از خود شفا ہوجائے۔ پھوٹنے یا جراحی علاج کے علاوہ مریض پر پھر محرقی حالت طاری ہوجاتی ہے اور اس کے بعد وہ عموماً تھکنگی یا تحلیل قوت

[1] muddy

کے باعث نفث الدم بھی لاحق ہو جاتا ہے۔

تشخیص ۔ عموماً جگر کا پھوڑا متذکرہ بالا مثالی امارات و علامات سے معین طور پر تشخیص کیا جا سکتا ہے، لیکن ہر حالت میں اس تشخیص کی تصدیق جگر کے استقصا (exploration) کے ذریعہ کی جا سکتی ہے۔ اس کے لئے ایک عریض آلمبی سوئی کی ضرورت ہوتی ہے جو ایک استقصائی پچکاری (aspirating syringe) سے پیوستہ کر دی جاتی ہے۔ اگر پہلی کوشش میں پیپ نہ ملے تو دوسری فضاؤں میں استقصا کرنا چاہئے۔ جلد کے لئے ایک مقامی معدم حس [۲ فیصدی نووکین (novocaine) ایڈرینالین کے ساتھ] استعمال کرنا چاہئے۔ خود نخزۂ جگر (liver puncture) دردناک نہیں ہوتا۔ اگر دو یا تین نخزات سے زائد کی ضرورت ہو تو کوئی عمومی معدم حس دوا استعمال کرنی چاہئے۔

171

تفریقی تشخیص ۔ جگر کے پھوڑے کی حالت میں تشخیص میں عام ترین غلطی یہ ہے کہ اس کی علامات کو ملیریا یا نمونیہ (ذات الریہ) سے منسوب کر دیا جائے۔ اول الذکر (ملیریا) کو اس بنا پر خارج کیا جا سکتا ہے کہ تپ معقول طور پر استعمال کردہ کونین کا قائل نہیں ظاہر کرتی (یعنی کونین سے بے اثر رہتی ہے)۔ اور ایک مداریئی ملک میں ایسے امارات کے متعلق جیسے دائیں قاعدے کے نمونیہ یا ذات الجنب (پلیورسی) کا اشارہ ہوتا ہو، یہ خیال کرنا چاہئے کہ ممکن ہے کہ یہ جگر کے پھوڑے کی وجہ سے ہوں، بالخصوص اس وقت جبکہ اُن کی ابتدا غیر محسوس یا مخفی طور پر ہوئی ہو۔ سپید خلیتوں کا شمار ملیریا سے تشخیص کرنے میں ممد ہوگا، اور اسی طرح لاشعاعی امتحان بھی۔ جب کبھی کوئی معقول شبہ ہو تو استقصائی نخزہ (exploratory puncture) بروئے عمل میں لانا چاہئے۔

انذار ۔ اُن حالتوں میں جن کی شناخت ابتدا ہی میں ہو گئی ہو، اور جن میں صرف التہاب جگر کی حالت ہو، ایمیٹین کے علاج سے انذار ہمیشہ اچھا ہوتا ہے۔ اُن حالتوں میں جو غیر تشخیص شدہ ہوں یا جن میں متعدد پھوڑے موجود ہوں،

اندازہ ہوتا ہے لیکن اگر ایمیٹین کے ذریعہ مستعدی سے علاج کیا جائے تو کسی قدر امید ہوتی ہے۔ جگر کے اس پھوڑے میں جس کا علاج متواتر امتصاص (aspiration) سے کیا گیا ہو، شرح ہلاکت چودہ فیصدی بلکہ اس سے بھی کم ہوتی ہے لیکن اگر کھلے عملیہ (open operation) سے علاج کیا جائے تو شرح ہلاکت پچاس فیصدی سے اوپر ہوتی ہے کیونکہ اس صورت میں جگر کی ثانوی سرایت باہر سے واقع ہوجاتی ہے۔

علاج ۔ اگر پھوڑا بننے کی معین طبعی امارات ملنے سے پہلے مریض کی تشخیص ہوجائے تو ایمیٹین روزانہ ایک گرین کی مقداروں میں تحت الجلد راہ سے فوراً دینا چاہیئے۔ اس سے عموماً تین دن کے اندر درد اور تپ دونوں میں نمایاں اصلاح نظر آتی ہے۔ایسی حالتوں میں ایمیٹین کا ۱۲ گرین کا ایک نصاب دیا جاتا ہے اور مرض میں کلی شفا ہوجاتی ہے یا کم از کم مرض رک تو جاتا ہے۔

ان حالتوں میں جن میں پھوڑا بن گیا ہوا ایک عریض امتصاصی سوئی کے ذریعہ ساری پیپ کھینچ کر نکالدینی چاہیئے اور اگر اس سے تپش وغیرہ میں تخفیف ہو تو مکرر امتصاص کرنا چاہیئے یا مزید استقصا (exploration) عمل میں لانا چاہیئے اس کے ساتھ ہی ایمیٹین کے بارہ سخت الجلد اشرابات کا ایک نصاب دیا جاتا ہے۔ ایمیٹین کا اشراب ریمی کہفہ (pus cavity) کے اندر کرنے میں کوئی فائدہ نہیں معلوم ہوتا۔ اگر پیپ اتنی زیادہ گاڑھی ہو کہ سوئی میں سے اس کا کھینچنا دشوار ہو تو اس صورت میں پوٹین کے مصاص (Potains aspirator) کے ساتھ ایک مبزل اور نلکی (trocar and cannula) لگا کر اسے استعمال کرنا چاہیئے۔ استقصاء حاصل شدہ پیپ کا جرثومیاتی امتحان کرکے دیکھنا چاہیئے کہ آیا وہ ثانوی طور پر سرایت زدہ تو نہیں ہے۔ پیپ نکالدینے کے بعد پھوڑے کا کہفہ مصلی ارتشاح سے پُر ہوجاتا ہے تاوقتیکہ یہ ارتشاح ریمی ہوجائے اسے خارج کرنا ضروری نہیں۔ کھلے عملیہ کے ذریعہ پھوڑے کی سیلیت (drainage) صرف اسی وقت عمل میں لانی چاہیئے جبکہ پیپ ریم زا عضویوں سے بکثرت سرایت زدہ پائی جائے (21)۔

حمّیٰ بحرِ روم

(MEDITERRANEAN FEVER)

مالٹائی تپ (Malta fever) تپِ متموّج (Undulant fever)

یہ ایک طویل المدّت مسلسل تپ ہے جو تپِ معویہ سے کسی قدر مشابہت رکھتی ہے لیکن گلابی دھبوں کی غیر موجودگی کے باعث اور اِس واقعہ کی وجہ سے کہ اِس میں پیئر کی چکتیاں گلانی یافتہ یا متقرّح نہیں ہوتیں، اور شرحِ ہلاکت ادنیٰ ہوتی ہے اُس سے متمیّز ہوتی ہے۔

اِس کا نوعی عضویہ ایک خرد تبقہ (خرد تبقۂ مالطی = M. melitensis Bruce) ہے، جو خون اور بول و براز سے، اور دورانِ حیات میں بذریعہ نخزۂ طحال[1] سے حاصل کیا جا سکتا ہے، اور موت کے بعد طحال، جگر، گردوں، مغزِ استخوان اور ماساریقی غدد میں مل سکتا ہے۔

بحثِ اسباب ۔ یہ مرض مالٹا میں پھیلا ہوا ہے، اور بحرِ روم کے دوسرے جزیروں میں اور ساحلوں پر بھی ہوتا ہے۔ اور اِس کی جرثومیات کی تحقیقات کے بعد سے اِس کی موجودگی ہندوستان، چین، جنوبی افریقہ، ویسٹ انڈیز، اور امریکہ میں بھی ثابت ہو چکی ہے۔ یہ دونوں صنفوں کو تقریباً مساوی طور پر متاثر کرتا ہے، لیکن بوڑھوں کے نسبت نو عمروں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے، بالخصوص گیارہ سال اور تیس سال کی عمروں کے درمیان۔ یہ سال کے نسبتہً گرم مہینوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ قطعی طور پر بتلا دیا گیا ہے کہ مالٹا اور دوسرے مقامات کی بکریاں، جنسے دودھ کی رسد حاصل کی جاتی ہے، اِس کے خرد تبقہ سے سرایت زدہ ہوتی ہیں۔ اور یہ کہ اِن بکریوں کے دودھ یا دودھ کے پنیر کا غذا کے طور پر استعمال ہی اِس مرض کے

172

---

[1] Puncture

پھیلنے کا اہم ترین سبب ہوتا ہے۔ لیکن مزاحیستہ جلد کے ساتھ دودھ کے تماس سے، اور شائد راست سرایت سے، یا خون چوسنے والے (خون آشام) حشرات کے ذریعہ سے اس کا منتقل ہونا بھی ممکن ہے۔

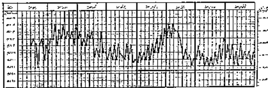
مرضی تشریح ۔ طحال بڑی ہوتی ہے، اکثر اس کا وزن اتنا زیادہ کہ ۱۲ اونس تک ہوتا ہے اور وہ نرم اور ستوہ (diffluent) ہوتی ہے، ساتھ ہی اجسام مالپیجی متورم اور غیر ممیز ہوجاتے ہیں اور لمف آسایافت کی بہت زیادتی ہوتی ہے۔ جگر اور گردے متلی ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ آخرالذکر کبیبی التہاب گردہ (glomerular nephritis) کی حالت میں ہوں۔ ماساریقی غدد کسی قدر کلانی یافتہ ہوتے ہیں۔ تپے پر کی چکتیاں نمالی آنکھ سے معمولی نظر آتی ہیں۔ مرگ بین سے زیادہ سے زیادہ یہی نظر آسکتا ہے کہ خلوی عناصر کا خفیف تکاثر ہے۔

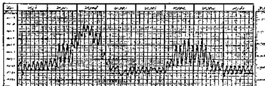
علامات ۔ زمانۂ حضانت عموماً پندرہ دن کے قریب ہوتا ہے۔ علامات غیر محسوس طور پر طاری ہوجاتے ہیں، اور حسب ذیل ہوتے ہیں: تپ، دردسر، ہڈیوں میں درد، بیخوابی، تشنگی، فرودا ندربان، عدم اشتہا، متلی، اور شراسیفی خطے میں گرانی اور الیمیت۔ عموماً قبض موجود ہوتا ہے، طحال ہمیشہ کلانی یافتہ اور اکثر الیم یا دردناک ہوتی ہے۔ بعض اوقات جگر کلانی یافتہ ہوتا ہے۔ پسینہ کثرت آتا ہے اور حرقی دانوں (sudamina) کی فصلیں پیدا ہوجاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ دردسر اور زیادہ شدید علامتیں دو یا تین ہفتوں میں رفع ہوجائیں، لیکن تپ زیادہ طویل عرصے تک (بلکہ تین یا چھے یا نو ماہ تک) جاری رہ کر صرف بتدریج رفع ہوتی ہے۔ اس سارے زمانہ میں تپش مسلسل طور پر بلند نہیں رہتی، بلکہ اس میں دو دو یا تین تین ہفتوں تک کے اشتدادات ہوتے ہیں اور پھر ایسے وقفے ہوتے ہیں جن میں تپش نسبتہً بہت کم یا تقریباً طبعی درجہ پر رہتی ہے۔ چنانچہ اس مرض کا قرطاس تپش تپ معوی نکسہ (relapsing enteric fever) کے قرطاس تپش سے قریبی مشابہت پیش کرتا ہے۔

قلت الدم عموماً نمایاں ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ سرخ جسیمات گھٹ کر ۳۰ لاکھ

(۳ ملین) سے نیچے ہو جائیں، لیکن لمفی جسیمات (lymphocytes) اور یک نواتی خلیوں (mononucleears) میں اضافی زیادتی ہو جاتی ہے۔ تقریباً نصف حالتوں میں مفاصل سُرخ، متورّم اور دردناک ہو جاتے ہیں، اور انصبابی سیّال میں سے اِس مرض کا خرد تبقہ علیحدہ کیا گیا ہے۔ التہاب عصب (neuritis) بھی ایک عام واقعہ ہوتا ہے، بالخصوص عصب نسائی (sciatic nerve) کا التہاب، جو حاد طور پر شروع ہو کر طویل عرصہ تک نسبتہً کم شدید شکل میں جاری رہتا ہے۔ بچوں میں سحائی دماغی التہاب (meningo-encephalitis) ہونے کا اِمکان ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں التہاب خصیہ (orchitis) یا التہاب بربخ (epididymitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ بول قلیل المقدار ہوتا ہے، اور اُس میں یورک ایسڈ کا جماؤ اور شاید البیومین حاد درجوں میں موجود ہوتا ہے، لیکن عموماً دوسرے اوقات میں بول طبعی ہوتا ہے۔ بعض اوقات سرعت قلب (خفوق القلب) (trachycardia) یا بطوء القلب (brachycardia) پایا جاتا ہے۔ اِس مرض سے عام طور پر اسقاط واقع ہو جاتا ہے۔

173





شکل ۱۶۔ تموجی قسم کے حمّٰی باطنی کی ایک حالت میں تپش۔

ان حالتوں کی غالب تعداد متذکرہ بالا موجی قسم (undulant type) سے مطابقت رکھتی ہے۔ استثنائی طور پر حاد یا خبیث حالتیں بھی ہوتی ہیں، جن میں تپش ۱۰۵ء، ۱۰۶ء درجہ تک بلند ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ بیسویں دن سے لیکر تیسویں دن تک موت واقع ہو جائے۔ اس کے برعکس، بعض حالتوں میں مریض اس قدر علیل نہیں ہوتا کہ صاحب فراش ہو جائے۔ اور دوسری حالتوں میں ممکن ہے کہ تپ صرف دو ہفتوں تک جاری رہے۔ شرح ہلاکت ۲-۶ فیصدی ہوتی ہے۔ لیکن چھوٹے بچوں میں اور چالیس سال سے زیادہ سن کے اشخاص میں ریم ساز عضویوں سے ثانوی سرایت ہو جانے کی وجہ سے شرح ہلاکت نسبتۃً زیادہ ہوتی ہے (22)۔

تشخیص۔ حمی بحر روم جن امراض سے خلط ملط ہو سکتا ہے وہ محرقی حمیات (enteric fevers) ملیریا، رئتیہ (رومانزم)، تدرن ذیو برکیولوسس) اور تسمم الدم (septicæmia) ہیں۔ تشخیص عموماً التراقی امتحانات (agglutination tests) سے کی جاسکتی ہے۔ مریض کا مصل غرفی نیقوں کا التراق بعض اوقات اس قدر جلد کر دیتا ہے کہ سو میں ایک یا ہزار میں ایک کی ترقیقوں میں التراق پانچویں ہی دن ہو جاتا ہے، اور اس کا یہ عمل دوران نقیہت میں طویل عرصہ تک، بلکہ سالہا سال باقی رہتا ہے۔ ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ خون، طحال، یا بول یا براز سے عضویوں کی کاشت تیار کی جاتی ہے۔

حال ہی میں ایک مالطئی نما تپ (Paramelitensis fever) بیان کی گئی ہے، جو حمی بحر روم سے وہی رشتہ رکھتی ہے جو کہ محرقہ نما تپ محرقہ سے رکھتی ہے۔ مویشی میں ایک دوسرا عضویہ نہایت عام طور پر پایا گیا ہے، جس کا نام عصیہ اسقاطی (Bang)(Bacillus abortus) ہے، جس کا نوعی مالطائی مصل سے التراق ہو جاتا ہے۔ لیکن انسان کے لئے اس کی سرایت رسانی خفیف معلوم ہوتی ہے، اگرچہ آب اس سے پیدا ہو جانے والی موجی تپ (undulant fever) کی وارداتوں کی اطلاعیں رعوڈیسیا سے وصول ہو رہی ہیں۔

تحریر۔ اس کے لئے ضروری ہے کہ اس مرض کی وارداتوں کی اطلاع

ئے dilutions of 1 to 100 or 1 to 1,000

افسرانِ متعلقہ کو دی جائے بکریوں سے حاصل شدہ دودھ کا بار بار امتحان کیا جائے، اور بیماریں متاثرہ جانوروں کی تشذید (segregation) یعنے علٰحدگی عمل میں لائی جائے۔ مستعمل طریقہ شناخت "امتحان زیمٹ" (Zammit test) ہے، جو اس امر پر منحصر ہوتا ہے کہ نوعی الزاقین (specific agglutinins) دودھ کے اندر موجود ہوتے ہیں اور یہ جزو منبقہ کو جھنڈوں میں مجتمع کر دینگے اُسی طرح جسطرح کہ تپ محرقہ کے لئے امتحان ویڈال میں ہوتا ہے۔ دودھ کی ۱ میں ۱۰ ترقیق کی اور خشر و منبقہ مالطی کے آبی متحلب کی مساوی مقدار میں کو ملا دینے سے تشفل (sedimentation) یعنے تہ نشینی واقع ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 16)۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس جرثومہ کی جدرین (vaccine) کی تطعیم کر دینے سے سرایت میں منکشف شدہ شخص کو عارضی تحفظ حاصل ہو جاتا ہے۔ استعمال سے پہلے دودھ کو جوش دے لینا چاہئے۔

علاج۔ اس مرض پر نہ تو کیونین (quinine) اور نہ سوڈیم سیلی سلیٹ (sodium salicylate) کوئی اثر رکھتا ہے۔ اس کا علاج اُسی طریقہ سے کرنا چاہئے جسطریقہ سے خفیف تپ معوی کا علاج کیا جاتا ہے۔ خود زاد جدرین (autogenous vaccines) کو احتیاط کے ساتھ تدریجی مقداروں میں استعمال کرنے سے کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ لیکن مرض کے حاد درجوں میں جدرینوں کے بجائے ضد تسمم مصل (anti-toxic-serum) استعمال کرنا چاہئے۔ مفصلی مرض کے لئے آیوڈین یا مرہم کا (liniments) کے ساتھ فرک (مالش) کی سفارش کی جاتی ہے۔

نزف یرقانی پیچ موئی مرض

(SPIROCHÆTOSIS ICTRO-HÆMORRHAGICA)

ساری یرقان (infectious jaundice) ویل کا مرض (Weil's disease)

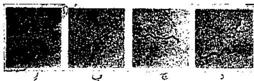
یہ ایک حموی مرض ہے جس میں یرقان ایک نمایاں علامت ہوتا ہے اور

جگر اگر دوں اور بولی کے اندر ایک بیچ مہیہ پایا جاتا ہے جس کا نام نزف یرقانی نحیف مرغولہ (Leptospira ictero-hæmorrhagiæ) ہے (ملاحظہ ہو شکل ۱۱ - الف - ب - ج)۔
یرقان جو گو بعض اوقات موٹے میکانی اسباب [مثلاً کسی قناۃ صفرا کی سدودگی (ملاحظہ ہوں امراض جگر)] کے باعث ہوتا ہے مختلف اقسام کی سرایت کے ساتھ بھی قریبی رشتہ رکھتا ہے۔ وہ تپ زرد (yellow fever) کا ایک ضروری جزو ہوتا ہے۔ تپ راجعہ (relapsing fever) تپ محرقہ اور محرقہ نما تپوں میں، اور ذات الریہ (نمونیہ) میں وہ گاہے گاہے نمودار ہونے والا واقعہ ہوتا ہے جسکے نسبت یہ خیال کیا جا سکتا ہے کہ اس وقت عضو یہ یا ان کے سمیات بالخصوص جگر یا خون کی طرف راجع ہوکر یہ پیچیدگی پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن تپ اور یرقان کی دوسری ایسی حالتیں بھی ہوتی ہیں جو متذکرہ بالا میں شامل نہیں کی جا سکتیں، جو وبائی ہوتی ہیں اور شاذ ہی ہلاک ہوتی ہیں، اور جن کو مختلف ناموں سے موسوم کیا جاتا ہے، مثلاً حموی یرقان (febrile jaundice) (Lancereaux) وبائی یرقان (epidemic jaundice) ساری یرقان (infective jaundice) سرایت رساں یرقان (infective jaundice) کیمپ جانڈس (camp jaundice) (عسکری یرقان) اور کبدی محرقہ (hepatic typhoid) (Landouzy)۔ اغلب ہے کہ نازلتی یرقان (catarrhal jaundice) کی بہت سی حالتیں فی الحقیقت سرایت کے باعث ہوتی ہوں، نہ کہ محض مشترک قناۃ صفرا (common bile duct) کے انسداد کے باعث۔

174

یرقان کی ایک قسم جسے سرایت رساں یرقان (infective jaundice) کہ سکتے ہیں [جسے ہیڈلبرگ (Heidelberg) کے ویل (Weil) نے ۱۸۸۶ء میں بیان کیا] شناخت کی گئی ہے، جو دنیا کے مختلف حصوں مثلاً جرمنی، مصر، ہندوستان، اور ریاستہائے متحدہ میں واقع ہوتی ہے، لیکن انگلستان میں شاذ ہی ہوتی ہے۔ ویل نے بیان کیا ہے کہ وہ گرم موسموں میں ظاہر ہوئی اور نوعمر بالغ ذکور میں عام تھی۔ اس کا آغاز دفعۃً، اکثر جاڑے کے ساتھ ہوتا، اور حسب ذیل علامات موجود ہوتے :- تپ، دوروسر، معدی اختلال کے امارات، یرقان اور عضلی درد بالخصوص پنڈلیوں میں۔ تپ آٹھ یا دس دن تک جاری رہتی، اور بعض اوقات ایک عکس (relapse)

ہوتا۔ طحال اور جگر عموماً کلانی یافتہ ہوتے لیکن ہمیشہ نہیں۔ اور جگر دبانے سے اکثر الیم پایا جاتا۔ التہاب گردہ اکثر، اور نملہ (herpes) اور احمرار (erythema) گاہے گاہے مشاہدہ میں آتے۔ موتیں متقابلۃً شاذ ہوتیں۔ بعض اشخاص عمومی قولونی عُصَیّہ (Bacillus coli communis) کو مجرم (سببِ مرض) سمجھتے تھے، اور کہا جاتا ہے کہ مرضِ وَیل کی بعض مہلک حالتوں میں بی پروٹیئس فلورو سینس (B. proteus fluorescens) ÷ کثیر الاشکال تزہری عُصیّہ، مختلف اعضا سے حاصل ہوا ہے۔ ۱۹۱۶ء میں جاپانی مشاہدین نے اُن مرضی حالتوں سے، جو بہ ظاہر مرضِ وَیل سے مماثل تھیں، ایک پیچ مویہ (spirochæte) حاصل کیا، جس کا نام نزفی یرقانی نحیف مرغولہ (Leptospira ictero-hæmorrhagiæ) ہے۔ دورانِ جنگ میں فلانڈرس اور فلینگ



شکل ۱۷

(الف)۔ تعلیم کردہ گینی پگ کے خون میں کا نزفی یرقانی نحیف مرغولہ (L. ictero hæmorrhagiæ)

(ب)، (ج)۔ انسانی خون میں کا نزفی یرقانی نحیف مرغولہ، علامات کے دوسرے دن، یرقان نمودار ہونے سے پہلے۔

(د)۔ ابتدائی قرحۂ آتشک سے حاصل کردہ شحوبی پیچ خیطیہ (spironema pallidum) (اوپر کی شکل) اور انعطافی پیچ خیطیہ (spironema refringens) (نیچے کی شکل)۔ مقدار ۲۵۰۰ (بہ تتبع اے۔ سی۔ کولینز)۔

کی فوجوں میں یرقان کی ایک محدود وبا واقع ہوئی جسکے متعلق ثابت ہو گیا ہے کہ وہ ایک ماثل عضویہ کی سرایت کی وجہ سے تھی (23)۔ اب عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ نزف یرقانی پیچ موئی مرض (spirochaetosis ictero-hæmorrhagica) اور مرض ویل (Weil's disease) ایک ہی ہیں۔

جاپان میں اور فرانس کے رقبۂ جنگ میں دونوں جگہ یہ پیچ مُوبہ جو چوہوں کے خون، گردوں اور بول میں پائے گئے ہیں، اور حال ہی میں بتلا دیا گیا ہے کہ یہ عضویہ گنّوں کے اندر متقابلتہً عام ہوتا ہے، جن میں یہ ایک سریع الہلاکت یرقانی مرض پیدا کر دیتا ہے۔ مزید برآں مشاہدہ کیا گیا ہے کہ فرانس میں یہ مرض انھیں اشخاص کو لاحق ہوا جو خندق کے بعض نم قطعات (sectors) میں مقیم تھے۔ مزید برآں ان قطعات میں سے پکڑے ہوئے چوہے ایسے پیچ مویوں سے سرایت زدہ پائے گئے جنسے گینی پگوں میں یرقان اور نزفات پیدا ہو گئے۔ اِس شہادت سے معلوم ہوتا ہے کہ سرایت چوہے کے بول سے اِنسان میں پھیلتی ہے۔ تجربۃً بتلا دیا گیا ہے کہ سرایت ایک نو اشیدگی (abrasion) کی راہ سے، بلکہ غیر متضرر (صحیح و سالم) جلد کی راہ سے بھی واقع ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ چوہوں نے خندقوں کے پانی کو سرایت زدہ کر دیا ہو اور پیچ مُوبے تر جلد کی راہ سے یا پینے کے پانی کے ساتھ جسم میں داخل ہوئے ہوں۔ اِس ملک میں پیچ موبے چوہوں (موشِ نار وے :Rattus norvegicus) میں پائے گئے ہیں (24)، اور ایک واردات دریائے ٹیمز میں غرق ہونے کے بعد واقع ہوئی (25)۔

مرضی تشریح ۔ مختلف ہلاک حالتوں میں بعد الممات مناظر حسب ذیل پائے گئے ہیں:۔ بعض ہلاک حالتوں میں اثنا عشری کی مخاطی جھلی کا شدید امتلاء اور ورم پایا گیا اور ساتھ ہی قناۃ صفرا کے داخلہ کے مقام پر کے حلیمہ کا ورم، لیکن دوسری حالتوں میں یہ منظر غیر موجود تھا۔ جگر میں اکثر ایک سبزی مائل جھلک موجود ہوتی ہے لیکن دوسرے لحاظ سے وہ شکل میں طبعی نظر آتا ہے۔ طحال طبعی جسامت کی بانسبت چھوٹی ہوتی ہے۔ گردے بڑے اور متورم ہوتے ہیں اور اُن میں نزفات پائے جاتے ہیں جو قشری اُنبیبات (cortical tubules) میں واقع ہوتے ہیں۔ بعض وقت

175

نظر آتے ہیں، بالخصوص پلیورا کے نیچے، اور بعض اوقات ذات الریہی (نمونیائی) چکتیاں۔ پلیورا اگرد قلب (پیری کارڈیم) اور بار یطون کے نیچے نشانات (petechiæ) یا زیادہ بڑے نزفات ہوتے ہیں۔ قلب نرم اور ڈھیلا ہوتا ہے۔

خوردبین کے نیچے جگر کی رختگی ساخت میں نسبتہً چھوٹی صفرائی قناتوں کے گرد کثیرالاشکال نواتی خلیے نظر آتے ہیں۔ گردوں میں نزفات کے علاوہ، انیبیبی سرحلمہ کا ورم اور ذراتی انحطاط پایا جاتا ہے۔

علامات۔ آغاز مرض اکثر یکایک ہو کر تپش ۱۰۳° تا ۱۰۴° یا ۱۰۵° تک بلند ہو جاتی ہے، اور مریض کے سر، آنکھوں، حوالی اور مراق (hypochondrium) میں درد ہوتے ہیں۔ جلد ہی وہ بہت بیمار اور کمزور ہو جاتا ہے، اور اسے عدم اشتہا، متلی، یا قے، بےخوابی، بلکہ ہذیان کی شکایت ہوتی ہے۔ تپش سات، آٹھ، یا نو دن تک حموی رہتی ہے، اور پھر بتدریج تحلل (lysis) کے ذریعہ یا زیادہ سرعت کے ساتھ گر کر طبعی ہو جاتی ہے۔ چوتھے، پانچویں، یا چھٹے دن یرقان نمودار ہو جاتا ہے۔ یہ بعض اوقات خفیف ہوتا ہے، اور کبھی زیادہ شدید۔ ممکن ہے کہ جگر کلانی یافتہ اور الیم ہو۔ اور شاذ حالتوں میں طحال بھی اسی طرح سے ماؤف ہوتی ہے۔ نبض ابتداءً تیز، لیکن جب یرقان نمودار ہوتا ہے تو اضافیۃً سست ہو جاتی ہے۔ تنفسی نظام میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ بول میں عام طور پر البیومین اور سانچے (casts) ہوتے ہیں۔ عضویے (نزفی یرقانی شحیمہ مرغولہ: L. ictero hæmorrhagiæ) دسویں دن سے آگے تک بول میں مل سکتے ہیں۔ اجابتیں، جو ابتداءً اکثر پتلی ہوتی ہیں، بعد میں قلیل الوقوع اور پھیکے رنگ کی ہو جاتی ہیں۔ لمفی غدد اکثر کلانی یافتہ ہوتے ہیں، بالخصوص صدری خطے کے غدد، اور گردن اور بیخ ران کے غدد۔ ملتحمات اکثر گہرے مشرب ہوتے ہیں۔ یرقان سات دن سے لیکر نو دن تک جاری رہتا ہے اور دوسری علامتیں تپش کے گرنے پر صاف ہو جاتی ہیں۔ بہت سی حالتوں میں سترھویں یا بیسویں دن کے قریب تپ کا نکس ہوتا ہے۔ لیکن اکثر اس کے ساتھ یرقان دوبارہ نہیں نمودار ہوتا، اور یہ تپ اوّلی یا ابتدائی تپ کے نسبت

خفیف تر (ہلکی) ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اور متعدد خفیف پیچیدگیاں نظر آئیں، مثلاً احمرار (اریتھیما) سُرخی پاتی والے (آرٹیکیریا) نملہ (ہرپیس)۔ اہم ترین پیچیدگیاں نزفات ہیں، جو رعاف (epistaxis) کی شکل میں، یا جلد، ملتحمات، یا مخاطی جھلیوں پر نشانات (petechiæ) کی شکل میں، یا جابتوں میں خون، بول الدم (hæmaturia) یا نفث الدم (hæmoptysis) کی شکل میں ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ جب سوی (محرقہ اور محرقہ نما) امراض کے ساتھ یرقان موجود ہو تو یہ مرض اُن کے ساتھ خلط ملط ہو سکتا ہے۔ محرقی اقسام کے التزاقی امتحانات (agglutination tests) اُن کو متفرق کرنے کے لئے کارآمد ہونگے۔ مزید برآں محرقی قسموں میں یرقان پیچ موئی مرض کے یرقان کے بنسبت بہت بعد میں ہوتا ہے۔ چند حالتوں میں ممکن ہے کہ مرض کے پانچویں اور نویں دن کے درمیان خون کا امتحان کرنے پر طویل کاش کے بعد پیچ موید لجائے۔

مریض کے خون سے گینی پگوں میں تطعیم کی جاسکتی ہے۔ اگر اس سے سرایت واقع ہوجائے تو جانور میں تقریباً دس دن کے عرصہ میں یرقان اور کثیر التعداد نزفات (جلد اور مصلی جھلیوں کے نیچے، پس بار یطونی شحم عمیبیوں، گردوں اور سَرگردوں میں اور بعض اوقات عضلات میں) نمودار ہو جاتے ہیں۔ لیوا ڈیٹی کے طریقہ (Levadditi's method) سے رنگے ہوئے جگر میں پیچ موہیے نظر آتے ہیں۔ گینی پگ کی تطعیم پانچویں یا چھٹے دن سے پہلے کرنی چاہئے۔

شرح ہلاکت کم ہوتی ہے، اور علاج تا حال محض استنظاری (expectant) ہے۔

تپِ زرد

(YELLOW FEVER)

تپِ زرد ایک حاد وبائی مرض ہے، جو بعض جغرافی حدود کے اندر واقع ہوتا ہے،

اور ان خصائص سے ممیّز ہوتا ہے :۔ قلیل المدّت تپ، جلد کی زرد رنگت، شدید معدی معوی اختلال اور البیومین بولیت یا انحسار البول (suppression of urine)۔

بحث اسباب :۔ یہ مرض ابتداً ۱۶۴۷ء میں ویسٹ انڈیز میں پایا گیا اور جزائر کے اس گروہ اور شمالی اور جنوبی امریکا اور افریقہ کے مغربی ساحل کے ساتھ مختص ہے۔ اس میں شک نہیں کہ کبھی کبھی یہ دنیا کے دیگر حصوں میں بھی منتقل ہوگیا ہے، مثلاً ۱۸۶۵ء میں یہ سوان سی (Swansea) میں منتقل ہوا جس کا نتیجہ یہ ہوا کہ وہاں ایک خفیف سی وبا ہوگئی۔ لیکن یہ مرض متذکرۂ بالا مقامات سے (جو شمال میں ۴۸ درجہ کے عرض بلد اور جنوب میں ۳۵ درجہ کے عرض بلد کے درمیان واقع ہیں) دور کبھی نہیں قائم رہا۔ یہ صرف گنجان شہروں میں اور خاص کر اُن شہروں میں ہوتا ہے جہاں بحری تجارت کا کاروبار جاری ہو۔ نیز یہ زیادہ تر نشیبی لیولوں میں محدود ہوتا ہے اور سمندر کے لیول سے ۲۰۰۰ فیٹ سے اوپر شاذ ہی پایا جاتا ہے۔

176

اسے ایک بلند تپش کی ضرورت ہوتی ہے جو ۷۰ یا ۷۲ درجہ فارن ہائٹ سے کم نہ ہو، لیکن معلوم ہوا ہے کہ یہ نسبتہً ادنیٰ تپشوں میں بھی ہوا ہے، جیسا ۱۵ درجہ پر۔ بیان کیا گیا ہے کہ ایسی سردی سے جو زمین پر انجماد پیدا کرنے کے لئے کافی ہو، بالکل موقوف ہو جاتا ہے اور گرما کے مہینوں میں (مئی سے لیکر اگست تک) نہایت مہلک ہوتا ہے۔

یہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے اور دونوں صنفوں کو متاثر کرتا ہے، لیکن بچوں کے نسبت بالغوں میں زیادہ کثیر الوقوع اور زیادہ شدید ہوتا ہے۔ حبشی یقیناً کلی طور پر منیع (مامون) نہیں ہوتے اور بعض اوقات شدت کے ساتھ مبتلا ہوجاتے ہیں۔ لیکن زیادہ اکثر ان میں یہ مرض نہایت خفیف شکل میں ہوتا ہے۔ سر۔ آر۔ بوائس (Sir R. Boyce) نے اس اضافی مناعت کو قومی اختلاف سے نہیں منسوب کیا، بلکہ اس طویل تماس سے جو دیسی باشندوں کو ایک مقامی مرض (endemic disease) کے ساتھ رہتا ہے۔ عموماً یہ ایک ہی شخص میں دوبارہ نہیں ہوتا۔

تپ زرد کا سرایت رساں عامل ایک انسان سے دوسرے انسان میں مچھر کی ایک نوع [tiger or brindled mosquito) = سیٹر مچھر یا چت کبرے مچھر]

(Ædes argenteus = تقرنی ایڈیز) کی وساطت سے (جسے پہلے دھاری دار فلسیہ stegomyia fasciata = کہتے تھے) منتقل ہوتا ہے اسی طرح جسطرح کہ ملیریا اور مرض النوم (sleeping sickness) کے عضویے منتقل ہوتے ہیں۔ یہ مچھر شہروں میں رہتا ہے' دلدلوں یا جھلوں (swamps) یعنے جھاڑوں میں نہیں ہوتا۔ یہ گھروں کے صحنوں میں صاف پانی کے برتنوں میں، حوضوں' پیپوں' اور ٹین کے ڈبوں میں جو ذخیرہ آب کے لئے کام میں لائے جاتے ہوں' پرانی بوتلوں، گوشت اور دودھ کے ڈبوں، گملوں وغیرہ میں' اور چھوٹی کشتیوں میں جمع شدہ پانی کے اندر انڈے بچے دیتا ہے۔

سنہ ۱۹۱۸ء میں نوگوچی (Noguchi) (26) نے تپ زرد کے مریضوں کے خون سے ایک منقطار گزار عضویہ[1] علیحدہ کیا' جو ایک پیچ مویہ (اسپائروکیٹ) ہے جسے یرقانی نحیف مرغولہ (Leptospira icteroides) کہتے ہیں' جو شکلیاتی لحاظ سے اُس نحیف مرغولہ سے ناقابل تمیز ہوتا ہے جو نزف یرقانی پیچ موئی مرض (spirochætosis ictero-hæmorrhagica) میں پایا جاتا ہے۔ یہ ایک ایسا انکشاف ہے جو اِن دونوں امراض کے نہایت مماثل علامات کے لحاظ سے حیرت انگیز نہیں۔ تپ زرد کے مریض سے خون لیکر اُس کا انتراب ایک گینی پگ میں کرنے سے اُس جانور میں نزفی علامات پیدا ہو جاتے ہیں اور وہ مرجاتا ہے' اور اُس کے خون' جگر اور گردوں سے پیچ مویہ پھر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ مناعتی تعاملات سے ظاہر ہوگیا ہے کہ یرقانی نحیف مرغولہ (لیپٹو اسپائرا اکٹیروائڈیس) اور نزف یرقانی نحیف مرغولہ (لیپٹو اسپائرا اکٹیرو ہیمراجی) مماثل عضویے نہیں ہیں۔ شکلیاتی لحاظ سے ایک دوسرا ناقابل تمیز عضویہ' نحیف مرغولہ تپ ہفت روزہ (Leptospira hebdomadis) ہے جو جاپان کی ایک خفیف ہفت روزہ تپ کا سبب ہے جس میں یرقان کا رجحان نہیں ہوتا۔

تشریحی تغیرات۔ حسب ذیل تغیرات بیان کئے جاتے ہیں:۔ قلت الدم اور جگر کا شحمی انحطاط۔ معدہ کی حاد نازلت' مع کدم (اکیموسس)[2] یا نزفی تآکلات (hæmorrhagic erosions) کے پھیپھڑوں کی ساخت میں اور بلیورا کے نیچے نزفات۔ قلب کی مخاطی جھلی کا پھیکا زرد یا بھورا رنگ' یا حاد شحمی انحطاط یا کدمات۔ گردوں کا

[1] filter passing organism　　[2] ecchymosis

حاد خبیثی (parenchymatous) اور حستمی (acute glomerular) التہاب،
جسکے ساتھ منھی اسہال اور بعض اوقات خونی خراجات (miliary abscesses)
ہوتے ہیں، جس سے شدید درجہ کا احتباس بول پیدا ہوجاتا ہے۔ طحال ملیریائی مرض کی طحال
سے حیرتناک طور پر مختلف ہوتی ہے کیونکہ وہ عموماً بالکل غیر متاثر رہتی ہے۔ ہیموگلوبین کی
مقدار کم ہوجاتی ہے اور چند طبعی نامضات (normoblasts) موجود ہوتے ہیں۔ سپید
خلیے اکثر کم ہوجاتے ہیں، اور اگرچہ کوئی زیادتی ہوتی ہے تو اس کا تعلق کثیر الاشکال نواتی
خلیوں سے ہوتا ہے نہ کہ یک نواتی خلیوں سے۔ جگر اور گردے کے شحمی تغیرات نزف یرقانی
پیچ مولی مرض (spirochætosis ictero-hæmorrhagica) کے بنسبت اس مرض
میں بہت زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔

علامات و مرض۔ زمانۂ حضانت تقریباً پانچ دن ہوتا ہے۔ یعنے اگر کسی
شخص کو مرایت زدہ مچھر کاٹے تو اس کے کاٹنے کے تقریباً پانچ دن بعد علامات
ظاہر ہوتے ہیں۔

بعض اوقات ایکایک، اور بعض اوقات اضمحلال بدن اور درد سر یا کسلمندی کے ایک
مختصر زمانہ کے بعد کم یا زیادہ شدت کا جاڑا یا تشعریرہ ہوتا ہے۔ اس کے بعد عموماً تقابل
ہوتا ہے، تپش دو یا تین دن میں ۵۔ اور جھٹکا یا اس سے بھی زیادہ بلند ہوجاتی ہے۔ عموماً
جبھی درد سر اور شدید قطنی درد (درد کمر) یا مفاصل میں درد ہوتے ہیں۔ نبض ۱۰۰ یا
۱۲۰ تک مختلف ہوتی ہے، اور تپش کے تناسب سے جتنی اتنی تیز نہیں ہوتی جتنی کہ بعض
دوسری تپوں میں۔ زبان عموماً ایک موٹے بالائی غافرہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، اور اس کی
کوریں اور نوک شوخ سرخ رنگ کی رہجاتی ہیں۔ پرشرسیف (کوڑی کے مقام) پر الیت
اور درد ہوتا ہے جسکے ساتھ متلی یا قے ہوتی ہے۔ تقریباً تیسرے دن ملتحمات
(conjunctivæ) زرد ہوجاتے ہیں، اور یرقان سارے جسم میں پھیل جاتا
ہے۔ پیشاب مقدار میں کم ہوتا ہے، اور اس میں ہمیشہ البیومین موجود ہوتا ہے، جو
ابتدا ہی میں یعنے علالت کے دوسرے روز ہی مل سکتا ہے۔ صفراوی
(bile pigment) جسمے روز بعد ظاہر ہوتا ہے۔

تیسرے یا چوتھے دن تپش میں اکثر فترہ (remmission) ہوتا ہے اور

urea retention

عام درد رفع ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یرقانیت کی ابتدا ہو اور زردی جھلک بتدریج صاف ہو جائے، پیشاب سے البیومین بھی غائب ہو جائے، اور مریض دو یا تین ہفتوں میں شفایاب ہو جائے۔

لیکن بہت سی حالتوں میں زیادہ خطرناک علامتیں جاری رہتی ہیں۔ تپش ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے۔ لیکن نبض سست رہتی ہے، بلکہ دوسری علامتوں کی شدت کے تناسب سے زیادہ سست ہو جاتی ہے (علامت فاجیٹ :Faget's sign)۔ یرقان زیادہ گہرا ہو جاتا ہے اور جلد کے نیچے نمشات (petechiæ) نمودار ہو جاتے ہیں۔ پیشاب کی مقدار اب بھی کم ہوتی ہے، لیکن البیومین زیادہ اور یوریا کم ہو جاتا ہے، اور سیالک موجود ہوتے ہیں۔ اور بالآخر ممکن ہے کہ کامل انقطاع بول (احتباس البول) واقع ہو جائے۔ قے زیادہ بار بار ہونے لگتی ہے۔ ابتداءً صرف معدی مائیہ کم وبیش صفرا کے ساتھ ملے ہوئے خارج ہوتے ہیں، لیکن بعد میں ان میں خون کی موجودگی کی وجہ سے تمام تہاد سیاہ قے (black vomit) ہوتی ہے، جو اکثر ایسی شکل میں ہوتی ہے جسے اکثر دُردِ قہوہ (coffee grounds) سے تشبیہ دی جاتی ہے۔ بعض اوقات اس سے پہلے ایک صاف، پھیچا، دُرسن نما، دودھیا (opalescent) سیّال خارج ہوتا ہے، جسے سپید قے (white vomit) کہتے ہیں۔ جب معدے سے خون خارج ہوتا ہے تو وہ اکثر اجابتوں میں بھی نکلتا ہے۔ ناک، منہ یا مسوڑھوں سے بھی نزف ہو سکتا ہے۔ اور اس وقت تک زبان کا قرہ غائب ہو چکا ہوتا ہے اور وہ سیاہ بھوری، کچی اور خون کی پپڑیوں یا وسخ (sordes) سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ ہذیان نمایاں ہو جاتا ہے، یا ممکن ہے کہ مریض پر کوئی مہلک ہبوط (collapse) طاری ہو جائے۔

ہلاکت مختلف وباؤں میں ۵ سے لیکر ۵۰ فیصدی تک مختلف ہوتی ہے۔ موت بعض اوقات پہلے ہی دورہ میں آغاز مرض سے چند گھنٹوں کے اندر، زیادہ اکثر تپ کے فترہ (remission) کے بعد، یا تو ہبوط سے واقع ہو جاتی ہے (جو کثرت نزف کی وجہ سے ہوتا ہے) یا کوما کی وجہ سے ہوتی ہے (جو عموماً احتباس البول اور یوریمیا یعنی بول دمویت سے منسوب کیا جاتا ہے)۔ بعض اوقات موت کے بعد فی الفور تپش ۱۰۸ یا ۱۱۰ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے۔

لے ropy

تشخیص - اُن مقامات میں جہاں یہ مرض پھیلا ہوا ہوتا ہے تشخیص کے متعلق عموماً کم دقت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ابتدائی حاد علامات کسی ایسے مرض، جیسے کہ چیچک یا ذات الریہ دنوبیہ کے آغاز سے کسی قدر مشابہت پیش کریں بعد میں ایسے خاصکر ملیریائی تپوں سے شناخت کرنا پڑتا ہے۔ یہ آخرالذکر مقامی امراض ہیں، اور اس طرح انتقال پذیر نہیں ہوتے کہ نئے مقامات میں تندرست اشخاص کو متاثر کردیں: ان میں (تپ کے بعد) ایسے وقفے (intermissions) پائے جاتے ہیں جن میں حقیقی صحت کی حالت عود کر آتی ہے، یا کم از کم ایسے فترات (remissions) تو ہوتے ہیں جو اشتدادات کے درمیان باقاعدگی کے ساتھ مکرر ہوتے رہتے ہیں۔ طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے اور وہ شخص اپنی بیماری کی وجہ سے آئندہ حملوں سے محفوظ نہیں ہوجاتا۔

تپ راجعہ (relapsing fever) کے ساتھ ممکن ہے کہ یرقان بھی ہو۔ لیکن اس کی ابتدائی تپ نسبتہً زیادہ طویل ہوتی ہے اور درمیانی وقفہ میں مریض کی حالت میں بہت بڑی اصلاح پائی جاتی ہے۔ طحال کلانی یافتہ ہوتی ہے۔ جگر کا حاد زرد ذبول (acute yellow atrophy) زیادہ تدریجی طور پر شروع ہوتا ہے، اور اس میں اکثر بظاہر سادہ یرقان ہوتا ہے۔ تپ زرد اپنے علامات کے ارتقاء میں زیادہ سریع ہوتی ہے اور ترقی یرقانی نزفی مرض (اسپائروکیٹوسس اکٹیرو ہیمرا جکا) کے مقابلے میں زیادہ بلند شرح اموات رکھتی ہے۔ لیکن آخرالذکر کی ایک شدید حالت جس میں سیاہ قے، پائیتانی التہاب گردہ، اور بطء النبض (bradycardia) موجود ہوتے ہیں، تپ زرد سے ناقابلِ تمیز ہوتی ہے۔ اسی طرح خفیف قسم کی تپ زرد بھی نزفی یرقانی پیچ موئی مرض (اسپائروکیٹوسس اکٹیرو ہیمرا جکا) سے مشابہ ہوگی۔

ابتدا مرض ہی میں مریضوں کے خون کی تلقیح گینی پگوں میں کردینی چاہئے۔

انذار - ناموافق امارات حسب ذیل ہیں:- نہایت بلند تپش، وافر البیومین بولیت، اُسر البول، سیاہ قے، یا نمایاں عصبی علامات۔

تحریہ - یہ انہیں طریقوں سے عمل میں لانی چاہئے جو ملیریا میں مستعمل ہیں،

یعنی افراد کو مچھروں کے کاٹنے سے محفوظ رکھا جائے اور ان حشرات (مچھروں) کا قلع قمع کیا جائے۔ آخر الذکر مقصد کے لئے پہلا طریقہ جو استعمال کیا گیا، یہ تھا کہ سُروات (larvæ) کو تلف کرنے کے لئے پانی کے گڑھوں میں پٹرولیم (مٹی کا تیل) ڈالا جاتا تھا، لیکن اب ایک قسم کی چھوٹی مچھلیاں استعمال کی جاتی ہیں، اور اس سے مساوی کامیابی حاصل ہوتی ہے اور صرفہ نسبتہً کم ہوتا ہے۔ ہوانا، تیوآرلینس، پناما، ریو اور بعض دیگر سرایت زدہ مقامات میں ان تدابیر سے پوری کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ وقوعِ مرض کی اطلاع دہی (notification) بلاشبہ ضروری ہے، اور ان لوگوں کو جو منیع (immune) نہوں وقوعِ سرایت کے بعد پانچ دن کے لئے قرنطینہ میں رکھنے کی سفارش کی گئی ہے، اور یہ اسی کا نتیجہ ہے کہ اب شمالی امریکہ میں تپ زرد عملی طور پر ناپید ہے۔

178

عضویہ کی مُردہ کاشتوں کے ذریعہ تحفظی جُدرین رسانی (preventive vaccination) بھی نہایت کامیاب ثابت ہوئی ہے۔

تپ زرد کا مریض بھی اپنی علالت کے پہلے تین دنوں میں مچھروں کو سرایت پہنچا سکتا ہے، اور اس طرح سرایت زدہ مچھر تقریباً دس دن گذر جانے کے بعد اس مرض کو تندرست اشخاص میں منتقل کر سکتا ہے۔ یہ قوتِ انتقالِ مرض مچھر میں بہت ہفتوں تک موجود رہتی ہے۔

علاج۔ درجۂ حاد میں علاجِ مرض میں تین اہم نکتے یہ ہیں کہ مریض کو حرکت نہ دی جائے، اُسے بافراط پانی دیا جائے، اور کوئی غذا نہ دی جائے۔ گھوڑے کی تطعیم سے تیار کئے ہوئے اینٹی اکٹیرائڈیس سیرم (anti-icteroides serum) (دافع یرقان مصل) سے، جبکہ یہ چوتھے دن سے پہلے دیا جائے، شرحِ اموات ۵۲ فیصدی سے گھٹ کر ۱۲ فیصدی ہو گئی ہے۔ اِس سے موضوعی اور معروضی سریریاتی علامات میں سریع تخفیف ہو جاتی ہے۔

ڈینگہ

(DENGUE)

(ہڈی توڑ بخار)

ڈینگہ یا ڈانڈی تپ (dandy fever) ایک مرض ہے جو صرف مدارین میں یا مدارین کے قرب وجوار میں واقع ہوتا ہے۔ اس کی ابتدا چند روزہ تپ سے ہوتی ہے، جس کے ساتھ مفاصل اور جوارح میں درد ہوتے ہیں۔ پھر ایک مختصر وقفہ کے بعد جس میں تپ نہیں ہوتی، نکس (relapse) واقع ہوتا ہے یعنے دوبارہ تپ ہوتی ہے اور اکثر ایک جلدی طفح (cutaneous rash) نمودار ہو جاتا ہے۔

اس مرض کی وبائیں ہندوستان، برما، ایران، مصر اور افریقہ کے دوسرے حصوں میں، اور شمالی اور جنوبی امریکہ، اور ویسٹ انڈیا جزائر میں مشاہدہ میں آئی ہیں۔ یہ مرض عموماً ایک مچھر، نقری ایڈیز (Ædes argenteus) کے کاٹنے سے منتقل ہوتا ہے، جسے پہلے دھاری دار قلیسہ (stegomyia fasciata) کہتے تھے، اور اس مرض کا پھیلاؤ اس مچھر کے پھیلاؤ سے تقریباً مماثل ہوتا ہے۔ تجربتہً یہ مرض ایک سرایت زدہ شخص کے خون کی دروں وریدی تطعیم سے بھی پیدا کیا گیا ہے۔ اب تک اس مرض کا کوئی عضو یہ شناخت نہیں ہوا ہے، لیکن اس امر کی تجربی شہادت موجود ہے کہ یہ ایک منقطار گزار قشیب (filter-passing virus) سے پیدا ہو جاتا ہے۔

علامات ۔ زمانۂ حضانت تین دن سے لیکر چھ دن تک ہے۔ مریض پر یکایک درد کا حملہ ہوتا ہے، جو عموماً ٹانگوں یا قطنی خطّے (کمر) میں ہوتا ہے، اور ساتھ ہی درد سر اور تپ ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی مفاصل ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن زیادہ عام طور پر محلِ درد عضلات میں ہوتا ہے۔ عام طور پر مفاصل میں سُرخی یا ورم نہیں ہوتا،

اور درد ریثیتی (روماٹزمی) تپ کی طرح ایک حصے سے دوسرے حصے میں منتقل ہوجاتے ہیں۔ درد سر کے ساتھ کرات چشم میں بھی درد ہوتا ہے۔ تپش ۱۰۲، ۱۰۳ یا بلکہ ۱۰۵ درجہ تک بلند ہوجاتی ہے اور نبض عموماً ۱۰۰ سے قدرے اوپر ہوتی ہے۔ بہت سی حالتوں میں اس ابتدائی تپ کے ساتھ ایک طفح بھی موجود ہوتا ہے، اور چہرے میں سرخی پیدا ہوجاتی ہے یا ایک عام سرخی (سارے بدن پر) پھیل جاتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ حلق میں بھی خراش ہو۔ لیکن طفح چوبیس گھنٹے میں غائب ہوجاتا ہے اور تقریباً اس کے ساتھ ساتھ تپ کا خاتمہ بھی ہوجاتا ہے، کبھی کبھی یکایک اور بحرانی علامات (مثلاً تعریق یعنے پسینہ آنے) کیساتھ۔ اب درد کم ہوجاتے ہیں، اور مریض مقابلتہً آرام محسوس کرتا ہے، لیکن وہ دو تین یا چار دن تک کمزور رہتا ہے۔ اسکے بعد اسے پھر حرارت ہوجاتی ہے اور ایک طفح نمودار ہوتا ہے، جو یا تو قرمزیہ (اسکارلیٹینا) کی طرح منتشر ہوتا ہے، یا خسرہ (میزلس) کی طرح قطعہ دار (maculated) ہوتا ہے۔ یہ طفح ہتھیلیوں پر اور ہاتھوں کی پشت پر شروع ہوکر سارے جسم میں پھیل جاتا ہے اور چند گھنٹوں سے لیکر دو یا تین دن تک قائم رہتا ہے، جسکے بعد تقشر (desquamation) (یعنے چھلکے اُترنا) شروع ہوتا ہے۔ اس دوسری تپ میں مفاصل کے درد پھر نمودار ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ تپ رفع ہوجانے کے بعد بھی جاری رہیں یا ان کا نکس واقع ہوجائے۔ مرض کی ساری مدت تقریباً آٹھ دن ہے۔ بعض حالتوں میں تپ رفع ہونے کے بعد مفاصل مہینوں دردناک یا متورم رہتے ہیں۔ حملے کے دوران میں خون کے سپید خلیوں کی کمی (leucopenia) ایک مستقل خاصہ ہے۔ یہ مرض عملاً کبھی ہلاک نہیں ہوتا، شاید بجز شیرخواروں اور معمر اشخاص کی حالتوں کے۔ خفیف قسموں میں ممکن ہے کہ صرف کسلمندی، خراش حلق، اور دوسرا یا منتہائی ثوران (torminal eruption) ظاہر ہو۔

علاج۔ امعاکی حالت پر توجہ کے بعد عام حالت کے لئے نمکیات (salines) اور معرقات (diaphoretics) کی سفارش کی گئی ہے۔ درد مفاصل کیلئے ڈوورس پاوڈر (Dover's powder) دیسکتے ہیں یا اینٹی پائرین (antipyrin) ایسپرین (aspirin)، یا فیناسیٹین (phenacetin) کی تھوڑی مقادیر، حرارت بلد

میں ٹنچر و اسفنج کے استعمال ہے اور دوسرے طریق کی خراش میں کیمفوریٹڈ آئل (camphorated oil) کے استعمال سے تخفیف و تسکین حاصل ہو سکتی ہے۔ دوران نقاہت میں آئرن (لولم) دینا چاہئے۔

179

ہَیضہ

(CHOLERA)

ایشیائی ہیضہ (Asiatic Cholera)

ہیضہ ایک حادثوی مرض کو کہتے ہیں جسکے خاص خاص خصائص حسب ذیل ہیں:۔ امعاء سے آبی افراغات (watery evacuations) (پتلے دستوں) کا وافر اخراج، تقی، ہبوط (collapse)، پنڈلیوں کی اینٹھن (cramps)، اور احتباس البول (suppression of urine)۔ یہ مرض ہندوستان میں ہمیشہ موجود رہتا ہے، جہاں آج کل بھی کئی ہزار آدمی اس کی وجہ سے لقمۂ اجل ہوتے ہیں۔ گذشتہ سو سالوں میں یہ وقتاً فوقتاً یورپ میں پھیل گیا لیکن وہاں اسے کبھی مستقل گرفت حاصل نہیں ہوئی۔ انگلستان کو ۱۸۳۲ء، ۱۸۴۹ء اور ۱۸۵۴ء میں اس کی شدید وباؤں سے، اور ۱۸۶۶ء میں ایک نسبتہً خفیف اور محدود حملہ سے دوچار ہونا پڑا۔

بحث اسباب۔ ۱۸۸۳ء میں کاخ (Koch) نے ہیضہ کا کاما نما عصیّہ (comma bacillus) یا مرغولیچہ (spirillum) یا ضمّۃ (virbrio) بیان کیا۔ یہ چاول کی پیچ جیسے افراغات (اجابتوں) میں، موت کے بعد آنت کے ما فیہ میں، اور آنت کی مخاطی جھلی میں سرطح کے عین نیچے پایا جاتا ہے۔ لیکن یہ خون میں نہیں پایا گیا۔ یہ ٹیوبر کل بیسیلس (عصیّۂ درنیہ) سے قدرے چھوٹا، کسی قدر خمیدہ، ابھروں کے نسبت درمیان میں کچھ زیادہ موٹا، اور ایک یا دونوں سروں پر سوطی (flagellated) ہوتا ہے۔ یہ عضویے اندرونِ امعاء میں، نیز غدد، مرطلی خلیوں اور خود غشائے مخاطی میں پیدا ہوتے اور بڑھتے ہیں۔

یقین کیا جاتا ہے کہ یہ ایک دروں سمّ (endotoxin) پیدا کر دیتے ہیں۔ جب یہ سمّ رہا ہوتا ہے تو علامات پیدا کر دیتا ہے۔

اگرچہ ہیضہ کا رُعیشہ (vibrio) ہیضہ کی ہر حقیقی حالت میں ہمیشہ موجود مل سکتا ہے لیکن اس سے یہ لازم نہیں آتا کہ یہ مرض ہر اس شخص میں جو اس رعیشہ سے سرایت زدہ ہوا ہے، نمایاں ہو۔ ایسی کثیر التعداد حالتیں مرقوم اور مندرج ہیں جن میں بظاہر تندرست اشخاص میں جنہیں ہیضہ کی کوئی علامت کبھی لاحق نہیں ہوئی، اجابتوں میں کثیر التعداد رُعیشے نکلتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ نموئے مرض کے لئے کسی مستزاد عامل کی ضرورت ہوتی ہے جیسے کہ ناکافی غذا، یا زیادہ خاص طور پر مجری غذا کے افعال میں کوئی بے ترتیبی جو سوء ی التہاب پیدا کر دے۔ ہیضہ دراصل ایک محمولۂ آب مرض (water-borne disease) ہے۔ یہ ثابت ہو گیا ہے کہ ہیضہ کا رعیشہ پانی میں نہ صرف زندہ رہتا ہے، بلکہ تعداد میں بڑھ جاتا بھی ہے اور ممکن ہے کہ برابر کے اندر وہ کئی مہینوں تک باقی رہے۔ ہیضہ کے مریضوں کی اجابتیں نہایت سرایت رساں ہوتی ہیں، اور ان سے بستروں، کپڑوں وغیرہ میں یا تیمارداروں کے ہاتھوں میں آلودگی پیدا ہو سکتی ہے۔ ناقص صفائی سے آبی رسد میں آلودگی ہو سکتی ہے۔ اس کی مثال لندن کی ۱۸۵۴ء اور ۱۸۶۶ء کی شدید وباؤں سے خوب ملتی ہے، اور ہندوستان میں اس مرض کا پھیلاؤ اکثر کم و بیش دریاؤں کے بہاؤ کے رُخ میں ہوتا ہے۔ یہ بھی معلوم ہوا ہے کہ مکھیاں مرعیشوں کو غذائی اشیاء میں منتقل کر سکتی ہیں، اور حاملین ہیضہ (cholera-carriers) کے باعث وباؤں کا پھوٹ پڑنا اَب بالکل مسلّم ہے۔

پہاڑی ملکوں کی نسبت نشیبی رقبوں میں ہیضہ زیادہ پھیلتا ہے، لیکن اس کی وبائیں ہر ایسے ضلع میں واقع ہو سکتی ہیں جہاں صفائی کی خرابی سے آب نوشیدنی کی آلودگی ہو سکتی ہو۔ ہیضہ نے ہندوستان کے بہت سے حصوں میں ایک مخصوص مقامی مرض (endemic) کی حیثیت اختیار کر لی ہے جہاں وہ اکثر ہوا کرتا ہے، لیکن معلوم ہوتا ہے کہ اس کی وبا پھیلنے کے لئے نہایت موزوں زمانہ گرما اور خزاں کے مہینے ہیں۔

مرضی تشریح ۔ ہیضہ کے مُردوں میں تحلیل (decomposition)

آہستگی کے ساتھ ہوتی ہے، اور کرختگیٔ موت (rigor mortis) طویل عرصہ تک باقی رہتی ہے۔ قلب کا دایاں پہلو اکثر خون سے پھیلا ہوا اور پُر ہوتا ہے۔ پھیپھڑے محتقن (engorged) ہوتے ہیں، اور قصبتہ الریہ اور بڑے شعبات کی مخاطی جھلی ممتلی (congested) ہوتی ہے۔ دقیق شعبات میں اکثر دبیز مخاط موجود ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ آخری درجوں میں مرنے والے مریضوں میں نزفی منعقمات (hæmorrhagic infarcts) موجود ہوں۔ آنتوں کے اندر ابتدائی درجوں میں چاولوں کی پیچ جیسا سیّال اور مابعد درجوں میں سبزی مائل رنگ کا مائع موجود ہوتا ہے۔ غشائے مخاطی ممتلی اور اکثر کوٹی ہوئی (sodden) اور گودے جیسی ہوتی ہے، پے یر کی چکتیاں اور منفرد جرابیں (solitary follicles) متورّم اور ابھری ہوئی ہوتی ہیں۔ لفائفی کا زیریں سِرا ہی وہ حصہ ہے جو سب سے زیادہ ماؤف ہوتا ہے۔ طحال چھوٹی ہوتی ہے۔ گردے بڑے ہوتے ہیں، اور اُن میں سرطلہ کا تکاثر (proliferation) اور سحابی ورم (cloudy swelling) ظاہر ہوتا ہے۔ ازاں بعد گردوں کے انبیبات (tubules) کے اندر سحابیک (casts) بن جاتے ہیں، یہ اعضاء رنگ میں زیادہ پھیکے ہوجاتے ہیں اور ان میں شحمی انحطاط واقع ہوتا ہے۔

علامات۔ زمانۂ حضانت چند گھنٹوں سے لیکر ایک ہفتہ تک کا، نہایت عام طور پر تقریباً دو یا تین دن ہوتا ہے۔ حملہ کا آغاز عموماً یکایک ہوتا ہے، لیکن اکثر مریض چند روز پہلے سے اسہال میں مبتلا ہوتا ہے، 180 اُس کی صحت خراب ہوتی ہے۔ مرض کے آغاز کے ساتھ یہ اسہال شدید ہوکر عموماً چند گھنٹوں کے اندر اجابتوں کی برازی نوعیت غائب ہوجاتی ہے اور وہ بالکل چاولوں کی پیچ کی شکل کی ہوجاتی ہیں۔ چند منٹ میں یا دو گیلن (ایک کوارٹ)، اور دو یا تین گھنٹوں میں اس سے دونی یا چوگنی مقدار خارج ہوسکتی ہے۔ یہ سیّال تعدیلی یا قدرے قلوی ہوتا ہے، اس کی کثافت اضافی ۱.۰۰۶ تا ۱.۰۱۳ ہوتی ہے، اور اس میں سوڈیئم کلورائڈ، البیومین اور مخاطین (mucin) موجود ہوتے ہیں۔ ٹھہرا ہوا رہنے پر اس کے نیچے ایک دقیق ذراتی سپیدی مائل رسادی ثفل (sediment) تہ نشین ہوجاتا ہے، جو سرخ خلیٔ خون کے سپید خلیوں، ساخت کے چھچھڑوں، امونیئم میگنیشیئم فاسفیٹ کی قلموں، جراثیم، ریشوں،

آنتوں کے دوروں، اور جسیمات دمویہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ اسہال کے ساتھ قراقر (borborygmi) اور تقرقر (gurgling) ہوتا ہے لیکن درد یا مروڑ کم ہوتی ہے۔ ایک یا زائد گھنٹوں کے اسہال کے بعد قے شروع ہو جاتی ہے۔ پہلے غذا نکل جاتی ہے۔ پھر پانی یا آبِ پنیر (whey) جیسے سیال کی بڑی مقدار میں معوی اخراجات کی طرح، متقابلةً آسانی کے ساتھ قے سے اس طرح نکلتی ہیں کہ گویا اُن کی بازرَوی (regurgitation) ہوئی ہو۔ مریض عدم اشتہا اور تشنگی میں مبتلا ہوتا ہے، زبان سپید ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ خشک ہو جائے، اور اگر شراسیف یعنے کوڑی کے مقام کو دبایا جائے تو وہ حساس ہوتا ہے۔ تقریباً اسی کے ساتھ بیشتر حالتوں میں، پنڈلیوں، پاؤں، اور نسبتہً کم بار ہاتھوں اور دھڑ میں شدید اور بے انتہا درد کے ساتھ اینٹھن ہوتی ہے۔ مریض جلد ہی کمزور ہو جاتا ہے اور اس پر ہبوط (collapse) طاری ہو جاتا ہے۔ اس کو بارد حالت (algid state) کہتے ہیں۔ بدن کی سطح سرد اور نیلگوں، ہاتھ، پاؤں، چہرہ، اور ناک سُتے ہوئے ہو کر نیلے پڑ جاتے ہیں، آنکھیں اندر بیٹھ جاتی ہیں اور سانس سرد ہو جاتی ہے۔ بغل کی تپش درجۂ طبعی سے ۴ یا ۵ درجہ نیچے گر جاتی ہے، اور منہ میں اس سے بھی کم ہو سکتی ہے۔ اس کے برعکس معاء مستقیم اور بہبل کی تپش بڑھی ہوئی ہوتی ہے، بلکہ بعض اوقات ۱۰۵ درجہ یا زائد تک پہنچ جاتی ہے۔ شدید اور مہلک حالتوں میں آنکھیں خشک اور قرنیہ ابر آلود (دھندلا) ہو جاتا ہے۔ نبض صغیر، خیطی، تقریباً نامحسوس، اور تعداد میں ۹۰ تا ۱۰۰ ہوتی ہے۔ تنفس قصیر اور تیز، اور ایک منٹ میں پینتیس سے چالیس تک ہوتے ہیں۔ شدید عضلی انبطاح (muscular prostration) موجود ہوتا ہے، لیکن مریض بے چین ہوتا ہے اور ہاتھ پاؤں اِدھر اُدھر پھینکتا رہتا ہے۔ آواز بیٹھ جاتی یا ڈوب کر سرگوشی کی طرح ہو جاتی ہے (vox cholerica = صوتِ ہیضہ)، یا بولنے کی کوشش میں صرف لب ہلتے ہیں۔ دورانِ ہبوط میں اسہال اکثر موقوف ہو جاتا ہے لیکن قے جاری رہتی ہے۔ پیشاب کی مقدار قلیل ہو جاتی ہے اور اکثر کلی احتباس البول (suppression) ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ بالکل ابتدا ہی سے شروع ہو جائے اور چھتیس ۳۶ یا اڑتالیس گھنٹوں تک جاری رہے۔ غالباً یہ صرف فشل پذیر دورانِ خون کا نتیجہ ہے۔ فشارِ دموی (خون کا دباؤ) پچاس یا ساٹھ سیمابی ملی میٹر تک گرا ہوا پایا جاتا ہے۔ خون خود بہت مرتکز

ـلـه pinched

(concentrated) ہوتا ہے، اُس کی کثافتِ اضافی ۱۰۲۰ تا ۱۰۴۲ ہوتی ہے، سرخ جسیمات فی مکعب ملی میٹر ۸۰۰۰۰۰۰ ہو جاتے ہیں، اور ہیموگلوبین اور سپید خلیئے، بالخصوص بڑے یک نواتی خلیئے (large mononuclears) تناظراً زیادہ ہو جاتے ہیں۔ مریض کے ہوش و حواس عموماً کامل طور پر قائم رہتے ہیں، اگرچہ وہ بےحس اور بےپرواپڑا رہتا ہے، بجز اُس وقت کے جبکہ تشنج کا درد اُسے بیدار کر دے۔ یہ درجہ ابتدائی علامات کے چھ یا سات گھنٹے کے بعد شروع ہو کر بارہ یا چوبیس گھنٹے جاری رہتا ہے، جس کے بعد ممکن ہے کہ مریض سنبھلنے نہ پائے اور مر جائے۔

ہبوط کے بعد جو مریض زندہ بچ جاتے ہیں اُن میں جلد اور دہن کی تپشوں کا ارتفاع ہو کر، بعض اوقات تپش ۱۰۱ یا ۱۰۲ درجہ تک پہنچ جاتی ہے۔ جلد کا قدرتی رنگ پھر واپس آجاتا ہے اور اُس کی رسمی ہوئی شکل غائب ہو جاتی ہے۔ تشنج اور ہچکی موقوف ہو جاتی ہے۔ نبض بہتر ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اُس کی رفتار تندرستی کی حالت کی رفتار کے نسبت زیادہ آہستہ ہو جائے۔ افراز بول پھر ہوتا ہے، مگر اکثر اس میں البیومین اور سانچے[1] موجود ہوتے ہیں۔ چہرہ متمتلی ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی اُس پر زنجبیلی سرخی کی چکتیاں پڑ جاتی ہیں، اور ملتحمات (conjunctivæ) مُشرب ہوتے ہیں۔ اِسے درجۂ تعامل (stage of reaction) کہتے ہیں، اور تپش کم ہونے کے ساتھ یہ درجہ اکثر شفایابی تک جاری رہتا ہے۔

اقسام

ہیضہ کے اِس معمولی عمر میں بہت سے اختلافات ہو سکتے ہیں۔ زیادہ خفیف قسمیں واقع ہوتی ہیں، جس میں مرض پہلے اسہال درجہ سے آگے نہیں بڑھتا۔ بعض اوقات اسہال کی وجہ سے مریض کے صاحبِ فراش ہونے کی نوبت بھی نہیں آتی، مگر پھر بھی اجابتوں کے اندر عضیّے پائے جاتے ہیں۔ ان حالتوں کو انتقالی (ambulatory) کہا جا سکتا ہے، اور انھیں سے حاملینِ ہیضہ (cholera-carriers) کی تعداد بنتی ہے۔ ایک زیادہ شدید قسم، ہیضی اسہال (choleraic diarrhœa) ہے، جو سردی میں منکشف ہونے یا غذا میں کسی غلطی کے بعد یکایک بکثرت لیکن بلا درد اسہال کے ساتھ شروع ہو جاتا ہے۔ اِس میں اجابتیں مقدار میں زیادہ، سیّال، زرد یا زردی مائل

[1] Casts

بھورے رنگ کی ہوتی ہیں۔ ان میں تہ نشین ہوکر ایلبیومن، میگنیشیم فاسفیٹ کی قلمیں اور صفرا کے اجزاء موجود ہوتے ہیں۔ دن بھر میں چھ تا آٹھ اجابتیں ہوتی ہیں، اور ان کے ساتھ آنتوں میں قراقر، اور بعض اوقات پنڈلیوں میں اینٹھن بھی ہوتی ہے۔ یہ اسہال چند روز سے لیکر ایک یا دو ہفتے تک جاری رہتا ہے۔

181

ہیضیہ (cholerine) بھی، جو شدید حملوں سے اور بھی قریب تر قسم ہے، ناگہانی اور غیر متوقع طور پر واقع ہوتا ہے۔ اس میں اسہال کے ساتھ قے ہوتی ہے اور اجابتیں اکثر بے رنگ ہو جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ اینٹھن بھی ہو، اور کسی قدر بردالاطراف، قلیل المقدار بول، اور البیومن بولیت ہو۔ اس میں شفا یابی تاخیر کے ساتھ ہوتی ہے۔

بعض اوقات ممکن ہے کہ درجۂ ہبوط (stage of collapse) فی الفور طاری ہو کر مریض کوئی اسہال واقع ہونے سے پہلے ہی ڈھیر ہو جائے، اگر چہ مجری غذا میں کثرت سیال موجود ہوتا ہے (cholera sicca = ہیضہ یابس)۔ اور دوسری حالتوں میں جو حسب معمول اسہالی درجہ کے ساتھ شروع ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ ہبوط نہایت مختصر ہو، اور مریض دفعۃً تنفسی یا قلبی فشل (cardiac failure) سے ہلاک ہو جائے۔ یا پھر دوسری حالتوں میں بارد حالت (algide condition) طویل ہو کر چھتیس یا اڑتالیس گھنٹوں تک طاری رہتی ہے۔

بعض حالتوں میں ممکن ہے کہ مریض پر محرقی حالت (typhoid state) طاری ہو جائے اور ساتھ ہی جلدی طفحات بھی ہوں، جو ممکن ہے کہ احمراری (erythematous) بثوری (papular) یا نزفی (hæmorrhagic) ہوں۔ پیشاب بہت کم ہو جاتا ہے، یا کامل انحصار البول (anuria) ہو سکتا ہے۔ البیومن اور سبائک (casts) موجود ہوتے ہیں، اور مریض یوریمیا (بول دمویت) کے علامات کے ساتھ ہلاک ہو جاتا ہے۔

اگر درجۂ تعامل طے ہو کر شفا ہو جائے تو نقاہت (convalescence) عموماً آہستہ آہستہ ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ پیچیدگیوں کے باعث اور تاخیر کے ساتھ ہو۔

پیچیدگیاں۔ ممکن ہے کہ کبھی کبھی درجۂ ہبوط کے دوران میں شدید بیش تپ (hyperpyrexia) ہو جائے۔ پیچیدگیاں درجۂ تعامل کے دوران میں

واقع ہوتی ہیں اور ثانوی سرایتوں کے باعث ہوتی ہیں۔ عام ترین پیچیدگیاں ذات الریہ (نمونیہ) اور التہاب گردہ (nephritis) ہیں، اور نسبتہً کم عام پیچیدگیاں التہاب غدۂ نکفیہ (parotitis) گنگرین، اور تقرح قرنیہ (corneal ulceration) ہیں۔

تشخیص ۔ صحیح تشخیص بہت بڑی اہمیت رکھتی ہے، اور باستثنائے اُس وقت کے جبکہ مرض وبائی ہو نہایت دقت طلب امر ہے۔ سریریاتی نقطۂ نظر سے ہیضہ کے نہایت اہم امارات اسہال ہیں، جن میں چاول کی پیچ جیسی اجابتیں ہوں، جنکے بعد قے، جلدی اور مستقیمی تپش کے درمیان بڑا فرق، اور شدید ہبوط ہو۔ ہیضہ کی تفریق ذیل کے امراض سے کرنی پڑتی ہے:۔

۱۔ اسہال (diarrhœa)۔ اس میں ہبوط کے علامات نہیں موجود ہوتے، اینٹھن نہیں ہوتی، اور اجابتیں برازی رہتی ہیں، لیکن یہ یاد رکھنا چاہیے کہ قطع نظر جرثومیاتی انکشافات کے، ہیضہ کا خفیف حملہ معمولی اسہال سے بالکل مشابہ ہوسکتا ہے۔

۲۔ عُصیوی زحیر (bacillary dysentery) یہاں ہبوط شدید حالتوں میں ہیضہ سے نہایت قریبی مشابہت پیدا کرسکتا ہے، لیکن عموماً اجابتوں میں واقر خون، مخاط (آنوُں =mucus) یا پیپ کی موجودگی صحیح تشخیص تک رہنمائی کرتی ہے۔

۳۔ غذائی تسمم (food poisoning)۔ اس مرض میں قے عموماً اسہال کے آغاز سے پہلے واقع ہوتی ہے۔ جب ایسا ہو تو ہیضہ کی تشخیص کے خلاف فیصلہ دیا جاسکتا ہے۔ غذائی تسمم میں داخلی تپش (internal temperature) عموماً بلند نہیں ہوتی اور جب کسی مشتبہ حالت میں جلدی اور مستقیمی تپش کے درمیان ۵ درجہ کا فرق موجود ہو تو یہ علامت تقریباً دالِ ہیضہ (pathognomonic of cholera) ہے۔ اکثر ہبوط اور عضلی اینٹھن بالکل ویسی ہی شدید ہوتی ہے جیسی کہ ہیضہ میں، اور اجابتوں کے بیّن خصائص بالکل مائل ہوسکتے ہیں۔

۴۔ التہاب سحایا (meningitis)۔ ہیضۂ یابس (cholera sicca) کی حالتیں اکثر التہاب سحایا سے ناقابل تمیز ہوتی ہیں، بجز اُس وقت کے جبکہ جرثومیاتی

عمل میں لایا جائے۔ ان دونوں امراض میں کرختگی (rigidity) (lumbar puncture)
شکم کی بازکشی (retraction) اور مثبت امارت کرنگ موجود ہوسکتی ہے۔

۵۔ جینیٹ کلیریا جسکے ساتھ دافر ہیضہ نما اسہال (choleraic diarrhoea)
ہو، کبھی کبھی حقیقی ہیضہ سے مشابہ ہوتا ہے۔ اس کی انفرادی (sporadic) نوعیت
ہے، نیز کلائی طحال کی وجہ سے ملیریا کا شبہ پیدا ہو جانا چاہئے۔ (ایسی حالت میں محیطی خون
کے اندر ملیریا کے طفیلیات عموماً آسانی کے ساتھ شناخت ہو جاتے ہیں۔

جہاں کہیں آسانیاں میسر ہوں مشتبہ حالت کا جرثومیاتی امتحان کرنا چاہئے
ممکن ہے کہ اجابتوں کی مخاطی راجی سے تیار کردہ فلموں میں، جو کاربال فکسین (carbol
fuchsin) سے رنگی ہوئی ہوں، ترغیئے (vibrios) نظر آجائیں۔ لیکن کاشتی امتحانات
(cultural tests) سے یا معلوم ضد ہیضہ مصل کے ذریعہ التزاقی امتحانات
(agglutination tests) عمل میں لا کر تشخیص کی ہمیشہ تصدیق کر لینی چاہئے۔

انذار۔ جب ہیضہ کے مریضوں کا علاج شفاخانہ میں زمانۂ حاضرہ کے جدید

182

طریقوں سے کیا جاتا ہے تو شرح اموات اتنی کم کہ ۱۰ فیصدی ہوتی ہے (Rogers)۔ وباؤں
کے زمانہ میں چند ہی مریضوں کا علاج اس طریقہ سے کیا جاسکتا ہے، اور شرح اموات
۴۰ تا ۸۰ فیصدی مختلف ہوتی ہے، اور ہمیشہ کسی وبا کے آغاز میں اس کے اختتام
کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ یہ مرض نہایت نو عمروں اور بوڑھوں اور، خراب صحت
رکھنے والوں میں، اور ان میں جو ناکافی تغذیہ یا خراب صحی حالات کی وجہ سے کمزور
ہو گئے ہوں، یا مزمن الکحلی سمیت (chronic alcoholism) میں مبتلا ہوں، زیادہ
ہلاکت خیز ہوتا ہے۔ ناموافق علامات حسب ذیل ہوتے ہیں:۔ وافر اور شدید افراغات
(قے اور دست)، سریع انحطاط (prostration) جسکے ساتھ زراق (cyanosis)
ہو، جلد جھریدار اور سرد ہو، بہ کثرت سرد پسینہ آتا ہو، اور کلائی میں نبض غیر موجود ہو۔

تحریز۔ چونکہ ہیضہ بیشتر اسی طریقہ سے پھیلتا ہے جس طرح سے کہ ٹپ محرقہ
پھیلتی ہے، لہٰذا اس کو روکنے کے لئے وہی طریقے اختیار کرنے چاہئیں (ملاحظہ ہو صفحہ 89)۔

جنگ کے مشرقی محاذات میں جُدرین (vaccine) کے حفظ ماتقدمی اِشرابات بڑے پیمانہ پر کام میں لائے گئے۔ اِس جُدرین کے ایک مکعب سمر کا تحت الجلدی اشراب کیاجاتا ہے۔ اِس سے مقامی تعامل خفیف ہوتا ہے، اور جو مناعت حاصل ہوتی ہے وہ غالباً چند ہی مہینوں تک قائم رہتی ہے۔ اِسی واسطے جبتک کہ ہیضہ کی واردات نہ ہونے لگیں تجدرین رسانی (vaccination) عمل میں نہیں لائی جاتی۔

علاج ۔ ایسی کسی حالت میں جس میں شبہ ہو کہ اسہال ہیضہ کا ہے، یا اُس وقت بھی جبکہ اسہال ہیضہ کی وبا کے دوران میں ہو کسی قسم کا مسہل نہیں دینا چاہیے، کیونکہ ممکن ہے کہ یہ خطرناک مضرت کا باعث ہوجائے۔ تنجیر اوپائی (tinct. opii) یا کلوروڈائن (chlorodyne) کی متعادیں دی جاسکتی ہیں، لیکن جب ہبوط کے کوئی اِمارات نظر آئیں تو اِن دواؤں کا استعمال موقوف کردینا چاہیے۔

گذشتہ چند سال سے سر لیونارڈ راجرز[1] نے ہیضہ کے علاج میں بیش تنشی مالح (hypertonic saline) کے وریدی اِشرابات اور ایٹروپین (atropine) کے تحت الجلدی اِشرابات استعمال کئے ہیں۔ داخلہ کے بعد مریض کو فی الفور [illegible] گرین ایٹروپین تحت الجلدی راہ سے دی جاتی ہے، اور صبح و شام اِس کا مکرر استعمال کیاجاتا ہے۔ انکماشی فشار دموی (systolic blood pressure)، اور اگر ممکن ہو تو خون کی کثافتِ اضافی (specific gravity) بھی دیکھی جاتی ہے۔ اگر فشار ۹۰ سیمابی ملی میٹر سے نیچے ہو، یا اگر کثافتِ اِضافی ۱۰۶۳ یا اِس سے زائد ہو تو فی الفور ایک دروں وریدی اِشراب کرنا چاہیے۔ اِس غرض کے لئے سوڈیم کلورائڈ ۱۲۰ گرین، کیلسیم کلورائڈ ۴ گرین، اور آب کشیدہ ایک پائنٹ کا عقیم محلول (sterile solution) استعمال کیاجاتا ہے۔ ۴ پائنٹ تک کا اشراب کیاجاسکتا ہے۔ اِس سیّال کی تپش مستقیمی تپش کے لحاظ سے مختلف ہونی چاہیے۔ اگر مستقیمی تپش ۹۹ درجہ فارن ہائٹ سے نیچے ہو تو مالح (سیلائن) کا اِشراب ۹۸ درجہ سے اوپر ہرگز نہیں کرنا چاہیے، کیونکہ اِس میں بیش تپش (hyperpyrexia) پیدا کردینے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اگر مستقیمی تپش ۱۰۰ درجہ یا اِس سے اوپر ہو تو سیّال ۸۰ اور ۹۰ درجوں کے

---

[1] Sir Leonard Rogers

درمیان دینا چاہئے ۔ تقریباً ہمیشہ کسی ورید کو کاٹ کر اس کے اندر ایک قنولہ (cannula) داخل کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے ۔ بعض اہل الرائے مابعد اشرابات کے لئے قنولہ کو اسی موضع میں چھوڑنے کی سفارش کرتے ہیں، لیکن اس کا نتیجہ عموماً یہ ہوتا ہے کہ خون جمنے سے اس کا تھکا بنجاتا ہے ۔ غالباً بہتر یہی ہے کہ مابعد اشرابات کے لئے دوسری ورید کام میں لائی جائے ۔ سیّال کی تصفیق (infusion) کے دوران میں قشعریرہ (لرزہ) کا وقوع شاذ نہیں ۔ لرزہ ہو تو یہ مالح کے اشراب کو رد کردینے کا داعیہ (indication) نہیں ۔ قاعدہ ہے کہ تصفیق سے انقباض فی الفور کم ہوجاتی ہے، خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے، اور خون کی کثافت اضافی کم ہوجاتی ہے ۔ مزید اشرابات کے دواعی (indications) وہی ہیں جو اوپر بیان کئے گئے ہیں، لیکن عموماً ذیل کے قلوی محلول کا ایک پائنٹ دینا زیادہ کارگر پایا گیا ہے ۔ سوڈیم کلورائڈ ۶۰ گرین، سوڈیم بائکاربونیٹ ۲۰ گرین، اور اس کے بعد طبعی یا بیش تنشی مالح کے دو پائنٹ ۔ احتباس البول (suppression of urine) کی حالتوں میں قلوی محلول کا استعمال خاص طور پر مطلوب ہے ۔ معمولی طبعی مالح بھی براہ مستقیم دیا جاسکتا ہے ۔

ٹومب (Tomb) نے اور دوسروں نے علاج ہیضہ میں جوہری روغنیات (essential oils) کے ایک آمیزے کے استعمال کے امید افزا نتائج درج کئے ہیں ۔ ذیل کے ضابطہ (نسخہ) کا ایک آمیزہ دیا جاتا ہے :-

اسپرٹ ایتھر
آئل کلوز ۔　} ہر ایک ۳۰ قطرے

آئل کیجوپٹ
آئل جونی پر　} ہر ایک ۵ قطرے

ایسڈ سلفیوریک ایرومیٹک ۔ ۵ قطرے

اس کا ایک ڈرام نصف اونس پانی میں، ہر نصف گھنٹے کے فاصلہ سے حتیٰ کہ قے اور اسہال موقوف ہوجائیں ۔

مریض کو بلاشبہ سختی کے ساتھ آرام سے رکھنا اور مستقیمی تپش کو احتیاط کے ساتھ دیکھتے رہنا چاہئے ۔ اگر تپش ۱۰۰ درجہ سے اوپر بلند ہونے کے امارات

ظاہر کرے تو گرم پانی کی بوتلوں کو ہٹا دینا چاہیئے۔ درجۂ ہبوط میں آشِ جو (barley water) قلیل مقداروں میں متواتر وقتوں کے بعد دیا جا سکتا ہے۔

طاعون

(PLAGUE)

188

ازمنۂ وسطیٰ میں یہ اصطلاح کسی شدید یا مہلک وبا کو موسوم کرنے کے لئے استعمال کی جاتی تھی۔ لیکن اب اِس کا مفہوم ایک خاص مرض، یعنے گِلٹی (گلٹی دار)، مشرقی، یا لیونٹائن طاعون (bubonic, Oriental, or Laventine plague) تک محدود سمجھا جاتا ہے۔ یہ ایک حاد حموی مرض ہے، جسکے ساتھ عموماً بُن ران یا جسم کے کسی دوسرے حصّے کے لمفائی غدد کا ورم ہوتا ہے۔ لیکن یہ بعض اوقات ایسے کسی اضرار کے بغیر مُہلک ہوتا ہے۔ اِس کی تاریخ کا پتہ سنۂ عیسوی کی دوسری صدی تک مل سکتا ہے، لیکن یورپ میں سب سے پہلی بڑی وبا یعنے جسٹی نینئن کا طاعون (plague of Justinian) چھٹی صدی میں واقع ہوئی۔ ازمنۂ وسطیٰ میں وبائیں کثیر الوقوع تھیں، لیکن سنہ ۱۶۶۵ء سے جبکہ شہر لندن طاعون سے غارت اور برباد ہوا، یہ وبائیں یورپ میں بتدریج نسبتہً قلیل الوقوع ہو گئیں، اور انیسویں صدی کی ابتدائی ایک تہائی میں اِس برِ اعظم میں سلطنتِ ٹرکی کے سب سے زیادہ مشرقی حصّوں میں محدود رہیں۔ حال ہی میں طاعون یوروپین اقوام کے لئے پھر اہم ہو گیا ہے، کیونکہ وہ سنہ ۱۸۹۴ء میں ہانگ کانگ میں اور جنوبی مشرقی چین میں واقع ہو گیا، اور یہاں سے وہ سنہ ۱۸۹۶ء میں بمبئی اور ہندوستان کے دوسرے حصّوں میں پھیل گیا۔ اِسی منبع سے یہ مرض کبھی کبھی، کم یا زیادہ عرصہ کے لئے یورپ، جنوبی افریقہ، اور مرکزی اور جنوبی امریکہ کے مختلف حصّوں میں ظاہر ہوا۔ ہندوستان میں اِس سے سنہ ۱۸۹۶ء سے لیکر سنہ ۱۹۱۰ء تک پندرہ سال کے عرصہ میں ستّر لاکھ سے زیادہ موتیں واقع ہوئیں، جس کا اوسط ...,۴۶۶ ہوتا ہے۔

سنہ ۱۹۱۳ء میں یہ تعداد ۲۱۰۰۰ اور سنہ ۱۹۱۴ء میں ۲۲۰۰۰ تھی۔ سنہ ۱۹۱۰ء میں انگلستان میں اس کی چند واردا تیں ہوئیں۔

بحث اسباب اور وبائیات (epidemiology) طاعون ایک وبائی مرض ہے جو ایک عصیہ (عصیہ طاعونی :B. pestis) کے باعث ہوتا ہے جسے کتاسٹو (Kitasato) نے اور یرسین (Yersin) نے دریافت کیا۔ یہ عصیہ دوران حیات میں خون، متورم غدد اور بول و براز میں اور بعض مریضوں کے بصاق (sputum) میں اور موت کے بعد جسم کے تقریباً ہر عضو میں پایا جا سکتا ہے۔ یہ عصیہ ایک چھوٹا عصا یا ڈنڈا ہے جس کے سرے گول ہوتے ہیں، اور طول اس کا تقریباً عرض سے دوگنا ہوتا ہے۔ یہ سوطی (flagellated)، گرام منفی (Gram negative) اور مرکز کی نسبت سروں پر زیادہ رنگ قبول کرنے والا ہوتا ہے۔

حیوانی وباؤں (epizootics) کے زمانہ میں طاعون چوہوں اور دوسرے قوارض (rodents) میں واقع ہوتا ہے، اور ایک نہایت مہلک مرض ہے (27)۔ انسانی وبا سے تھوڑے عرصے پہلے کثیر التعداد مردہ چوہے دیکھے جاتے ہیں۔ طاعون چوہوں میں چوہوں کے پسوؤں (rat fleas) کے ذریعہ سے پھیلتا ہے، جو عموماً اپنے میزبانوں (چوہوں) تک ہی محدود رہتے ہیں، لیکن چوہوں کے مرنے کے بعد یہ پسو دوسرے انواع پر بھی حملہ آور ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ اگر انسان اُن کے قرب و جوار میں ہو تو ممکن ہے یہ اُس پر بھی حملہ آور ہوں۔ اس طرح اس مرض کا انتشار انسان کے ساتھ چوہوں کے قریبی ائتلاف پر منحصر ہوتا ہے۔ ہندوستان میں ایسا ہی ہوتا ہے۔ یہاں موش سیاہ یعنی گھریلو چوہا (فار الفار = Rattus rattus)، جو ایک پالتو اور مانوس جانور ہے، نہایت عام ہوتا ہے۔ مہذب ملکوں میں یہ چوہا تقریباً غائب ہو چکا ہے، اور اُس کی جگہ بھورے یا گندموریوں کے چوہے (sewer rat) (R. norvegicus) نے لی ہے جو نسبتہً بہت زیادہ بھڑکنے والا اور ڈرپوک جانور ہے۔ یہ بلوں میں رہتا ہے اور انسان کی قربت سے گریز کرتا ہے۔ چنانچہ سنہ ۱۹۱۰ء میں مشرقی اینگلیا میں خرگوشوں اور چوہوں کے طاعون کی حیوانی وبا میں انسانی وبا کا کوئی حقیقی خطرہ موجود نہ تھا اور

طاعون کی صرف چند ہی وارداتوں کا اندراج ہوا۔ جب چوہے کا پسو کسی سرایت زدہ
میزبان کا خون چوس لیتا ہے تو اُس کا پیش نطبین (proventriculus) عضویاتی طور
کی زندہ کاشت سے مسدود ہو جاتا ہے، اور یہ خون وہاں سے گذر کر اُس کے معدے کے
اندر نہیں پہنچ سکتا بلکہ پیش نطبین کے اندر ہی رہ کر اُسے پھیلا دیتا ہے۔ دوسرے میزبان
کو کاٹنے پر پیش نطبین میں سے یہ خون پسو کے جبڑوں سے باہر نکلکر زخم میں پہنچ جاتا ہے
اور اس طرح سرایت کو پھیلاتا ہے۔ چوہوں کے کسی گروہ کا بیشتر حصہ طاعون سے
ہلاک ہو سکتا ہے، لیکن باقی ماندہ چوہے مامون رہتے ہیں، اور یہ مناعت آنیوالی
نسلوں میں منتقل ہوتی رہتی ہے۔ اس سے اس واقعہ کی توجیہ ظاہر ہوتی ہے کہ طاعونی
وبا کچھ عرصے کے بعد کمزور ہو کر رفع ہوتی رہتی ہے۔ طاعونی وبا کا باعث عموماً چوہے
ہوتے ہیں، لیکن دوسرے قوارض مثلاً زمین میں رہنے والی گلہریاں (ground
squirrels) ایک چھوٹی قسم کی چھچھوندر (shrews) اور چوہیاں (mice) بھی کبھی
کبھی طاعون پھیلا دیتی ہیں۔ ۱۹۱۰-۱۱ء کے سرما میں منچوریا کے نمونیائی طاعون کی وبا
کا سبب تاراباگن (tarabagan) (Arctomys bobac) تھا۔ نمونیائی طاعون
ایک انسان سے دوسرے انسان میں لعاب دہن کے اُن قطروں کی وساطت
سے جو سانس سے باہر نکلتے ہیں، براہ راست پھیل سکتا ہے، لیکن گلٹی والا طاعون قوارض
کے پسوؤں کے ذریعہ سے پھیلتا ہے۔ اسی واسطے ابتداءً سرایت زدہ چوہے اور دوسرے
قوارض ضروری ہیں، اگرچہ ایکبار وبا شروع ہو جانے کے بعد ممکن ہے کہ خود انسان
سرایت زدہ پسوؤں کو منتقل کر کے مرض کو ایک گاؤں سے دوسرے گاؤں تک پھیلا دیں۔
طاعون کے پھیلانے میں آب و ہوائی حالات نمایاں اثر رکھتے ہیں، کیونکہ اُن کا اثر
پسوؤں پر ہوتا ہے، جو گرم و خشک ہوا کے بنسبت مرطوب و سرد ہوا میں زیادہ
عرصہ تک زندہ رہتے ہیں اور زیادہ سرعت کے ساتھ تعداد میں بڑھتے ہیں۔ حال
ہی میں بتلا دیا گیا ہے کہ مداری ممالک میں دو قسم کے پسو عام طور پر چوہوں پر پائے جاتے
ہیں۔ ان میں سے ایک زینوپسیلا اسٹیا (xenopsylla astia) ہے، جو طاعون
منتقل کرنے کی قابلیت نہیں رکھتا، اور یہی ایسے شہروں (جیسے کہ مدراس) کے چوہوں
کا عام پسو پایا گیا ہے، جہاں طاعون نہایت شاذ یا تقریباً نامعلوم ہے۔ قاعدہ ہے کہ

184

طاعون کی وبائیں وہیں ہوا کرتی ہیں جہاں غلہ کی تجارت ہوتی ہے۔ یہ مرض پچاس سال کی عمر تک ہر عمر کے لوگوں پر حملہ آور ہوتا ہے، اور اس سن کے بعد نسبتہً بہت کم عام ہوتا ہے۔ ایک حملہ سے دوسرے حملوں کی اضافی مناعت حاصل ہو جاتی ہے۔

مرضی تشریح ۔ کلانی یافتہ لمفی غدد ملتہب ہو کر رنگ میں سرخ یا بنفشی، قوام میں نرم یا گودے جیسے، اور ایسی انصالی بافت سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں، جو مصل یا خون سے در رسیختہ ہوتی ہے۔ اسی قرب و جوار کے داخلی غدد بھی ماؤف ہو جاتے ہیں، مثلاً بن ران کی گلٹیوں کے ساتھ حوضی غدد ماؤف ہو جاتے ہیں، یا گردن کی گلٹیوں کے ساتھ واسطی غدد ماؤف ہوتے ہیں۔ جگر منتلی ہو جاتا ہے، طحال کلانی یافتہ اور سیاہ ہوتی ہے، گردے متورم ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان تمام احشا میں، نیز مخاطی جھلیوں اور کالبدی عضلات (skeletal muscles) میں، اور مصلی اغشیہ کے نیچے کثیر التعداد نزفات پائے جائیں۔ طاعون کی نمونیائی قسم میں پھیپھڑوں میں تجمد (consolidation) کی چکتیاں پائی جاتی ہیں، لیکن دوسری قسموں میں ان میں صرف اذیما اور دقیق نزفات ملتے ہیں۔ اکثر کسی قدر پلیورائی انصباب (pleural effusion) بھی موجود ہوتا ہے۔

علامات ۔ اب طاعون کی کئی قسمیں ممیز کی گئی ہیں۔ زیادہ عام شکل کُبّی یا گلٹی دار طاعون (bubonic plague) ہے جس کا ممیز خاصہ غدی کلانیاں ہیں۔ زمانۂ حضانت دو دن سے لیکر پانچ دن تک کا ہے، اور مرض آلکسی، کمزوری، دردِ سر، دورانِ سر اور لرزہ کے ساتھ شروع ہوتا ہے، جسکے بعد جلد ہی حموی نقال ہوتا ہے۔ بعض اوقات حملہ کے اس درجہ میں مریض ایک عجیب کھوئی ہوئی حالت میں ہوتا ہے، جسکے ساتھ اس کی چال لڑکھڑاتی ہوئی ہوتی ہے، اور بولنے میں رعشہ ہوتا ہے۔ یا اس پر ایک ناقابلِ بیان خوف طاری ہوتا ہے اور بےچینی ہوتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ اسے متلی، قے یا اسہال ہو۔ تپ عموماً تیز ہو کر تپش ۱۰۲ سے لیکر ۱۰۴ درجہ فارن ہائٹ تک، یا بدترین حالتوں میں، ۱۰۷ درجہ سے اوپر، اور نبض ۱۰۰ تا ۱۲۰ ہو جاتی ہے۔ زبان جو پہلے تر اور سپید ہوتی ہے، خشک اور بھوری ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ محرق

(ٹائفائڈی) حالت طاری ہو کر ہذیان اور کوما ہو جائے، لبوں اور دانتوں پر وَسخ (sordes) جمع ہو جائے، نبض تیز پذیر ہو اور برد اطراف ہو جائے۔ قارورہ قلیل المقدار ازانتروشی، اور گہرے رنگ کا ہوتا ہے، اس میں عموماً البیٹو مین موجود ہوتا ہے اور بعض مہلک حالتوں میں اسر البول (suppression) ہوتا ہے۔ ایک دو یا تین دن کی تپ کے بعد مقامی علامات اسطرح ظاہر ہوتی ہیں کہ پیڑوں، بغلوں یا گردن میں غددی اورام پیدا ہو جاتے ہیں۔ زیادہ تر صرف غدد کا ایک ہی گروہ متورم ہوتا ہے، اور عام طور پر بن ران کے غدد ہی ماؤف ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ سرایت زدہ پیسو جلد کے جس رقبہ میں کاٹتا ہے اسی کے اعتبار سے یہ متعین ہوتا ہے کہ غدد کا کونسا گروہ ماؤف ہوگا۔ مثلاً اگر سرایت رسال لدغ (bite) (کاٹنا) بازو یا ہاتھ پر ہے تو گلٹی اُسی جانب کے بغلی غدد میں بنتی ہے۔ یہ ورم مرغی کے انڈے کے برابر یا اس سے بھی بڑا ہو سکتا ہے، اور اس میں شدید درد ہوتا ہے، اور اگر مریض جانبر ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ یہ تقریباً ساتویں دن متقیح ہو جائے۔ تقریباً اسی زمانہ میں دُنّل (boils) یا راج پھوڑے (carbuncles) بھی نمودار ہو سکتے ہیں، لیکن یہ نادر الوقوع ہیں۔ یہ اطراف زیرین، سُرینوں، یا پشت گردن پر ہوتے ہیں۔ شدید ترین حالتوں میں موت سے کچھ عرصہ پہلے نشانات (petechiæ) یا نسبۃً زیادہ بڑے تحت الجلدی نزفات نمودار ہو جاتے ہیں، اور یہ یا تو جسم پر عمومی طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، یا کلانی یافتہ غدد کے قرب وجوار میں زیادہ نمایاں ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ناک، پھیپھڑوں، معدے یا آنتوں سے اِدما (bleeding) ہو یعنی خون نکلے۔ موت زیادہ تر چھٹے دن سے پہلے واقع ہو جاتی ہے۔ شفایاب ہونے والے مریضوں میں نقہت چھٹے دن سے لیکر دسویں دن تک شروع ہو جاتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ تقیح غدد کی وجہ سے نقاہت بہت طوالت پذیر ہو۔

تسمم الدمی طاعون (septicæmic plague) میں مریض بہت سرعت کے ساتھ مبتلا ہوتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ چوبیس گھنٹوں میں مر جائے۔ لمفی غدد کسی قدر متورم ہو سکتے ہیں، لیکن کوئی بڑی گلٹیاں نہیں بنتیں۔ نبض میں جلد ہی فشل

واقع ہو جاتا ہے، ممکن ہے کہ بیش تپش (hyperpyrexia) ہو، اور ہذیان اور کوما اِس منظر کا خاتمہ ہوتے ہیں ۔ اِس میں بلاشبہ وہ وار داتیں بھی شامل ہیں جو پہلے خاطف (fulminant) منحوس طاعون (pestis siderans =) موسوم کی جاتی تھیں۔

نمونیائی طاعون (pneumonic plague) - یہ ایک اہم قسم ہے، جو اتفاقاً بمبئی میں ۱۸۹۶ء میں شناخت کی گئی ۔ یہ بھی گلٹی دار قسم کی طرح شروع ہوتی ہے، لیکن ایک یا دو ہی دن کے اندر تنفسی علامات سریع اور شدید ہو جاتے ہیں: - تنفس تیز اور غیر عمیق ہوتا ہے، کھانسی ہوتی ہے، جسکے ساتھ کثیر المقدار خونی یا خون آلود بُساق (sputum tinged or streaked with blood) خارج ہوتا ہے، بیخوابی، ہیجینی اور سریع الوقوع ہذیان ہوتا ہے، اور تین دن کے اندر موت واقع ہو جاتی ہے ۔ تجمّد (consolidation) کے طبعی امارات نمایاں نہیں ہوتے، لیکن لغطات (râles) اور خرخرات (rhonchi) موجود ہوتے ہیں ۔ موت کے بعد نمونیہ کی چکتیاں سارے پھیپھڑے میں پھیلی ہوئی پائی جاتی ہیں، اور گلٹیاں عموماً غیر موجود ہوتی ہیں ۔ نمونیائی چکتیوں میں اور بُساق میں عُصَیّہ طاعون پایا جاتا ہے۔

185

طاعونِ صغیر (pestis minor) اور **متنقل الطاعون** (pestis ambulans) وہ قسمیں ہیں جن میں تپ کم اور علامات اِس قدر خفیف ہوتے ہیں کہ ممکن ہے کہ بعض اوقات مریض علالت کے بیشتر حصے میں ملتا پھرتا رہے ۔

تشخیص ۔ یہ اُن ابتدائی مریضوں میں بالخصوص مشکل ہوتی ہے، جو باہر سے آکر ایک نئے ضلع میں داخل ہو گئے ہوں، اور ایسی ابتدائی وار داتوں پر غلطی سے تپِ زرد، تپِ محرقہ (ٹائفائڈ)، ٹائفس یا ملیریا کا گمان ہو گیا ہے ۔ نیز ڈھٹھریا[1] التہاب غدۂ نکفیہ (parotitis) قرحۂ رخوہ (soft sore) اور مداری گلٹی ("climatic bubo" or tropical bubo) کے ساتھ بھی غلط ملط واقع ہو گیا ہے ۔ ممیّز ابتدائی علامات حسبِ ذیل ہیں: - چہرے کی حالت، بولنے میں تذبذب، اور

---
[1] ۔ بُثرہ ۔

لڑکھڑاتی ہوئی چال، اور بعد میں متعدد گلٹیاں۔ لیکن آخری تشخیص کا انحصار عصیہ کی شناخت پر ہونا چاہیے، جو خون کے اندر، گلٹیوں سے نکالے ہوئے رس یا پیپ میں، یا انبساق میں مل سکتا ہے۔ گلٹیوں کے مافیہ کو ایک عقیم پچکاری سے نکال کر ایک تر بیچہ یا شیشۂ محافظ پر رکھ لینا چاہیے، پھر اُسے خشک اور ثبت کرنے کے لئے آہستہ سے گرم کر کے اس کی تلوین کاربال فکسین یا میتھلین بلیو سے یا لیشمن کے رنگ سے کر کے اس کا امتحان $\frac{1}{12}$ انچ طاقت کے روغن غرق عدسہ ($\frac{1}{12}$ inch oil immersion lens) سے کیا جا سکتا ہے۔

اِنذار۔ تسمم الدمی (septicæmic) اور نوتیائی قسموں میں ہمیشہ موت واقع ہوتی ہے۔ گلٹی والے طاعون میں ہلاکت ۴۰ تا ۸۰ فیصدی مختلف ہوتی ہے۔

تحریر: یہ ان امور پر مشتمل ہے:۔ اعلان مرض۔ اس مرض کے ہر مریض کی علیحدگی۔ رہائشی مکانات، کپڑوں اور بستروں کی سرایت کا ازالہ، جو بہتر ہے کہ پرکلورائڈ آف مرکیوری کے محلولات سے کیا جائے۔ سرایت زدہ مکانوں سے آئے ہوئے اشخاص کی سرایت کا ازالہ۔ چوہوں کو حتی الامکان ہلاک کرنا۔ ہندوستان جیسے ملک میں دافع طاعون تدابیر موسم سکون (quiescent season) میں اُن دیہات میں عمل میں لانا چاہیے، جہاں حیوانی وبا (چوہوں کا طاعون) باقی ہو کیونکہ یہی دیہات اُس وقت جبکہ موسم زیادہ سرد ہو جاتا ہے، تازہ وبا کے نئے نقطۂ آغاز بنجاتے ہیں۔ جہازوں میں ایک بندرگاہ سے دوسری بندرگاہ تک چوہوں کی منتقلی کو روکنے کے لئے بھی تدابیر اختیار کرنی چاہئیں۔ آج کل دافع طاعون تطعیم (anti-plague inoculation) بڑے پیمانہ پر نمایاں کامیابی کے ساتھ عمل میں لائی گئی ہے۔ ہم کعب جُسدرین کا تحت الجلدی اِشراب کیا جاتا ہے۔ مقامی اور عمومی تعامل، دونوں اکثر شدید ہوتے ہیں، لیکن اس وجہ سے سرایت زدہ رقبہ کے باشندوں کو تطعیم (ٹیکا لگوانے) سے باز نہیں رہنا چاہیے۔ بغداد میں وبا کے زمانہ میں پچاس ہزار سے زائد تطعیمات کے سلسلہ میں یہ بتلایا گیا ہے کہ وہاں تطعیم کردہ اور غیر تطعیم کردہ اشخاص میں طاعونی حملے

ایک اور انیس کی نسبت سے ہوئے۔

علاج - یہ زیادہ تر علامات کے لحاظ سے (symptomatic) ہوتا ہے۔ درد، ہبوط، یا بیش تپش کا تدارک، دوسرے حاد وبائی امراض کی طرح، افیون، مہیجات (stimulants) برودت کے مقامی استعمال وغیرہ کے ذریعہ کرنا چاہئے۔ مضاد طاعون مصل (anti-plague serum) کے ذریعہ علاج آزمایا گیا ہے، لیکن اس سے اب تک کوئی نمایاں کامیابی حاصل نہیں ہوئی۔

ٹولاریمیا (ٹولاردمویت)

(TULARÆMIA)

۱۹۱۲ء میں ایک طاعون سے مشابہ مرض کے متعلق (جو کیلیفورنیا میں زمین کی گلہریوں اور زرخرگوشوں میں پھیلتا ہے) یہ دریافت ہوا کہ یہ ایک نئے نبقی عصیّہ (cocco-bacillus) کی وجہ سے ہوتا ہے، جسے ٹولاری کاؤنٹی (County Tulare) کی مناسبت سے (جہاں اسکے متعلق تحقیقات کی گئی تھی) عصیّہ ٹولاری (Bacillus tularense) کے نام سے موسوم کیا گیا (28)۔ مابعد تحقیقات سے ثابت ہو گیا کہ یہ مرض حسب ذیل طریقوں سے انسان میں منتقل ہو سکتا ہے:۔ (۱) سرایت زدہ رقبوں میں کسانوں اور دوسروں میں ایک خون آشام مکھی (کرائی ساپس chrysops: زرد چشم) کے کاٹنے سے۔ (۲) بازار کے دربانوں یا حماموں میں اور ان باورچیوں میں جو خرگوشوں کی کھال اتارنے اور صاف کرنے کا کام کرتے ہیں، براہ راست انگلیوں پر کے چرکوں سے یا ملتحمہ (conjunctiva) کی راہ سے۔ (۳) معمل میں کام کرنے والوں میں، جو اس مرض کی تحقیقات میں مصروف رہتے ہیں۔ یہ آخری صورت بار ہا پیش آئی، اور بعض حالتوں میں اعدام حس (anæsthetisation) عمل میں لاتے وقت معمل کے کارکن کے منہ پر کسی سرایت زدہ جانور کے کھانسنے کے بعد واقع ہو گئی۔ یہ مرض

صریحًا نہایت ساری ہوتا ہے۔

علامات ۔اوّلی ضرر (primary lesion) سرایت ہونے کے تین دن بعد دکھا
جاتا ہے اور مقام تطعیم پر منحصر ہوتا ہے۔ مثلاً وہ یک جانبی تقرحی التہاب ملتحمہ (unilateral
ulcerative conjunctivitis) کی یا جلد پر ایک سیاہ ناخر تودے کی شکل اختیار کر سکتا
ہے، جسکے متقیح ہونے کے بعد ایک مُزنبہ قرحہ (punched-out ulcer) باقی رہ جاتا ہے۔
جہاں سرایت استنشاق (inhalation) یعنے دم درکشی کے ذریعہ واقع ہوئی ہو وہاں کوئی
ضرر نہیں دیکھا جاتا۔ اوّلی ضرر کے قرب و جوار کے غدد بڑے ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ
متقیح ہو جائیں۔ تمام حالتوں میں نظامی تعامل (systemic reaction) بہت زیادہ ہوتا ہے۔
مرض تپ، کسلمندی، درد سر اور اعضا شکنی کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ
تین دن کے بعد تپ میں فترہ (کمی) واقع ہو جائے، لیکن وہ پھر بتدریج تیز ہو جاتی ہے۔
اور اپنی تموجی نوعیت (چڑھتے اُترتے) کی وجہ سے عفونۃ الدم (septicæmia)
سے مشابہ ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ تین ہفتوں یا زائد تک جاری رہے۔ انحطاط
(prostration) انتہائی درجہ کا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ نقاہت کئی مہینوں تک ختم
نہ ہو، کیونکہ خفیف درجہ کے نکس (relapses) واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ موت
نمونیہ (ذات الریہ) کے باعث واقع ہوئی ہے۔

186

تشخیص ۔ابتک یہ مرض اِس ملک میں صرف معمل میں کام کرنیوالوں میں
ہونا بیان کیا گیا ہے (28)، اور تحیزی امارات (localising signs) کی غیر موجودگی
کی وجہ سے اِس کی واردات تدرن (tuberculosis) یا تپِ محرقہ (ٹائفائڈ) سے مشابہ
سمجھی گئیں۔ عام آبادی میں اوّلی ضرر سے اور مرض کی نوعیت سے سراغ ملتا ہے۔ تشخیص
کا یقینی طریقہ صرف یہی ہے کہ ایک گینی پگ کی تطعیم کر کے مخبر اضرار کو غور سے دیکھا جائے،
اور مریض کے مصل کی بلند ترقیقات (high dilutions) کے ساتھ مخصوصہ کی مُردہ اور محفوظ کردہ
کاشتوں کا التزاق (agglutination) حاصل کیا جائے۔ یہ مرض پالتو خرگوشوں میں نہیں تھا۔

حوالہ جات

REFERENCES

1 H. H. Dale and C. H. Kellaway .. .. 1923 *Phil. Trans. Roy. Soc.*, B. 211, p. 273.
2 Wanklyn .. .. 1924 *B.M.J.*, ii., p. 309.
3 Widal, Abrami and Brissaud 1920 *Presse Med.*, **28**, p. 181.
4 G. Graham and E. P. Poulton 1912 *Q.J.M.*, **6**, p. 82.
5 E. Dubois (Basal metabolism in health and disease) .. 1924 *Lea & Febiger, New York.*
6 W. St. Lawrence .. 1920 *J. Am. M. Ass.*, **75**, p. 1035.
7 H. J. Starling .. .. 1923 *Guy's Hosp. Reports*, **73**. p. 388.
8 S. W. Patterson and Williams .. .. 1922 *Lancet*, ii., p. 806.
9 M. Gordon .. .. 1922 *B.M.J.*, ii., p. 299.
10 Bunting (Review on influenza) .. .. 1922 *Med. Sci.*, **6**. p. 366.
11 T. E. Dickinson .. .. 1922 *Lancet*. i., p. 312.
12 H. L. Tidy and E. C. Daniel 1923 *Lancet*, i., p. 9.
13 K. Lewkowicz .. .. 1924 *Lancet*, ii., p. 487.
14 L. W. Harrison .. .. 1922 *B.M.J.*. ii., p. 1.
15 W. E. Gye and E. H. Kettle 1922 *Lancet*,. ii., p. 855.
16 L. Cobbett (Review) .. 1922 *Lancet*, i., p. 979.
17 W. Gordon .. .. 1924 *B.M.J.*, ii., Nov. 29.
18 E. Muir .. .. 1924 *Lancet*, i., p. 277.
19 F. K. Kleine .. .. 1924 *Lancet*, i., p. 384.
20 Sir Leonard Rogers .. 1922 *Lancet*. i., pp. 463, 569, 677.
21 P. Manson-Bahr, G. C. Low, J. J. Pratt & A. L. Gregg. 1923 *Lancet*, i., p. 941.
22 Sir P. W. Bassett-Smith .. 1922 *B.M.J.*, ii., p. 902.
23 A. Stokes, J. A. Ryle and W. H. Tytler .. 1917 *Lancet*, i., p. 142.
24 R. D. Passey and J. A. Ryle 1923 *Guy's Hosp. Rep.* **73**, p. 31.
25 P. Manson-Bahr, C. M. Wenyon and H. C. Brown .. 1922 *Lancet*, ii., p. 1056.
26 H. Noguchi .. .. 1922 *Lancet*, i., p. 1185.
27 W. Glen Liston .. .. 1924 *B.M.J.*, i., pp. 950, 997.
28 J. C. G. Ledingham and F. R. Fraser .. .. 1924 *Q.J.M.*, **17**, p. 365.
29 R. A. Anderson, O. T. Schultz and T. E. Stein 1923 *Journ. Infec. Dis.*, **32**, p. 444.

صحت نامہ عمل طب

جلد اول

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱	۱	تحریر	تحریز
۲	۱	catarrns	catarrhs
۴	۳	inspec-tion)=	(inspec-tion=
〃	۴	کوسنے	کرسنے
۵	۱۵	اندار	انذار
۸	۹	ورہ	درد
۹	۲۵	نافع محرقہ	مانع محرقہ
۱۲	۸	دردرسانی	انقاذ برقی
〃	۱۰	ملجات	ملحات
〃	۱۱	گیلوانی	گیلوانی
〃	۱۴	مشکلوں	شکلوں
〃	۱۵	عمود النخا	عمود النخاع
۱۳	۱	روشی	روشنی
۱۳	۱۱	قرحہ قارضہ	قرحہ قارضہ
〃	۲۴	صبی	طبعی
〃	۱۳	doaches	douches
〃	۱۷	بخاری غسل	غسل ابخری
۰	۱۹	ذلک	ذلک
۱۶	۲	جاریہ	جارحہ
〃	۴	لف مالی	کف مالش
۲۱	۹	ناعذ	گزار
〃	۱۲	گائے چیچک	گاؤ چیچک
۲۲	۱	strepto- coceus	strepto- coccus
〃	۳	تبقد منیہ=(	(تبقہ منیہ=
〃	۱۰	بذریت	بذریت

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۲۳	۳	حالات ایک	حالات میں ایک
"	۱۲	mebia	media;
۲۴	۳	نوعی نبتہ	نوعی نابتہ
"	۵	ہلاک شدہ متاثرہ	ہلاک شدہ یا متاثرہ
۲۵	۲	ریم زا (نبتہ تنفیہ	ریم زا) (نبتہ تنفیہ
"	۱۱	بیوٹو موکا کائی	نیوٹو موکا کائی
"	۲۳	ہوئے ہیں اُنہیں	ہوتے ہیں اُنہیں ہے
۲۶	۲	ہے مندرجہ	ہے۔ یہ مندرجہ
"	۱۱	صنقد	ضعقہ
"	۲۳	ان کے نبتہ	اِنکے نابتے
۲۸	۱۷	کر دے ہیں	کر دیتے ہیں
۳۰	۳	lesious	lesions
"	۲۰	تدقیق	ترقیق
۳۱	۱۵	عقدہ	غدّہ
۳۲	۱۰	تسلق	تقشّر
۳۳	۹	تجمیر = (	(تجمیر
"	۱۴	روئی	روئی
۳۴	۲	جاواوّلی	حاواوّلی
"	۱۳	کن بھیٹر	کن بھیٹر
"	۱۵	حلیات	خلیات
"	۱۶	حنذ	ضد
۴۱	۱۱	اسی اس	اِس

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۴۲	۴	(۳)	(3)
"	۹	ڈفتھیریا دوسرے	ڈفتھیریا یا دوسرے
"	۱۹	ہونی	ہوتا
۴۷	۵	وجہ سے ہوجاتے	وجہ سے ہوجاتے
۴۸	۱۶	مُرخرف	مُرُوف
۵۰	۱	کمزوری کے بیان	کمزوری کے زبان
"	۱۰	علی الصباح	شام میں
"	۲۴	نیچے تک	نیچے تک
۵۲	۱۹	لقیہیت	نقیہیت
"	۲۰	پتوں	تیوں
۵۴	۹	(۵)	(5)
۵۵	۲۵	تلازم یہ عام	تلازم یہ عام
"	۱۴	intestinai	intestinal
۵۸	۳	ممرضہ	مُمرِضہ
۵۹	۱۶	ماربار	باربار
۶۱	۱	saliein	salicin
"	۲	۱۵ گرین [illegible]	۱۵ گرین [illegible]
"	۳	۵ گرین تک	۵ گرین تک
"	۴	محل	فصل
"	"	معتادو	معتادوں
"	۹	نلیاں	نلیاں
۶۴	۲۳	مرضی	مرضی

صفحہ	سطر	غلط	صحیح	صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۷۴	۱۵	آکلتہ انغم	آکلتہ الفم	۱۹۱	۳	جرروح الفراش	قروح الفراش
	۲۲	ہوسکتی	ہوسکتا	״	۵	(ottitis	(otitis
۸۱	۱۳	داغوں	دانتوں	۱۹۵	۲۵	مجرقہ نما	محرقہ نما
۹۳	۱۲	(۲)	(2)	۲۲۶	۱۴	(nephritic)	(nephritis)
۱۰۹	۲۲	ہوتا۔	ہوتا ہے۔	۲۳۲	۱	کدم	گندم
۱۱۰	۴	تک	تک	۲۷۳	۲۰	لھونگھے نما	گھونگھے نما
״	۲۴	سرخی	سرخی	۲۸۰	۲۲	کردوں	گردوں
۱۱۱	۲۳	(۲)	(2)	۳۰۲	۱۰	رضیعی	رتیبی
۱۱۲	۴	(۲)	(2)	۳۹۴	۱۷	غدقہ	غدۂ
״	۱۳	اگرچہ میں	اگرچہ حقیقت میں	۳۶۷	۲۵	حکمن بیکن	بیکن بیکن
۱۲۴	۹	(۱۲)	(12)	۳۷۵	۴	زواحی	زواجی
۱۲۹	۹	(۶)	(6)	۳۸۳	۸	توعیت	نوعیت
״	۱۶	(۷)	(7)				
۱۵۳	۲۱	(۸)	(8)	״	۱۳	دوسرے	دوسرے
״	۲۲	(۹)	(9)	۳۹۶	۱۲	واقع	واقع
۱۵۷	۲۵	(۱۰)	(10)	۳۹۷	۲۱	(manson)	(Manson)
۱۶۳	۱۷	قائیرن	فائبرین	۴۰۰	۵	(کبیر طحال ؛	اکبر طحال ،
۱۶۶	۵	(۲)	(2)	״	۸	(herpeto-	(herpeto-
״	۶	״	(3)			manas)	monas)
۱۷۷	۲۵	کھرا ہوا	گھرا ہوا	۴۱۸	۱۰	ڈوس ہیگ آڈمس	ہیگ آڈمس
۱۸۰	۱۰	اصرار	اضرار	۴۳۳	۱۳	infective	infectious
۱۸۲	۱۳	زیادہ حالتوں	زیادہ حاد حالتوں	۴۴۵	۲۰	torminal	terminal
״	۲۰	تیب	تپ	۴۹۲	۶	روغن عرق	روغن قرق
۱۸۳	۹	(valvo-	(vulvo-	۴۹۴	۳	منجمد	منجمد

اشاریہ و اصطلاحات

عمل طب

جلد اول

(اشاریہ انگریزی حروف تہجی کے لحاظ سے مرتب ہے۔ انگریزی الفاظ کے عائی انکا ترجمہ یا مرادفات درج ہیں اور ان کے آگے اس کتاب کے اردو صفحات کا حوالہ دیا گیا ہے)

اشاریہ و اصطلاحات

عمل طب

جلد اول

(اشاریہ انگریزی حروف تہجی کے لحاظ سے مرتب ہے ۔ انگریزی الفاظ کے علاوہ انکا ترجمہ یا مرادفات درج ہیں، اور ان کے آگے اس کتاب کے اردو صفحات کا حوالہ دیا گیا ہے)



سلسلۂ نصابیات جامعۂ عثمانیہ

ٹیلرز پریکٹس آف میڈیسن

یعنی

عمل طب

مؤلفہ

ای۔ پی۔ پولٹن، ایم۔ اے، ایم۔ ڈی (آکسن)، ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لنڈن)

بمعاونت

سی۔ پی۔ سیمنڈز، ایچ۔ ڈبلیو بار بر، آر۔ ڈی گلسپی، این۔ ایچ فیرلے، ڈبلیو۔ ایم۔ ہالسن

مترجمۂ

ڈاکٹر محمد عثمان خانصاحب، ایل۔ ایم اینڈ ایس (بمبئی)، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ

جلد دوم

بنظر ثانی و ترمیم مطابق طبع یازدہم سنہ ۱۹۳۶ء

ڈاکٹر سی۔ ا۔ محمد حسین صاحب ایم۔ بی۔ بی ایس، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ

سنہ ۱۳۶۰ھ سنہ ۱۳۵۰ف سنہ ۱۹۴۱ء

دار الطبع جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

یہ کتاب جے اینڈ اے چرچل لمیٹڈ لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں ترجمہ
کرکے طبع وشائع کی گئی ہے۔

فہرستِ مضامین

صفحہ

امراض اعضائے ہضم ۴۷۶ تا ۷۱۴

بسم اللہ الرحمن الرحیم

THE PRACTICE OF MEDICINE

عملِ طب

120

جلدِ دوم

امراض اعضائے تنفس

امتحانِ سینہ

معائنہ (inspection) ۔ سینہ کو سامنے، پیچھے، اور اوپر سے دیکھنے پر بعض غیر طبعی امور مثلاً مختلف قسم کے جلدی ثورانات (eruptions)، دبیلہ (empyema) کے پرانے عملیات کے ندبات (scars) یا بندوق کے زخموں کے ندبات، اور وریدوں کی کلانی دیکھے جا سکتے ہیں، اسی طرح سینہ کی شکل و حرکات میں کوئی تغیر موجود ہو تو وہ بھی شناخت کیا جا سکتا ہے ۔ وریدوں کی کلانی کے متعلق یہ ضروری ہے کہ پھولی ہوئی وریدوں کے، اور ان وریدوں کے درمیان جو معمول کے نسبت زیادہ اوپری واقع ہوں، امتیاز کیا جائے، کیونکہ اول الذکر اوردہ اجوف

(venæ cavæ) کے داخلی تسدد (obstruction) پر دلالت کرتی ہیں اور آخرالذکر کوئی امراضیاتی اہمیت نہیں رکھتیں۔ ایک تندرست بالغ کے سینہ میں جن اُمور کو دیکھنا چاہئے وہ مندرجہ ذیل ہیں: سینہ کی شکل کسی قدر بیضی بیضوی ہوتی ہے۔ سینے اس کا پیشی پسی (antero-posterior) قطر عرضی قطر کے نسبت بہت کم ہوتا ہے۔ سینہ کی زیادہ چوڑائی اُس کے زیریں حصے میں ہوتی ہے۔ ترقوی ہڈیاں (clavicles) محض خفیف طور پر اُبھری ہوئی ہوتی ہیں اور ان کے اوپر بعض خفیف سا نشیب اور نیچے شاذ ہی کوئی نشیب ہوتا ہے۔ تھنی کا محل وقوع چوتھی پسلی پر یا اُس کے بالائی یا زیریں کنارے پر ہوتا ہے۔ زاویہ (شرا سیفی زاویہ epigastric angle) ۷۵ تا ۹۰ درجہ کا ہوتا ہے۔ اس کا راس غضروف سیفی (ensiform cartilage) کے مقام پر ہوتا ہے اور اُس کے ہر جانب ساتویں اور آٹھویں ضلعی کریاں ہوتی ہیں۔ عظم الکتف (scapula) صدر کے پچھلے حصے سے قریبی طور پر متوافق ہوتا ہے اور شوکہ سیدھا ہوتا ہے۔ تہیق (inspiration) یعنے سانس اندر لینے میں سینہ کا محیط ۲ تا ۳ انچ پھیلنا چاہئے، دونوں جانبوں کی حرکت متشاکل (symmetrical) ہونی چاہئے، شراسیفی زاویہ چوڑا ہو جانا چاہئے اور قص (sternum) کو آگے بڑھ آنا اور نیچے کی پسلیوں کو اوپر اٹھ جانا چاہئے۔ گہری سانس لینے پر زیرترین بین ضلعی فضاؤں کو اپنی جگہ سے محض ذرا ہی پیچھے ہٹنا چاہئے۔

معائنہ کے ذریعہ سینہ کی شکل کی غیرطبعی حالتیں نوٹ کی جاتی ہیں، اور یہ اسباب ذیل کا نتیجہ ہو سکتی ہیں:- (الف) امراض مشش۔ نفاخ (emphysema) میں سینہ معمول سے زیادہ کشادہ اور شراسیفی زاویہ نسبتہً زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ پھیپھڑے کی لیفیت (fibrosis) میں جیسی کہ سل ریوی (phthisis) میں ہوتی ہے، مقامی انقباض کی وجہ سے جو کہ عموماً ایک یا دوسرے راس پر واقع ہوتا ہے، سینہ غیرمتشاکل ہو جاتا ہے۔ (ب) ایسے امراض عظام جیسے کہ وہ تشوہات (deformities) جو کساح (rickets) اور شوکہ کے زاویتی اور جانبی انحناؤں کے باعث ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ سینہ غیرمتشاکل ہو جائے، یا غیرطبعی شکل کا ہونے کے باوجود بدستور دو جانبی تشاکل ظاہر کرے۔ بالعموم شعبی التہاب (bronchitis) اور شعبی ذات الریہ

(broncho-pneumonia) بھی اُن تشوہات کے پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں جو کہ کساحۃ کا نتیجہ ہوتے ہیں (ج) ممکن ہے کہ نو عمر موضوعوں میں قلب کی بیش پرورش (hypertrophy) بائیں پہلو میں دیوار سینہ کا ایک مقامی ابھار پیدا کر دے۔

سینہ کا محیط ایک فیتہ کے ناپ سے اور عرضی اور پیش پسی قطر ایک قطر پیما (callipers) کے ذریعہ حاصل ہوتا ہے۔ سینہ کی شکل ایک انحناء پیما (cyrtometer) سے حاصل ہو سکتی ہے، جو نرم دھات کے دو لمبے ٹکڑوں پر مشتمل ہوتا ہے اور جس میں ان ٹکڑوں کے ایک طرف کے سرے باہم ڈھیلے جڑے ہوئے ہوتے ہیں۔

معائنہ سے ہم، صدر کی شکل اور تشاکل کی تبدیلیوں کے علاوہ، حرکات تنفس کی نوعیت بھی نوٹ کر سکتے ہیں۔ تنفس کا طبعی تواتر بالغوں میں فی منٹ تقریباً پندرہ تا اٹھارہ ہوتا ہے۔ بچوں میں یہ نسبتہً بہت زیادہ تیز ہوتا ہے۔ یہ تواتر بیس یا زائد ہو سکتا ہے اور عمر کے ساتھ بدل جاتا ہے۔ ریوئی یا دوسرے مبداء کے مرض کی مختلف قسموں میں حرکات تنفس معمول کی نسبت سست یا زیادہ تیز، غیر عمیق یا عمیق تر، کمزور یا قوی تر ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ وہ غیر منتظم یا بے قاعدہ ہوں۔

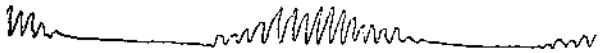
بُھر (dyspnoea) ایک سریریاتی اصطلاح ہے، جو پھولی ہوئی سانس "shortness of breath" کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، اور یہ مریض کا اپنا احساس ہے کہ مزید تنفسی کوشش کی ضرورت ہے۔ (الف) تنفسی شرح کی زیادتی (سُرعتِ تنفس: polypnoea) (ب) تنفسی ضخامت کی زیادتی (بیش تنفس :hyperpnoea) (ج) پھیپھڑوں کے اندر اور باہر ہوا کے جانے آنے میں رکاوٹ (انسدادی بُھر :obstructive dyspnoea) موجود ہو سکتی ہے۔ آخر الذکر صورت میں یہ وقت یا تو دورانِ شہیق (inspiration) میں (شہیقی بُھر inspiratory dyspnoea) یا دورانِ زفیر (expiration) میں (زفیری بُھر expiratory dyspnoea) نہایت نمایاں ہو سکتی ہے۔ اگر مریض کو زیادہ سہولت کے ساتھ سانس لینے کے لئے مجبوراً بیٹھنا پڑے، جیسا کہ بہت سی ریوئی اور قلبی امراض کی صورت میں ہوتا ہے، تو اس حالت کو انتصابی تنفس (orthopnoea) کہتے ہیں۔ بطء تنفس (bradypnoea) یا تنفسی شرح کی تخفیف، جس کے ساتھ

121

بلند حرارت ہوا پائی جاتی ہے، طبعی حالت میں نیز التہاب دماغ (encephalitis) کے بعد ہونا بیان کی جاتی ہے (۱)۔

یہ دیکھنا بھی اہم ہے کہ آیا تنفس کا عمل زیادہ تر سینہ کے بالائی حصے سے انجام کو پہنچتا ہے جیسا کہ عورتوں میں عام ہوتا ہے یا زیریں حصے سے، جو مردوں کی ممتاز خصوصیت ہوتی ہے۔ اب معائنہ میں شکمی دیواروں پر بھی نظر ڈالنی چاہئے، جن سے گویا حجاب حاجز کا فعل ظاہر ہوتا ہے، یعنی جب حجاب حاجز منقبض ہوتا ہے تو شکمی دیواریں آگے کو بڑھ آتی ہیں اور جب وہ مرتخی (relaxed) ہوتا ہے تو شکمی دیواریں پیچھے کو ہٹ جاتی ہیں۔ سینہ کے ایک حصے کا غیر متناسب استعمال اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ اس کے دوسرے حصے میں مرض ہے۔ معائنہ، سکون سے سانس لیتے ہوئے اور مریض کے زور سے اندر سانس لینے (شہیق :inspiration) میں دونوں حالتوں میں کرنا چاہئے۔

چین اسٹوکس تنفس (Cheyne-Stokes respiration)۔ اس قسم کی سانس کی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں تنفس کی زیادتی (بیش تنفس :hyperpnoea) اور تنفسی حرکات کی غیر موجودگی (عدم تنفس :apnoea) کے



شکل ۸۔ چین اسٹوکس تنفس۔ اس منحنی (curve) کو بائیں طرف سے دائیں طرف پڑھنا چاہئے، اور وقت کا اندراج نیچے ثانیوں (seconds) کے نشانات سے کیا گیا ہے۔ عدم تنفس کے عرصے میں جو چھوٹے چھوٹے تموجات درج ہیں وہ قلب کی ضربات کی وجہ سے ہیں۔

تبادل عرصے ہوتے ہیں۔ بیش تنفسی عرصے تنفسی ضخامتوں (respiratory volumes) کا تدریجی بڑھاؤ اُتار ظاہر کرتے ہیں جیسا کہ شکل ۸ میں بتلایا گیا ہے۔ ایک دورِیہ

(cycle) کی پوری مدت بیس تا ساٹھ سیکنڈ ہو سکتی ہے، اور اس میں تنفسات کی تعداد پانچ سے لیکر ساٹھ تک مختلف ہوتی ہے۔ تنفس کی زیادتی کے عرصہ کے وسط میں تنفس کی شرح فی منٹ پچاس یا ساٹھ تک تیز ہو سکتی ہے۔ چین اسٹوکس تنفس غالباً تنفسی مرکز کی تحریک پذیری (excitability) کے تغیرات کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے اور اس سے عموماً آکسیجن کی کمی ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ دماغی شرائین کے قطریہ (calibre) کے تغیرات اس کا سبب ہوں، اور نخاع مستطیل (medulla) کی شریانوں کا نوبتی انقباض (periodic contraction)، نوبتی عدم تنفس (periodic apnoea) پیدا کر دیتا ہو (2)۔ چین اسٹوکس تنفس کبھی کبھی طبعی اشخاص میں سونے کی حالت میں موجود ہوتا ہے، اور مرتفع اور بلند مقامات پر بہت عام طور پر واقع ہو جاتا ہے۔ کثیر التعداد امراضیاتی حالتوں میں وہ اکثر موت سے چند گھنٹے پہلے واقع ہوتا ہے۔ اس کے برعکس اُن ضعیف العمر اشخاص میں جو عضلۂ قلب کے انحطاط (myocardial degeneration) اور شریانی مرض میں مبتلا ہوں، چین اسٹوکس تنفس کا مہینوں جاری رہنا معلوم ہوا ہے۔ بیش تنفسی عرصہ کا اثر یہ ہوتا ہے کہ وہ خون سے CO_2 کو دھو کر خارج کر دیتا ہے لہذا اب تنفسی مرکز متہیج نہیں ہوتا اور سانس موقوف ہو جاتی ہے۔ وقفہ کے دوران میں CO_2 بتدریج مجتمع ہو جاتی ہے اور جوفیصزول (alveoli) میں کی آکسیجن خرچ ہوتی رہتی ہے۔ اس کے بعد جب آکسیجن کی احتیاج ناگہانی طور پر محسوس ہوتی ہے تو سانس پھر شروع ہو جاتی ہے۔ بیش تنفس (hyperpnoea) کے دوران میں پھیپھڑوں میں آکسیجن بہ سرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔ لیکن چونکہ مرکز تنفس ضرورت سے زائد متہیج ہو جاتا ہے لہذا CO_2 دھلکر خارج ہو جاتی ہے اور آکسیجن کی احتیاج سردست موجود نہیں رہتی۔ اس طرح چین اسٹوکس تنفس کا انحصار دو جداگانہ عاملوں کی موجودگی پر ہوتا ہے، جو مرکز تنفس کو متہیج کرتے ہیں۔ یہ عامل یہ ہیں: آکسیجن کی احتیاج، اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2)(Pembrey and Allen)۔ چین اسٹوکس تنفس کو ایک انجن کے "حاکم کی جویندگی" ("hunting of the governor") سے تشبیہ دیجا سکتی ہے جو اُڑ پہیئے (flywheel) کی غیر موجودگی میں واقع ہوتی ہے۔ تنفس کے ان تغیرات کے ساتھ دوسرے مظاہر بھی ہو سکتے ہیں۔ عدم تنفس (apnoea) کے اختتام پر آکسیجن کی

امتیاج کے زمانہ میں مریض پر غنودگی طاری ہو جاتی ہے، وہ غافل اور بے پروا ہو جاتا ہے، اور اس کا چہرہ کبود (livid) ہو جاتا ہے۔ اس طرح ممکن ہے کہ بیش تنفسی عرصے کے آخری حصے میں مریض متہیج (excited) ہو جائے۔ بیش تنفس (hyperpnœa) میں ممکن ہے کہ پتلیاں متسع ہو جائیں، اور عدم تنفس (apnœa) میں پھر سکڑ جائیں۔ نبض اکثر شاذ ہی متاثر ہوتی ہے، لیکن سر ایف ٹیلر (sir F. Taylor) نے مشاہدہ کیا کہ وہ بیش تنفس کے ابتدائی اور درمیانی زمانوں میں تین سیکنڈ کے لئے بالکل موقوف ہو گئی۔

تنفس بیتو (Biot's respiration) میں، جو عام ترین طور پر التہاب سحایا (meningitis) میں دیکھا جاتا ہے، کئی سیکنڈ (تیس یا زائد سیکنڈ تک) کے وقفے کم و بیش نوبتی طور پر واقع ہوتے ہیں، لیکن تنفسات کا چڑھاؤ اُتار نہیں ہوتا۔ 122

رانجنی شعاعیں (Röntgen rays)۔ یہ طریقۂ تحقیق سینہ کے مرض کی حقیقت شناخت کرنے یا اس کی وسعت اور جائے وقوع کا اندازہ کرنے کیلئے نہایت منفعت بخش ہے۔ حجاب حاجز کی وضع اور حرکت، اور ریوی تجمد (pulmonary consolidation)، درنہ (tubercle)، نو بالیدوں اور مائع انصبابات (liquid effusions) کی موجودگی کی شناخت، پردہ پر نظر آنے والے سایہ سے کیجا سکتی ہے، اور ان کی عکسی تصویریں لیجا سکتی ہیں۔ مریض کے امتحان کا بہترین طریقہ عموماً یہ ہے کہ اُسے اُفقی وضع میں دیکھنے کی بجائے انتصابی وضع میں دیکھا جائے۔

جس (palpation)۔ اس سے یہ مراد ہے کہ سینہ کے حرکات کے امتحان کے لئے یا اُس کی دیواروں کے اُن ارتعاشات (vibrations) کے مطالعہ کیلئے جو آواز یا دوسرے سبب سے پیدا ہو جاتے ہیں، سینہ کی سطح پر ہاتھ رکھا جائے۔ اول الذکر مقصد کے لئے ایک ہی وقت میں ایک ایک ہاتھ سینہ کی ہر جانب پر ترقوی ہڈی (clavicle) کے نیچے، یا زیر کتفی (infra-scapular) خطے یا زیر بغلی (infra-axillary) خطے پر رکھا جاتا ہے، جس سے حرکت کی مطلق اور اضافی مقداریں کیسقدر صحت کے ساتھ معلوم کی جا سکتی ہیں۔ آخر الذکر مقصد کے لئے ہاتھ سینہ پر چپٹا رکھدیا جاتا ہے، اور وہ بعض بلند آواز سے بولتا ہے۔ بہترین طریقہ یہ ہے کہ دونوں ہاتھوں کو

بیک وقت سینہ کی ہر جانب برتشاکل (symmetrical) وضعوں میں رکھا جائے۔ ہاتھوں کی ظہری (dorsal) سطحیں اور راحی (palmar) سطحیں دونوں استعمال کی جاسکتی ہیں (Jex-Blake)۔ حالت صحت میں دیوار سینہ میں ایسے ارتعاشات ہوتے ہیں جو اُس پر رکھے ہوئے ہاتھ کو صاف طور پر محسوس ہوتے ہیں [لمسی صوتی تحفیف (tactile vocal fremitus) یا لمسی ارتعاش (tactile vibration)]۔ اس کے لئے ضروری ہے کہ احبالِ صوت (vocal cords) کا ارتعاش طبعی ہو اور پھیپھڑوں کی ایصالی قوت (conductivity) طبعی ہو اور اُس کے ساتھ ہی شعبی اُنبوبات (bronchial tubes) مفتوح ہوں اور شُش کی بافت آنجہی ہو۔ ارتعاش کی مقدار تندرست اشخاص میں مختلف ہوتی ہے۔ بالغ مردوں میں جن کی آواز گہری اور گونجنے والی ہو، سب سے زیادہ ارتعاش پایا جاتا ہے۔ عورتوں اور بچوں میں یہ ارتعاش قلیل ترین یا غیر موجود ہوتا ہے۔ ارتعاش، مرض کی حالت میں ہر ایسی چیز سے کم یا نابود ہو جاتا ہے جو شعبی اُنبوبات میں رکاوٹ پیدا کردے یا پھیپھڑوں کو پچکا کر اُن کی اسفنجی بافت کو ٹھوس بنا دے، مثلاً پلیورائی کیسہ کے اندر مائع (liquid) یا ہوا کی موجودگی (استرواح الصدر :pneumothorax)۔ جب شش کی بافت کے تجمّد (consolidation) کے ساتھ شعبی اُنبوبات کی مفتوح حالت (patency) ہو تو ارتعاش زیادہ ہو جاتا ہے۔ ذات الریہ (pneumonia) میں جب چھوٹے اُنبوبات افراز سے بھرے ہوئے ہوں تو ارتعاش کم یا غیر موجود ہوتا ہے، لیکن اگر انبوبات کھانسنے سے صاف ہو گئے ہوں تو وہ زیادہ ہو جاتا ہے۔

جَسّ (palpation) سے پلیورائی فرک (pleural friction) کے ارتعاشات، شعبی تنگی کے ارتعاشات (خرخرات :rhonchi)، اور کہفوں میں پیدا ہونے والی بعض آوازوں کے ارتعاشات بھی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ متناظر آوازوں کا تذکرہ اِستماع (auscultation) کے بیان میں درج کیا گیا ہے۔

قرع (percussion)۔ قرع یعنی ٹھکنے یا ٹھونکنے سے جسم کے کسی بھی حصے سے آواز پیدا کی جاسکتی ہے۔ مثلاً ران سے ایک بالکل اصم آواز (absolutely dull sound) نکلتی ہے، جو محض ایک شور (noise) ہوتی ہے، جس میں صرف

دو صفات ہوتے ہیں یعنے بلندی (loudness) اور مُدت (duration)۔ جب سینہ یا شکم کو (جو ہوادار کہفے ہیں) ٹھوکا جاتا ہے' تو اُن کی آواز ایک حد تک تو ایک شور (noise) ہوتی ہے' اور ایک حد تک ایک موسیقی سُر تی (musical tone)۔ کسی ساخت میں ایسی موسیقی سر قی جس حد تک موجود ہو اسی حد تک اُس ساخت کو گمک دار (resonant) کہتے ہیں گمک (resonance) کا انحصار امور ذیل پر ہوتا ہے۔ (۱) ایک کہفہ جس میں ہوا مُرتعش ہو سکے (۲) دیواریں جو کافی طور پر لچکدار ہوں اور ایسا صحیح تناؤ (tension) رکھتی ہوں کہ ہوا کے ساتھ ہم آہنگ ہو کر مرتعش ہو سکیں' تیز آواز کو باہر کی طرف ایصال کرنے کی صلاحیت رکھتی ہوں۔ دیوار کا تناؤ گمک پر جو اثر رکھتا ہے اُسے ہوا سے پھلائے ہوئے گال کو اُنگلی کے ناخن سے تھپ تھپا کر اور گال کے عضلات کے انقباض کو بدل بدل کر بآسانی بتلایا جا سکتا ہے۔ سر قی (tone) ارتعاشات کے ایک باقاعدہ سلسلے سے پیدا ہوتی ہے۔ اُس کا ارتفاع (pitch) ارتعاشات کی فی ثانیہ تعداد پر منحصر ہوتا ہے۔ اُس کی صفت (quality) کا انحصار بلند نغمات (harmonics) یا اونچی سرتیوں (overtones) کی اُس تعداد پر ہوتا ہے جو بنیادی سُر (fundamental note) کے ساتھ موجود ہوں۔ شور محض (mere noise) کی طرح سُرتی (tone) میں بھی بلندی (loudness) اور مدت (duration) موجود ہوتی ہے۔ لیکن اگر قرع (percussion) کی طاقت مساوی ہو تو محض شور کے مقابلہ میں سرتی کی بلندی اور اُس کی مدت زیادہ ہوتی ہے۔

قرع کی سب سے زیادہ سُریلی اور موسیقی آوازوں (musical sounds) کو طبلی (tympanitic) کہتے ہیں۔ ایسی آوازیں شکم سے اور ایک استرواح الصدر والے سینہ سے حاصل ہوتی ہیں۔ ان حالتوں میں ارتفاع (pitch) اونچا ہوتا ہے' کیونکہ شکم اور سینہ بڑے کہفے ہیں۔ قصبۃ الریہ (trachea) سے بھی ایک طبلی آواز حاصل ہوتی ہے لیکن اُس کا ارتفاع نسبتاً اعلیٰ ہوتا ہے۔ طبعی سینہ کا قرع کرنے سے شُش کی طبعی گمک (normal lung resonance) حاصل ہوتی ہے' جس میں موسیقیت کا عنصر بہ نسبت اُس کے جو طبلیت (tympany) میں ہوتا ہے

کم نمایاں ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جوفیزوں کی لچکدار دیواریں دیوار سینہ کے ساتھ مرتعش نہیں ہوتیں۔ ارتفاع (pitch) ادنیٰ ہوتا ہے یعنی فی سیکنڈ ۷ تا ۱۲ ارتعاشات (Müller)۔ اگر جوفیزی دیواریں ڈھیلی ہوں (اس صورت میں جب کہ کہفہ پلیورا کے اندر سیال مجتمع ہو رہا ہے) تو قرع کی آواز طبلی ہوجاتی ہے۔ اِس کو اِسکوڈائی گمک (Skodaic resonance) کہتے ہیں۔ اگر سیال نسبتہً زیادہ مقدار میں موجود ہے اور اس سے شش کو بچکاکر اُس کے اندر کی ہوا کو باہر نکال دیا ہے تو قرع کی آواز بالکل اصم (completely dull) ہو جائے گی لیکن ممکن ہے کہ اصم رقبہ (dull area) سے آگے جہاں شش صرف ڈھیلا پڑ گیا ہے طبلی آواز موجود ہو اور پھر اس سے بھی آگے کو شش کی طبعی گمک ہو۔ سیال خود آواز کا اچھا موصل ہوتا ہے، جیسا کہ ہر وہ شخص جو ایک حمام میں لیٹ کر اور اپنے کانوں کو پانی میں ڈوبا ہوا رکھکر پانی کا نل کھلا رکھے، خود پر تجربہ کرکے دیکھ سکتا ہے۔ گمک اس وجہ سے غائب ہو جاتی ہے کہ (۱) جب زیادہ سیال موجود ہوتا ہے تو شش پچک جاتا ہے۔ (۲) اگر اب بھی شش میں کچھ ہوا موجود رہے تو سیال میں آواز کی منتقلی ناقص ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 125)۔

بلش گمک (hyper-resonance) یعنے گمک کی زیادتی اُس درجہ کو ظاہر کرتی ہے جو شش کی طبعی گمک اور طبلیت کے درمیان ہوتا ہے۔ جقت گمک (impairment of resonance) یعنی گمک کی کمی اُس درجہ کو ظاہر کرتی ہے جو شش کی طبعی گمک اور قطعی اصمیت (absolute dulness) کے درمیان ہو۔ بیش گمکی یا طبلی سُر (hyper-resonant or tympanic note) مرض نفاخ (emphysema) میں پایا جاتا ہے اُس مقام پر جہاں جوفیزی دیواریں بڑی حد تک تلف ہو جاتی ہیں، اسی طرح یہ نہایت بڑے کہفوں پر بھی ملتا ہے جیسے کہ سل ریوی (phthisis) میں شش کے تجمّد (solidification) یا پچکاؤ (compression) سے اور پلیورا کی دبازت سے گمک کم ہو جاتی ہے۔ شش کے چھوٹے کہفوں پر ایک اصم قسم کی سر حاصل ہوتا ہے، کیونکہ ان کے ساتھ لیفیت (fibrosis) بھی موجود ہوتی ہے۔ ریوی گمک کا انحصار دیوار سینہ کی دبازت پر بھی ہوتا ہے۔ دُبلے

اشخاص کی نسبت عضلی نشوونما والے اشخاص میں اور سینہ کے اگلے حصے کی نسبت سینہ کی پشت سے نسبتاً زیادہ اصم سر حاصل ہوتا ہے۔

بلاواسطہ قرع (immediate percussion) کی مشق تر قوی ہڈیوں پر راست قرع کر کے کی جاتی ہے۔ بالواسطہ قرع (mediate percussion) بقیہ سینہ کے لئے اس طرح کیا جاتا ہے کہ بائیں ہاتھ کی دوسری انگلی کو ایک بین الاضلاع فضا کے طول میں رکھ کر اس کے بعدی بین السلامیاتی مفصل (distal interphalangeal joint) کی ظہری سطح پر دائیں ہاتھ کی دوسری انگلی کی نوک سے ٹھوکا جاتا ہے۔ سینہ کی دونوں جانبوں کے تناظر نقطوں کا باہم مقابلہ کرنا بھی ضروری اور اہم ہے۔ انگلیوں کو اس طریقہ پر استعمال کرنے سے مزاحمت (resistance) کا کچھ اندازہ ہو سکتا ہے۔ جہاں ایک گمگی سُر حاصل ہوتا ہے وہاں سینہ پر رکھی ہوئی انگلی کی وساطت سے لچک (resilience) کا احساس محسوس ہوتا ہے۔ جب آواز اصم ہو تو دیوار سینہ بے لچک (unyielding) اور جامد معلوم ہوتی ہے۔

یہاں قرعی آوازوں کی دو قسموں کا تذکرہ کرنا بھی ضروری ہے:-

(۱) صوت ظرف شکستہ (cracked pot sound) جو کبھی کبھی اس کہفہ پر سنائی دیتی ہے جو ایک شعبیت (bronchus) سے ملحق ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 168)-

(۲) قدّ ری گمگ (amphoric resonance) یا فلزی جھنکار (metallic ring) جو بعض اوقات ایک ہوا سے بھرے ہوئے بڑے کہفہ پر قرع کرنے سے سنائی دیتی ہے اور حس ویلخاسی (bruit d'airain) سے بہت مشابہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 127، 191)۔ قرع کو سب سے پہلے آین برگر (Auenbrugger) نے ۱۷۶۱ء میں بیان کیا (3)، اور اس نے وہ مختلف امراضیاتی حالتیں بھی بیان کیں جو قرع کی آواز کی تبدیلیوں کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔

استماع (auscultation)- یہ احشاء (viscera) یا جسم کے دوسرے حصوں کا مطالعہ ہے جو ان کے اندر پیدا شدہ آوازوں کو سن کر کیا جاتا ہے۔ یہ بلاواسطہ (immediate) ہو سکتا ہے اس وقت جب کہ برہنہ سینہ پر یا

صرف ایک تولیہ یا رومال کو حائل رکھ کر مریض کے سینہ سے خود کان کو لگا دیا جاتا ہے۔ یا بالواسطہ (mediate) جب کہ ایک موصل صوت آلہ (sound conducting instrument) مریض کے سینہ اور سامع کے کان کے درمیان ربط پیدا کرتا ہے۔ زیادہ عام طور پر جو آلات استعمال میں لائے جاتے ہیں وہ یہ ہیں:- (۱) دو گوشی مسماع الصدر (binaural stethoscope) (۲) سید ھا چوبی یا فینلزی مسماع الصدر جو تقریباً ۲ انچ لمبا ہوتا ہے، اور (۳) صوتی دروں بین (phonendoscope) جس سے اندر آوازوں میں گمک پیدا ہو جاتی ہے۔ پہلے اور تیسرے آلے میں یہ فائدہ ہے کہ وہ دونوں خم پذیر ہوتے ہیں، اور مریض کی ہر وضع میں استعمال کئے جا سکتے ہیں۔ استماع اور اس کے طبی فوائد کو سب سے پہلے لائینک (Laennec) نے بیان کیا۔ اس نے اپنے مشاہدات کو ۱۸۱۹ء میں دو جلدوں میں جمع کر کے مندرجہ ذیل نام سے موسوم کیا "De l'Auscultation Médiate ou Traité du Diagnostic des Maladies des Poumons et du Coeur fondé principalement sur ce nouveau moyen d' exploration," اور یہ پیرس میں طبع ہوئیں۔ بالواسطہ استماع کے انکشاف کو اس نے اپنے الفاظ میں یوں بیان کیا ہے (8):

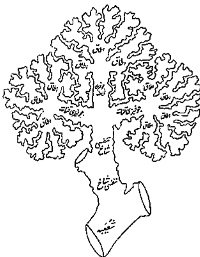
"۱۸۱۶ء میں مجھ سے ایک نوجوان عورت نے مشورہ چاہا۔ مریضہ میں قلب کے مرض کے عام علامات نظر آتے تھے ...... مریضہ کی عمر اور صنف کی وجہ سے مجھے اس کا موقع نہیں تھا کہ میں مندرجہ بالا طریقہ سے (یعنی سینہ پر براہ راست کان لگا کر) اس کا امتحان کر سکوں۔ حسن اتفاق سے مجھے ایک مشہور سمعی مظہر (acoustic phenomenon) یاد آیا: یعنی یہ کہ اگر ہم ایک چوبی شہتیر کے ایک سرے پر اپنا کان رکھ دیں تو شہتیر کے دوسرے سرے پر ایک آلپین سے کھرچنے کی آواز ہمیں نہایت صاف طور پر سنائی دیتی ہے ...... چنانچہ میں نے کاغذ کا ایک دستہ لیا اور اسے لپیٹ کر خوب سخت بنا لیا، اور اس کا ایک سرا مریضہ کے پیش قلبی خطہ (præcardial region) پر رکھ کر دوسرے سرے پر اپنا کان رکھا۔ مجھے تعجب ہوا اور خوشی بھی جب کہ میں نے یہ دیکھا کہ میں مریضہ کی ضربات قلب کو

اس قدر صاف اور واضح طور پر سن سکتا ہوں کہ میں نے پہلے کبھی اپنا کان براہ راست لگا نے پر بھی اس صفائی اور وضاحت کے ساتھ نہ سنا تھا۔"

اگر تندرست شش کا استماع کیا جائے تو ہم ہر تنفس کے ساتھ ہر جگہ ایک آواز سنیں گے جسے طبعی صوت تنفس (normal breath sound) یا حویصلی خریر (vesicular murmur) کہتے ہیں۔ اس کی نقل یوں اتاری جاسکتی ہے کہ ہونٹوں کو جرمن حرف ڈبلیو (German "w") یا انگریزی مجہول "وی" (English soft "v") کا تلفظ ادا کرنے کی وضع میں رکھا جائے اور سنکھنے سے پھونک ماری جائے۔ اس آواز کا ارتفاع ادنیٰ (low pitch) ہوتا ہے اور اس میں ۔ تا ۔ ۹ ارتعاشات (vibrations) ہوتے ہیں (Müller)۔ حویصلی خریر شہیق (inspiration) کے دوران میں سنائی دیتا ہے۔ لیکن زفیری فعل (expiratory act) یا تو بالکل خاموشی کے ساتھ ہوتا ہے یا ایک مماثل آواز کے ساتھ ہوتا ہے جو نسبتہً زیادہ نرم اور مختصر (softer & shorter) ہوتی ہے اور زفیر کے اوائل تک محدود ہوتی ہے۔

تنفس کی آوازوں کی پیدائش کی توضیح میں صفحہ 219 پر بیان کیا گیا ہے کہ یہ آوازیں اس وقت جب کہ ہوا ایک تنگ سوراخ سے کسی نسبتہً چوڑی فضا میں جاتی ہے، ایک "منبعِ صفارؔ" (inspiration) بن جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ دورانِ تشہیق (inspiration) میں تنفس کی آواز (۱) مزمار (glottis) کے مقام پر پیدا ہوتی ہے اور (۲) محیط کے مقام پر اس وقت پیدا ہوتی ہے جب کہ ہوا تنفسی شعیبات (respiratory bronchioles) میں سے نکل کر اور جوفیزی قنا توں اور اقاقوں (atria) میں سے ہوتی ہوئی، ہوائی ماچوں (air-sacs) کے اندر جاتی ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۹)۔ جب آواز کسی ایسے منبع سے نکلتی ہو جو کہ یکساں واسطے میں ہو تو وہ عموماً چاروں طرف منتشر ہو جاتی ہے اور اس کی شدت فاصلہ کے مربع کے تناسب گھٹ جاتی ہے۔ لیکن جب آواز مزمار میں پیدا ہوتی ہے جو کہ ایک نلی میں واقع ہے، تو اس کا انتشار رک جاتا ہے، اور وہ نلی کی دیوار کے اندر سے مسلسل منعکس ہوتی ہوئی نلی کے راستہ سے نیچے کو ایصال پذیر ہو جاتی ہے، جیسا کہ ایک بولنے کی نلی (speaking- tube) میں ہوتا ہے۔ تاہم نیچے جا کر نسبتہً

چھوٹی نالیوں سے کیفقدر انتشار گردو پیش کے شُشش میں واقع ہوتا ہے ۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مزماری آواز جب سینہ کے باہر سنائی دیتی ہے تو وہ کمزور ہوتی ہے' اگرچہ اُسے اس آواز سے جو کہ محیط کی طرف ہوائی نالیوں وغیرہ میں پیدا ہوتی ہے تقویت حاصل ہوتی ہے۔ بولنے کی نلی کا یہی اصول استماع میں سماع الصدر کے استعمال کی بھی توضیح کرتا ہے۔ دوران زفیر (expiration) میں آواز اور بھی زیادہ کمزور ہوتی ہے' کیونکہ وہ خالصاً مزمار کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے' اور کیونکہ ایک دوسرا عام قاعدہ یہ بھی ہے کہ آوازیں ہوا کی رَو کی مخالف سمت میں اس آسانی سے ایصال پذیر نہیں ہوتیں کہ جس آسانی کے ساتھ وہ اس کے ساتھ ساتھ ایصال پذیر ہوتی ہیں۔ سینہ کے بعض حصوں میں' جہاں بڑے بڑے شعبات اور دیوار سینہ کے درمیان اسفنجی بافت کی تہ چنداں دبیز نہیں ہوتی' تو بعض اوقات کسی قدر درشت تر آوازوں (harsher sounds) سے



تصویر ۹ ۔ شُشش کی ساخت' بحوالہ Miller (43)۔ تنفسی شعیبات' جوفیزی قناتیں' اور اطاقات' اور انتہاؤں پر ہوائی تاچے' ان سب کی دیواروں میں جوفیزوں کا استر ہوتا ہے جس کی راہ سے گیسوں کا تبادلہ ہوتا ہے۔

125

بدل جاتا ہے، جو زفیر کے بیشتر حصے میں جاری رہتی ہیں اور شعبی حویصلی تنفس (broncho-vescicular breathing) کہلاتی ہیں ۔ یہ حصے یہ ہیں : عظم القص (sternum) کا بالائی سرا، پہلی پسلی کریاں جہاں وہ عظم القص سے اتصال حاصل کرتی ہیں اور پشت پر خط وسطی میں ایک الماسی شکل کی فضا جس میں ساتواں عنقی (cervical) اور پہلا ظہری شو کہ (dorsal spine) شامل ہیں ۔ دوسری جگہ اسوقت تک جب تک کہ کشش تندرست ہے اور ہوائی راستے نفوذ پذیر ہیں حویصلی خریر ہمیشہ موجود رہتا ہے ۔ حویصلی خریر بالغوں کی نسبت بچوں میں زیادہ بلند اور زیادہ درشت (harsher) ہوتا ہے (صبائی تنفس :puerile breathing) ۔ بالغوں میں حویصلی تنفس تندرست کشش پر اس وقت درشت اور مبالغہ آمیز ہوتا ہے جب کہ دوسرا کشش اپنا عمل انجام نہ دے رہا ہو (تعویضی تنفس :compensatory breathing) ۔ تنفس کی آوازیں غیر عمیق تنفس میں، نفاخ میں اور اس وقت جب کہ دیوار سینہ دبیز ہو، کمزور ہو سکتی ہیں ۔ وقفہ دار یا دوری منشق تنفس (interrupted or cog-wheel respiration) وہاں ہوتا ہے جہاں کشش کے غیر منتظم طور پر پھیلنے کی وجہ سے، جس کا سبب ممکن ہے کہ ہوا کے داخلہ میں میکانی مزاحمت ہو یا عصبیت (nervousness) کی وجہ سے عضلی فعل کی بیقاعدگی ہو، تنفسی خریر جھٹکے کے ساتھ (jerky) جھٹکوں ہوتا ہے ۔ اس قسم کا تنفس زیادہ تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا ۔

حویصلی خریر کی کمی، ہوا کے داخلہ میں کمی یا تنفس کی آوازوں کی غیر موجودگی اس وقت پائی جاتی ہے جب کہ ہوائی جوفیزے مطموس (obliterated) ہو جائیں یا جب اُن سے ارتباط رکھنے والا شعبہ (bronchus) مسدود یا مطموس ہو جائے یا جب ہوائی جوفیزے سطح سینہ سے دور ہٹ جائیں جیسا کہ عام طور پر پلیورائی انصباب (pleural effusion) کی حالت میں ہوتا ہے ۔ آخر الذکر حالت میں تنفس کی آوازوں کی غیر موجودگی کا انحصار اس اصول پر ہوتا ہے کہ جب آواز ایک واسطہ مثلاً ہوا میں سے گزرتی ہوئی کسی دوسرے واسطہ مثلاً پلیورائی انصباب کی سطح پر پہنچتی ہے تو آخر الذکر میں سے اس کی منتقلی ناقص طور پر ہوتی ہے لہذا اُس کا بیشتر حصہ واپس منعکس ہو جاتا ہے ۔ یہ امارت اس وقت بہت بڑی تشخیصی

اہمیت رکھتی ہے جب کہ مقابل شش کے متناظر نقطے پر تنفسی آوازیں طبی پائی جائیں۔
شعبی تنفس (bronchial breathing) ایک دہری آواز ہے جو دوران تنفس میں مزمار میں پیدا ہوتی ہے اور دہن بلعوم اور شعبی انبوبات کی گمک سے ترمیم یافتہ ہو جاتی ہے۔ ایسا تنفس قصبۃ الریہ (trachea) پر استماع کرنے سے سنا جا سکتا ہے۔ شہیقی اور زفیری آوازیں طول میں مساوی ہوتی ہیں۔ وہ ایک دوسرے سے صاف طور پر جدا ہوتی ہیں اور کیفیت میں درشت (harsh) ہوتی ہیں۔ اُن کی نقل اُتارنے کا یہ طریقہ ہے کہ دہن اور زبان کو جرمن "ch" کا تلفظ ادا کرنے کی وضع میں رکھا جائے اور باہر کو پھونک مار کر اندر کو ہوا چوسی جائے۔ شش پر جو شعبی تنفس سنائی دیتا ہے وہ اعلیٰ ارتفاع کا (high-pitched) انبیبی (tubular: یا اوسط ارتفاع کا (medium-pitched) یا ادنیٰ ارتفاع کا (low-pitched) کہفی (cavernous: ہو سکتا ہے۔ آوازوں کی بلندی (loudness) غیر اہم ہے۔ انبیبی تنفس (tubular breathing) جو بالخصوص متکبد (hepatised) شش پر سنائی دیتا ہے، ایک خاص پھونک (blowing) یا "کش" ("whiffing") کی صفت رکھتا ہے۔ کہفی تنفس (cavernous breathing) کھوکھلی (hollow) نوعیت کا ہوتا ہے۔ یہ اکثر پھیپھڑے کے کہفوں پر سنا جاتا ہے، لیکن یہ ہمیشہ اس امر پر دال نہیں ہوتا کہ وہاں ایک کہف ہے۔ شعبی تنفس (bronchial breathing) جب سینہ پر سنا جائے تو اس کے یہ معنی ہیں کہ شش کی بافت میں ترمیم ہو گئی ہے۔ یہ ترمیم بیشتر یہ ہے کہ اسفنجی ساخت، ٹھوس ساخت میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور یہ تبدیلی یا تو ہوائی خلیات کے پُر ہونے یا تلف ہو جانے سے ہوتی ہے (جیسے کہ ذات الریہ یا سل ریوی میں) یا بعض اوقات، اگر ہوائی راستے تمام تر مسدود نہ ہو گئے ہوں تو بیرونی بچکاؤ (پلیورائی انصباب :pleuritic effusion) کی وجہ سے ہوتی ہے۔ ضروری شرط یہ ہے کہ گرد و پیش کے شش کے تجمد (consolidation) کے ساتھ شعبی انبوبات کا انفتاح (patency) موجود ہو تاکہ مزماری آواز کا ایصال سطح تک ہو سکے اور وہ منتشر نہ ہونے پائے، نیز یہ کہ معمولی تنفسی خرخر کا جو فیزی جزو غیر موجود ہو۔

قلّا ربی تنفّس (amphoric breathing)۔ یہ ایک دُہری آواز ہے جو شہیق اور زفیر کے دوران میں سُنائی دیتی ہے اور جو شعبی تنفس کی نسبت زیادہ موسیقی صفت رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس میں ایک مخصوص فلزی صفت یا جھنکار ہو۔ اس کی نقل ایک تنگ گردن والی شیشہ کی استوانی یا گلدان (vase) کے منہ کے اندر پھونکنے سے آسانی جا سکتی ہے۔ یہ آواز بڑے کہفوں پر سُنائی دیتی ہے یا ایسے استرواح الصدر (pneumothorax) پر سنائی دیتی ہے جو ایک شعبہ کے ساتھ کھلا ہوا ارتباط رکھتا ہو اور یہ اُس کہفہ کی گمک کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ قدرتی طور پر اس کا ارتفاع (pitch) اور بلندی (loudness) تغیّر پذیر ہوتی ہے۔

صریر (stridor) ایک بلند آواز ہے جو انبیبی تنفس (tubular breathing) سے کسی قدر مشابہ ہوتی ہے لیکن اس کی صفت سیٹی (whistling) جیسی یا سسکارنے (hissing) جیسی ہوتی ہے۔ یہ آواز مزمار کی تنگی، قصبہ کی تنگی یا بڑے شعبات میں سے کسی ایک شعبہ کی تنگی کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ سینے کے بیشتر حصّے پر سُنائی دیتی ہے اور بعض اوقات مریض کے نزدیک کے آدمی اسے بغیر سماع الصدر کی مدد کے سُن سکتے ہیں۔

غیر معمولی آوازیں (adventitious sounds)، معمولی تنفس کی آوازوں یا متذکرہ بالا طور پر ترمیم شدہ تنفسی آوازوں کے علاوہ اور اُن کے ساتھ ساتھ سُنائی دیتی ہیں۔ اگر یہ پرسکون تنفس کے ساتھ نہ سنائی دیں تو مریض کو گہری سانس اندر لینی چاہیے، جس سے ممکن ہے کہ یہ سُنائی دینے لگیں۔ غیر معمولی آوازیں خرخرات (rhonchi)، لغطات (râles) اور فرک (friction) کی آوازیں ہیں۔

126

خرخرات (rhonchi) کم و بیش موسیقی آوازیں ہیں جو مخاط کے اجتماع سے شعبی انبوبات کے تسدد یا مخاطی جھلی کے ورم، یا انبوبات کے عضلی ریشوں کے تشنجی انقباض کے باعث پیدا ہوجاتی ہیں۔ یہ آوازیں شعبی انبوبہ کی جسامت اور تنگی کی مقدار کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتی ہیں اور انہیں مختلف معمولی آوازوں مثلاً کوکو کرنے (cooing)، کراہنے (groaning)، خرّاٹے لینے، غرغرانے،

(grunting) یا سیٹی بجانے سے تشبیہہ دی جاتی ہے۔ ادنیٰ ارتفاع کی (lower-pitched) خراٹے دار آوازوں کو سرناں خرخرات (sonorous rhonchi) کہتے ہیں، اور یہ نسبتاً بڑے انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں۔ نسبتاً اعلیٰ ارتفاع کی (higher-pitched) سیٹی جیسی آوازوں کو صفیری خرخرات (Sibilant rhonchi) کہتے ہیں، اور یہ نسبتاً چھوٹے انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں۔ یہ زفیر یا شہیق میں سنائی دے سکتے ہیں، اور ان کی جگہ اور بلندی ہمیشہ بدلتی رہتی ہے۔ بلند رناں خرخرات اکثر مریض کے نزدیک کھڑے رہنے والے اشخاص کو سنائی دیتے ہیں، اور انہیں سے "سوں سوں کی آواز" (wheezing) پیدا ہوتی ہے۔

لغطات (râles) مختلف قسم کی چٹخنے کی (crackling) یا حلق میں گھونگھرو بولنے کی (rattling) آوازیں ہیں۔ یہ بڑے، اوسط جسامت کے اور نسبتاً چھوٹے شعبی انبوبات میں، یا ریوی کہفوں میں، وہاں کے جمع شدہ سیال افرازات کے اندر ہوا کے زور سے داخل ہونے کی وجہ سے اور بلبلوں کے بننے اور ان کے کسی قدر شور کے ساتھ پھوٹنے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات انھیں خرخرات یا خشک آوازوں (rhonchi or dry sounds) سے تمیز کرنے کے لئے تر آوازوں (moist sounds) کے نام سے یاد کرتے ہیں۔ لیکن یہ تفریق نامناسب ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ خود خرخرات (rhonchi) مخاط کی موجودگی کے باعث پیدا ہو گئے ہوں۔ لغطات (râles) بلبلوں کی جسامت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں، چنانچہ وہ باریک (fine)، متوسط (medium)، یا موٹے (coarse) کہلاتے ہیں۔ لغطات کی تقسیم حُبابی (bubbling) اور متفقع (crackling) لغطات میں بھی کی جاتی ہے۔ آخرالذکر ایک تیز، صاف، جھنکار دار انفجاری (explosive) نوعیت کے ہوتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ یہ تجویف کے وسط میں واقع ہوتے ہیں، جہاں گونج کے لئے مخصوص حالات موجود ہوتے ہیں۔ اول الذکر یعنی حبابی لغطات کی آواز دھیمی (dull) ہوتی ہے، ان میں جھنکار یا دھماکے کے ساتھ پھوٹنے کی صفت نہیں ہوتی، اور یہ بیشتر ان انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں جو طبعی اسفنجی بافت سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ متفقع لغطات

(crackling râles) کو بعض اوقات اُن کے مفروضہ سمعی ماخذ (acoustic origin) کی وجہ سے متنغم (consonating) اور تحبیبی لغطات (bubbling râles) کو اس کے بالعکس غیر متنغم (non-consonating) کہتے ہیں۔ تغرغری لغطہ (gurgling râle) ایک موٹا لغطہ ہے جو سب سے بڑے انبوبات میں پیدا ہوتا ہے۔

تکتکہ (crepitation) کی اصطلاح بلا امتیاز تمام لغطات کے لئے استعمال کی گئی ہے لیکن عموماً وہ ایک نہایت باریک لغطہ کے لئے محدود ہے جو اتنا باریک ہو کہ خشک اشیاء (مثلاً کان کے پاس بالوں کی رگڑ یا ریشم کی سرسراہٹ) سے ماخوذ ہونے پر دلالت کرے۔ تکتکہ ذات الریہ کے ابتدائی درجے میں اُذیمائی کشش میں اور ایسے کشش میں سنائی دیتا ہے جو طویل ہبوط (collapse) کے بعد زور سے پھیل جائے۔ وہ غالباً ایسے نفسی شعیبات، اتاقوں اور ہوائی نالچوں کے کھلنے کے باعث ہوتا ہے جو پچھلے استعمال سے یا سادہ عدمِ استعمال کی وجہ سے چپک گئے ہوں۔ تکتکے (crepitations) اور نسبتہً باریک لغطات صرف دورانِ شہیق میں سنائی دیتے ہیں۔ متوسط جسامت کے اور موٹے لغطات دورانِ زفیر میں بھی سنائی دے سکتے ہیں۔ سل ریوی (phthisis) میں لغطات اُس گہرے شہیق کے دوران میں ظاہر ہو سکتے ہیں جو کھانسی کے بعد ہو۔

فلزی جھنکار (metallic tinkling) کا اطلاق اُن جھنکاردار یا کھنکھن کی آوازوں پر کیا جاتا ہے جو بعض اوقات اس صورت میں سنائی دیتی ہیں جب کہ ایک مریض جس کے کشش میں ایک بڑا کہفہ ہو بولتا یا کھانستا ہو۔ یہ عموماً ایک موسیقی لغطہ (musical râle) ہوتی ہے۔

بعد سعالی امتصاص (post-tussive suction) ایک چوسنے کی آواز ہے جو ایک کہفہ (تدرنی یا تمدد شعبی :bronchiectatic) پر کھانسنے کے بعد سنائی دیتی ہے۔ اس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ ما بعد گہرے شہیق کے شروع میں ہوا ایک سسکاردار آواز (hissing sound) کے ساتھ یکایک کہفہ کے اندر واپس کھینچ لی جاتی ہے۔

آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) یا ریمی استرواح الصدر

(pyo-pneumothorax) کی اصابتوں میں اُس وقت جب کہ طبیب کا کان مریض کے سینہ پر لگا ہوا ہو اگر مریض کو ہلایا جائے تو ایک چھلک کی آواز splashing sound) سنائی دیگی، جو کہفۂ پلیورائی میں کی ہوا اور مائع سے نکلتی ہے (ھزّۂ بقراط: Hippocratic succussion)۔

فرکی آواز (friction sound) یا پلیورائی رگڑ (pleuritic rub) پلیورا کی دو ایسی سطحوں کے باہم رگڑنے سے پیدا ہوجاتی ہے جو التہاب کی وجہ سے کھُردری ہوگئی ہوں۔ یہ اپنی نہایت ممیز شکل میں ایک درشت گرگرانے (grating) یا چرچرانے (creaking) کی آواز ہوتی ہے، جیسی کہ چمڑے کے دو ٹکڑوں کو ایک دوسرے پر زور سے رگڑنے سے، یا انگلی کی راحی سطح (palmar surface) کو ایک چوبی سطح پر مَلنے سے نکلتی ہے۔ یہ دوران تہیق میں بہترین سنائی دیتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ زفیر کے ساتھ بھی سنی جائے۔ بعض فرکی آوازیں لغطات سے نہایت قریبی شباہت رکھتی ہیں۔ لیکن وہ سینہ کے تھوڑے حصّے پر محدود ہوتی ہیں، اور کھانسنے سے متاثر نہیں ہوتیں۔ جب دیوارِ سینہ پر مسماع الصدر کا دباؤ بدل دیا جاتا ہے تو ان کی بلندی مختلف ہوجاتی ہے۔ جب وہ قلب کے اوپر کے پلیورا میں پیدا ہوتی ہیں تو ضربات قلب کے ساتھ متناظر ہوتی ہیں، لیکن اُن کی بلندی (loudness) تنفس کی سیتوں (phases) کے ساتھ ساتھ بدلتی رہتی ہے (پلیورائی تامُوری فرک: pleuro-pericardial friction)۔

127

بولنے کی آوازیں (voice sounds)، بولنے کی آوازیں جو طبی سینہ پر مسماع الصدر سے سنی جاتی ہیں ایک "مبہم" ("blurred") اور غیر واضح نوعیت رکھتی ہیں، جس کی وجہ یہ ہے کہ جو فیزی بافت میں اُن کا ایصال غیر منظم طور پر ہوتا ہے۔ اِس عدم وضاحت کی صفت ہی پر صوتی گمک (vocal resonance) کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔ صوتی گمک کا کم یا مفقود ہونا (diminished or absent vocal resonance)، بچوں اور عورتوں میں جن کی آوازیں اعلیٰ ارتفاع کی (high pitched) ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ صوتی گمک خفیف یا مفقود ہو۔ مرض میں اس کی غیر موجودگی شعبہ کے تسدد (obstruction) یا سیال سے کشش کے بچکاؤ (compression) کا نتیجہ ہوتی ہے۔

شعبہ صوتی (bronchophony):۔ یہ اصطلاح اُس وقت استعمال کی جاتی ہے جب بولنے کی آوازیں اپنی نوعیت میں واضح، اور ساتھ ہی معمول کے نسبت زیادہ بلند ہوتی ہیں۔ جب آوازیں واضح مگر کمزور ہوں تو بعید شعبہ صوتی (distant bronchophony) کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ شعبہ صوتی تجاویف شش میں پائی جاتی ہے، مثلاً اس تجمد میں جو ذات الریہ اور سل ریوی میں واقع ہوتا ہے، اور بعض اوقات اُس وقت پائی جاتی ہے جب کہ شش کا بچکاؤ (compression) ہو۔ جب شعبہ صوتی موجود ہوتی ہے تو سرگوشی کی آوازوں (whisper sounds) کا بھی شش میں سے ایصال ہوتا ہے (صلر کلا می:pectoriloquy)۔ بُز صوتی (ægophony) آواز کی وہ مخصوص انفی یا غنغناھٹ دار (twanging) ترمیم یافتہ صورت ہے جو مسماع الصدر سے سنائی دیتی ہے۔ یہ نام اس مشابہت پر مبنی ہے جو کہ اس میں اور بکری کے ممیانے (bleating) میں پائی جاتی ہے۔ اس کا عام ترین سبب بلاشبہ پلیورا کے اندر سیال کی موجودگی ہے۔ یہ بعض اوقات ذات الریہی تجمد میں بھی پیدا ہوسکتی ہے۔ بُز صوتی کی توجیہ جو نہایت عام طور پر تسلیم کی جاتی ہے یہ ہے کہ بولی ہوئی آواز ایک خالص سُر تی (pure tone) نہیں بلکہ ایک بنیادی سُر (fundamental note) اور اُس کے اعلیٰ تر ارتفاع کے بلند نغمات (harmonics of higher pitch) کا آمیزہ ہے۔ یہ بخوبی معلوم ہے کہ اونچے اسُر (low notes) ہوا یں سے مائع میں اتنی اچھی طرح منتقل نہیں ہوتے جتنی اچھی طرح کہ نسبتاً اعلیٰ سُر منتقل ہوتے ہیں۔ اس بنا پر خیال کیا جاتا ہے کہ ممکن ہے کہ بنیادی سُر سیال میں سے گذر نہیں پاتا اور سطح سینہ پر بالخصوص بلند نغمات (harmonics) ہی سُنے جاتے ہیں۔ اس کو اس طرح بہترین طور پر واضح کیا جاسکتا ہے کہ مریض کو ایسے الفاظ کا تلفظ کرنے کو کہا جائے جن میں حروف علت "ای" (e) اور "آئی" (i) موجود ہوں [مثلاً "تھری" (three) اور "نائنٹی نائن" (ninety-nine)] جن کا انحصار اعلیٰ تر بلند نغمات (higher harmonics) پر ہوتا ہے۔

استماعی قرع (auscultatory percussion):۔ اس عمل میں مسماع الصدر سینہ پر رکھ کر اس کے گرد کی سطح پر قرع کیا جاتا ہے۔ اس کی خاص منفعت یہ ہے کہ

اس کے ذریعہ سے استرواح الصدر (pneumothorax) کی اصاتوں میں جرسی آواز (bell sound) یا جرسِ نحاسی (bruit d'airain) حاصل کی جاتی ہے۔ طبیب سینہ کے اُس حصہ پر جو استرواح الصدر سے ماؤف سمجھا گیا ہے، مسماع الصدر سے استماع کرتا ہے اور ساتھ ہی ایک مددگار مریض کے سینہ پر ایک سکہ رکھ کر اسے دوسرے سکہ سے مار کر بجاتا ہے۔ یہ آواز کھوکھلے کہفہ میں گمگ حاصل کرتی ہوئی، مسماع الصدر میں ایک بلند جھنکار دار موسیقی سُر (musical note) کے طور پر منتقل ہوتی ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 191)۔

التہابِ قصبۃ الریہ (TRACHEITIS) اور نوعی سرایتیں

التہابِ قصبہ ویسے ہی حالات و ماحول سے پیدا ہوجاتا ہے جو التہابِ حنجرہ پیدا کردیتے ہیں۔ حادنزلی التہابِ قصبہ (acute catarrhal tracheitis) اکثر التہابِ حنجرہ اور شعبی التہاب (bronchitis) کے ساتھ ہوتا ہے، لیکن ان کے پیدا کردہ علامات اُسے پوشیدہ رکھتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ تنہا بھی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں وہ کھانسی پیدا کردیتا ہے، جو اکثر خشک (hacking)، شاید بہت زور کی یا دورے کے طور پر، اور کسی قدر نفث (expectoration) کے ساتھ ہوتی ہے۔ انفلوئنزا کے آغاز میں التہابِ قصبہ کے ساتھ نامعلوم مقدار کا تحت الغضی ورم موجود ہوسکتا ہے۔ حنجرہ بین (laryngoscope) سے مخاطی جھلی کُتلی (congested) نظر آتی ہے، اور بعض اوقات قرحے (ulcers) بھی نظر آتے ہیں۔ مسماع الصدر سے قصبۃ الریہ کے اندر مخاطی لغلغات (mucous râles) سنائی دیتے ہیں، لیکن مخاطی جھلی کا ورم اور مخاطی اجتماع زیادہ تر (dyspnoea) پیدا کرنے کے لئے عموماً کافی نہیں ہوتے۔ مریض کے لئے ویسے ہی علاج کی ضرورت ہے جیسا کہ شعبی التہاب (bronchitis) میں کیا جاتا ہے، یعنے تپش گرم ہو، اور تکشف (exposure) سے پرہیز کیا جائے۔ تکلیف دہ کھانسی میں مارفیا (morphia) ($\frac{1}{12}$ تا $\frac{1}{6}$ گرین) کے نفوخات (insufflations) سے افاقہ ہوسکتا ہے۔ اور مُنفثات یعنے مخرجِ بلغم ادویہ (expectorants)، مثلاً اسقیل (squill) اور عرق الذہب

(ipecacuanha) عجابیہ یا لوبان (benzoin) کے استنشاقات (inhalations) اور مقدم القص (sternum) کے بالائی حصے پر رائی کا لگانا کارآمد ہیں۔

قصبۃ الریہ پر ڈفتھیریا (diphtheria) کا حملہ ہوتا ہے، جو حنجرہ سے پھیل آتا ہے۔ چنانچہ کروپ (croup) جو حنجری ڈفتھیریا کے سوائے اور کچھ نہیں، ایک زمانہ میں زیادہ تر التہاب قصبہ (tracheitis) ہی سمجھی جاتی تھی۔

128

کبھی کبھی حنجرہ کے تدرن کے ساتھ تدرن قصبۃ الریہ (tubercle of the trachea) بھی واقع ہوجاتا ہے۔ غشائے مخاطی یا تحت المخاطی بافت میں درن کے جماؤ کے بعد تقرح (ulceration) پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ قرحے پچھلی دیوار پر زیادہ عام ہوتے ہیں اور عموماً ۲ تا ۴ ملی میٹر ناپ کے ہوتے ہیں لیکن ممکن ہے کہ یہ قطر میں ۱۰ ملی میٹر تک پہنچ جائیں۔ قصبی تدرن (tracheal tubercle) کے باعث جو علامات ہوتی ہیں وہ عموماً اُن علامتوں سے پوشیدہ ہوجاتے ہیں جو کہ حنجرہ یا شش کے ہمزمان مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

آتشک (syphilis) بھی اپنے درجۂ ثانوی یا ثالث میں قصبۃ الریہ کو ماؤف کرکے مختلف اسابیوں میں امتلاء (congestion) (شاذ حالتوں میں) فلطے جیسے (condylomas) اور اوپری قرحے پیدا کردیتی ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم تغیر قصبہ کا تضیق (stricture) ہے۔ قصبۃ الریہ بیشتر اوقات اپنے زیرین سرے پر اور نسبتہً کم عام طور پر اپنے بالائی سرے پر ماؤف ہوتا ہے۔ اور یہ تضیق ممکن ہے کہ محض ایک ہی مقام پر کی تنگی ہو یا ممکن ہے کہ قصبہ کے ایک بڑے طول کا قطر یہ (calibre) کم ہوجائے۔ غشائے مخاطی بندوں اور حیدوں (ridges) کی صورت میں اُبھرآتی ہے، جن کے متعلق یہ سمجھا گیا ہے کہ یہ ایسے سابقہ قروح کے ندبات (cicatrices) ہیں کہ جن سے پہلے ممکن ہے صمغئے (gummas) ہوچکے ہوں۔ لیکن جرمن ماہرین امراضیات ان دبازتوں کو آتشک کا راست نتیجہ اور تقرح کو ثانوی خیال کرتے ہیں۔ آخری درجوں میں غضروفی حلقے منکشف اور تحجر زدہ ہوکر یا تو نفث میں خارج ہوجاتے یا جذب ہوجاتے ہیں۔ بعض اوقات تضیق (stricture) کو حنجرہ بین کی وساطت سے مزمار (glottis) کے نیچے دیکھا جاسکتا ہے۔ اس تضیق کے علامات، تشخیص اور معالجے

لئے ذیل میں قصبی تسدد (tracheal obstruction) کے عنوان کے تحت ملاحظہ فرمائیں۔

قصبۃ الریہ کی نوبالیدیں

(NEW GROWTHS IN THE TRACHEA)

قصبۃ الریۂ اولی نوبالیدوں سے خواہ وہ سلیم (benign) ہوں یا خبیث (malignant) حیرتناک طور پر کم ماؤف ہوتا ہے۔ جب یہ بالیدیں موجود ہوتی ہیں تو بُہر (dyspnoea) پیدا کردیتی ہیں اور حنجرہ بین (laryngoscope) یا شعبہ بین (bronchoscope) کی مدد سے شناخت کی جاسکتی ہیں۔ زیادہ کثرت کے ساتھ مری کا سرطان یا واسط (mediastinum) کا سرطان متصل قصبۃ الریہ کے اندر بڑھ کر اس کے مجری کو تنگ کردیتا اور تضیق (stricture) کے علامات پیدا کردیتا ہے۔ جب وہ مری سے پھیلتا ہے تو پہلے عسر البلع (dysphagia) ہوتا ہے، لیکن سرطانِ واسط (carcinoma of the mediastinum) کی پہلی دلالت ممکن ہے کہ قصبی علامات ہی ہوں۔ سلعات سے قصبہ کے ماؤف ہونے کا ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ وہ اُسے محض باہر سے دبا دیتے ہیں۔

چوں کہ ان تمام امثلتوں میں خاص خاص علامات کا انحصار قصبہ کے قطر کی تخفیف پر ہوتا ہے، اور چونکہ یہ تخفیف ایسے سلعات کے علاوہ دوسرے اسباب سے بھی واقع ہوسکتی ہے، لہٰذا مناسب ہوگا کہ قصبی تسدد کی امراضیات (pathology) اور سریریاتی خصائص پر علیحدہ غور کیا جائے۔

قصبی تسدد

(TRACHEAL OBSTRUCTION)

اس کے اسباب کی گروہ بندی تین عنوانوں کے تحت کی جاسکتی ہے:۔

(۱) باہر سے دباؤ۔ (۲) تغیرات جو خود قصبہ کی دیواروں میں ہو جاتے ہیں (تضییق =stricture)۔ (۳) اور اس کے اندر اجسام غریبہ (foreign bodies) کی موجودگی

قصبہ کا انضغاط (compression of the trachea)۔ اس کے عام ترین اسباب واسطی نوالیدیں (mediastinal new growths) اورطی یا بطنی عروقی کا انورسما، جسم درقی کی کلائی، اور گردن کے سلعات خبیثہ ہیں۔ مری کا سرطان بھی قصبہ کو دبا سکتا ہے لیکن یہ جلد ہی قصبہ پر حملہ آور بھی ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان دونوں انبوبات کے درمیان انثقاب (perforation) واقع ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی بچوں میں شعبی غدد کا تجبن (caseation) اور تقیح (suppuration) واقع ہو کر ان کی کلائی پیدا ہو جاتی ہے جس سے قصبۃ الریہ دب جاتا ہے، اور اگر پھوڑا قصبہ کے اندر پھوٹ پڑنے تو پیپ یا متجبن غدد کے حصے نفث کے ذریعہ خارج ہوتے ہیں۔ کسی دوسرے طریقے [شوکہ کی بوسیدگی (caries of the spine) مقامی دُبیلہ (localised empyema)] سے پیدا شدہ واسطی خراج (mediastinal abscess)، مطرالی ضیق (mitral stenosis) کی حالتوں میں متسع بایاں اذین، اور بچوں میں بڑھا ہوا غدۂ تیموسیہ (thymus)، یہ کبھی کبھی قصبی دباؤ کا موجب ہو جاتے ہیں۔

تضییق (stricture)۔ اس کا خاص سبب آتشک ہے جس پر پہلے ہی غور کیا جا چکا ہے۔

اجسام غریبہ قصبۃ الریہ کے اندر شاذ و نادر ہی محبوس رہتے ہیں لیکن زیادہ عام طور پر وہ ایک یا دوسرے شعبہ کے اندر گر جاتے ہیں گو یہ ممکن ہے کہ وہ تنفسی رووں سے قصبہ میں اوپر نیچے حرکت کرتے ہوں۔

علامات۔ اہم ترین علامات بہر (dyspnoea) اور صریری تنفس (stridulous breathing) ہیں۔ ان کے ساتھ اکثر کھانسی ہوتی ہے اور پتلے جھاگ دار مخاط کا نفث نکلتا ہے۔ آواز غیر متاثر رہتی ہے، یا کمزور ہوتی ہے کیونکہ تسدد زفیری ہوا (expired air) کی رَو کو کمزور کر دیتا ہے۔ سینہ گمک دار (resonant) ہوتا ہے، لیکن حویصلی خریر (vesicular murmur) کمزور ہوتا ہے یا صریرہ (stridor) کے شور کی وجہ سے سنائی نہیں دیتا۔ قصبی ضیق کے ساتھ دوسری

علامات اُس ضرر کی وجہ سے ہوتی ہیں جو ضیق پیدا کرتا ہے ۔ یہ علامتیں بعض اوقات اُورطی اَنورسما یا عمیق المقام واسطی سلعہ (mediastinal tumour) کی حالت میں ابتداءً بالکل غائب ہوتی ہیں ۔

جب قصبی تضیق یا قصبی انضغاط ایک خاص حد تک پہنچ جاتا ہے تو مریض پر شدید بُہر اور ساتھ ہی زراق (cyanosis) کے ناگہانی حملے ہو جانے کا امکان ہوتا ہے ان میں سے چند دوروں سے تو ممکن ہے کہ وہ شفایاب ہو جائے لیکن تیسرے یا چوتھے یا بعد کے کسی دَورے میں وہ غالباً ہلاک ہو جائے گا ۔

تشخیص ۔ یہ حسب ذیل امور کے درمیان کرنی پڑتی ہے :- (۱) تسدد قصبۃ الریہ اور تسدد حنجرہ کے درمیان ۔ (۲) قصبی تسدد کے مختلف اسباب کے درمیان ۔
حنجرہ بین حنجری مرض کی عدم موجودگی کو فی الفور ظاہر کر دے گی ۔ قصبی تضیق کی موجودگی یا قصبہ کو دبانے والے سلعہ یا انورسما کی موجودگی حنجرہ بین سے یا اگر اس سے ناکامی ہو تو شعبہ بین (bronchoscope) سے بھی بتلائی جاسکتی ہے ۔ اگر ممکن ہو تو اس امر کا تعین متذکرۂ بالا دَوروں کے وقوع سے پہلے ہی کر لینا چاہیئے کیونکہ ممکن ہے کہ دَوروں کی حالت میں ان آلات کا استعمال مشکل ہو اور مزید برآں ممکن ہے کہ دورے حنجری تشنج (laryngeal spasm) کا غلط ایما کریں جس کا نتیجہ یہ ہو کہ عاجلانہ اور غیر ضروری قصبہ شگافی کر دی جائے ۔ حنجری اور قصبی تسدد کے اثرات کے درمیان بعض اختلافات ہوتے ہیں ۔ ان میں سے ایک وہ ہے جسے گرہارٹ (Gerhardt) نے دیکھا ہے کہ حنجری تسدد میں حنجرہ تنفسی حرکات کے دوران میں گردن میں اوپر اور نیچے کی طرف بڑی دُور تک حرکت کرتا ہے اور اس کے خلاف قصبی تسدد میں وہ محض خفیف سی حرکت کرتا ہے ۔ حنجری تسدد میں سر پیچھے کو گر جاتا ہے لیکن قصبی تسدد میں سر اکثر سامنے کو جھکا ہوا ہوتا ہے ۔ اگر حنجری تسدد کی وجہ عضلات مبعدہ کا شلل (abductor paralysis) ہو تو صرصرہ (stridor) زیادہ تر شہیقی (inspiratory) ہوتا ہے مگر قصبی تسدد میں کچھ صرصرہ عموماً زفیر (expiration) کے ساتھ ہوتا ہے ۔ تاہم حنجری تسدد کی بعض اصابتوں میں صرصرہ ہر دو تنفسی افعال کے ساتھ واقع ہوتا ہے ۔ قصبہ کا استماع (auscultation) یقیناً مغالطہ دہ ہوتا ہے کیونکہ خواہ ضیق (stenosis) قصبۃ الریہ کے اندر ہو بلند ترین

(loudest) مدبرہ حنجرہ پر ہی سمعانی وتیاسیہ - نیز کشش کتہ کی اہمیت رکھتا ہے،
کیونکہ قصبہ شگافی (tracheotomy) سے ممکن ہے کہ حنجری تسدد کا ازالہ ہو جائے مگر
اس سے تقصبی تسدد کا ازالہ ہونا ناممکن ہے۔ اور جب اس تو تیست کا عملیہ مریض کو کوئی منافع
فائدہ نہیں پہنچا سکتا تو مستحسن یہ ہے کہ اسے اس سے معاف ہی رکھا جائے۔ لیکن ممکن
ہے کہ گردن میں یا سینہ کے بالائی حصہ میں کسی نو بالیدیا انورسما سے یہ دونوں تسددات
پیدا ہو جائیں یعنی ایک تو بلا واسطہ قصبۃ الریہ پر دباؤ پڑنے سے اور دوسرا بالواسطہ
بازگرد حنجری اعصاب (recurrent laryngeal nerves) پر دباؤ پڑنے سے جس سے
عضلات منقدہ کا شلل پیدا ہو جاتا ہے۔

قطع نظر اس امداد کے جو حنجرہ بین یا شعبہ بین سے حاصل ہوتی ہے تقصبی تسدد
کے سبب کی شناخت کا انحصار دیگر علامات پر بھی ہوتا ہے جو کہ ساتھ پائی جاتی ہیں
(collateral symptoms)۔ انضغاط کا کوئی منبع غالباً دوسرے اعضاء و احشاء کو
بھی ماؤف کر دے گا اور اس طرح عسر البلع، سرگردن یا بازو کی وریدوں کا تسدد، متناظر
اعصاب پر دباؤ اور عظم القص کے عقب میں یا سینہ کے بالائی حصے پر ایک طرف اصمیت
(dulness) پیدا کر دے گا۔ اس کے برعکس جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے اس تضیق کو
جو آتشک کے باعث ہو ایسے علامات سے مبرا ہونا چاہیئے۔ لیکن جب اورطی انورسما
قصبہ کو دباتا ہے تو ابتداءً ایسی کوئی دوسری علامت ظاہر نہیں ہوتی کہ جس سے وہ
شناخت کیا جا سکے۔ انورسما اور درون صدری بالیدوں کے درمیان تفریق کرنے
کے لئے قارئین درون صدری نوما یہ جات (intra-thoracic neoplasms) کا
بیان ملاحظہ فرمائیں (ملاحظہ ہو صفحہ 181)۔ ہر دو صورتوں میں رانجنی شعاعوں (Röntgen
rays) سے کچھ امداد مل سکتی ہے۔

انذار۔ یہ نہایت ناموافق ہوتا ہے، کیونکہ ان اسباب پر جو کہ نسبتہً عام ہیں
معالجہ کا چنداں اثر نہیں ہوتا۔ لیکن ممکن ہے کہ قصبہ کو دبانے والے پھوڑوں کی شاذ
اصابتیں پھوڑے کے پھوٹ جانے پر شفایاب ہو جائیں۔

علاج۔ داعیات (indications) یہ ہیں:۔ (۱) اگر ممکن ہو تو سبب
مرض کا دور کرنا۔ (۲) جہاں تسدد بالائی حصے میں ہو قصبہ کو مقام تسدد سے نیچے

کھول دینا اور (۳) علامات اور ثانوی نتائج کا ازالہ کرنا ایک مرضی غدہ درقیہ (thyroid) یا بیش پرودہ تیموسیہ (hypertrophied thymus) کو نکال کر خارج کر دینا چاہیئے، اور گردن کے بڑھے ہوئے غددیا پالیدوں کو بھی اسی طرح پھوڑنے جہاں قابل رسائی ہوں حتی الامکان کھول دینے چاہئیں۔ لیکن ایسے موقعے نادر الوقوع ہیں۔ اگر انورسما کی تشخیص ہوگئی ہو تو اس حالت کا مناسب علاج عمل میں لانا چاہیئے، اور بیّن تضییق (stricture) کے لئے پارہ اور پوٹاسیئم آیوڈائڈ یا سالورسان (salvarsan) کے ذریعہ سے فعال دافع آتشک علاج عمل میں لانا چاہیئے، بالخصوص جب کہ تعامل وآزرمن (Wassermann) مثبت حاصل ہوا ہو۔ آیوڈائڈ کا استعمال ہر اس اصابت میں کیا جاسکتا ہے جس میں تسدد کے سبب کے متعلق قطعی تشخیص کرنے کے لئے کافی معطیات (data) حاصل نہ ہوں۔ جسم غریب (foreign body) کی صورت میں قصبہ شگافی (tracheotomy) کا عملیہ کرنا چاہیئے، اور پھر مریض کو الٹا کر یا بلاکر، یا ایک شعبہ بین (bronchoscope) میں سے خاص قسم کا کلاب استعمال کرکے جسم غریب کو نکالنے کی کوشش کرنی چاہئیں۔

130

شعبی التہاب

(BRONCHITIS)

بحث اسباب۔ شعبی التہاب ایک اولی مرض کے طور پر واقع ہوسکتا ہے، اور ایسی صورت میں وہ غالباً اس "معمولی زکام" ("common cold") کی ایک قسم ہے جو صفحہ 195 پر بیان کیا گیا ہے، اور اس کی جرثومیات اور طریقہ سرایت بھی اسی کے جرثومیات اور طریقہ سرایت کے مماثل ہوتے ہیں۔ اس قسم کا شعبی التہاب اکثر حنجرہ اور انفی غشائے مخاطی کے التہاب کے ساتھ یا اس کے پہلے ہوتا ہے، یا ممکن ہے کہ التہاب آخر الذکر مقامات کے اندر شروع ہو، اور پھر نیچے کو شعبات تک پھیل جائے۔ درحقیقت زکام کے باب (section) کا مطالعہ شعبی التہاب کے ہمراہ کرنا چاہیئے۔ شعبی التہاب کا ایک دوسرا سبب یہ ہے کہ شعبی غشائے مخاطی کا تماس

خراشس آور بخارات کے ساتھ یا ٹھوس ذرات (جیسے کہ گرد وغبار کہر) کی حامل ہو کے ساتھ یا سرد مرطوب اور تغیر پذیر آب و ہواؤں کے ساتھ یا کانوں کی یا بعض کارخانوں کی ہوا کے ساتھ ہو۔ شعبی التہاب شعبی انبوبات کے اندر اجسام غریبہ کی حقیقی موجودگی سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ ایسا ہونا مقابلۃً شاذ ہے لیکن انبوبات کے اندر انصباب شدہ خون بھی اس طریقہ سے عمل کر سکتا ہے اور شعبی التہاب جرم شُش کے اندر درنہ یا سرطان (carcinoma) کے جماؤ سے بھی ہمیشہ واقع ہوتا ہے۔ شعبی التہاب ان نازلتی عضویات (catarrhal organisms) میں سے کسی ایک کے باعث ہو سکتا ہے جو بصاق (sputum) کے اندر موجود رہتے ہیں۔ جیسے کہ نبقۂ ریوی (pneumococcus) فرِنڈلینڈر کا عصیۂ ریوی (pneumobacillus) نبقات سبحیہ (streptococci) خرد نبقہ نازلتی (M. catarrhalis) نبقات عنبیہ (staphylococci) خرد نبقہ چہار نزار (M. tetragenus) اور کبھی کبھی عموی عصیۂ قولونی (bacillus coli communis)۔ تیز یہ ہر قسم کی ماسکی سرایت (focal infection) اور خاص کر جوفی مرض (sinus disease) سے ثانوی طور پر پیدا ہو سکتا ہے۔ بعض ساری امراض مثلاً تپ محرقہ (typhoid fever) نکھرا و قفیرہ انفلوئنزا اور کالی کھانسی (whooping cough) کے ساتھ شعبی التہاب ہمیشہ پایا جاتا ہے اور مرض برائٹ (Bright's disease) میں یہ اکثر موجود ہوتا ہے۔ شعبی التہاب اور دمہ (asthma) کا باہمی تعلق کیا ہے یہ بعد میں بیان کیا جائے گا۔

شعبی التہاب شیرخواروں چھوٹے بچوں اور ضعیف العمر اشخاص میں خاص طور پر پھیلا ہوا ہوتا ہے اور جوان سال بالغ اور ادھیڑ عمر والے اس میں نسبتہً بہت کم مبتلا ہوتے ہیں۔ آرام طلب عادتوں سے گرم کمروں میں بند رہنے سے اور غیر ضروری طور پر اوڑھے لپیٹے ہوئے رہنے سے اس کے موضوع میں یہ رجحان پیدا ہو جاتا ہے کہ وہ مقابلۃً خفیف تکشّف (exposure) ہی سے شعبی التہاب میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح وہ لوگ جو کمزور صحت رکھتے ہوں یا ناکافی غذا مکان پیدا کرنے والے پیشوں یا خراب صحی حالات کی وجہ سے پست ہو گئے ہوں اس میں بہ آسانی مبتلا ہو جاتے ہیں۔ قلب کا مرض جو پھیپھڑوں کے دوران خون میں مزاحم

ہوتا ہے شعبی التہاب کا سبب مُعِد (predisposing cause) ہے۔ موسم گرما کی نسبت سرما میں شعبی التہاب بہت زیادہ عام ہوتا ہے۔ مزمن شعبی التہاب یا حاد شعبی التہاب کے ایک ہی حملہ کے بعد یا کرر حملوں کے بعد پیدا ہو سکتا ہے، اور یہ بھی ممکن ہے کہ مزمن شعبی التہاب کی موجودگی پر حاد شعبی التہاب کا اضافہ ہو جائے۔

امراضیات (pathology)- سب سے زیادہ ماؤف ہونے والا حصہ غشائے مخاطی ہے لیکن مرض کی شدید یا طویل اصابتوں میں تحت المخاطی طبقہ (submucosa)، اور شاذ مثالوں میں شعبی انبوبات کی کڑیاں اور شش کے وہ حصے جو ہم پہلو ہیں ماؤف ہو جاتے ہیں۔ پہلا اثر یہ ہوتا ہے کہ غشائے مخاطی کی عروقیت (vascularity) اور ورم میں زیادتی ہو جاتی ہے، اور تھوڑے عرصے کے بعد اس کی سطح سے بکثرت افراز نکلتا ہے۔ یہ افراز ایک صاف سیال ہوتا ہے جس میں مخاط (mucus) موجود ہوتی ہے لیکن اس میں خون کے سپید خلیے (leucocytes) اور جھڑے ہوئے سرطلی خلیے بھی موجود ہوتے ہیں۔ آخری درجوں میں یہ افراز سپید خلیوں کی بڑھتی ہوئی تعداد کی موجودگی کی وجہ سے نسبتہً زیادہ غیر شفاف اور زرد ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس افراز میں ایسے خلیات پائے جائیں جو کہ انحطاطی حالت میں ہوں، یا ایسے خلیات جن میں شحمی ہوا سے اخذ کردہ کاجل یا میل موجود ہو۔

مہلک اصابتوں میں انبوبات اکثر سبزی مائل پیپ سے بھرے ہوئے دیکھے جاتے ہیں (سربھی شعبی التہاب :purulant bronchitis)- بعض اوقات سب سے چھوٹے انبوبات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اگر شش کے اوپری حصے کی ایک قاش کاٹ لی جائے اور منکشفہ تراش کو دبا کر سکوڑا جائے، تو کٹی ہوئی سطح سے پیپ کے چھوٹے چھوٹے قطرے بکثرت باہر رستے ہوئے نظر آئیں گے۔ یہ حالت شعری شعبی التہاب (capillary bronchitis) یا التہاب شعبیات (bronchiolitis) ہے۔ فرینکل (Fraenkel) ایک لیفی انطباسی شعبی التہاب (bronchiolitis fibrosa obliterans) بیان کرتا ہے جو غرائش آور ہوا یا گرد و غبار میں کام کرنے والوں میں ہوتا ہے۔ اس میں شعبیات (bronchioles) اتصالی بافت کی حاد یا تحت الحاد (subacute) بالیدگی سے مسدود ہو جاتے ہیں۔

جب معمولی نازلتی اصابتوں میں التہابی عمل کافی طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے تو شعبتوں کے لیفی طبقات دبیز اور سپید خلیوں سے درریختہ (infiltrated) ہوجاتے ہیں۔ عضلی ریشے دباؤ کی وجہ سے ذبول ہوجاتے ہیں۔ اور کریاں اور مخاطی غدد بھی کی سبب سے غائب ہوجاتے ہیں۔ بالآخر بہت سی اصابتوں میں شعبی انبوبات متسع ہوکر چوڑے کھلے نالیا اسطوانی مجاری بن جاتے ہیں۔ جو اکثر ششش کی سطح تک پہنچے ہوئے ہوتے ہیں (تمدد الشعب :bronchiectasis)-

181

شعبی التہاب کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خود ششش کی ساخت میں اہم تغیرات واقع ہوجاتے ہیں۔ یعنے حاد شعری شعبی التہاب سے لختکی ھبوط (lobular collapse) اور شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) پیدا ہوسکتا ہے۔ مزمن شعبی التہاب کے بعد حویصلی نفاخ (vesicular emphysema) اور بعض اوقات مزمن رختکی ذات الریہ (chronic interstitial pneumonia) ہوجاتا ہے۔ آخرالذکر تینوں کا تذکرہ جداجدا کیا جائے گا۔

لختکی ھبوط (lobular collapse)، انفرادی لختکوں میں اس وقت ہوتا ہے کہ جب ان تک پہنچانے والے شعبی انبوبات مخاط سے مسدود ہوجاتے ہیں لو اس کی وجہ یہ ہے کہ جب کوئی انبوبہ مسدود ہوجاتا ہے تو اس کے اندر کی محبوس ہوا ایک غیر متحرک حالت میں ریوی شعریات کے ساتھ متماس رہنے سے جذب ہوجاتی ہے، اسی طرح جس طرح کہ وہ ہوا جو کہ تحت الجلدی خلوی بافت کے اندر داخل ہوگئی ہو۔

شریانی خون کے امتحان سے حاصل شدہ تجربی شہادت (7) موجود ہے کہ شعبی التہاب کی شدید اصابتوں میں ضیق النفس (dyspnœa) پایا جاتا ہے اس کی وجہ CO_2 کا احتباس (retention) اور آکسیجن کی قلت ہیں، اور یہ احتباس اور قلت غالباً شعبی تشنج کے باعث رونما ہوتے ہیں۔

طبیعی امارات۔ معائنہ کرنے پر تنفس تیز نظر آتا ہے۔ سینہ متماثل (symmetrical)، اور عام طور پر متوسط درجہ کے پیش تمدد کی حالت میں ہوتا ہے۔ تنفس کے معین عضلات (accessory muscles) قوی عمل کرتے ہوئے نظر آتے ہیں، اور زفیر (expiration) طویل ہوتا ہے۔ بعض اوقات دوران شہیق (inspiration)

میں بین الاضلاعی فضائیں اندر کو چوس لی جاتی ہیں ۔ قرع (percussion) کے زیر عموماً ایک طبعی گمک دار آواز نکلتی ہے لیکن ہوائی حویصلوں کے عارضی بیش تمدد کے باعث کبھی کبھی خفیف سی بیش گمک (hyperresonance) پائی جاتی ہے ممکن ہے کہ جمع شدہ افرازسے یا ہبوط (collapse) کے باعث گمک میں کمی ہو جائے ۔ استماع (auscultation) ظاہر کرتا ہے کہ شہیق اور زفیر دونوں کے ساتھ صفیری خرخرات (sibilant rhonchi) یا سرتانی خرخرات (sonorous ronchi) موجود ہوتے ہیں (جس کا انحصار ماؤف انبوبات کی جسامت پر ہوتا ہے) یا مختلف اقسام کے لغطات (râles) موجود ہوتے ہیں یا خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) دونوں بیک وقت موجود ہوتے ہیں ۔ زیادہ موٹے خرخرا (coarser rhonchi) اکثر سینہ پر رکھے ہوئے ہاتھ سے محسوس ہو جاتے ہیں بلکہ ممکن ہے کہ خود مریض کو یا اُس کے پاس کھڑے ہوئے اشخاص کو بھی سنائی دیں ۔ زیادہ بڑے یعنی موٹے لغطات (coarser râles) زفیر اور شہیق دونوں کے ساتھ اور نہایت باریک لغطا (finest râles) صرف شہیق کے ساتھ سنائی دیتے ہیں ۔ یہ اصوات تمام اصابتوں میں یا مرض کے تمام درجوں میں یکساں طور پر نہیں موجود ہوتے ۔ بہت سی اصابتوں میں تنہا خرخرات (rhonchi) موجود ہوتے ہیں ۔ شدید اصابتوں میں یہ اصوات مختلف طور پر مخلوط ہو کر سارے سینہ پر سنائی دیتے ہیں اور ممکن ہے کہ حویصلی خریر (vesicular murmur) کو بالکل دبا دیں ۔ شعبی عضلہ کے تشنج کی صورت میں زفیر (expiration) نمایاں طور پر طویل ہو جاتا ہے ۔

حاد شعبی التہاب کے علامات ۔ ابتداءً قدرے کسلمندی (malaise) اور سینہ میں تنگی کا احساس ہوتا ہے اور کھانسی واقع ہوتی ہے لیکن بُساق (sputum) بالکل نہیں ہوتا ۔ خفیف اصابتوں میں عام اختلال محض خفیف سا ہوتا ہے اور بیماری کھانسی تک محدود ہوتی ہے ۔ شدید اصابتوں میں قدرے تپ ہوکر تپش ۱۰۰ یا ۱۰۱ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے اشتہا جاتی رہتی ہے زبان فرار ہو جاتی ہے اور آنتوں کا فعل سست اور قارورہ قلیل المقدار ہو جاتا ہے ۔ کھانسی ابتداءً کھڑی اور خشک ہوتی ہے اُس کے ساتھ اکثر عظم القص کے پیچھے درد ہوتا ہے اور

جبری دم زیر (forced expiration) کے عضلات میں بھی درد ہوتا ہے جس کی وجہ وہ بار
(strain) ہے جو اُن پر پڑتا ہے۔ اس وقت نفث محض قلیل المقدار ہی ہوتا ہے، اور
پتلی، جھاگ دار مخاط پر مشتمل ہوتا ہے جس کے ساتھ ممکن ہے کبھی کبھی خون کی دھاریاں
موجود ہوں۔ چند روز کے بعد کھانسی نسبتہً زیادہ آسان اور زیادہ ڈھیلی ہوجاتی ہے
اور نفث (expectoration) مقدار میں زیادہ وافر، زیادہ غیر شفاف، اور زرد اور
سبز ہوجاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اس میں خون کے سپید خلیوں کی بڑھتی ہوئی مقدار
کا اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ نسبتہً خفیف تر اصابتوں میں نفث، دوران خواب میں جمع
ہوجانے کی وجہ سے، صبح کے وقت عموماً زیادہ نکلتا ہے، اور شہروں میں یہ بصاق
(sputum) اکثر اوقات کرۂ ہوائی سے اخذ کردہ رنگ کے باعث سیاہ ہوتا ہے۔
بہر (dyspnœa) اکثر زیادہ ہوتا ہے، اور مریض کو بستر میں سیدھا بیٹھنا پڑتا ہے
(انتصابی تنفس: orthopnœa)، اور تمام تنفسی عضلات کو حرکت میں لانا پڑتا ہے۔
کچھ عرصہ کے بعد مخاط آمیز ریم (muco-pus) کا افراز کم ہوجاتا ہے، کھانسی نسبتہً کم
مرتبہ آنے لگتی ہے، اور بتدریج علامات رفع ہوجاتے ہیں۔ جب اس شکل میں کہ جسے اور
شعری شعبی التہاب (capillary bronchitis) کے نام سے بیان کیا گیا ہے صغیر ترین
شعبی انبوبات، ریمی افراز سے پُر ہوجائیں، تو حالت نہایت خطرناک ہوتی ہے بالخصوص
بالکل چھوٹے بچوں میں۔ شدید بہر، چہرے اور اطراف کا سخت زراق (cyanosis) یا کبودی
(lividity)، اور سریع خستگی (exhaustion) واقع ہوتی ہے۔ کھانسی ابتداً بار بار
آتی ہے اور اس کے ساتھ لزج چپکدار مخاط یا مخاط آمیز پیپ، یا پیپ نفث میں بافراط
خارج ہوتی ہے۔ مابعد درجوں میں مریض کبود اور غنودہ (drowsy) ہوجاتا ہے۔ اس کی
نبض زیادہ کمزور اور زیادہ سریع ہوجاتی ہے۔ تنفسی مساعی نسبتہً کم کارگر ہوتی ہیں اور
بین الاضلاع فضائیں زیادہ اندر چوسی ہوئی ہوتی ہیں۔ نفث بتدریج کم ہوجاتا ہے،
اور موت سے پہلے دماغی دوران خون کا اختلال توما (coma) سے ظاہر ہوتا ہے جس کے
ساتھ اکثر خفیف ہذیان بھی ہوتا ہے۔

مزمن شعبی التہاب کے علامات۔ اس کے خاص صفات، در اصل حاد قسم کے
صفات سے مختلف نہیں۔ لیکن اس میں تپ اور وہ بیّنی اختلال نہیں ہوتا جو حاد حملوں میں

132

عام ہوتی ہے نہیں نکالا کرتے ۔ فرد بین کے نیچے کثیر التعداد دروں خلیوں کے علاوہ مخاطی سے تختے متورم خلیے پائے جاتے ہیں ... اور کبھی کبھی نفث کے اندر خون موجود ہوتا ہے جو معمولاً ... ہوتا ہے لیکن مستثنیٰ حالتوں میں تو دق کے طور پر کسی بڑی مقدار میں ہوتا ہے۔

۲۔ خشک شعبی التہاب (dry bronchitis) یا خشک نزلہ (dry catarrh) مزمن شعبی التہاب کی ایک قسم ہے جس میں افراز نہایت کم ہوتا ہے۔ کھانسی متواتر، متشدد اور طویل ہوتی ہے جس کا نتیجہ ہوتا ہے ... کا شدید استطالہ واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن نفث یا تو بالکل نہیں ہوتا یا صرف لیسدار (tough) مخاطی قلیل مقدار پیدا ہوتی ہے۔ سینے میں ... (soreness) اور شعبیہ چھوٹے انبوبات کے تشنج کی وجہ سے بہت ضیق النفس (dyspnoea) ہوتا ہے۔

۳۔ اس کے بالمقابل جسے نزلی شعبیہ (bronchorrhoea) یا لعاب دار نزلہ (pituitous catarrh) کہتے ہیں سرایت کی خاص زد مخاطی غدد پر پڑتی ہے۔ کھانسی تکلیف دہ ہوتی ہے اور بلغم کو باہر نکالنے کی کوشش میں دورہ کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ بالآخر جو نفث نکلتا ہے وہ یا تو پتلا ہوتا ہے یا گاڑھا اور چپچپا (ropy) جو انڈے کی پھیلی ہوئی سفیدی کی طرح نظر آتا ہے جس میں چھوٹے شعبیات سے نکلے ہوئے زردی مائل بھورے رنگ کے سداد (plugs) کی دھاریاں ہوتی ہیں اور یہ سب جھاگ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ ایک ایسی اصابت میں جو کہ حال ہی میں بیان کی گئی ہے (۵) چوبیس گھنٹے کے اندر ایک پائنٹ نفث نکلا اور یہ کئی مرتبہ تھوڑی تھوڑی مقداروں میں دقت کے ساتھ خارج ہوا اور کھانسی کا ہر دورہ ختم ہونے پر ایک یا زائد مخاطی سداد (mucous plugs) کا اخراج ہوا۔ لیکن جہاں انموذج کی مقدار چار یا پانچ پائنٹ ہو ایک ہی وقت میں بڑی مقداریں نسبتاً خفیف سی کوشش سے ہی خارج کی جا سکتی ہیں۔ تشنج شعبیہ سے نزلہ شعبیہ کی شناخت اس طرح سے ہو سکتی ہے کہ تشنج کی حالت میں جھاگ کو اوپر سے علیحدہ کر دینے کے بعد اس سیال کا رنگ زرد یا عنبری ہوتا ہے اور اس کے البیومینی جزو کی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔

۴۔ گندیدہ یا مُنتن شعبی التہاب (putrid or fœtid bronchitis) ۔ اس کی ممیز خصوصیت نہایت بدبودار بُساق ہے، جو بیشتر ان اصابتوں میں ہوتا ہے جن میں انبوبات متسع ہوجاتے ہیں۔ بُساق وافر مقدار میں اور کسی قدر رتیلا ہوتا ہے، اور بُساق دان کے اندر اکثر تین تہوں میں جُدا ہوجاتا ہے، جن میں سے سب سے اوپر والی تہ جھاگ دار اور مخاطی ہوتی ہے، درمیانی تہ ایک پتلی مصلی مخاطی سیال ہوتی ہے اور سب سے نیچے پیپ کی دبیز تہ ہوتی ہے جس میں وہ اجسام موجود ہوتے ہیں جو ڈِٹرش یا ٹراؤبے کے صمامات (Dittrich's or Traube's plugs) کے نام سے موسوم ہیں۔ اِن کا رنگ سپیدی مائل رمادی یا میلا رماوی مائل زرد ہوتا ہے، اور جسامت میں یہ باجرے کے دانے سے لے کر سیم کے بیج کے برابر تک مختلف ہوتے ہیں۔ خردبین کے نیچے ان کی ترکیب میں ریمی جسیمات چُورا (detritus)، جسامیہ پامیٹنک (palmitic) اور اسٹیرک (stearic) ترشوں کے باریک سوزن نما بنڈل اور نحیف شعریہ (leptothrix) کے بلدار دھاگے شامل ہوتے ہیں۔ اس بُساق کے کیمیائی مافیہ ایسیٹک (acetic)، بیوٹائرک (butyric) اور ولیریانک (valerianic) ترشے، لیوسین (leucin)، ٹائروسین (tyrosin)، سلفیوریٹیڈ ہائڈروجن (sulphuretted hydrogen) اور میتھائل امائن (methylamine) ہیں۔ گندیدہ شعبی التہاب میں اور شُش کے گنگرین میں امتیاز کرنا چاہئے۔ بہت بدبودار بُساق اس دُبیلہ (empyema) سے بھی نکل سکتا ہے جو شُش کے اندر پھوٹ جائے، اور کبھی کبھی یہ ایک پرانے تدرنی کہفہ (tuberculous cavity) سے بھی نکلتا ہے۔

۵۔ تکوینی (plastic)، فائبرینی (fibrinous) یا کروپی (croupous) شعبی التہاب۔ اس شاذ عارضہ کی ممیز خصوصیت یہ ہے کہ اس میں نفث کے اندر شعبی انبوبات کے سانچے (casts) خارج ہوتے ہیں۔ بُساق عموماً گول تودہ کی شکل میں، اور مخاط یا خون سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے، اور جب اُسے پانی میں رگڑا جائے تو ہمیں شعبی انبوبی نظام کے ایک حصّے کا کم و بیش مکمل شاخدار سبیکہ (cast) نظر آتا ہے۔ یہ سبیکہ عموماً ایک قاز کے پَر (goose-quill) سے زیادہ دبیز نہیں ہوتا، اور طول میں ½ سے لے کر ۲ انچ تک متغیر ہوتا ہے، اور صرف شاذ ہی ۴ یا ۵ یا ۶ انچ تک پہنچتا ہے۔

اس کا رنگ مادی یا سپیدی مائل زرد ہوتا ہے اور یہ ہم مرکز ورقوں (laminæ) پر مشتمل ہوتا ہے جو عموماً انبوبہ کے درون (lumen) کو پر نہیں کرتے یہی وجہ ہے کہ یہ سانچے ہوا سے ان کے جوف میں اترنا منتشر نکلے ہوں گول نہیں ہوتے۔ خردبین کے نیچے اس بلغم کی ساخت ریشہ دار نظر آتی ہے اس میں کثیر التعداد سپید جسیمات ہوتے ہیں (اسنوفیلز کا کافی) ہوتا ہے جیسا کہ دمہ کی بلغم میں کرشمن کے مرغولے (Curschmann's spirals) اور شارکو لائیڈن کی قلمیں (Charcot-Leyden crystals) موجود نہیں ہوتیں (ملاحظہ ہو صفحہ 161). مریض کو کھانسی کے سخت حملے ہوتے ہیں جن سے اس کا دم گھٹنے لگتا ہے ساتھ ہی سینہ میں کم و بیش درد اور دباؤ (oppression) محسوس ہوتا ہے اور ان حملوں کے ساتھ ابتدا میں بصاق نہیں نکلتا اور اگر کچھ نکلتا ہے تو وہ شدید قدر سے تھوڑا ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد (جو صرف چند ہی گھنٹے کا یا دو یا تین دن کا ہوتا ہے) ایک شعبی سانچہ خارج ہوتا ہے۔ اس سے عموماً فی الفور آرام محسوس ہوتا ہے اور کھانسی کم یا غائب ہو جاتی ہے۔ لیکن وہ عموماً چند ہی گھنٹوں میں پھر عود کر آتی ہے اور بعض اوقات ایک آدھ روز کے وقفوں سے سانچے (casts) کئی دن تک نفث سے خارج ہوتے رہتے ہیں اور پھر مریض بتدریج بالکل اچھا ہو جاتا ہے۔ بعض حالتوں میں نفث الدم (hæmoptysis) واقع ہوتا ہے اور یہ عموماً سانچہ خارج ہونے کے بعد ہوتا ہے۔ طبیعی امارات ایک شعبہ کے تسدد کے ہوتے ہیں اور اس کے ساتھ ہی جیسے جیسے سانچے اکھڑتے جاتے ہیں لغلغات (râles) سنائی دیتے ہیں۔ تکوینی شعبی التہاب (plastic bronchitis) شاذ ہی مہلک ہوتا ہے اور جب ہوتا ہے تو پیچیدگیوں کے سبب سے۔ لیکن وہ غیر منتظم وقفوں کے ساتھ کئی سال کے عرصہ تک متواتر ہوتا رہتا ہے۔

۶-۰۰۵ مزمن شعبی التہاب جو مرض کثرت خلیات سرخ (polycythæmia rubra) یا مرض ایرزا (Ayerza's disease) کے ساتھ پایا جاتا ہے آکسیجن کی طویل المدت قلت کا نتیجہ ہوتا ہے لہٰذا خون کے ہیموگلوبین میں زیادتی ہو کر سرخ خلیوں کی تعداد تقریباً .... فی مکعب ملی میٹر ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ انگلیاں گرزشکل (clubbed finger) ہو جائیں۔ مریض نہایت ازرق (cyanosed)

ہو جاتا ہے' اور ایک اصابت میں شریانی خون' بجائے طبعی ۹۵ فیصدی آکسیجن کے صرف ۷۴ فیصدی آکسیجن سے سیر شدہ پایا گیا۔ تاہم چونکہ ہیموگلوبین اور سرخ خلیوں میں بہت بڑا اضافہ ہوگیا تھا لہٰذا آکسیجن کی حقیقی مقدار جو خون کے ذریعہ سے منتقل ہوئی تقریباً طبعی درجہ کی تھی۔ شریانوں میں CO_2 کا دباؤ بھی زیادہ تھا' اور مریض کی سانس نہایت پھولی ہوئی تھی (7)۔ عورتوں کی نسبت مرد زیادہ عام طور پر ماؤف ہوتے ہیں' اور تعامل واسرمن (Wassermann reaction) اکثر مثبت ہوتا ہے۔ دایاں بُطین بہت بیش پرورده اور متسع ہوتا ہے' جس کا مظاہرہ برقی قلبی ترسیم (electrocardiogram) سے ہوتا ہے۔ ریوی شریان کا اتساع اور آتھیروما اور پھیپھڑوں میں احتقان (engorgement) پایا جاتا ہے' جو ریوی دموی دباؤ کی زیادتی کی دلیل ہے۔

تشخیص۔ شعبی التہاب کی تشخیص کا انحصار خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ دمہ میں بُہر (dyspnoea) اور طبیعی امارات ایک نہایت حاد شعبی التہاب کی طرح کے ہوتے ہیں' لیکن اسکے وقوع کی سرگذشت اور ماسبق حملوں کی روئداد اس کی تشخیص میں ممد ہوگی۔ شعری شعبی التہاب (capillary bronchitis) میں خرخرات (rhonchi) عموماً غائب ہوتے ہیں' اور ان اصابتوں کو کبودی' عنودگی اور لغطات (râles) کی موجودگی سے شناخت کیا جاتا ہے۔ شاذ اصابتوں میں ایک شعبہ کا تسلسل د (ملاحظہ ہو صفحہ 144) صرصرہ (stridor) پیدا کر سکتا ہے' جو غلطی سے شعبی التہاب کا خرخرہ (bronchitic rhonchus) سمجھ لیا جاتا ہے۔ اکثر مزمن سل ریوی (chronic phthisis) سے تفریق کرنے میں دقت ہوتی ہے' کیونکہ سل ریوی کے ساتھ اکثر شعبی التہاب موجود ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں حموی تعامل' نفث الدم' سریع لاغری کا وقوع' اور ایک جانب یا ایک راس پر طبیعی امارات کی زیادہ شدت کا پایا جانا سل ریوی کی موافقت میں ہوگا' اور اس کی تصدیق عصیتوں کے لئے بُصاق کے امتحان سے' یا لا شعاعوں (X-rays) یا ٹیوبرکولین (tuberculin) کے استعمال سے کی جاسکتی ہے (ملاحظہ ہو سل ریوی)۔

134

اب اس کی تعیین باقی رہ جاتی ہے کہ آیا حاد شعبی التہاب ایک اولی اصابت ہے' یا ایسے عوارض کا جیسے کہ کالی کھانسی (whooping cough)' کھسرا' تپ محرقہ'

یا دوسری کسی نوعی تپ کا ثانوی نتیجہ ہے۔ بچوں میں حاد دخنی تدرن (acute miliary tuberculosis) کا خیال کیا جانا بھی ضروری ہے۔

انذار۔ حاد شعبی التہاب (acute bronchitis)۔ اس کی مدت چند روز سے لے کر تین ہفتوں یا زائد تک ہوتی ہے۔ ریمی (purulent) یا شعری (capillary) شعبی التہاب کی مہلک اصابتوں میں یہ مدت ۹ تا ۱۲ روز ہوتی ہے۔
مزمن شعبی التہاب (chronic bronchitis)۔ اگرچہ یہ اکثر زندگی کو گھٹا دیتا ہے تاہم بہت سے لوگ اس کی موجودگی میں بھی بڑی عمر تک زندہ رہتے ہیں۔ یہ موسم سے نمایاں طریقہ پر متاثر ہوتا ہے اور اس کے مریض دوران گرما میں اکثر نسبتاً اچھے رہتے ہیں اور سرما میں پھر بیمار ہو جاتے ہیں۔ لیکن ان کی حالت بعد میں آنے والے ہر سرما کے ساتھ خراب تر ہوتی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ بالآخر وہ ایک غیر معمولی طور پر شدید سرما میں یا شہروں کے سرد کہروں میں یا دوسرے مقامات پر شرقی یا شمال مشرقی ہواؤں میں ہلاک ہو جائیں۔ لیکن اس کے برعکس اگر مریض گھر کی حدود کے اندر رہیں یا اس سے بھی بہتر یہ کہ کسی نسبتاً گرم آب و ہوا میں رہ کر اس ناموافق موسم سے محفوظ رکھے جائیں تو ممکن ہے کہ وہ اپنے شعبی التہاب کو محدود رکھ سکیں اور ایسے مہلک انجام کو سالہا سال تک ملتوی کر سکیں۔ لیکن اس کے مضر اثرات افراز کی مقدار اور ثانوی نتائج (دیکھئے نفاخ، تمدد انبوبات اور دامیں قلب کے اتساع) کی مناسبت نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔

تجویز۔ اس کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ سرایت کے منبعوں سے اور انفرادی اصابتوں میں سرایت کی استعداد پیدا کرنے والے اسباب سے بچاؤ کیا جائے۔ اثر پذیر اشخاص کو نازلہ (catarrh) کے دوسرے مریضوں سے احتراز کرنا چاہئے۔ اگر تماس کے بغیر چارہ نہ ہو تو انفلوئنزا کے تحت میں بیان کئے ہوئے جالی کے چہرہ پوشش (gauze masks) پہنے جا سکتے ہیں۔ زکام (coryza) کی روک تھام کے تحت میں بیان کی ہوئی مختلف تدبیریں (ملاحظہ ہو صفحہ 196)، مناسب اصابتوں میں استعمال کی جا سکتی ہیں۔ ذخیرہ جدریات (stock vaccines)، یا خود زاد جدریات (autogenous-vaccines) اکثر مفید ہوتی ہیں۔ آخر الذکر بالخصوص

(sputum) سے تیار کی جاسکتی ہیں، لیکن کاشتیں ناک سے بھی لی جاسکتی ہیں، جہاں وہ عضویہ جو مرض کا خاص سبب ہے اکثر خالص کاشت میں حاصل کیا جاسکتا ہے۔ انگلستان کے موسم سرما کی آب و ہوا جس میں سردی اور رطوبت ہوتی ہے، شعبی التہاب کا نہایت عام سبب مُعِدّ (predisposing cause) ہے، لیکن ممکن ہے کہ انگلستان کے جنوبی مقامات جیسے کہ بورن متھ (Bournemouth)، وینٹنر (Ventnor) ٹارکوے (Torquay) یا پینزنس (Penzance) کی بود و باش سازگار نتائج پیدا کرے۔ نیز سازگار آب و ہوائیں بیرون انگلستان میں بھی ہیں، اور مینٹون (Mentone)، سان ریمو (San Remo)، کینیس (Cannes)، آرکے شان (Arcachon)، جزائر کیناری (Canary Islands)، مڈیرا (Madeira) اور نائل (Nile) (اسوان : Assouan) ایسے مقامات ہیں جہاں مریض سب سے زیادہ جاتے ہیں۔

علاج۔ متوسط شدت کی اصابتوں میں مریض کو ایک گرم کمرے میں بستر پر لٹا دینا چاہیئے۔ نسبتہً کم شدید اصابتوں میں اگرچہ مریض کو اُٹھنے کی اجازت دی جاتی ہے تاہم اُسے تکشُّف (exposure) سے محفوظ اور حتی الامکان ۶۰ درجہ یا ۶۵ درجہ فارن ہائٹ کی ہموار تپش میں رکھنا چاہیئے۔ مزمن شعبی التہاب میں ممکن ہے کہ ایک سازگار آب و ہوا میں منتقل کرنے کے سوال پر غور کرنا پڑے (ملاحظہ ہو تحریر)۔ اگر سینہ میں زیادہ تنگی ہو تو اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine)، رائی کی پٹی (mustard leaf) یا السی کی پلٹس (linseed meal poultice) سے جس پر رائی چھڑکی ہوئی ہو، جوابی تخراش (counter-irritation) پیدا کرنی چاہیئے۔ بچوں میں جوابی تخراش آور ادویہ (counter-irritants) کو احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہیئے، مگر ایک پتلی پلٹس جو سارے سینہ کو گھیر لے (جاکٹ پلٹس jacket poultice) نہایت کارگر ہوتی ہے۔ غذا ہلکی اور مغذی ہونی چاہیئے۔

ہوائی راستوں کا تسدد روکنے کے لئے تین حسم کی میکانیتیں (motor mechanisms) ہیں، یعنے نسبتہً بڑے شعبات کے لئے اہداب (ciliæ) کی حرکت دَسر (propulsive movement) اور کھانسی کی اخراجی میکانیت (expulsive mechanism) اور نسبتہً چھوٹے شعبات کے لئے عضلی حرکت دودیہ

(muscular peristalsis) ۔ لیکن شعبتوں میں افراز کا عمدہ بہاؤ بھی مساوی اہمیت رکھتا ہے، اور وہ ایک مُدہّن (lubricant) اور خراش آور اشیاء کے مُزلِق کے طور پر ہر دو حیثیت سے عمل کرتا ہے۔ شروع میں جب کہ کھانسی خشک ہو مسکنات (sedatives)، مثلاً مرکب صبغۂ کافور (tinct. camph. co.) کی ضرورت ہے اور اس کے بعد منفثات (expectorants) کی۔ امونیئم کاربونیٹ (ammonium carbonate) (۵ گرین ہر چوتھے گھنٹے)، نبیذ عرق الذہب (vinum ipecacuanhæ) (۵ تا ۱۰ قطرے) اور صبغۂ اسقیل (tinct. scillæ) (۵ تا ۱۵ قطرے)، معدی غشائے مخاطی میں خراش پیدا کرتے، اور عصب تائیہ (vagus) کے معکوس عمل کے ذریعہ شعبی افراز کو بڑھا دیتے ہیں۔ اگر ان ادویہ کو قے (emesis) لانے کی حد تک دیا جائے تو شعبی افراز اور بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بچوں کے علاج میں اسی اسلوبِ عمل سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے یعنے جمع شدہ شعبی افراز کو خارج کرنے کے لئے ایک ڈرام نبیذ عرق الذہب (vinum ipecac.) دیا جاتا ہے اور ضرورت ہو تو پندرہ منٹ کے بعد اسے مکرر دیا جاتا ہے۔ مزمن شعبی التہاب میں اسقیل (squill) خاص منفعت رکھتا ہے کیونکہ قلب پر اس کا اثر ڈیجیٹالس (digitalis) کے مثل ہوتا ہے۔ منفثات (expectorants) کی ایک دوسری جماعت شعبی غدد کی راہ سے خارج ہو کر اُن کے افراز کو تحریک پہنچاتی ہے۔ اس جماعت کا اہم ترین رکن ۵ گرین کی خوراکوں میں پوٹاسیئم آیوڈائڈ (potassium iodide) ہے۔ یہ مزمن شعبی التہاب میں خاص طور پر نفع بخش ہے۔ جہاں نفث کثرت ہو، بلسان پیرو (balsam of Peru) (اس کے ۲۰ قطرے ½ ڈرام شہد میں معلق کر کے) اور بلسان طولو (balsam of Tolu) دینا چاہئے، یا امونیئم کلورائڈ (ammonium chloride) (۵ تا ۲۰ گرین)۔ جہاں نفاث بدبودار (fœtid) ہو ٹیری بین (terebene) (۵ تا ۱۵ قطرے) دینا چاہئے۔ سعال شتائی (winter cough) کے لئے اس کے ۵ قطرے شکر پر ٹپکا کر دن میں کئی بار لینا مفید ہے۔ نوعمر بچوں میں جو طاقتِ نفث محض برائے نام ہی رکھتے ہیں، شعری شعبی التہاب (capillary bronchitis) میں بعض اوقات افراز اس قدر کثرت کے ساتھ ہوتا ہے کہ اس سے

135

اُنجوبات پُر ہوکر دَم گھٹنے کا خطرہ ہو جاتا ہے۔ افرازی غدد کو مشلول کرنے اور اُنبوبات کو خشک کر دینے کے لئے صبغۂ لفاح (tinc. belladonnæ) سوا۵ قطروں کی خوراکوں میں، یا ایٹروپین (atropine) بمقدار ۱/۱۰۰ گرین، کے اشرابات دئے جاتے ہیں۔ یہی علاج بالغوں میں بھی مفید ہو سکتا ہے۔ جب کھانسی زیادہ خراش آور ہو تو مسکنات (sedatives) استعمال کئے جا سکتے ہیں؛ مثلاً مارفیا (morphia) قلیل مقداروں میں (۱/۱۲ گرین یا ۱/۶ گرین)، مرکب صبغۂ کافور (۱/۲ ڈرام)، ہیروئن (۱/۲۴ تا ۱/۱۲ گرین)، کوڈین فاسفیٹ (codeine phosphate) (۱/۴ گرین)، یا پوٹاسیم یا امونیم برومائڈ (۵ گرین)۔ لیکن اگر کبودی (lividity) زیادہ موجود ہو تو ان چیزوں کو بہت احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہیے، کیونکہ ان حالات میں ممکن ہے یہ تنفسی اور قلبی مرکزوں کو خطرناک طور پر منخفض کر دیں۔ ہائڈروسائنک ترشہ (hydrocyanic acid) بھی مسکن ہے۔ یہ ترشہ شربت کرز بری (syrup of Virginian prune) کے اندر موجود ہوتا ہے جو عام طور پر تجویز کیا جاتا ہے۔ یہ غالباً معدے میں عصب تائیہ کے انتہابات کو مشلول کر کے عمل کرتا ہے (جو عرق الذہب کے برعکس ہے)، اور "معدی کھانسی" (stomach cough) میں مفید ہے۔ ان اصابتوں میں کہ جن میں شعبی اُنبوبات کا زیادہ تشنج ہو تا کہ صبغۂ جوز ماثل (tinct. stramonii) یا صبغۂ تیغ صحرائی اتھری (tinct. lobeliæ æth.) (۵ا بوند)، اتھر (۵ا بوند)، یا صبغۂ قنب ہندی (tinct. cannabis ind.) (۱۰ بوند) سے فائدہ ہو سکتا ہے۔ نیز قلیل مقداروں میں کلورل (chloral) (۵ تا ۱۰ گرین) کی سفارش بھی کی گئی ہے۔ ممکن ہے ان میں سے بعض طریقہائے علاج ایک دوسرے سے متخالف معلوم ہوں۔ فی الحقیقت ان کو مجموعی طور پر دینے سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں؛ مثلاً مرکب لعوق عنصل (linctus scillæ co.)(B. P. C.) (اڈرام خوراک) کی صورت میں، جس میں مسکن مرکب صبغۂ کافور، اور منفثات سکنجبین عنصل (oxymel scillæ) اور شربت طولو (syrup. tolutanus) کی مساوی مقداریں موجود ہوتی ہیں۔ اسی طرح، جوز ماثل (stramonium) یا تیغ صحرائی (lobelia) عام طور پر پوٹاسیم آیوڈائڈ کے ساتھ تجویز کئے جاتے ہیں؛ اور ایلیکسر ڈائمارفینی ایٹ ٹرپینی (elixir diamorphini et terpini) (B. P. C.) (اڈرام) میں ٹرپین ہائڈریٹ

(terpin hydrate) ہیروئن (heroin) اور شربت کرز بری (syrup of Virginian prune) موجود ہوتے ہیں، جیسے ایک کشفت اور دو شکن۔

تمام شدید اصابتوں میں جن میں زرقی (cyanosis) [یا بہر (dyspnoea)] موجود ہو آکسیجن کے استنشاق (oxygen inhalations) سے قیمتی مدد پہنچ سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 156) ۔ کمرے کی ہوا کو بھاپ سے (جو ایک برتن bronchitis : "kettle" سے نکلتی ہو) مرطوب رکھنے سے یا دوا لود (medicated) استنشاقات مثلاً لوبان کے بخارات (vapour benzoini) سے [مرکب صبغیہ عود ایک ڈرام گرم پانی ایک پائنٹ جو ایک خاص شامہ (inhaler) سے یا ایک معمولی ابریق (jug) سے استنشاق کیا جائے] فائدہ پہنچ سکتا ہے۔ جب بساق کثرت سے ہو یا بدبودار ہو تو ذیل کے ادویہ مفید ہیں: ویپر اولیائی ابائس (vapour olei abietis) (B. P. C.) (ایک ڈرام نصف پائنٹ میں)۔ خشک استنشاقات مثلاً ویپر کریسال کو (vapour cresol. co.) (B. P. C.) جبکہ اس سیال کی ایک تھوڑی مقدار کو ایک دھات کے برتن میں ڈال کر حرارت سے اس کی تبخیر کر دی جاتی ہے۔ ویپر آیوڈی ایتھرس (vapour iodi aetheris) ایک فمی انفی آلہ تنفس (oro-nasal respirator) کے ذریعہ سے۔ ویپر امونیائی کلورائڈی (vapour ammonii chloridi) (B. P. C) اگر شعبی التہاب کسی ریشی مرض سے منسوب کیا جا سکے تو بلا شبہ ساتھ ہی اس کا بھی علاج کرنا چاہئے، مثلاً نقرس (gout) کا علاج قلویات (alkalies) اور سورنجان (colchicum) سے۔ دیرینہ اصابتوں کے لئے مقویات (tonics) جیسے کہ کونین اور کاڈ مچھلی کے تیل کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ دیکھنا بھی مناسب ہے کہ امعا کا فعل آزادنہ ہو رہا ہے۔ اور زیادہ عرصہ کی اصابتوں میں جہاں قلب کی دائیں جانب متسع (dilated) ہو گئی ہو مختلف افرازات کا آزادانہ بہاؤ جاری رکھنا چاہئے اور قلب کے فعل کو ڈیجیٹالس (digitalis) سے اسی طرح مدد پہنچانی چاہئے جس طرح کہ مصراعی مرض (valvular disease) کی متناظر اصابتوں میں پہنچائی جاتی ہے۔ جب غالب عضویہ، عضویہ نازلہ (M. Catarrhalis) یا فریڈلینڈر کا عصیہ (Friedlander's bacillus) ہو یا جب ماسکی سرایت (focal infection) اولی سبب ہو تو جدریات (vaccines)

مفید ہوتے ہیں۔

تمدّد الشعب

(BRONCHIECTASIS)

بحث اسباب ۔ تمدد الشعب یا شعبات کا اتساع پھیپھڑوں کے متعدد امراض کے تعلق میں واقع ہوسکتا ہے۔ اکثر اس کے ہمراہ گرد و پیش کی ششی بافت کی کسی قدر لیفیت (لیفی شش fibroid lung) یا انتفاخ (emphysema) بھی پایا جاتا ہے۔

ممکن ہے کہ کسی بڑے شعبی انبوبہ کا بتدریج ترقی کردہ اور مسلسل تسدد اس سے نکلنے والے نسبتاً چھوٹے شعبات کا اتساع واقع کر دے۔ اس طرح سے ممکن ہے کہ انورسمے جو کسی شعبہ کو دباتے ہوں سرطان جو اسے دبائے یا اس کے اندر بڑھ جائے آتشکی ضیق (syphilitic stenosis) یا ایک مغروز جسم غریب تمدد الشعب کے اسباب ہو جائیں۔ لیکن تمدد الشعب کا عام ترین سبب ایک اولی التہابی حالت ہے جیسے کہ شعبی التہاب عرصہ دراز تک جاری رہا ہو اشعبی ذات الریہ بالخصوص بچوں میں اور کبھی کبھی لختی ذات الریہ۔ نیز ممکن ہے کہ پلیورائی انصبابات کا یا نظرانداز شدہ دبیلات (empyemas) کا شش پر بیرونی دباؤ تمدد الشعب پیدا کر دے کہ جس کے ساتھ شش کی لیفیت (fibrosis) بھی پائی جاتی ہے۔ شاذ حالتوں میں تمدد الشعب کی حالت پیدائشی ہوتی ہے۔ یہاں شش کے دوہری انحطاط کا ذکر کرنا بھی ضروری ہے جو کہ شاذ ہے۔

136

امراضیات ۔ جزئی تسدد کی صورت میں جب اس کے آگے کے انبوبات متمدد ہو جاتے ہیں تو اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ شہیقی حرکات زفیری حرکات کی نسبت زیادہ موثر ہوتے ہیں جس سے ہوا اندر کو کس لی جاتی ہے اور پھر کامل طور پر باہر نہیں نکلتی۔ مزمن شعبی التہاب میں انبوبات کے اندر کا افراز تسدد پیدا کرتا ہے اور

ساتھ ہی انبوبات کی دیواریں التہاب کی وجہ سے نرم ہو جاتی ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ بآسانی متسع ہو جاتی ہیں ۔ شدید شعبی ذات الریہ میں تمدد الشعب کی پیدائش کا ایک دوسرا طریقہ دریافت ہوا ہے ۔ حاد شعبی التہاب اور گرد شعبی عروق لمفاویہ کا التہاب (peribronchial lymphangitis) شعبی دیوار کا کامل اتلاف واقع کر دیتا ہے، جو ممکن ہے کہ متصلہ حوفوں کو بھی متاثر کر کے ایک صاف کٹا ہوا (clear-cut) کہفہ بنا دے ۔ جو کہ انبوبہ کا طول تلف ہو جانے کی صورت میں اسطوانی اور انبوبہ کی صرف ایک جانب تلف ہونے کی صورت میں تاتھیلی (saccular) ہوتا ہے ۔ دوران اندمال میں کہفہ میں نو عمر لیفی بافت کی استرکاری ہو جاتی ہے اور پست مکعب خلیوں کا ایک نیا سلسلہ بن جاتا ہے ۔ یہ تغیر معمولاً ماجاتوں میں متوسط اور چھوٹے انبوبات میں واقع ہوتا ہے اور جتنا بالائی لختوں میں ہوتا ہے اس سے زیریں لختوں میں زیادہ عام ہوتا ہے ۔ کہفوں کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں اور ان میں عموماً تندرست شعبہ کی عضلی بافت یا کرّی کے کوئی آثار نہیں پائے جاتے ("شانِ زنبوری" honey comb lung") ۔ اکثر ایک چھوٹا شعبہ کہفہ کے اندر کھلتا ہوا پایا جاتا ہے ۔ بعض اوقات دیواروں کے ساتھ ساتھ بند پائے جاتے ہیں ۔ بعض اوقات سطح متقرح ہوتی ہے اگرچہ وہ عموماً چکنی ہوتی ہے ۔ بیشتر اوقات ان کہفوں کے ساتھ پھیپھڑوں میں وسیع لیفی تغیرات موجود ہوتے ہیں (10) (ملاحظہ ہو صفحہ ا) ۔

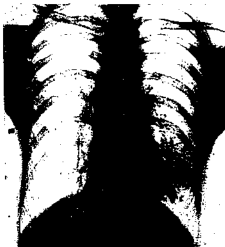
تمدد الشعب اکثر ایک لخت تک محدود ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ وہ شعبی تسدّد جسم غریب یا حاد ذات الریہ یا ذات الجنب کی وجہ سے ہو ۔ اگر دونوں پھیپھڑے ماؤف ہوں تو ضررات (lesions) وسیع نہیں ہوتے یا ایک پھیپھڑا دوسرے کی نسبت بہت زیادہ ماؤف ہوتا ہے ۔

علامات ۔ متوسط اسطوانی اتساع کی اصابتوں میں جو شعبی التہاب یا نفاخ کے ہمراہ پایا جاتا ہے، علامات اولی مرض کے علامات میں گم ہو جاتے ہیں ۔ لیکن نسبتہً بڑے اتساعات میں اور تاتھیلی قسم (saccular variety) میں، تمدد الشعب اصابت کی ایک نمایاں خصوصیت ہوتا ہے، اور کہفوں سے نکلنے والا افراز اور دشش کے بڑے حصوں کی لیفیت (fibrosis) اور تجوّف (cavitation) متعین علامات اور طبیعی

تختہ ۱



الف۔ تمدد الشعب۔ تاپکی قسم ،لیپائڈال بھرنے کے بعد۔



ب۔ تمدد الشعب تکلانما (انگشت وستانہ کی) قسم کا۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

علامات پیدا کر دیتے ہیں۔
مریض کا لاغر ہونا ضروری نہیں وہ عموماً بخار سے معرا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اُسے بجز کھانسی اور نفث کے علاوہ اور کوئی چیز تکلیف دہ نہ ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ زراق (cyanosis) اور انگلیوں کی گرز شکلی (clubbing of the fingers) موجود ہو۔ جب ریوی دوران خون میں زیادہ مزاحمت ہوتی ہے تو دائیں قلب کا فشل (failure) یا ذاتُ الرئہ کلائی ٹانگ اور البیومن بولیت پیدا کر دے گا۔
بُصاق (sputum) یا تو (۱) ریمی اور بے بو یا (۲) مخاطی ریمی یا (۳) منتن شعبی التہاب (fœtid bronchitis) کے بصاق کی طرح بدبودار مخاطی ریمی اور جھاگدار ہوتا ہے۔ جب ایک یا دو بڑے تا طاقی کہفے ہوں تو بصاق ایک مخصوص و ممیز طریقہ سے نفث سے خارج ہوتا ہے۔ یہ افراز کچھ عرصہ (ممکن ہے کہ دو یا تین گھنٹوں تک) کھانسی کی تحریک پیدا کئے بغیر متسع انبوبات میں جمع ہوتا رہتا ہے۔ پھر یا تو اس کی مقدار کی وجہ سے یا مریض کے نقل و حرکت کرنے یا بستر میں کروٹ لینے یا بیٹھنے کے سبب سے افراز ایک ہم پہلو نسبتہً تندرست تر انبوبہ کے اندر بہکر چلا جاتا ہے جس سے کھانسی کی تحریک ہوتی ہے اور مخاطی ریمی افراز کے چند اونس سب ایک دم نفث سے خارج ہو جاتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں نفث الدم (hæmoptysis) بار بار اور متوسط طور پر کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔
خشک تمدد الشعب۔ یہ ایک عام قسم ہے جو کہ لیپ آیوڈال (lipiodol) کے اشراب کے بعد لاشعاعی امتحان کرنے سے دریافت ہوتی ہے۔ شعبی ذات الریہ جو خصوصاً خسرا اور کالی کھانسی کے بعد ہوا تھا سابقہ سرگذشت میں پایا جاتا ہے۔ علامات کھانسی اور اسکے ساتھ ذرا سا بے بو بصاق اور نفث الدم ہوتے ہیں۔ قاعدی گنگ کی کمی کمزور تنفسی آوازیں اور لغطات موجود ہوتے ہیں۔ بالعموم گرز شکلی بالکل نہیں پائی جاتی۔ خطرات وافر نفث الدم یا تمدد الشعب کی غویا بی ہیں (II)۔
طبیعی علامات۔ یہ اتساعات کی نوعیت و جسامت ششش کے اندر انکی توزیع اور پیچ در پیچ حائل ہونے والے ششش کے تجمد (consolidation) یا لیفیت (fibrosis) کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں ایک قاعدہ کے بڑے

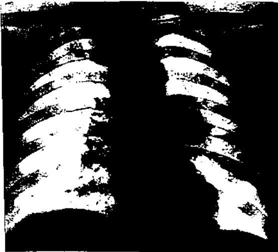
137

حصہ میں بلکہ سینہ کی ایک پوری جانب میں موٹے (coarse) چرچرانے والے (creaking) اور چٹخنے والے لغطات (crackling) (râles) پائے جاتے ہیں جو تنفسی خرخر کو پوشیدہ کر دیتے ہیں لیکن کوئی اصمیت (dulness) یا کوئی نمایاں تحدید حرکت نہیں ہوتی۔ دوسری اصابتوں میں ان کے علاوہ گمگ کی کمی (impairment) کا ایک ایسا رقبہ ہوتا ہے جہاں شعبی تنفس یا قدری تنفس (amphoric breathing) اور اس کے ساتھ شعبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) سنائی دیتے ہیں اور ایک ایسے کہفہ کے جو تکثیف شدہ بافت سے محصور ہو دوسرے شاذ تر علامات موجود ہوتے ہیں (صفحہ ۱۲۷)۔ جب کہفہ افراز سے لبریز ہوتا ہے تو گمگ کی کمی (impairment) اور گھٹے ہوئے اصوات تنفس موجود ہوتے ہیں لیکن لغطات (râles) اور شعبی تنفس صرف کھانسنے کے بعد ظاہر ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں بیماری مزمن ذات الریہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ سینہ کی بازکشیدگی (retraction) واقع ہوجاتی ہے۔ قلب افقی رخ میں مرضی کشش کی طرف کھنچ آتا ہے اور مقابل کا شش تعویضی طور پر نفاخی (compensatorily emphysematous) ہوجاتا ہے۔

تشخیص۔ تکہف (cavitation) کی تشخیص اور وسعت لپیانڈال (lipiodol) کے اشراب کے بعد لاشعاع سے متعین کی جاسکتی ہے۔ برافتادہ جلد وغیرہ کو ایک فی صدی نووکین (novocaine) حلقی درقی جھلی (cricothyroid membrane) تک مشرب کرکے عدیم الحس کرلیا جاتا ہے۔ مریض کو سیدھا بٹھا ہوا رکھ کر دو فی صدی کوکین (cocaine) ۲ ملی لیٹر پار قصبۃ الریہ کے اندر مشرب کی جاتی ہے۔ تین منٹ کے بعد ایک خاص مجمدہ مبزل اور نرت و نولچہ (trocar and cannula) اس جھلی میں سے ہوکر قصبۃ الریہ کے اندر داخل کیا جاتا ہے۔ اس امر کا یقین کرلینے کے لئے کہ یہ مقام صحیح ہے قنولچہ کی راہ سے ہوا کھینچی جاسکتی ہے۔ لپیانڈال کو جسے پانی درجہ نارن ہائٹ تک گرم کرلیا گیا ہو ۲۰ تا ۳۰ مکعب سنٹی میٹر ایک بالغ کے لئے اور ۵ مکعب سنٹی میٹر بچہ کے لئے گرم کی ہوئی عقیم پچکاری کے اندر کھینچکر قنولچہ کی راہ سے مشرب کردیا جاتا ہے اور پھر مریض مشتبہ پہلو پر لیٹ جاتا ہے۔ شعاع نگاشت (radiogram) انتصابی وضع میں لی جاتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحہ ۱ اور ۲ الف



الف. طبعی سینہ، پیانڈال بھرنے کے بعد۔ (شعاع نگاشت ڈاکٹر ایف۔ جی۔ پیانڈلر اور مسٹر جے۔ ڈی سپارکس، وکٹوریہ پارک چسٹ ہسپتال نے لی ہے)



ب. شعبہ کا سرطان۔ اس کا مقابلہ صفحہ صفحہ 159 سے کرو۔ (شعاع نگاشت مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہے)

بالمقابل صفحہ [illegible]

جو طبعی حالت ظاہر کرتی ہیں)۔ اگر لپائڈال کھانسی کے ذریعہ نکل کر اوپر آ جائے تو اُسے نگلنا نہیں چاہیئے۔ بالغ میں لپائڈال کو ایک پچکاری اور قثاطیر کے ذریعہ زبان کے اوپر سے ڈالا جاسکتا ہے (۱۲) یا کوکین لگا کر ایک انفی قثاطیر کے ذریعہ براہ راست حنجرہ میں ڈالا جاسکتا ہے۔ شعبہ بینی جیسی کہ کشش کے خراج کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے، تشخیص میں نہایت مفید ثابت ہوتی ہے۔

مزمن سل ریوی (chronic phthisis) سے تفریقی تشخیص کا انحصار بیاق کے اندر درنی عصیہ کی عدم موجودگی پر کسی پیش رو سرایت مثلاً ذات الریہ کی سرگذشت پر اور تجوف (cavitation) کی جائے وقوع پر ہوتا ہے جو نہایت شاذ طور پر راسی ہوتی ہے۔ ایک قاعدی تمدد الشعب کو ایسے ڈبیلہ (empyema) سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے کہ جس کا مواد شعبات کے اندر خارج ہو رہا ہو۔ ممکن ہے کہ سرگذشت مرض سے مدد ملے، اور نفث الدم سے تمدد الشعب کی تائید ہوتی ہے۔ استقصاء (exploration) سے دونوں صورتوں میں پیپ مل سکتی ہے۔

اِنذار۔ بمقابلہ سل ریوی یہ بہتر ہے۔ مریض اکثر برسوں زندہ رہتے ہیں اور مقامی حالت میں محض آہستہ آہستہ ترقی ہوتی ہے۔ لیکن وہ ایسی خطرناک پیچیدگیوں میں مبتلا ہونے کا امکان رکھتے ہیں جیسی کہ ذات الریہ خراج، گنگرین، عفونت الدم (septicæmia)، دماغی خراج (cerebral abscess)، اور دوسرے مقامات پر سُروجی پھوڑوں (metastatic abscesses) کا وقوع۔

علاج۔ مقامی طور پر مقصود یہ ہونا چاہیئے کہ افراغ (evacuation) میں مدد دی جائے۔ اس غرض سے مریض بستر پر تندرست پہلو پر لیٹتا ہے اور لکڑی کے ٹکڑوں (block) کی وساطت سے اُس کے پلنگ کی پائنتی کو ایک فٹ اونچا اٹھا دیا جاتا ہے۔ ابتداءً یہ میلیت (drainage) روزانہ نصف گھنٹہ کے لئے عمل میں لائی جاتی ہے، اور پھر اس مدت کو بتدریج بڑھا کر روزانہ دو گھنٹے تک کر دیا جاتا ہے۔ مریض کے شرینوں کو ٹھیک جگہ پر رکھنے کے لئے ایک فانہ شکل (wedge-shaped) تکیہ استعمال کر سکتے ہیں۔ میلیت کرنے کا جدید العصر طریقہ وہ ہے جو کہ شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ عمل میں لایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو خراج)۔ اس سے

بہت بڑا انحنا تو واقع ہوتا ہے، تاہم چونکہ انبوبات میں ساختی تغیر واقع ہو چکا ہوتا ہے، لہٰذا مریض کو بعد میں استدادات واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ شعبات کے دفع عفونت (antisepsis) کے لئے روغن تارپین کے ۵ قطرے تک دن میں تین بار براہِ دہن دے سکتے ہیں۔ واقیاتِ عفونت (antiseptics) (ملاحظہ ہو التہابِ شعبات bronchitis ؛) کے استنشاقات مفید ہیں، جن میں کریاسوٹ (creosote) کے بخار کا استنشاق بھی شامل ہے، جو ایک بند کوٹھڑی (closed chamber) کے اندر روزانہ پندرہ سے ساٹھ منٹ تک عمل میں لایا جاتا ہے (Chaplin)۔

کئی جراحی طریقہائے علاج آزمائے گئے ہیں، جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں: ایک انفرادی بڑے کہفے کی جراحی سیلیت (surgical drainage)، کہ جو بڑا افتادہ پسلیوں کے استیصالِ جزئی (resection) کے ساتھ یا بدون استیصالِ جزئی کے کیجاتی ہے۔ عصبِ خلبی کا قلع (phrenic avulsion)؟ اور مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax)، جس کے بعد ایک تمولیہ کے ذریعہ سینہ میں روغن زیتون (olive oil) بھر دیا جاسکتا ہے جس میں ۵ فی صدی گومینال (gomenol) شامل ہو۔ یہ چھ مہینے تک بلا جذب ہوئے رہیگا، چنانچہ بڑی مدتوں کے بعد مکرر بھرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ مرضی لختہ کا استیصال (excision) (لختہ برآری: lobectomy) اور شعبہ کا انسداد (occlusion) اس طرف جو کہ کاٹ سے قریبی طور پر واقع ہے۔ اُن پسلیوں کا استیصالِ جزئی جو شش کے شعبی تمدد کے حصے کے اوپر واقع ہوں، تاکہ ہبوط (collapse) واقع ہو سکے۔

حمۃ القش ۔ دمہ (HAY FEVER) (ASTHMA) 198

حمۃ القش ایک نہایت شدید نازلہ ہے جو بالخصوص انفی غشائے مخاطی کو لیکن اکثر شعبی غشائے مخاطی کو بھی متأثر کرتی ہے، اور شعبی نظامِ عضلی (bronchial musculature) کے انقباضات پیدا کر دیتی ہے۔ دمہ (asthma) اپنے وسیع ترین

مفہوم کے لئے استعمال کیا جائے، تو اس اصطلاح کا اطلاق چھوٹے شعبات میں ایک ایسی صورت حالات پر ہوتا ہے جو بڑے شعبات اور کشش کے جوفیزوں کے درمیان تبادلۂ ہوا میں مزاحم ہوتی ہے۔ اس مزاحمت یا رکاوٹ کی نوعیت کے متعلق ہم یقینی طور پر بہت کم معلومات رکھتے ہیں لیکن آنت یا مثانہ کے سادہ یا مخطط عضلہ کی تمثیل سے استدلال کرتے ہوئے ہم قیاس کرسکتے ہیں کہ شعبی عضلہ جو غالباً ہر طبعی تنفس کے دوران میں کسیقدر منقبض ہوتا ہے، دمہ کی حالت میں ایک وقت میں تشنجی طور پر (tonically) منقبض ہوتا ہے اور دوسرے وقت میں اس میں تہدنے دار انقباضات اور انبساطات (relaxations) واقع ہوتے ہیں۔ غشائے مخاطی کا اُذیما یا امتلا بھی تسدد پیدا کردینے میں حصہ لیتا ہے۔ اس تعریف پر سے ہم سمجھتے ہیں کہ دمہ کی اصطلاح اکثر ایک علامت یا شاید علاماتی مخلوط (syndrome) ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے نہ کہ ایک مرض ظاہر کرنے کے لئے، اور یہ علاماتی مخلوط فی الواقع مختلف عاملات سے پیدا ہوسکتا ہے۔

حالت حساسیت (allergic state) ۔ضیق النفس اور دمہ اکثر ایک ہی قسم کے مرض کے مختلف مظاہر ہیں، جس میں مندرجہ ذیل بھی شامل ہیں:۔ دوری سیلان الانف (paroxysmal rhinorrhœa) رعق حرکی التہاب الانف (vasomotor rhinitis)=وعائی عصبانی اُذیما (angeio-neurotic œdema)- دوری استسقائے مفصلی (paroxysmal hydrarthrosis) ۔شری (urticaria)، اکزیما (eczema)، خارش (pruritus) اور حکاک (prurigo) کی بعض قسمیں۔ بعض معدی معائی اختلالات۔ شقیقہ (migraine) اور صرع (epilepsy) کی چند اصابتیں۔ اس گروہ کے افراد کو مجموعی طور پر سمی خود رو عارضات (toxic iodiopathies) یا حالت حساسیت (allergic state) کے طور پر جماعت بند کیا گیا ہے۔ مریض میں ایک خاص خارجی پروٹین کی حساسیت پیدا ہوجاتی ہے، یہ خارجی پروٹین ایک زہر کی طرح عمل کرتا ہے، جس سے ایک شدید تعامل پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ مشابہ ہے اس اثر کے جو مصل کا اشراب۔ ایک ایسے فرد کے اندر کرنے سے پیدا ہوجاتا ہے کہ جس کو اس کے لئے حساس بنا دیا گیا ہو۔ چنانچہ یہ دونوں حالتیں

در اصل ایک ہی نوعیت کی بیخ استہلافی (anaphylactic) سمجھی جاتی ہیں [ملاحظہ ہو صفحہ 15 کہ جہاں پرانسٹز کسٹنر (Praunitz-Küstner) کا تعامل بیان کیا گیا ہے]۔ لیکن خالص اور سادہ استہداف (anaphylaxis) کے متعلق یہ ایک صاف بات ہے کہ استہدافی صدمہ (anaphylactic shock) پیدا کرنے کے لئے اینٹی جن (antigen) کا ایک حساس گر ابتدائی اشراب ہمیشہ ضروری ہوتا ہے۔ درانحالیکہ فطری طور پر واقع ہونے والے حساسیتی امراض میں ایسی ابتدائی حساس گری (sensitization) کی شہادت نہیں پائی جاتی۔ لیکن ممکن ہے کہ حساسیت (allergy) میں اینٹی جن (جسکی بالکل تھوڑی مقدار میں ضروری ہوتی ہیں) ایک خراشیدہ غشائے مخاطی کی راہ سے داخل ہو گیا ہو۔ مثلاً ممکن ہے کہ معدی معوی التہاب (gastro-enteritis) کے دوران میں غیر ہضم شدہ پروٹین، مثلاً انڈے کا پروٹین، معوی خطہ سے جذب ہو جاتا ہو اور اس طرح اس شئے کی بیش حساسیت کی ایک مستقل حالت (hyper-sensitiveness) پیدا کر دیتا ہو۔ نیز یہ یقین کرنے کی وجہ موجود ہے کہ ایسی حالتوں میں معدی ہضم اور نتیجۃً پروٹین پاشیدگی (proteolysis) بھی ناقص ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پروٹیوزیس (proteoses) غذائی خط سے براہ راست ہضم ہو جاتے ہیں اور اسوقت جگر اُن پر اس طرح عمل نہیں کرسکتا جیسا کہ اسے کرنا چاہئے (پروٹین پکشی : protopexic فعل کاشل) اور وہ عام دوران خون کے اندر داخل ہو کر استہداف پیدا کر دیتے ہیں (46)۔ اسمیں شک نہیں کہ پروٹینی خراش اور اس ابتدائی ضربہ (trauma) کے علاوہ جس کی راہ سے پروٹین جسم کے اندر داخل ہوتا ہے، حساسیت میں دوسرے عاملات بھی موجود ہوتے ہیں، نیز شخصی عاملات، اور روشنی کی حساس گری ایک ادویہ بھی بلاشبہ اس کی پیدائش میں حصہ لیتے ہیں۔ مثلاً دمہ کے مو قی صدی مریض الیسپرین (aspirin) کے لئے انتہائی حساسیت ظاہر کرتے ہیں اور اس کی بالکل خفیف مقداروں سے تقریباً ہلاکت کو پہنچ گئے ہیں؛ اور ان لوگوں میں الیسپرین کی خوراک کے بعد خون کے اندر سیلی سلک ایسڈ (salicylic acid) معمول کے نسبت بہت زیادہ حد تک جمع پایا گیا ہے (13)۔ مزید برآں سمی خود رد عارضات (toxic idiopathics) کا ایک قوی موروثی رجحان بھی ہوتا ہے، اگرچہ ماؤف خاندان کے اراکین مختلف قسم کے حساسیتی مرض ظاہر

کر سکتے ہیں' اور حقیقۃً اُن میں سے ایک سے زائد میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔
استہداف کے باب میں بتلایا گیا تھا کہ استہدافی صدمہ (anaphylactic shock) جسمانی بافتوں کے اندر اینٹی جن اور ضد جسم (antibody) کے باہمی تعامل (interaction) سے پیدا ہو جاتا ہے' اور یہ کہ اس باہمی تعامل سے پروٹینی سالمات کی شکست و ریخت واقع ہو جاتی ہے۔ یہ نہایت دلچسپ ہے کہ حساسیتی امراض (allergic diseases) میں بعض حیاتی کیمیائی تغیرات (biochemical changes) دریافت ہوئے ہیں جو اس نظریہ کے مؤید ہیں کہ حساسیتی حملہ میں بھی خون کے اندر پروٹیوز کی زیادتی پائی جاتی ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر استہدافی صدمہ ہوتا ہے' اور یہ پروٹینی تفرق (protein catabolism) کی زیادتی پیدا کر دیتا ہے (14)۔ اس حملہ کے دوران میں کبدی قلت (liver dificiency) اس سے ظاہر ہوتی ہے کہ 139 خون ایک مثبت بالواسطہ وان ڈن برگ تعامل (positive indirect van den Bergh reaction) خون میں دیتا ہے' اور دموی شکر (blood sugar) پست لیول پر ہوتی ہے (45)' اور ساتھ ہی ایک "خون شکن حرجہ" (hæmoclasic crisis) ہوتا ہے' جو خون کے دباؤ کی تخفیف' قلت خلیات ابیض (leucopenia)' عرصہ تجمید کی تبدیلی اور روشنی کے لئے مصل کے انعطافی نمایندے (refractive index) کی تبدیلی پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون میں امینو ایسڈ' یورک ایڈ اور کریٹینین (creatinine) کے اجزاء زیادہ ہو جاتے ہیں' اور قارورے میں ان اجسام کا زیادہ اخراج ہوتا ہے۔ گردوں سے کم پانی خارج ہوتا ہے اور قارورہ بہت ترشئی ہو جاتا ہے۔ کلورائڈ کا احتباس (retention) ہو جاتا ہے' لیکن سرخ جسیمات میں کلورائڈ کم ہو جاتا ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم یہ ہے کہ قارورہ میں ایک "پروٹیوز" ظاہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 512)' جو مریض پر آزمانے سے (ملاحظہ ہو آگے کا مضمون) ایک نوعی "جلدی تعامل" (skin reaction) پیدا کرتا ہے۔ ایسے ربوی مریضوں میں کہ جن کی جلد غذا یا شمومات (inhalents) سے اخوذ پروٹینوں کے لئے حساس ہے' ۹۰ فی صدی میں مثبت نتائج پائے جاتے ہیں لیکن باقی ربوی مریضوں میں صرف ۱۵ فی صدی میں۔ صحت مند آدمی شاذ و نادر ہی اپنے پروٹیوز

کے لئے تعامل ظاہر کرتے ہیں گو کہ ۳۳ فی صدی آدمی ربوی پروٹینز کے لئے تعامل ظاہر کرتے ہیں جو کہ واضح طور پر ہکتر (47) حملہ کے بعد خون طبعی ہو جاتا ہے۔ لیکن ساتھ ہی ایک نمایاں ادرار (diuresis) ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قارورہ فی الحقیقہ قلوی ہو جاتا ہے۔ راقم الحروف کی رائے ہے کہ استبدادی صدمہ (shock) پیدا ہو جانے کے سبب سے جو پروٹینی تفرق واقع ہوتا ہے وہ امینو ایسڈ کے بہت سے نسبتاً چھوٹے سالمات آزاد کر دیتا ہے اور یہ بافتوں کا ولوجی دباؤ (osmotic pressure) زیادہ کر دیتے ہیں (جو سالمات کی تعداد پر منحصر رہتا ہے نہ کہ ان کی جسامت پر) جس سے پانی کا احتباس واقع ہوتا ہے۔ یہ شری (urticaria) اور عروقی عصبانی اذیما (angieo-neurotic œdema) میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ آزاد امینو گروہوں کی تعدیل کے لئے HCl کی ضرورت ہوگی (اور COOH گروہوں کی تعدیل کے لئے غالباً NaOH کی) جس کا نتیجہ یہ ہوگا کہ نہ صرف کلورائڈ کا احتباس ہو جائے گا بلکہ جسیمات بھی اپنے ذخیرہ کا کچھ حصہ دے دیں گے۔

حمۃ القش مئی جون اور جولائی کے مہینوں میں کثرت کے ساتھ واقع ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ خشک گھانس کا زیرہ (pollen) جو اس کا سمی عامل ہے اس وقت افراط کے ساتھ ہوتا ہے۔ لیکن اس کے حملے خشک زیرہ کے ذریعہ حساس افراد میں سال کے کسی وقت میں بھی مصنوعی طور پر پیدا کئے جا سکتے ہیں۔ یہ دریافت ہوا ہے کہ حمۃ القش کے مریض مختلف پودوں کے زیروں سے مختلف درجوں میں تعامل ظاہر کرتے ہیں۔ لیکن اس ملک میں گھانس ہی کا زیرہ اہم عامل ہے۔ گرما میں یہ بافراط ہوتا ہے اور ہوا کے ذریعہ سے لمبے فاصلوں تک منتقل ہو سکتا ہے۔ امریکہ میں بعض کمپاس میٹی (Compositæ) کا زیرہ بھی وجہ شکایت ہو سکتا ہے۔ زیرہ طبعی طور پر استنشاق کے ذریعہ انفی اور شعبی غشائے مخاطی پر اپنا اثر کرتا ہے۔ اگر مریض اسے تجربۃً نگل لے تو یہ سوء ہضم اور اسہال پیدا کر دیتا ہے۔

دمہ (asthma)۔ سمی خود روعارضہ (toxic idiopathy) کی ایک دوسری قسم حیوانی دمے ہیں۔ ان میں مریض ایک گھوڑے کے سبوسہ (dandruff) کی حساسیت رکھتا ہے اور اگر گھوڑے کے قرب وجوار میں ہوں تو اسے دمہ کا حملہ ہو جاتا ہے

بالکہ اگر وہ سائیسوں کی صحبت میں ہو تو بھی اُسے حملہ ہو جاتا ہے۔ ایسے افراد میں گھوڑے کے گوشت کے ٹکڑے (sausages) کھانے کے بعد معدی معوی حملے ہونا بیان کئے گئے ہیں۔ "بلی" دمہ ("cat" asthma) مشہور چیز ہے۔ اور بھیڑوں، گایوں، سُوروں، خرگوشوں، بکریوں اور پرندوں کے پَروں کی حساسیت بھی ہوتی ہے، چنانچہ ایک معمولی تکیہ پر سونے سے دَمہ کا حملہ شروع ہو سکتا ہے۔ ہالینڈ میں حال ہی میں دریافت ہوا ہے کہ عثّہ جات (mites) سے سرایت زدہ غلہ جو جانوروں کو بہت کھلایا جاتا ہے، دمہ پیدا کرنے کا ایک مؤثر ذریعہ ہے۔

ایک دوسرا سمّی خود روعارضہ (toxic idiopathy) غذائی اشیا کی حساسیت ہے اور ممکن ہے کہ ایک خاص نوعی غذائی شئے کھانے سے دَمہ یا معدی معوی اختلالات پیدا ہو جائیں۔ دَمہ کے مریضوں کا امتحان مختلف غذاؤں کے پروٹینوں کی تطعیم سے کیا جا سکتا ہے۔ اناجوں (cereals) جیسے کہ گیہوں، مکئی، چاول، رائی، جو یا جئی (oats) سے مثبت جلدی تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔ انڈے، آلو، کیسین (casein) جھینگا مچھلی (lobster) کستورا مچھلی (oyster) اور مختلف قسم کی مچھلی، مختلف قسم کے گوشت، پالک (spinach) اسٹرابیری، سیب، اور دوسرے نباتات اور پھل، ان سب سے مختلف اصابتوں میں مثبت تعاملات پیدا ہو گئے ہیں۔

حساسیتی مریضوں میں "جلدی تعاملات" کے امتحان کے دو طریقے ہیں:-

(۱) تشریط (scarification) کے ذریعہ۔ پیش بازو کی جلد کو صاف کرنے کے بعد اس پر NaOH کے N/10 یا N/20 محلول کا ایک قطرہ رکھ دیا جاتا ہے، اور ایک چھوٹے چاقو کی نوک پر پروٹین کی تھوڑی مقدار بصورت سفوف لگا کر اس سیال میں حل کر دی جاتی ہے، اور پھر اس آمیزہ میں سے ایک سطحی چرکا (cut) ½ انچ لمبا دیا جاتا ہے۔ بیس سے تیس منٹ میں ایک مثبت نتیجہ ظاہر ہوتا ہے، جو ایک شری دَدوڑے (urticarial wheal) کی صورت میں ہوتا ہے، جو قطر میں نصف سنٹی میٹر اور ایک منطقۂ احمرار سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ اس سے بھی کم واضح نتائج کا اندراج ہوتا ہے، کیونکہ وہ تہییجی عامل کا پتہ دے سکتے ہیں۔ عیاری نشان (control) بلاشبہ بالکل منفی ہونا چاہئے۔ (۲) دروں جلدی اشراب (intracutaneous injection) کے

ذریعہ مطلوبہ تحلول کی ۰۵ ۔ ۔ سی ۔ سی مقدار ایک نہایت باریک سوئی سے جو جلد سے تقریباً متوازی کرکے رکھی جاتی ہے جلد کے اندر شرب کی جاتی ہے۔ مائع کا ایک قیدو نما بٹن کھائی دینا چاہیئے۔ اور طبعی مائع کے ذریعہ ایک عیاری اشراب عمل میں لانا چاہیئے۔
پیش بازو کا اگلا حصہ بہترین مقام انتخاب ہے۔ ایک التہابی بالیزہ مثبت تعامل ظاہر کرتا ہے۔ ان دونوں میں سے درول جلدی تعامل نسبتہً حساس تر ہوتا ہے اور اس سے دمہ کے مریضوں کے ایک تناسب میں، جو مختلف ملکوں میں مختلف ہے لیکن انگلستان میں بڑا نہیں، مختلف پروٹینی خلاصہ جات [جانوروں کے بالوں، غذائی اشیاء زیرول (pollens)] کے ذریعہ سے مثبت تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔
زہر یلی شئے دمہ کے مریضوں کی بہت غالب تعداد میں نامعلوم ہوتی ہے۔
یہ محمول الہوا (air-borne) معلوم ہوتی ہے، اور بعض مثالوں میں پھپھوندی (mould) ہو سکتی ہے۔ یہ اکثر دمہ کے مریض کے مکان کے گرد و غبار میں موجود ہوتی ہے۔ یہ کسی ایک مقام میں دوسرے مقام کی نسبت زیادہ موجود ہوتی ہے۔ مثلاً ذی لینڈ (Zeeland) میں ایسے دیہات ہیں جن میں آبادی کا ایک بڑی حد ی حصہ دمہ میں مبتلا ہے، اور جب یہ لوگ دریائے رائن کے اوپر کے حصہ کی طرف سفر کرتے ہیں تو ان کا دمہ جاتا رہتا ہے۔
اسی طرح بیشتر دمہ کے مریضوں کو کوہستانی خطوں جیسے کہ الپس (Alps) میں دمہ کے حملے نہیں ہوتے، اگرچہ کچھ عرصہ تک وہاں رہنے سے ان کی وہ امنیت جو انھیں نسبتہً نیچے حاصل ہوئی تھی جاتی رہتی ہے اور جب وہ گھر واپس آتے ہیں تو ابتداً ان کے حملے معمول سے زائد شدید ہوتے ہیں۔ الپس میں حملوں سے مامونیت اس وجہ سے ہوتی ہے کہ وہاں وہ زہر موجود نہیں ہوتا، اور اگر مریض کو گرد و غبار وغیرہ وہاں خاص طور پر لاکر استنشاق کرایا جائے تو حملے مصنوعی طور پر پیدا کئے جا سکتے ہیں۔ (15)

متعدد حالات ہیں جو کہ دمہ کی استعداد رکھنے والے افراد میں فی الحقیقۃ ایک حملہ پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً انفی غشائے مخاطی کی خراش، قبض، رحمی شکایتیں، غذا سے معدہ کا تمدد، تمباکو نوشی کی زیادتی اور وہ سوء ہضم جو اکثر اس کے ساتھ ہوتا ہے، انفی غذائیں، موشویہ (hair wash) میں کا سیسہ، صبغہ (paint) کی بو، اور بالخصوص

مختلف نفسی حالتیں ۔ حملے اس وجہ سے بھی ہو سکتے ہیں کہ مریض ان کی امید رکھتا ہے ۔ مثلاً گلاب کے پھولوں کی حساسیت رکھنے والے مریض میں حملہ ایک مصنوعی گلاب کے دیکھنے سے ہو گیا جسے اُس نے اصلی سمجھ لیا' اس کے برعکس شدید ہیجان سے حملہ بالکل رُک سکتا ہے ۔ حملوں کے ہونے کا امکان اُس وقت زیادہ ہوتا ہے جب کہ مریض تھکے ہوئے ہوں یعنی دن کے اختتام پر ۔

دمہ سراری اور معکوس (asthma-infective & reflex) :- دمہ کی اصابتوں کا یہ گروہ' جس میں اس ملک کے ربوی مریضوں کی غالب تعداد شامل ہے' اوپر بیان کئے ہوئے گروہ سے بالکل مختلف معلوم ہوتا ہے گو کہ دونوں میں کیفیۃ تداخل موجود ہے ۔ یہ دمہ اکثر سن بلوغ یا سن یاس (climacteric) میں شروع ہوتا ہے ۔ ممکن ہے کہ فوری پیش رو (precursor) حاد شعبی التہاب یا ذات الریہ (pneumonia) ہو' جیسا کہ کالی کھانسی (whooping-cough) یا کھسرا میں ہوتا ہے' یا ممکن ہے یہ دمہ جسم کے دوسرے حصوں میں کی سرایت کے باعث واقع ہو ۔ یہ دمہ (۱) اُن اشیا کی حساسیت کے باعث ہے' جو پھیپھڑوں یا دوسرے مقامات میں سرایت کے حقیقی مقام پر جسم کے اندر داخل ہو جاتے ہیں' یا (۲) محض معکوس خراش (reflex irritation) کے باعث ہے ۔ (۱) بالغوں میں اس امر کی شہادت ہے کہ فریڈلینڈر (Friedlander) گروہ کے گرم منفی (Gram-negative) عصیات' کاشت ہونے پر ہسٹامئن (histamine) کی قسم کے مادے پیدا کرتے ہیں' اور یہ مادے مقامی طور پر شعبات میں پیدا ہو کر حملوں کا باعث ہوتے ہیں (48) ۔ ماسکی سرایت پر نیچے بحث کی گئی ہے ۔ (۲) معکوس دمہ ناک سے پیدا ہو سکتا ہے' یہ برڈوی (Brodie) اور ڈکسن (Dixon) کی تحقیقات سے سمجھ لینا بالکل آسان ہے جنہوں نے متعین طور پر ثابت کر دیا ہے کہ انفی غشائے مخاطی کی تہییج ایک معکوس شعبی تنگی پیدا کر دیتی ہے ۔ فی الحقیقۃ بعض اوقات انفی سعدانوں (nasal polypi) کے استیصال اور ناک پر دوسرے اعمال جراحیہ کے بعد دمہ واقع ہو گیا ہے ۔

اس گروہ میں ماسکی سرایت (focal infection) کا مقام معانۂ فکی (maxillary antrum) میں ہو سکتا ہے ۔ ابطیح التہاب صفاقی (ethmoiditis)'

انفی سدادئے (nasal polypi)' فاصلی انحراف (septal deviation)' حسیو د (ridges)' یا مہمیز (spurs)' اور منقول ہڈیوں کی بیش پروردگی (hypertrophy of the turbinates) موجود ہوسکتی ہے۔ اور یہ سب ہوائی راستہ میں مزاحمت پیدا کرنے اور سرایت کے وقوع میں مؤید ہوتے ہیں۔ لوزتین اور غدودہ' ان اصابتوں کی تھوڑی تعداد میں ضرور حصہ لیتے ہیں۔ یقیناً معمولی سرگذشت یہ ہوتی ہے کہ ان پر کم از کم ایک بار جراحی عمل با اشتباہ ہوچکا ہے۔ بایں ہمہ ممکن ہے کہ دوسرے راستوں کی جستجو کے بعد عمل جراحی کی ضرورت ہو۔ دانت اور امعا، دوسرے ممکنہ ذرائع سرایت ہیں۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ بعض مریض ایسے رہ جائیں جن میں دمہ کا وقوع سر میں زکام (colds in the head) کے ساتھ شروع ہو یا اس کے ہمراہ پایا جائے اور جن میں سوائے اس کے کہ ان کی انفی غشائے مخاطی کی قوت مدافعت بظاہر کم ہوگئی ہے اور دوسرا کوئی سبب نہیں بتلایا جاسکتا۔ ان کی حالت اکثر سرما کے مہینوں میں خراب تر ہوتی ہے بلکہ زیادہ او خرخزاں اور اوائل فصل بہار میں بسبب کہ موسم سب سے زیادہ متلون (capricious) ہوتا ہے' اور اس کے تغیرات ناگہانی اور انتقال آفریں ہوتے ہیں۔ ساری اور معکوس دمہ کی جو اصابتیں اس ملک میں پائی جاتی ہیں' وہ سابق گروہ کی بعض اصابتوں کے خلاف پروٹینوں کے ساتھ امتحان کرنے پر عموماً تعامل نہیں ظاہر کرتیں۔ 141

دمہ اور شعبی التہاب۔ دمہ شعبی التہاب سے تین طرح سے تعلق رکھتا ہے۔ اولاً جیسا کہ ابھی بیان کیا گیا ہے' دمہ عموماً ایک اوّلی شعبی التہاب کے بعد ہوتا ہے۔ دوئم جب کوئی مریض شعبی التہاب کے متوالی حملوں میں مبتلا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ دمہ بتدریج نمودار ہوجائے' ایسی صورت میں دمہ صرف اسی وقت واقع ہوتا ہے جب کہ شعبی التہاب اپنے خراب ترین درجہ پر آگیا ہو اور جب شعبی التہاب بہتر ہوجائے تو دمہ بھی صاف ہوجاتا ہے۔ یہ حالت سر یوی شعبی التہاب (asthmatic bronchitis) کے نام سے مشہور ہے اور یہ حساسیتی ہرگز نہیں۔ یہ اس وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے کہ شعبی التہاب غشائے مخاطی کی عصبی منتہاؤں میں خراش پیدا کرکے' عضلات کا ایک مقامی انقباض پیدا کردیتا ہے۔ دمہ سل ریوی کے ساتھ بھی ہوتا ہے۔

سوئم حقیقی حساسیتی دمہ کے متواتر حملے ثانوی مزمن شعبی التہاب پیدا کرسکتے ہیں، جیسا کہ بحث علامات میں بیان کیا گیا ہے۔

معمر اشخاص میں سانس پھولنے کے حملے۔ یہ حالت صفحہ 255 پر بیان کی گئی ہے اور بعض اوقات قلبی دمہ (cardiac asthma) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے، یا اگر گردے ماؤف ہوگئے ہوں جیسے کہ صلابت شریانی والے گردہ (arteriosclerotic kidney) میں تو کلوی دمہ (renal asthma) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ تسمم بولی (uræmia) میں سانس پھولنے کی حالت کو بعض اوقات تسممی بولی دمہ (uræmic asthma) کہتے ہیں۔

علامات۔ حمۃ القش میں حاد التہاب الانف (acute rhinitis) اور التہاب ملتحمہ (conjunctivitis) کے ساتھ غشائے مخاطی کا اوذیما، اشک ریزی (lachrymation) اور چھینکیں پائی جاتی ہیں اور بعض حلد والے اشخاص میں احمرار (erythema) اور شری معہ شدید خارش کے پایا جاتا ہے۔ ساتھ ہی دمہ اور ذہنی اثرات ہوسکتے ہیں جیسے کہ سستی، ذہنی انخفاض (mental depression)، چڑچڑاپن اور درد ہائے سر۔ غالباً دوری سیلان الانف (paroxysmal rhinorrhœa)، جس میں مریض کو دفعتہً ناک سے بکثرت آبی رطوبت کا اخراج ہوتا ہے، حمۃ القش سے مماثل ہے۔

دمہ۔ بعض اوقات تنبیہی علامات ہوتی ہیں، جیسے کہ بے آرامی کا عام احساس، غنودگی، جمائی آنا (gaping)، ٹھوڑی کے نیچے کھجلی، چھینکیں اور زکام، یا پھیکے رنگ کا صاف پیشاب زیادہ آنا۔ لیکن اکثر اوقات حملہ ناگہانی طور پر اور علی الصباح دو اور چار بجے کے درمیان شروع ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ مریض سونے کو جاتے وقت بظاہر بالکل اچھا ہو۔ مریض بہر (dyspnœa) کے احساس کے ساتھ جاگ اٹھتا ہے، جس کی وجہ سے اسے بستر پر اٹھ کر بیٹھ جانا پڑتا ہے، یا وہ بستر سے اٹھ کر کھڑکی کھول دیتا ہے تاکہ زیادہ ہوا اندر آسکے۔ جلد ہی سانس لینے میں ایسی دقت ہو جاتی ہے کہ اسے تنفس کے تمام معین عضلات (accessory muscles) سے مدد لینی پڑتی ہے۔ مریض اپنے ہاتھوں سے اپنے بستر کے بازوؤں کو، کرسی کے بازوؤں کو، تختۂ آتشدان (mantlepiece)

کو یا میز کے کنارے کو پکڑ لیتا ہے تاکہ بالائی جوارح سے سینہ کو گھیرنے والے عضلات کو ایک مضبوط سہارا حاصل ہو جائے۔ ابتداءً سینہ حالت شہیق (inspiration) میں تقریباً ثبت ہو جاتا ہے اور نہایت خفیف حرکت پائی جاتی ہے۔ اور استماع کرنے پر عملاً کوئی اصوات تنفس نہیں سنائی دیتے۔ بعد ازاں جب کہ حرکات کسیقدر زیادہ آزادانہ شروع ہونے لگتے ہیں، تو جو چیز سب سے زیادہ نظر آتی ہے وہ زفیر (expiration) کی غیر معمولی طوالت ہوتی ہے، جس کے ساتھ زور سے سائیں سائیں کی آواز (loud wheezing) ہوتی ہے، جو فاصلہ سے سنائی دیتی ہے، لیکن شرح تنفس سُست ہوتی ہے۔ سینہ کسی قدر بیش گمگی (over-resonant) ہوتا ہے۔ شہیقی خرخر (inspiratory murmur) بمشکل سنائی دیتا ہے، یا اس کے ساتھ ایک کسیقدر صفیری (sibilant) خرخرہ (rhonchus) ہوتا ہے، لیکن زفیر کے ساتھ وہ بلند آواز خرخرہ سنائی دیتا ہے جس کا ابھی ذکر کیا گیا ہے۔ اس کے ساتھ مریض کی تکلیف بہت زیادہ ہوتی ہے۔ اس کا چہرہ ازرق ہو جاتا ہے، آنکھیں نکل پڑتی ہیں ملتحمات مسلی (suffused) یا سرخ ہو جاتے ہیں اور مریض کی ساری توجہ سینہ سے ہوا کو خارج کرنے کی کوشش میں جذب ہو جاتی ہے۔ عموماً تپ نہیں ہوتی۔ کچھ عرصہ کے بعد، اور ممکن ہے کہ یہ دو یا تین گھنٹے ہو، مریض کھانسنا شروع کرتا ہے اور کسیقدر چیپا شفاف تخاما کا نفث کرتا ہے، جس کے ساتھ تھوڑا خون بھی ملا ہوا ہو سکتا ہے۔ پھر تنفس میں نسبتہً آسانی ہو جاتی ہے، زراق کم ہو جاتا ہے، بتدریج ساری تکلیف جاتی رہتی ہے اور مریض کو نیند آ جاتی ہے۔

نُباق (sputum) کے اندر اکثر اختناقی یا بعد کی سرحلہ کے علاوہ دو اجسام موجود ہوتے ہیں جو مغولبات کرشمان (Curschmann's spirals) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ یہ زردی مائل سبز یا رمادی ذرات ہیں جو مخاط کے دھاگوں سے بنتے ہیں۔ خردبین کے نیچے یہ پیچ کھائے ہوئے باریک یا موٹے ریشے نظر آتے ہیں جن کے ساتھ ایوسین پسند سپید خلیات ملے ہوتے ہیں اور بیچ میں ایک شفاف ریشہ ہوتا ہے۔ غالباً یہ باریک ترشحی انبوبات میں بنتے ہیں۔ دو قسم کی قلمیں بھی پائی جاتی ہیں، یعنے مکعب قلمیں جو کیلسیم کاربونیٹ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں

(17) اور لمبوتری شش سطحی (hexahedral) قلمیں جن کو شارکو لیبیڈن کی قلمیں (Charcot-Leyden crystals) کہتے ہیں جو کیلشیم فاسفیٹ سے بنتی ہیں اور بعض اوقات مرغولہ جات میں پائی جاتی ہیں۔ خون کے ایوسین پسند سپید خلیات تعداد میں زیادہ ہوجاتے ہیں۔

دَمہ کا ہر دَورہ دو یا تین گھنٹوں سے لے کر اتنے ہی دنوں تک جاری رہ سکتا ہے۔ طویل یا مختصر وقفوں کیساتھ اُن کا وقوع بہت کچھ انکے اسباب محرکہ (exciting causes) پر منحصر ہوتا ہے؛ جیسے ایک محتاط مریض جو یہ جانتا ہے کہ اُن چیزوں سے جو دورہ پیدا کردیتی ہیں کیونکر محترز رہنا چاہیئے؛ طویل عرصوں تک محفوظ رہ سکتا ہے۔ اس بیماری کی مدت بھی نہایت مختلف ہوتی ہے۔ ایسے بہت سے لوگ جو بچپن میں مبتلا ہوتے ہیں بالغ عمر میں شفایاب ہوجاتے ہیں۔ خود حملے شاذ ہی مہلک ہوتے ہیں اور ایسے حملوں کا گاہے گاہے وقوع جو نہایت شدید ہوں مُضر صحت نہیں ہوتا۔ لیکن کثیر الوقوع دورے شُش کا نفاخ (emphysema) اور بالآخر اُس کے ساتھ شعبی التہاب پیدا کردیتے ہیں؛ جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کم و بیش کبڑی ہیئت موجود ہوتی ہے؛ جس کے ساتھ شانے گول؛ سینہ برمیل نما (barrel-shaped)؛ اور تنفس بالجہد (laboured) ہوتا ہے؛ اور یہ خصائص وہ ہیں جو کہ خود دوروں کی اثنا میں مشاہدہ میں آتے ہیں۔ اِس سے عمر گھٹ جاتی ہے؛ اور شعبی التہاب کی شدید تر شکلوں میں مبتلا ہوجانے کا رجحان بڑھ جاتا ہے۔

تشخیص ۔ حمۃ القفش کی تشخیص میں یہ یاد رکھنے سے مدد ملے گی کہ یہ موسم گرما کے اول نصف میں ہوتا ہے۔ دَمہ کی صورت میں اگر سرگذشت مرض تنفس کی نوعیت اور اُس کے حملہ کے آغاز کا بغور مطالعہ کیا جائے تو تشخیص آسان ہوتی ہے۔ مرض قلب؛ صدری اَورِسما اور حنجری تسدد (laryngeal obstruction) میں بُہر کے ناگہانی حملے دَمہ سے قریبی مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ ہسٹیریائی حملے بھی اُس سے مشابہ ہوسکتے ہیں۔ اِس امر کی دریافت کے لئے کہ آیا مریض کسی خاص خارجی پروٹین کی حسّاسیت رکھتا ہے؛ جلدی تعاملات (skin reactions) وسیع طور پر مستعمل ہیں۔ ضد سمّی مصل (antitoxic serum) کا اشراب کرنے سے پہلے ایسا امتحان گھوڑے کے

منفعل کے لئے کر لینا چاہیئے، کیونکہ اس اشراب سے بہت سے ربوی مریض ہلاک ہوگئے ہیں۔ ذمہ عضوی مرض کا نتیجہ بھی ہو سکتا ہے اور یہ مرشعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ دریافت ہو سکتا ہے۔

تحریز۔ حمۃ القش اور ذمہ دونوں میں خاص مقصد علاج حملوں کی روک تھام ہے۔ حمۃ القش میں گھاس کے زمانہ (hay-time) میں اضلاع میں رہنے سے محترز رہنا چاہیئے۔ اگر مریض باہر جائے تو آنکھوں یا ناک پر ایک نقاب (veil) پہن لے۔ کہتے ہیں کہ کیلسیم لیکٹیٹ (calcium lactate) کے داخلی استعمال سے حمۃ القش کے لئے حساسیت کم ہو جاتی ہے۔ ناک کی عظام مفتولہ (turbinals) پر کے بعض مقامات کو کوکین لگانے کے بعد کواۃ برقی (electric cautery) سے آہستہ سے چھو کر متہیج کیا جاتا ہے۔

جذریتی علاج (vaccine therapy) کے اصول پر بہت کچھ کام کیا گیا ہے (18)۔ مریض جس زیرہ کی حساسیت رکھتا ہے اس زیرے کے مرتق خلاصہ جات کے تحت الجلدی اشراب سے بہت سی اصابتوں میں علامات میں تخفیف اور حساسیت میں کمی کی جا سکتی ہے۔ دس لاکھ میں ایک حصے والا آبی محلول ایک اکائی (یونٹ) کے طور پر پانچ لاکھ میں ایک ہے۔ دوا اکائیوں کے طور پر ایک لاکھ میں ایک حصہ والا دس اکائیوں کے طور پر لیا گیا اور علیٰ ہذا القیاس متوقع حملہ سے ترجیحاً دو یا تین ہفتے پہلے نہایت کمزور محلول کی ایک سی۔ سی کا اشراب کر دیا جاتا ہے اور بڑھتی ہوئی مقداروں کا یا بڑھتی ہوئی طاقت کے محلولات کی ایک سی۔ سی کی مقدار کا ہر تیسرے یا چوتھے دن اشراب کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ بار بار اندخور اکیں دی جائیں۔ شخصی حساسیت کے امتحان کے لئے فری مَن (Freeman) اکائیوں میں محلول کی وہ طاقت دریافت کرتا ہے، کہ جس سے عینی تعامل (ophthalmic reaction) حاصل ہو جائے، اور اسی طریقہ امتحان سے وہ اپنی بعد کی خوراکوں کی تنقیح کرتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ ہزار میں ایک حصہ والا محلول اتم طاقت ہے جو مناسب ہے۔

دمہ کے متعلق اہم ترین امر یہ ہے کہ حتی الامکان کامل ترین حالت صحت میں رہنا چاہیئے۔ بالخصوص کام کی زیادتی سے پرہیز کرنا چاہیئے۔ باقاعدگی کے ساتھ

ورزش (exercise) کرنی چاہئے اور تعطیلیں کافی لینی چاہئیں۔ بعض اشخاص ایسے ہیں کہ جو لندن اور بڑے شہروں میں دَوروں سے محفوظ رہتے ہیں لیکن اگر وہ اضلاع میں رہنے کی کوشش کریں تو انھیں فی الفور دَورہ ہوجاتا ہے۔ اس کے برعکس دوسرے اشخاص ایسے ہوتے ہیں جو صرف اضلاع میں رہ سکتے ہیں اور اگر شہروں میں رہیں تو انھیں دَمہ کے دَورے ہوجاتے ہیں۔ اسی طرح سمندر کی ہوا بعضوں میں دَورے پیدا کردیتی ہے اور دوسروں کو اچھا کردیتی ہے۔ کسی مریض کے متعلق یہ واقعات محض تجربہ کرنے سے معلوم ہوسکتے ہیں۔ عموماً مریض اونچی زمین پر بہتر رہتے ہیں۔

اس کے بعد جو امور غور طلب ہیں وہ یہ ہیں کہ کس طرح غذا میں اعتدال اور احتیاط عمل میں لائی جائے۔ غذا ہلکی اور بہ آسانی ہضم ہونے والی ہونی چاہئے۔ شب کا کھانا بھاری نہ ہونا چاہئے۔ اور وقتاً فوقتاً خاص خاص غذاؤں مثلاً پنیر، مٹھائیوں، سور کے گوشت، بیئر کو غذا سے خارج کرکے دیکھنا چاہئے کہ ان میں سے کوئی شئے نقصان رساں تو نہیں ہے۔ سینکی ہوئی ڈبل روٹی (toasted bread) اور خوب سینکے ہوئے بسکٹ کھانے چاہئیں۔ نشاستہ آمیز (farinaceous) غذاؤں کو پانی میں ابال لینا چاہئے نہ کہ دودھ میں۔ دودھ کی دوسری غذاؤں مثلاً بتجر کی غذا سے پرہیز کرنا چاہئے۔ جگر کے فعل میں مدد دینے کے لئے لیمو یا سنگترہ کے ساتھ ایک اونس ڈیکسٹروز (dextrose) دن میں تین بار تجویز کرنا چاہئے۔ جب مریض فربہ ہو تو ایک قلیل الحرارہ غذا (low calorie biet) کی ضرورت ہے۔ اگر معلوم ہوجائے کہ مریض کسی خاص پروٹین کی حساسیت رکھتا ہے تو اس شئے سے پرہیز کرنا لازم ہے یا اگر ایسا کرنا مشکل ہو تو اس خاص پروٹین سے حساسیت زدائی (desensitization) عمل میں لانی چاہئے۔ پَروں سے تعامل ظاہر کرنے والے مریضوں کے لئے ایک سیبل کی روئی کا تکیہ (capoc pillow) تجویز کیا جاتا ہے۔ غیر نوعی پروٹینی علاج (non-specific protein therapy) کے ذریعہ سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ ایک لاکھ میں ایک طاقت والی کاخ کی ٹی۔ ڈی۔ اے ٹیوبرکولین (Koch's T. D. A. tuberculin) کے ایک سی۔ سی کے ہفتہ وارانہ

143

تحت الجلدی انشراب استعمال کئے گئے ہیں (19)۔ پیپٹون (peptone) کے انشرابات آرمور کے نمبر ۲ پیپٹون (Armour's No. 2 peptone) کی شکل میں درون عضلی یا درون وریدی راہ سے ہفتہ میں دو بار عمل میں لائے جاتے ہیں۔ پہلی خوراک ۰.۳ سی۔سی۔ ہے اور یہ بتدریج بقدر ۰.۲ سی۔سی بڑھائی جاتی ہے اور اتم مقدار خوراک ۲ یا ۲.۵ سی۔سی ہے۔ اتم مقدار خوراک وہ ہے جو تعامل پیدا کرتے کرتے ناکام رہ جائے اور انشراب کے چار یا پانچ گھنٹے کے بعد تپش کا امتحان کرکے دیکھنا چاہیئے کہ وہ بلند تو نہیں ہو گئی ہے (20)۔ بعض اوقات سر کھانے سے ٹھیک ایک گھنٹہ پہلے پیپٹون (۰.۵ گرام) براہ دہن لینے سے کامیابی ہوتی ہے۔ مریض کے اپنے پروٹیوز جو کہ اس کے پیشاب سے تیار کئے جاتے ہیں تعبیر پذیر کامیابی کے ساتھ آزمائے گئے ہیں۔ دوسرے نہایت مختلف الاقسام طریقے بیان کئے جاتے ہیں جو شاید ایک عمومی تعامل پیدا کرکے عمل کرتے ہیں جس سے مریض کی عارضی طور پر حساسیت رہائی ہو جاتی ہے۔ سونے کو جانے سے پہلے بیس منٹ کے عرصہ کا گرم غسل جس کی تپش ۹۰ درجے سے ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ تک بڑھتی ہو ممکن ہے کہ شبانہ حملوں کو روک دے۔ جلد کے ایک رقبہ پر ورائے بنفشئی روشنی (ultra-violet light) کی ایک "احمراری مقدار" ("erythema dose") یا لاشعاعوں میں تکشف اسی طرح سے عمل کر سکتا ہے (21)۔ مانٹ ڈورے (Mont Dore) میں ایک گرم مرطوب کرۂ ہوائی میں تکشف استعمال کیا جاتا ہے۔ بعض اوقات فاصل الانف کو مکواۃ برقی سے آہستہ سے چھیڑنے سے حملے رک جاتے ہیں اور یہ اس وقت نہایت مفید ہوتا ہے جب کہ ناک میں کوئی تشوہ (deformity) یا سعدانے (polypi) نہوں اور انکماشی ضغط دموی (systolic blood pressure) بلندی کی طرف مائل ہو (۱۴۰ تا ۱۹۰ ملی میٹر) دونوں میں ناک کے سعدانوں (polypi) کو کسی بھی حالت میں نہیں نکالنا چاہیئے (16)۔ ایسے ہوا بند کو شک تعمیر کئے گئے ہیں جن میں مریض سوتا ہے اور ۱۰۰ فیٹ کی بلندی سے کھینچی ہوئی ہوا جو مزید برآں تبرید کے ذریعہ مولڈز (moulds) سے اور بھی پاک کرلی گئی ہو ترویح کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ چونکہ مریض چوبیس گھنٹوں کے بیشتر حصے میں ان کرۂ ہوائی مادوں سے محفوظ رہتا ہے لہذا وہ

محلوں سے مضبوط رہتا ہے (22) ۔ لائکر آرسینی کیلس (liquor arsenicalis) فی خوراک
۵ قطرے (.mm) بروما ئیڈز (bromides) اور بالخصوص پوٹاسیم آیوڈائیڈ روزانہ ۳
گرین تک کی خوراکوں میں یہ سب حملوں کا آغاز روکنے کے لئے نہایت مفید ہوتے ہیں
ہیں کیلومل (calomel) کی تھوڑی خوراکوں سے ہلکے اسہال لانا بھی مفید ہوتا ہے
اور سیلال (salol) اور دوسرے معوی دافعات عفونت (intestinal disinfectant)
بھی استعمال کئے گئے ہیں۔

جب دمہ سرایت کے ہمراہ پایا جائے تو دوسرے مستزاد طریقہائے علاج میسر
ہیں۔ زکام (coryza) کا علاج پیرافین اور ویسلین کے اس آمیزہ سے کرنا چاہئے جو
صفحہ 196 پر بیان کیا گیا ہے۔ بُساق یا انفی افرازات سے خود زاد جدریات
(autogenous vaccines) تیار کئے جاسکتے یا ایک مذخورہ جدریہ (stock
vaccine) استعمال کی جاسکتی ہے۔ اُن کے استعمال کا بہترین طریقہ درون جلدی
(intracutaneous) ہے، اور متعاملی تعامل کی مقدار سے مقدار خوراک کے
متعلق رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ عفونی ماسکات (septic foci) کی تلاش و تدارک
کرنا چاہئے۔

علاج ۔ حمۃ الفش کے لئے موریل میکینزی (Morell Mackenzie)
آنکھوں اور ناک میں کوکین کے ۴ تا ۸ فی صدی محلول کے رشاش (spray) کی سفارش
کرتا ہے۔ ناک کی صورت میں اس کے بعد روزانہ ایک ویسلین آلودہ یا روغن آلودہ
شمعہ (bougie) فرش انف کے برابر برابر داخل کرکے پہلے دس منٹ کے لئے اور ازاں بعد
بتدریج بڑھتے ہوئے عرصوں کیلئے حتیٰ کہ نصف گھنٹہ یا زائد عرصہ کے لئے اندر چھوڑ دیا جاتا
ہے۔ ایڈرینین ہائیڈروکلورائڈ (adrenin hydrochloride) کے ۱۰۰۰ ۵ میں ۱ حصہ
طاقت والے محلول کا ناک یا حلق میں رشاش کیا جاسکتا ہے۔ جہاں مزمن بیش پرورشی
التہاب انف (chronic hypertrophic rhinitis) موجود ہو وہاں متورم غشائے
مخاطی پر کوکین کے ۲ فی صدی محلول کے ابتدائی استعمال کے بعد گیلوانی کواۃ (galvano-
cautery) کا استعمال کرنا بسرعت شفا بخش معلوم ہوتا ہے۔

دمہ کا حملہ روکنے کے لئے ایڈرینین ہائیڈروکلورائڈ (۱۰۰۰ میں ۱ حصہ) کے

ا تا ۲ قطروں کا اشراب نہایت یقینی علاج ہے، اگرچہ اُس کے ۱ ابلک د اہلی میٹرکا ورید عضلی اشراب بھی کیا جاتا ہے۔ ۔ ۔ ۔ ۱ میں ایک حصہ ایڈرینالین (adrenaline) کا زیتی کوسیسین فی اُنس، ایفیڈ گلسرین، ۵۰ فی صدی کلورٹون اور ۲ قطرے سلفرس ترشے (sulphurous acid) کے ملے ہوئے ہول ایک سہولت دہ طریقہ استعمال یہ ہے کہ ہاتھ یا پمپ کے ذریعہ چلایا جاتا ہے یا ایک استوانہ (cylinder) جن کی آکسیجن کو بیلورقوت محرکہ کے استعمال کیا جاتا ہے۔ ایڈرینین کی تالیفی قلمیں (synthetic crystals

144

(اہلی گرام) زبان کے نیچے رکھ کر جذب کرائی جاسکتی ہیں۔ کیفین آیوڈائڈ (caffeine iodide) (½ گرین) یا پائرامڈان (pyramidon) (½ ۴ گرین) اور ایفیڈرین (ephedrin) (½ گرین) براہ دہن لی جاسکتی ہے۔ اَائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) بھی عام طور پر سونگھی جاتی ہے یا ٹینچر تیغ صحرائی (tr. lobeliæ æth.) ٹینچر جوزماثل (tr. stramoni) ٹینچر بیلاڈونا (tr. belladonnæ) کلورل ہائڈریٹ (chloral hydrate) نائٹرائٹس (nitrites) یا نائٹروگلیسرین (nitroglycerine) کی ذاتہ آبادی خوراکیں براہ دہن دی جاسکتی ہیں۔ ایک نہایت عام طریقہ علاج یہ ہے کہ نائٹر کے محلول (nitre solution) میں سیرشدہ کاغذ کو خشک کرکے اور اُسے جلاکر اُس کے بخارات کا استنشاق کیا جائے یا جوز ماثل (stramonium) کے کٹے ہوئے پتوں سے بنائے ہوئے سگریٹ پئے جائیں یا جوز ماثل کے دوسرے بخورات استعمال کئے جائیں۔ استنشاق (inhalation) یعنے دھواں لینا باقاعدہ علاج کرنے کا ایک بُراطریقہ ہے کیونکہ اُس سے شعبی غشائے مخاطی میں خراش پیدا ہوکر شعبی التہاب (bronchitis) نمودار ہوجاتا ہے۔

مریض کو ایک آکسیجنی خیمہ (oxygen tent) کے اندر آکسیجن (oxygen) اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) دے کر حالت دمہ (status asthmaticus) کو واقع ہونے سے روکا جاچکا ہے (49)۔ مصنف نے دروں ریوی دباؤ کو بڑھاکر حینہ حملے روک دیئے ہیں (ملاحظہ ہو ریوی تہیج)۔ اگر بہت شعبی التہاب ہو تو آکسیجنی خیمہ مع کاربن ڈائی آکسائیڈ کے نفع بخش ثابت ہوتا ہے۔

بڑے شعبات کا تسدد

جہاں تک پچکاؤ کے مختلف اسباب کا تعلق ہے، دو بڑے شعبات، قصبۃ الریہ سے قریبی مماثلت رکھتے ہیں، اور جو کچھ قصبی تسدد کے عنوان کے تحت کہا گیا ہے اس میں سے بہت کچھ یہاں مکرر بیان کیا جا سکتا ہے۔ پچکاؤ یا تنگی (stricture) کے باعث جو تسدد پیدا ہوتا ہے وہ ریوی سرطان، انورسما، اجسام غریبہ یا ایسے شعبی غدد کا نتیجہ ہوتا ہے جو خبیث بالیدگی سے یا تجبن (caseation) اور تقیح (suppuration) سے بڑے ہو گئے ہوں۔ شاذ و نادر کم عام طور پر مری کا سرطانی سلعہ (epithelioma of the oesophagus) صمغیہ (gumma)، بلکہ ایک متسع بایاں اذین بھی شعبہ کو دبا سکتا ہے۔ یہ امر اہم ہے کہ محراب اورطی کے انورسما سے بائیں شعبہ کے پچکاؤ کا خاص امکان ہے، کیونکہ بایاں شعبہ اسی محراب کے نیچے سے گزرتا ہے۔ چونکہ دایاں شعبہ نسبتاً بڑا ہوتا ہے، لہٰذا اجسام غریبہ زیادہ تر اکثر اسی کے اندر گر جاتے ہیں۔ اور چونکہ دونوں شعبات کے درمیان فصل پیدا کرنے والا حید خطِ وسطی سے کسیقدر بائیں جانب کو ہوتا ہے، لہٰذا قصبہ کے مرکز میں گرنے والی اشیاء اس کی دائیں شاخ کے اندر چلے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ کھانسنے میں وہ قصبہ کے اندر دھکیل دئے جائیں اور اسی یا مقابل شعبہ کے اندر واپس گر جائیں۔

شعبہ کے تسدد کے بعد شش کے متناظر حصے اور اس شعبہ کے بعدی مقامات میں اہم تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ بالآخر ہر اصابت میں یہ شش ھبوط ہو جاتا ہے کیونکہ جب ہوا کا باہمی تبادلہ تمامتر موقوف ہو جاتا ہے تو باقی ماندہ ہوا کو ریوی عروق جذب کر لیتے ہیں۔ آخر کار ریوی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک سریع الوقوع کامل تسدد میں، جیسا کہ ایک جسم غریب کے انحصار (impaction) سے ہو جاتا ہے، یہ ھبوط بہت جلد واقع ہوتا ہے لیکن جب یہ پچکاؤ بتدریج ہوتا ہے، جیسے کہ ایک انورسمائی تھیلی (aneurysmal sac) کی صورت میں، تو ابتداءً ہوا سے شش کا انتفاخ ہوتا ہے جس سے ممکن ہے کہ قلب اپنی جگہ سے باہر دھکیل دیا جائے اور ڈایافرام نیچے کی طرف

ہٹ جائے (Newton Pitt)۔ ایک ڈھیلا جسم غریب بھی ایک گولہ گھر مصراع (ball & socket valve) کی طرح عمل کر کے ایسا ہی اثر پیدا کر دیتا ہے۔

اس کا ایک اور اثر تمدّد الشعب (bronchiectasis) ہے جو دو ماہ یا تین ماہ کے عرصہ میں نمو یاب ہو سکتا ہے۔ جب جسم غریب ایک پی نٹ (pea-nut) ہو تو بالکل جلد ہی نہایت خطرناک التہاب پیدا ہو جانے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ اجسام غریبہ ذیل کی دیگر پیچیدگیاں پیدا کر سکتے ہیں:۔ پھوڑے اور حاد اصابتوں میں کبھی کبھی استرواح الصدر (pneumothorax) یا تقیحی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax) اور طویل المدّت قائم شدہ اصابتوں میں تقیح الصدر (empyema) یا نفث الدم (hæmoptysis) - (23)

علامات اور طبیعی امارات۔ یہ تسدد کے درجہ اور اس کی پیدائش کی سرعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اور چونکہ مقابل اتبو یا اکثر غیر ماؤف ہوتا ہے اور اس طرح صرف نصف تنفسی رقبہ میں مداخلت ہوتی ہے، لہذا وقوع ہلاکت سے پہلے شعبہ زیادہ کامل طور پر مسدود ہوتا ہے اور زرقۃ الریہ اتنا کبھی نہیں ہوتا۔

ابتداءً سکون یا مشقت کی حالت میں بُہر (dyspnœa) ہی ایک مستقل علامت ہوتی ہے اور کبھی کبھی خرخر (stridor) اور خفیف نفث الدّم ہوتے ہیں لیکن دونوں بڑے شعبات میں سے کسی ایک کا تسدد اختناق (asphyxia) کے ویسے ہی زورے پیدا کر سکتا ہے جیسے کہ قصبی تسدد میں واقع ہوتے ہیں۔ تمدّد الشعب نمو یاب ہو جانے پر کھانسی، بدبودار بساق کا نفث اور حموی تعامل نمایاں علامات ہو جاتے ہیں۔

145

خاص طبیعی امارت حویصلی خریر (vesicular murmur) کی غیر موجودگی یا اس کی انتہائی کمزوری ہے جو مقابل جانب پر بڑھے ہوئے اصوات تنفس کے مقابلہ میں شدید تضاد پیش کرتی ہے۔ یہ بعض اصابتوں میں کچھ وقت کے لئے ایک ہی منفرد طبیعی امارت ہو سکتی ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ گمگ کامل طور پر طبعی ہو۔ لیکن ان اصابتوں میں جن میں شش کا انتفاخ واقع ہو جاتا ہے، قرع کرنے پر تیز گمگ موجود ہوگی اور ساتھ ہی یہ گمگ قلبی رقبہ تک پھیلی ہوئی ہو کر قلب کی

ایک پھلی جو کہ کھانے اور تیل نکالنے کے کام آتی ہے (سٹینڈرڈ ڈکشنری - عبدالحق)۔

غیر وضعیت کا ثبوت موجود ہوگا، جس کا نتیجہ یہ ہوسکتا ہے کہ استرواح الصدر (pneumothorax) کے ساتھ قریبی مشابہت ہوجائے۔ ان اصابتوں میں بالآخر اور دوسری اصابتوں میں نسبتاً بہت جلد ہوا کے جذب ہوجانے پر ماؤف قاعدے پر اصمیت (dulness) ہوتی ہے اور ساتھ ہی لمسی ارتعاش گھٹا ہوا ہوتا ہے۔ یہ بڑھ کر یہ حالت ہوسکتی ہے کہ اصوات تنفس (breath sounds)، بولنے کے اصوات (voice sounds) لمسی ارتعاش اور قرعی گمک تمام تر غائب ہوں۔ اگر تمدد الشعب کے کہفے بڑی حد تک بن جائیں تو مندرجۂ بالا طبیعی امارات کے بجائے ایک یا دوسرے چھوٹے رقبہ پر تطبلی قرعی سر کہفی تنفس (cavernous breathing)، پھٹنے والے (crackling)، متغرغر (gurgling) لغطات (râles)، شعبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) موجود ہوسکتے ہیں۔

تشخیص۔ عمدہ گمک کے ساتھ سینہ کی ایک جانب پر اصوات تنفس کی تقریباً کامل غیر موجودگی کا اجتماع متناظر شعبہ کے تسدد کی نہایت مخصوص و ممیز علامت ہے۔ جب تسدد کے ساتھ صرصرہ (stridor) موجود ہو تو اس پر غلطی سے شعبی التہاب کا گمان ہوسکتا ہے۔ متذکرۂ بالا سبب سے ہونے والا صرصرہ (stridor) مستقل اور یکساں نوعیت کا ہوتا ہے، کیونکہ وہ ایک واحد نقطۂ تسدد سے پیدا ہوتا ہے، لیکن شعبی التہاب کے خرخرات (rhonchi) اپنی بلندی (loudness)، درجہ ارتفاع (pitch) اور مقام و توزیع میں ہمیشہ بدلتے رہتے ہیں۔

شعبہ کے ایسے بچکاؤ میں جس کے ساتھ شش کا انتفاخ ہو، بیش گمک کی موجودگی اور ساتھ ہی اصوات تنفس کی غیر موجودگی کے باعث استرواح الصدر (pneumothorax) کی غلط تشخیص کی گئی ہے۔ ایسی اصابتوں میں ممکن ہو کہ شعاع نگاشت (radiogram) سے بچکاؤ کی حالت میں انور ساکی موجودگی یا استرواح الصدر کی حالت میں ریڑھ کی جانب بازکشیدہ (retracted) شش کی موجودگی ظاہر ہوجائے۔

لیکن اس کے برعکس جب ضیق (stenosis) شش کا کم و بیش ہبوط (collapse) پیدا کردیتی ہے، جیسا کہ اس کو بالآخر پیدا کرنا ہی چاہئے، تو طبیعی امارات اُن علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو ایک جزءً جذب شدہ پلیورائی انصباب

(pluritic effusion) کے باعث ہوتے ہیں اور ایسی صورت میں آخری فیصلہ کے لئے ایک استقصائی پچکاری (exploring syringe) کی ضرورت ہوسکتی ہے۔

جہاں اجسام غریبہ کا سوال ہو تو بلاشبہ سرگذشت مرض پر احتیاط کے ساتھ غور کرنا چاہئے۔ بہت سے اجسام غریبہ لاشعاعوں سے غیر شفاف نظر آتے ہیں۔ مناسب اصابتوں میں شعبہ بین (bronchoscope) استعمال کرنا چاہئے۔

انذار۔ اس کا انحصار تسدد کی نوعیت اور التہابی تعامل کے درجہ پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ششش میں کسی جسم غریبہ کی انتہائی برداشت پیدا ہو جائے جیسا کہ اس واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی اصابتیں مواظب تمدد الشعب اور لیفیتِ ششش کے ساتھ چھتیس سال تک قائم رہی ہیں (23)۔

علاج۔ قصبہ کے تسدد کے علاج سے مشابہ ہے۔

ششوں کا نفاخ

(EMPHYSEMA OF THE LUNGS)

نفاخ کی اصطلاح (ἐν بمعنی اندر اور φῦσα بمعنی ہوا) بجا طور پر ہوا کی اس وعاء بدری کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو کہ تحت الجلدی اور دوسری بافتوں کے اندر (جراحی نفاخ = surgical emphysema) یا پھیپھڑوں کی بین لختکی یا بین خلائی بافت کے اندر (بین خلائی نفاخ = interstitial emphysema) ہو۔ اس مرض ششش کے لئے جس پر اب بحث کی جائے گی اس کا اطلاق بہت کم موزوں ہے، تاہم طبی محاورہ میں یہ عموماً اسی مرض کے لئے محفوظ رکھی جاتی ہے۔ ششش کے جوفیزوں میں قدرتی طور پر بھی ہوا ہوتی ہے۔ زیر بحث مرض میں وہ غیر طبعی طور پر منتفخ ہو جاتے ہیں، اور یہ کہہ سکتے ہیں کہ ان میں حد سے زائد ہوا موجود ہوتی ہے۔ اس حد تک تو نفاخ (حویصلی نفاخ = vesicular emphysema) کا نام بجا ہو سکتا ہے۔ تاہم جوفیزی تمدد (alveolar ectasis) کا نام جو پیش کیا گیا ہے نسبتہً زیادہ صحیح ہے۔

146

بحث اسباب اور امراضیات۔ نفاخ کی پیدائش میں کئی عاملات حصہ لیتے ہیں۔ ان میں سے بعض مزمن شعبی التہاب (chronic bronchitis) میں کارفرما ہوتے ہیں جو اس حالت کا سب سے زیادہ عام سبب ہے۔ (۱) کھانسنے کے عمل سے ذرا پہلے بند مزمار (glottis) کے پیچھے پھیپھڑوں میں دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ امر دموی رسد میں اس لئے مداخلت کرتا ہے کہ ریوی خون کا دباؤ کم ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رفتہ رفتہ شُش کی بافت کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ (۲) کھانسنے کے اختتام پر ایک گہرا تشہیق (inspiration) لیا جاتا ہے، جس سے جوفیزوں کا انتفاخ ہو جاتا ہے، اُن کی دیواریں تن جاتی ہیں اور عروقِ شعریہ تنگ ہو جاتے ہیں، اور اس کا بھی یہی نتیجہ ہوتا ہے کہ دموی رسد میں مداخلت ہوتی ہے۔ (۳) عضلات جو قوت دورانِ تشہیق میں بروئے کار لاتے ہیں وہ اس قوت کی بہ نسبت زیادہ ہوتی ہے جو کہ دورانِ زفیر (expiration) میں بروئے کار لائی جاتی ہے، کیونکہ آخر الذکر فعل زیادہ تر پھیپھڑوں کی لچکدار بازگشت (elastic recoil) ہی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اگر شعبات افراز سے جزئی طور پر مسدود ہوں تو باوجود اس تسدد کے دورانِ تشہیق میں ہوا جوفیزوں کے اندر کھینچ کر آسکتی ہے لیکن دورانِ زفیر میں پھر اُن سے باہر نہیں نکل سکتی۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جوفیزے مستقلاً منتفخ ہو جاتے ہیں۔ یہی عامل دمہ کی حالت میں بھی بروئے کار آتا ہے، جہاں تسدد شعبی عضلات کے انقباض کے باعث پیدا ہوتا ہے۔ یہ تسدد ایک مصراع کے طور پر عمل کرتا ہے، یعنی ہوا کو اندر تو آنے دیتا ہے لیکن پھر باہر نہیں جانے دیتا۔ (۴) خیال کیا جاتا ہے کہ شیشہ گروں یعنے کانچ پھونکنے والوں (glass-blowers)، پھونک کر باجا بجانے والوں اور ان لوگوں میں جو محنت طلب پیشوں میں مشغول رہتے ہیں، اور جنھیں یا تو ہوا کی ایک دھیمی منضبط رَو کی رسد پہنچانے کے لئے یا بازوؤں کے استعمال کے لئے ایک سہارا دینے کا نقطہ (point d'appui) مہیا کرنے کے لئے اپنے سینے مسلسل پھلائے ہوئے رکھنے پڑتے ہیں، جوفیزی دیواریں زیادہ طویل عرصہ تک تن کر کھنچ جاتی ہیں۔ لیکن تازہ مشاہدات نے اس امر کو مشتبہ کر دیا ہے (24)۔ (۵) سالہا سال کے عرصہ میں پھیپھڑوں کی لچکدار بافت بتدریج

بوسیدہ ہوجاتی ہے اور معمر اشخاص کا خرد ششی نفاخ (small-lunged emphysema) پیدا کر دیتی ہے۔ (۶) جب شش کا کوئی حصہ بوجہ مرض سکڑ جاتا یا التہابی حاصلات یا تومایہ سے دررشیتہ (infiltrated) ہوجاتا ہے، تو وہ دوران شہیق میں پھیل نہیں سکتا۔ ایسی صورت میں قرب وجوار کے جوفیزوں کا پھیلاؤ زیادہ ہوجانا چاہئے تاکہ خالی جگہ پُر ہوجائے۔ اسے تعویضی نفاخ (compensatory emphysema) کہتے ہیں۔ مذکورہ بالا مختلف ذرائع کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نفاخ میں ہم پہلو جوفیزوں کے درمیانی فاصلاتی ذبول (atrophied) ہوجاتے ہیں۔ جلد ہی فاصل کٹنے آر پار ایک انثقاب قائم ہوجاتا ہے۔ پھر پورا فاصل تلف ہوکر دو تین جوفیزے ایک بن جاتے ہیں۔ اس عمل میں نہ صرف لچکدار بافت بلکہ ریوی عروق شعریہ کا وہ پورا جال بھی جو فاصل میں موجود ہوتا ہے، غائب ہوجاتا ہے۔ اگر یہ عمل پھیپھڑوں کے طول وعرض میں وسیع طور پر مکرر ہوتا رہے تو اول تو یہ ہوتا ہے کہ ہوائی فضائیں بہت بڑی ہوجاتی ہیں، اور بہت سے مقامات پر ششی بافت کے بڑے بڑے چھالے بن جاتے ہیں جن میں صرف ہوا موجود ہوتی ہے۔ دوم، شش کی وہ لچک جو زفیر (expiration) کے لئے ضروری ہے، معمول کی نسبت بہت کم ہوجاتی ہے۔ سوم، وہ عروقی رقبہ جو خون کے تہویہ کے لئے کارآمد ہوتا ہے، بہت گھٹ جاتا ہے۔ اور چہارم، بیشتر اصابتوں میں پھیپھڑے بجائے خود بہت بڑے ہوجاتے ہیں۔

لچک کے جاتے رہنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زفیر زیادہ مشکل ہوجاتا ہے۔ پھیپھڑوں کی جسامت کی زیادتی کے علاوہ سینہ چوڑائی اور گہرائی میں بڑا ہوجاتا ہے اور وہ شکل اور وضع مستقلاً اختیار کر لیتا ہے جو کامل شہیق (inspiration) کیلئے مخصوص ہے۔ سینہ کی حرکت پذیری (mobility) بہت کم ہوجاتی ہے، کیونکہ اس کی وسعت (range) کامل شہیق اور کامل زفیر کے درمیان ہونے کے بجائے محض شہیق کے مختلف درجات کے درمیان ہوتی رہتی ہے۔ گیسوں کا باہمی تبادلہ کم کامل طور پر ہوتا ہے۔ یہ اس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ شریانی خون میں CO_2 کے دباؤ کے لئے جو قیمتیں پائی جاتی ہیں، وہ معمول کی نسبت بہت زیادہ ہوتی ہیں

درحقیقت CO_2 کی ترشہ دمویت (acidæmia) موجود ہوتی ہے' جو شدید تھیر پیدا کرتی ہے۔ شریانی خون کی آکسیجن سے سیر شدگی بھی ممکن ہے معمول کی نسبت کم ہو(7)۔ عام طور پر نلوی محفوظ میں زیادتی ہوجاتی ہے جو کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے احتباس کی تلافی کر دیتی ہے۔

ایک اور اہم امر پھیپھڑوں میں شعری رقبہ کا ضائع ہوجانا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ریوی دوران خون میں ایک تندد پیدا ہو جاتا ہے۔ شریان ریوی اور دائیں بُطین میں تناؤ بڑھ جاتا ہے' دایاں بُطین بیش پرورده (hypertrophied) ہوجاتا ہے اور بالآخر قلب کے دائیں جانب کا اتساع (dilatation) ہوجاتا ہے لہذا وریدی نظام محتقن (engorged) ہوجانے سے جگر کی کلانی اور امتلاء' پاؤں ٹانگوں اور دھڑ کا تہیج اور البیومن بولیت پیدا ہوجاتی ہے۔ معمر اشخاص میں قلب کا چپ جانبی (left-sided) اتساع اور ساتھ ہی عضلۂ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) بھی ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ وہ پھیپھڑا جو کلاں ششی نفاخ (large-lunged emphysema) سے ماؤف ہو امتحان بعدالموت کے وقت سینہ کھولنے پر پچکتا نہیں بلکہ روزن کے اندر سے باہر ابھرآتا ہے۔ ایسا پھیپھڑا نرم اور بے لچک ہوتا ہے' اور انگلی سے دبانے پر دب جاتا ہے (تنقیر = "pitting")۔ اس کے مختلف حصوں میں' اور خاص کر اس کی اندر کی اور نیچے کی کوروں میں' مٹر یا سپاری کے برابر بڑے چھالے نظر آسکتے ہیں' اور یہ ششں غیر معمولی طور پر پھیکے رنگ کا اور خون سے معرّا اور دھبے دار (mottled) رمادی رنگ کا ہوتا ہے۔ تراشنے پر بڑے چھالے پچک جاتے ہیں۔ اور سارا عضو معمول کی نسبت زیادہ خشک نظر آتا ہے' باستثناء بعض حصوں کے' جیسے کہ قاعدے' جہاں ممکن ہے کہ پیچیدگی پیدا کرنے والے (complicating) شعبی التہاب یا ذو یمارہ پکے ہوں۔

147

ایک دوسری قسم (خرد ششی نفاخ = small-lunged emphysema) معمر اشخاص میں ایک شیخوختی (senile) ذبولی تغیر کے طور پر واقع ہوتی ہے'

اس میں کشش بڑا نہیں ہوتا اور جیالیوں کی تند اور زیادہ نہیں ہوتی۔ فاصلات مدبول ہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جو فرجے باہم متحد ہو جاتے ہیں اور شش سکڑا ہوا نہ لچک تر خشک، اور پھیکے رنگ کا ہو جاتا ہے اور معمول کے نسبت کم کامل انسفنج سا ثبت پیش کرتا ہے۔

پھیپھڑوں کے بعض حصوں، بالخصوص راسین، اگلے حاشیوں اور زیرین کوروں میں نفاخ کا نسبتہ زیادہ نمایاں ہونا جینر (Jenner) کی رائے کے مطابق حسب ذیل توجیہہ رکھتا ہے:— جب ہوا سینہ میں زیادہ دباؤ کے تحت محبوس ہوتی ہے جیسا کہ کھانستے وقت، یا کوئی بڑی عضلی مشقت کرتے وقت تو اندر سے ہوا کے دباؤ کے باعث سینہ کے وہی حصے باہر ابھر آئیں گے جنہیں گرد و پیش کی بافتوں کا سہارا سب سے کم حاصل ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ نفاخ کے علامات ابتداءً صرف سانس کا پھول جانا ہے۔ کھانسی اور نفث جو عموماً موجود رہتے ہیں، ساتھ موجود رہنے والے شعبی التہاب کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ بُہر (dyspnœa) ابتدائی درجوں میں بالخصوص مشقت کرنے یا زور لگانے (exertion) پر دیکھا جاتا ہے، جب کہ سانس تیز ہو جاتی ہے اور مریض ہانپنے لگتا ہے۔ ازاں بعد بُہر ہمیشہ موجود ہو سکتا ہے، اور رات کے وقت انتصابی تنفس (orthopnœa) پیدا کر دیتا ہے۔ بُہر کی بدترین شکلوں میں تنفس کے غیر معمولی عضلات ہمیشہ کام کرتے رہتے ہیں، ترقوی ہڈیاں اوپر اٹھی ہوتی ہیں، اور قصی حلمی عضلات (sterno-mastoids) اور مختلف الاضلاع عضلات (scaleni) ہر شہیق کے ساتھ کھڑے ہو کر جزری ہوا (tidal air) کو زیادہ کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔ زفیر (expiration) لمبا، با مشقت (laboured) اور عضلات شکم کی انتہائی مدد سے ہوتا ہے۔ طبیعی امارات ممیز ہوتے ہیں۔ سینہ چوڑا، سامنے سے پیچھے کے رخ میں گہرا، لیکن کوتاہ (short) ہوتا ہے۔ اس کی کلانی کی وجہ سے، اور اس وجہ سے کہ پیش پس قطر کی زیادتی اُسے عرضاً بمقوی کے نسبت زیادہ تر مدور شکل کا بنا دیتی ہے، سینہ اکثر پیپے کی شکل کا (barrel-shaped) کہلاتا ہے۔ شانے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں۔ معمول کی نسبت بالائی پسلیاں ایک

دوسرے سے زیادہ قریب تر اور زیریں پسلیاں ایک دوسرے سے زیادہ دُور ہوتی ہیں۔ اور شراسیفی زاویہ نہایت منفرج (obtuse) ہوتا ہے اور اس کا ناپ ۱۰۵ درجے یا زائد ہوتا ہے۔ پسلیوں کا ارتفاع جھٹنی اور صدم القلب (heart's impulse) کے اضافی مقامات کو بدل دیتا ہے۔ جھٹنی اکثر پانچویں پسلی پر اور صدم القلب چھٹی فضاء میں پایا جاتا ہے۔ سینہ کے جو حصے معمولاً گمکی ہوتے ہیں اُن پر قرع کرنے سے غیر معمولی طور پر زیادہ گمک حاصل ہوتی ہے اور جو رقبے معمولاً اصم (dull) ہوتے ہیں اُن پر گمک کی توسیع ہو جاتی ہے۔ اس طرح کبدی اور قلبی اصمیت میں مداخلت ہو جاتی ہے، اور دایاں شش نیچے کی طرف چھٹی فضاء یا ساتویں پسلی تک گمکی ہوتا ہے، اور قلب کی اوپری اصمیت (superficial heart dulness) اکثر بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ استماع کرنے پر اصوات تنفس بہت کچھ گھٹے ہوئے ہوتے ہیں یا بمشکل سنائی دیتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ جب ہمزمان شعبی تشنج ہو تو زفیری خرخر (expiratory murmur) بہت لمبا ہو جائے، اور خرخرات (rhonchi) بھی سنائی دے سکتے ہیں۔

پھیپھڑوں کی کلانی، دوسرے اعضاء سے متعلق اِمارات کو بھی متاثر کرتی ہے۔ چونکہ شش کا معمول کی نسبت ایک زیادہ بڑا حصہ قلب اور دیوار سینہ کے درمیان واقع ہوتا ہے، ممکن ہے کہ صدم القلب پانچویں فضاء میں غیر محسوس ہو، اصوات قلب دھیمے (faint) ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ اتساع (dilatation) یا بیش پروردگی (hypertrophy) پوشیدہ ہو جائے۔

خزوششی نفاخ میں سینہ اپنے خاکے میں زیادہ مدور ہوتا ہے لیکن بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ پھیپھڑے قلب کو نہیں ڈھانکتے اور قلب بیش پرورده نہیں بلکہ مذبول ہوتا ہے۔ قرعی تر (percussion note) بیش گمکی ہوتا ہے، اور بشیقی خرخر کمزور ہوتا ہے، لیکن زفیر لمبا نہیں ہوتا۔

دونوں قسموں میں شعبی التہاب کے خرخرات (rhonchi) اکثر موجود ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں اذیما کی وجہ سے پھیپھڑوں کے قاعدوں پر لغلغات (râles) ہوتے ہیں اور ساتھ ہی گھٹی ہوئی گمک پائی جاتی ہے۔

پیچیدگیاں۔ مزمن شعبی التہاب اکثر اوقات موجود ہوتا ہے، خواہ اس کے ساتھ تمدد الشعب ہو یا نہ ہو۔ معمر اشخاص میں عموماً عضلۂ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) اور اس کے علاوہ قلب کی بائیں جانب نیز دائیں جانب کی بیش پرورش اور اتساع موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ عام اُذیما بھی ہو۔ اکثر شریانی انحطاط (arterial degeneration) موجود ہوتا ہے جس کے ہمراہ شیخوخی شریانی تصلبی گردے (senile arteriosclerotic kidneys) پائے جاتے ہیں۔ اس قسم کی حالت پر صفحہ 255 پر زیادہ تفصیل کے ساتھ غور کیا گیا ہے۔

تشخیص۔ نفاخ کی شناخت کا انحصار گمک کی متغیر نوعیت پر ہوتا ہے اور بالخصوص گمک کی اس توسیع پر جو پیش قلبی رقبہ (præcordial area) پر اور نیچے کی طرف جگر پر ہو جاتی ہے۔ خردوشتی قسم میں گمک کی متغیر نوعیت اور بہر خاص مظاہر ہوتے ہیں۔ رانجنی شعاعیں یہ ظاہر کرتی ہیں کہ تندرستی کی حالت کی بہ نسبت پھیپھڑوں پر ایک زیادہ وسیع اور زیادہ روشن رقبہ اور ڈائفرام کا محلِ وقوع نسبتہً نیچے اور اس کے حرکات نسبتہً وسیع ہیں۔ 148

انذار۔ حقیقی صحت یابی نہیں واقع ہوتی۔ صرف علامات میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ زندگی کی مدت کا انحصار تغیر کی وسعت، شعبی التہاب کے امکان اور عضلۂ قلب کی حالت پر ہوتا ہے۔ بیشتر اصابتوں میں آخری نتیجہ کئی سال کی مدت کے بعد رونما ہوتا ہے۔

علاج۔ اس کا منشا یہ ہونا چاہیئے کہ مریض کی عام صحت کی اصلاح کی جائے شعبی التہاب کی پیچیدگیوں کے تمام خطرات سے احتراز کیا جائے، اور جب یہ واقع ہو جائیں تو اُن میں تخفیف کی جائے۔ چنانچہ لازم ہے کہ مریض کو مغذی اور ہضم پذیر غذا دی جائے، اس کے ملبوسات مناسب ہوں، وہ گرم عمدہ ترویح دار کمروں میں رہے اور مشرقی ہواؤں اور شبانہ ہوا سے پرہیز کرے۔ مقویات جیسے کہ کاڈ لیور آئیل (روغن جگر ماہی)، نوکا، اسٹرکنیا (strychnia)، اور کونین (quinine) استعمال کئے جاتے ہیں۔ ضائع شدہ لچکدار بافت کے نقصان کی تلافی کی کوششیں کی گئی ہیں۔ مثلاً گرہارٹ (Gerhardt) مشورہ دیتا ہے کہ سینہ کا میکانی پچکاؤ عمل میں

لاکر زفیر (expiration) میں امداد پہنچائی جائے۔ اسے ایک دوسرا شخص سینہ کے زیریں حصہ پر اپنے ہاتھ روزانہ پانچ یا دس منٹ تک رکھ کر انجام دیتا ہے۔ ساتھ موجود رہنے والے شعبی التہاب کا علاج کرنا چاہئے۔ بچکائی ہوئی ہوا (compressed air) کے ذریعہ علاج، جیسا کہ برآمٹن کے شفاخانہ میں فولادی کوشک (steel chamber) میں کیا جاتا ہے، شہیق میں اندر لی ہوئی آکسیجن کے ارتکاز (concentration) کی زیادتی پر منحصر ہوتا ہے، اور یہ نفاخ میں مفید پایا گیا ہے۔ خاص کر اس وقت جب کہ التہاب شعبی موجود ہو۔ ایک آکسیجن کا خیمہ بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔

ششوں کا ہبوط

(COLLAPSE OF THE LUNGS)

(عدم تمدد الریہ: Atelectasis Pulmonum)

اُن پھیپھڑوں میں جو کبھی کامل طور پر نہ پھیلے ہوں (عدم تمدد = atelectasis)، اور اُن پھیپھڑوں میں جو پھیلنے کے بعد جزوی طور پر پھر جنینی حالت میں آ گئے ہوں (ہبوط) اکثر تفریق کی جاتی ہے۔ عدم تمدد (atelectasis) پیدائشی ہوتا ہے، اور نہایت کمزور بچوں میں دیکھا جاتا ہے، جن کے تنفسی حرکات ہوا کی ضروری مقدار کو اندر کھینچنے کے لئے ناکافی ہوتے ہیں۔ وہ اس وجہ سے اور بھی زیادہ آسانی کے ساتھ واقع ہو جاتا ہے کہ پیدائش کے وقت پھیپھڑے جسم سے خارج ہونے پر تقریباً اُسی جسامت کے پائے جاتے ہیں جو کہ کہفِ صدر کی ہوتی ہے، اور اس وجہ سے اُن میں ہوا کے جبری اُدخال کے لئے، ویسی امتصاصی طاقت (suction power) موجود نہیں ہوتی جیسی کہ مابعد زندگی میں ہوتی ہے، جب کہ پھیپھڑے کہفِ صدر کی نسبت چھوٹے ہوتے ہیں۔ ہبوط (collapse) ایک اکتسابی حالت ہے، جو پھیپھڑوں میں ہوا کا داخلہ ہونے سے پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ امور ذیل کا نتیجہ ہوتی ہے:— (۱) ہوائی راستوں سے ہوا کے داخلہ میں تسدد واقع ہونا، (۲) شُش کا باہر سے دب جانا۔

یہ ڈایافرام کے شلل کا نتیجہ نہیں ہوتی، کیونکہ یہ ڈایافرامی عصب کے قلع کے بعد کبھی پیدا نہیں ہوتی۔

(۱) قسل د اس طرح پیدا ہو سکتا ہے۔ لوزتین کی مزمن کلانی اور انفی بلعوم (naso-pharynx) میں غدودہ کی بالیدگی سے اور نسبتاً بہت زیادہ اکثر شعبی التہاب کے لزج مخاطی یا ریمی افراز سے، بالخصوص بچوں میں اور شعبی ذات الریہ کے ایک جزو کے طور پر، اور زیادہ معمر اشخاص میں شعبہ کے اس تضییق سے جو نوما یہ (neoplasm) کے باعث یا انورسما سے یا پہلے بیان کئے ہوئے دوسرے اسباب میں سے کسی سبب کی وجہ سے واقع ہو جائے۔

(۲) انضغاط (compression) کے اسباب متعدد ہیں: خود سینہ کے اندر وہ بیشتر اوقات پلیورائی انصباب کے باعث ہوتا ہے، لیکن کلانی قلب، گرد قلبی انصباب، واسطی سلعات، اورطی کے انورسماؤں اور ریڑھ کے زاویئی انحنا (angular curvature) (قسی التوا =kypho-scoliosis) کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔ شکم میں جگر کی بالائی سطح سے بڑھنے والے سلعات، بالخصوص کیسیات (hydatids) خراج اور نوما یہ تحت ڈائفرامی خراجات، طحال کے کیسہ، استسقائی زقی سیال اور بعض سلعات کے دباؤ کے باعث ہو سکتا ہے۔

(۳) سینہ کے اور بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں کے زخموں میں ایک پورے شش کا کلی ہبوط (massive collapse) واقع ہو سکتا ہے۔ اس کی شرط نہیں کہ زخم کہفۂ سینہ کے اندر چھید کرے، اور زخم سے مقابل جانب کا شش ماؤف ہو سکتا ہے۔ اس حالت کے ساتھ ممکن ہے صدر دمویت (hæmothorax) موجود ہو یا نہ ہو۔ کلی ہبوط کا حادثہ شکمی حالتوں کے عملیہ کے بعد واقع ہونا شاذ نہیں۔ اب اس کی وجہ یہ خیال کی جاتی ہے کہ زیادہ تر تبعۃً ریڈیو یہ قسم جراحی کے ذریعہ پیدا شدہ التہابی حاصلات شعبی انبوبات کو مسدود کر دیتے ہیں (49)۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہوا جو فیزوں میں سے جذب ہو جاتی ہے اور ہبوط رونما ہوتا ہے۔

149

مرضی تشریح۔ ایک ہبوطی حالت یا عدم تمدد (atelectasis) والا شش

بنفشی یا سیاہ ارغوانی رمادی رنگ کا ہوتا ہے' اور تراشنے پر وہ لوجلاؤ بے ہوا اور خشک ہوتا ہے۔ منفصل ‌چلکیاں عام سطح سے قدرے نیچے بیٹھی ہوئی نظر آتی ہیں ۔ تا وقتیکہ بعد میں ان میں التہاب رونما ہو گیا ہو اسے زور سے متنفخ کرنے پر یہ پھر پھیلائی جاسکتی ہیں۔

علامات ۔ پیدائشی عدم تمدد (congenital atelectasis) میں بچہ کمزور اور کم و بیش کبود ہوتا ہے' اور اس کی سانس تیز اور اتھلی اور رونا کمزوری کے ساتھ ہوتا ہے ۔ ہر شہیق کے ساتھ سینہ کا زیریں حصہ اندر کھنچ جاتا ہے' اور بین الاضلاع فضائیں اندر دب جاتی ہیں ۔ امتحان کرنے پر ممکن ہے کہ قاعدوں پر گمک کی تھوڑی کمی اور کبھی کبھی کچھ لغلغات (râles) ظاہر ہوں' لیکن خاص طبیعی امارت اصواتِ تنفس کی کمزوری (feebleness) ہے ۔ شعبی التہاب کا ہبوط شاذ ہی اتنا کافی وسیع ہوتا ہے کہ استماع سے ظاہر ہو جائے' اور اس کی توزیع تختکی اور منتشر ہوتی ہے ۔

جب ہبوط زیادہ وسیع اور یکسانیت کے ساتھ ہوتا ہے تو طبیعی امارات سے اس کے مختلف درجات شناخت کئے جاسکتے ہیں ۔ ششش کے عارضی عدم استعمال سے جو ابتدائی ذات الجنب کی وجہ سے ہو' یا طویل ظہری افتادگی (dorsal decubitus) سے قاعدوں پر ایک نہایت خفیف درجہ کا ہبوط پیدا ہو سکتا ہے ۔ ششش کے ماؤف رقبہ پر استماع کرنے سے صوتِ تنفس نہایت کمزور ہوتی ہے ۔ اگر مریض گہری سانس لیتا ہے تو زیادہ بلند حویصلی خرخر (vesicular murmur) اور اس کے اختتام پر باریک تکٹکات (fine crepitations) ہوتے ہیں جو ہوائی حویصلات کے تازہ پھیلنے کی وجہ سے ہوتے ہیں جو ہنوز ہبوط تھے۔

شعبی تسدد کے باعث واقع ہونے والے ہبوط کے طبیعی امارات ابھی بیان ہو چکے ہیں بلال وغیرہ سے یکجا ہونے کی حالت میں ابتدائی امارات یہ ہو سکتے ہیں:۔ اصمیت (dulness)' گھٹا ہوا لمسی ارتعاش' اور یا تو گھٹے ہوئے یا خفیف طور پر شعبی اصواتِ تنفس۔ کامل ہبوط کی حالت میں طبیعی امارات حسبِ ذیل ہوتے ہیں:۔ کامل اصمیت (absolute dulness)' اصواتِ تنفس اور لمسی ارتعاش کی غیر موجودگی۔

اس کلی ہبوط (massive collapse) کی حالت میں جو زخموں کے باعث دیوار سینہ کی بازکشیدگی (retraction) کے ہمراہ پایا جائے اصمیت موجود ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ اصوات تنفس کم اور لمسی ارتعاشش غیر موجود ہو لیکن ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ بجائے اس کے بلند شعبی تنفسی اور بڑھا ہوا لمسی ارتعاشش موجود ہو۔ دیوار سینہ بازکشیدہ بین الاضلاع فضا میں اندر دبی ہوئی (depressed) ڈائفرام اوپر اٹھا ہوا اور غیر متحرک اور قلب ماؤف جانب کے طرف کھنچا ہوا ہوتا ہے۔ جب ماؤف جانب پر صدر دمویت (hæmothorax) موجود ہوتی ہے، تو اگرچہ دیوار سینہ بازکشیدہ ہوتی ہے، ممکن ہے کہ قلب تندرست جانب کی طرف کھنچا ہوا ہو۔ یہ واقعہ زور کے ساتھ اس امر کی تائید کرتا ہے کہ اولی سبب دیوار سینہ کا شلل ہے، کیونکہ آخرالذکر اصابت میں یہ قائم رہتا ہے گو اسی جانب پر سینہ کے اندر کا دباؤ صدر دمویت کی وجہ سے بڑھ گیا ہو۔ جراحی اعمال کے بعد کلی ہبوط اس سے زیادہ عام ہے جتنا کہ عموماً سمجھا جاتا ہے۔ غالباً طبیعی امارات کی وجہ سے یہ اصابتیں اکثر ذات الریہ کے طور پر تشخیص ہو جاتی ہیں۔

علامات یہ ہیں :- بہر لیکن جب مریض آرام کی حالت میں ہو تو یہ خفیف ہوتا ہے، زراق اور بعض اوقات درد۔

علاج ۔ آکسیجن معہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے یا اس کے بغیر بوجہ مہیج تنفس کے طور پر استنشاق بعد کلی ہبوط کے لئے صحیح علاج ہے، اور نوزائیدہ کے عدم تمدد میں اس سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں، گو کہ ساتھ ہی مصنوعی تنفس کا کوئی نہ کوئی طریقہ بھی ضروری ہوتا ہے (49)۔ ایلیٹ اور ڈنگلے نے سفارش کی ہے کہ منفث ادویہ (expectorant medicines) پوٹاسیم آیوڈائڈ کے ہمراہ دینی چاہئیں نیز یہ کہ حتی الامکان تمام شکمی بندشوں (abdominal bandages) کو ڈھیلا کر دینا چاہئے، اور یہ کہ مریض کو ہر گھنٹہ میں پانچ منٹ کے لئے کامل تنفسی ساعی (full inspiratory efforts) جو بالخصوص شکمی طرز کی ہوں عمل میں لانے کی ترغیب دینی چاہئے۔ شعبی تسدد کو شعبہ بینی کے ذریعہ دور کیا جا سکتا ہے۔

اَذیمائے شُش

(ŒDEMA OF THE LUNGS)

بحث اسباب۔ امتحانات بعدالموت کی غالب تعداد میں پھیپھڑوں کا اُذیما کسی نہ کسی حد تک پایا جاتا ہے' بالخصوص جہاں مریض مرنے سے پہلے کچھ عرصہ تک بستر پر لیٹا رہا ہو۔ اسی وجہ سے وہ شُشوں کے قاعدہ پر اور پچھلے کناروں پر نہایت نمایاں ہوتا ہے (رکووی اذیما=hypostatic œdema)۔ علاوہ ازیں وہ بعض امراض سے بالخصوص پیدا ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے' جو یہ ہیں:۔ عضلۂ قلب کا مرض (myocardial disease)۔ قلب کا مصراعی مرض (valvular disease) اور خاص کر اَورطی باز روی (aortic regurgitation) جس میں وہ حاد طور پر اس طرح پیدا ہو سکتا ہے کہ بائیں بطین کا بسرعت فشل ہو جاتا ہے لیکن دایاں بطین پھیپھڑوں کے اندر خون پمپ کرتا رہتا ہے۔ آب دموی التہاب گردہ (hydræmic nephritis)۔ حادثات الرّوی اعمال کے ساتھ عموماً ایک التہابی اُذیما واقع ہوتا ہے۔ اختناقی (suffocative) زہریلی گیسیں پھیپھڑوں کا اُذیما پیدا کر دیتی ہیں۔

مرضی تشریح۔ اُذیما سے ماؤف شدہ شُش حجم دار (bulky) اور بھاری ہوتا ہے' اور جب اس میں شگاف دیا جائے تو اس میں سے کسی قدر خون کے رنگ کے جھاگ دار مصل سیّال کا ارتشاح بڑی مقدار میں ہوتا ہے۔

علامات۔ ممکن ہے کہ سینہ ابتداءً تنگی ہو' لیکن بعد میں وہ پیچھے قاعدوں کے مقام پر قرعی آواز کی کیقدر تخفیف (impairment) ظاہر کرتا ہے۔ یہاں اصوات تنفس کمی کے ساتھ (deficient) ہوتے ہیں' اور صرف باریک اور اوسط درجہ کے وافر لغطات سنائی دیتے ہیں۔ حاد قسم (حاد اختناقی اُذیما=acute suffocative œdema) میں مریض پر یکایک زفیری پُر اور انتصابی تنفس یا کھڑکھڑاہٹ دار تنفس طاری ہو جاتا ہے جو کہ ممکن ہے ایک محافظ میکانیہ ہو۔ شہیقات (inspirations) حتی الوسع بہت ہی چھوٹے ہو جاتے ہیں کیونکہ دباؤ کے

کم ہو جانے سے اذیما کی تکوین کو مدد ملتی ہے۔ اس کے خلاف منقبض شدہ شعیبات کی مزاحمت کے خلاف دستہ اطاعت پذیر زفیرات کا وقوع (ربوی تنفس = asthmatic breathing) شعیوں میں دباؤ کو بڑھاتا ہے۔ چنانچہ اس اصول سے علاج میں فائدہ اٹھایا جاتا ہے۔ دیگر علامات یہ ہیں: سینہ میں دم گھٹنے کا احساس، کم و بیش زراق، چھوٹی اور سریع نبض اور سپید رنگ۔ یا خون آلودہ جھاگدار آبی سیال کی بہت بڑی مقدار کا نفث۔ ممکن ہے کہ یہ حالت جلد ہلاکت پیدا کر دے، یا چند گھنٹوں میں رفع ہو جائے۔ لیکن ممکن ہے کہ چند روز گزرنے تک کوئی نفث نہ ہو اور فی الحقیقۃ بعض سریع مہلک اصابتوں میں تو نفث بالکل نہیں ہوتا۔ ذات الریہ کے آخری اذیما میں تو اکثر ہمارے ششش پر جواب تک تندرست تھا لقطات (râles) سنائی دیتے ہیں۔ حال میں تجربی شہادت سے یہ معلوم ہوا ہے کہ معمر اشخاص میں جو رات کے وقت سانس پھولنے کے حملے یا دوری تنفس واقع ہوتا ہے (حوالہ ملاحظہ ہو) بعض اوقات اس کی وجہ حاد ریوی اذیما ہوتا ہے (49)۔

تشخیص۔ ایسے شخص میں جو اپنا معمولی پیشہ انجام دے رہا ہو یکایک طاری ہو جانے والے حاد ریوی اذیما کو اکلیلی علقیت (coronary thrombosis) سے متفرق کرنا چاہیئے، کہ جس میں درد شدت سے ہوتا ہے۔ اس کو ریوی سدادیت (pulmonary embolism) سے بھی متفرق کرنا چاہیئے، جس میں نفث بعد میں ہوتا ہے اور نفث میں زیادہ خون پایا جاتا ہے۔

علاج۔ اگر مریض دوران اصل رکھتا ہو تو پلیش (Plesch) کے بتائے ہوئے آلہ سے کام لینا چاہیئے۔ اصول یہ ہے کہ ششوں کے اندر کی طرف ایک ایسا مثبت دباؤ ڈالا جائے کہ دائیں بطین کی جیش فعالیت رک جائے۔ ہوا ایک موٹر پنکھے کے ذریعہ ایک چست بیٹھنے والے نقاب میں پہنچائی جاتی ہے اور یہ ایک مزاحمت میں سے ہو کر بیرونی ہوا کی طرف نکل جاتی ہے (49)۔ مصنفِ ہٰذا اب ایک الیکٹرولکس (electrolux) منفاخ استعمال کرتا ہے، جس میں نقاب کے قریب چپکا ہوا ایک آبی داب پیما (water manometer) ہوتا ہے جو کہ دباؤ ظاہر کرتا ہے اور یہ دباؤ پانی کی تین یا چار انچیں ہونا چاہیئے۔ آکسیجن کے خیمہ سے بھی

نہایت حیرکن ثمرہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ نہایت ہی حاد اصابتوں میں فصد (venesection) آزمانی چاہیئے۔

ذات الریہ

(PNEUMONIA)

شعبی اُنبوبات کے التہاب کے برعکس، جرمِ شُش کے التہاب کو ذات الریہ کہتے ہیں۔ جب یہ ایک حاد مرض کی شکل میں ہو تو یہ ہوائی حویصلات کے اندر التہابی حاصلات کا ارتشاح (exudation) پیدا کر کے تجمّد (consolidation) پیدا کر دیتا ہے، اور یہ التہابی حاصلات دورانِ شفایابی میں عموماً جذب ہو جاتے ہیں۔ جب یہ مزمن شکل میں ہو تو یہ جسکی بافت کو ایک کثیف لیفی بافت میں بدل دیتا ہے، اور یہ تبدیلی شکل متنقل ہوتی ہے۔ حاد ذات الریہ کی دو تمثیلی قسمیں خصائص ذیل کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے تمیز کی جا سکتی ہیں:— لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) ہر عمر میں ہوتا ہے لیکن بالغوں میں زیادہ اکثر ہوتا ہے، یہ شُش کے بڑے حصوں کو ایک ہی وقت میں ماؤف کرتا ہے، اور ایک نوعی ساری مرض کے تمام خصائص رکھتا ہے، چنانچہ اس کی مدت محدود، شفایابی سریع، اور بعض اوقات پھیلاؤ وبائی صورت میں ہوتا ہے۔ شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) خاص کر شیر خواروں، بچوں اور بوڑھوں کو متاثر کرتا ہے، شُش کے متعدد چھوٹے چھوٹے رقبوں پر حملہ آور ہوتا ہے، اور اس کا قمر اور طریقِ ہائے آغاز و اختتام نسبتاً بہت کم متعین ہوتے ہیں۔

تجربۃً، خرگوشوں (rabbits) میں ایک بڑے شعبہ کے اندر مختلف قسمیت کے (قسم اول اور قسم چہارم کے) نبقات ریویہ کی کاشتوں کا نفوخ (insufflation) کرنے سے ذات الریہ کا مرض پیدا کر لیا گیا ہے۔ جب تثبیت کر ہوتی ہے تو نبقات ریویہ ایسے جوفی نظامات (alveolar systems) میں محصور ہو جاتے یا کھنچ آتے ہیں جو بڑے شعبات کی دیواروں میں سے براہِ راست

باہر نکلتے ہیں اور شعبی ذات الریۂ اور اس کے ساتھ ہو فرزی دروں خلوی خلیوں کا تکاثر (proliferation) پیدا ہو جاتا ہے۔ جب تشبیت زیادہ ہو تو یہ نبقات بہ سرعت زیادہ ہو کر شش کی بافت کے اندر پھیل جاتے ہیں اور فصیصی ذات الریہ (lobular pneumonia) پیدا کر دیتے ہیں اور اگر تشبیت اور زیادہ ہو تو لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) پیدا کر دیتے ہیں جس کے ساتھ ایک کثیر الاشکال نواتی تعامل (polymorphonuclear reaction) اور بعض اوقات ایک مہلک التہاب عروق لمفائیہ (lymphangitis) رونما ہوتا ہے۔ اگر معتاد حد سے زیادہ بڑی ہو تو ممکن ہے کہ نبقات پلیورائی سطح میں سے آر پار گذر کر پھیل جائیں اور ذات الجنب بالانصباب (pleurisy with effusion) اور التہاب تامور (pericarditis) پیدا کر دیں۔ شدید ترین تشبیت ہو تو ایک سریع مہلک عفونۃ الدموی (septicaemie) حملہ واقع ہو جاتا ہے جب کہ پھیپھڑے صرف ایک چکنی دار مصلی ارتشاح اور متقشر (desquamating) جوفرزی خلیات اور چھوٹے چھوٹے نزفات یلا کسی کثیر الاشکال نواتی تعامل کے ظاہر کرتے ہیں اور یہ مناظر ویسے ہی ہوتے ہیں جو مدارس میں نہایت مہلک وباؤں میں مشاہدے میں آتے ہیں۔ ابتدائی دو یا تین دنوں میں اکثر مثبت دموی کاشتیں (positive blood cultures) حاصل ہوتی ہیں لیکن بعد میں نہیں ہوتیں۔ اور یہ پایا گیا ہے کہ نبقات سپید جسیمات کے اندر ہوتے ہیں اور صرف مہلک عفونۃ الدم کی حالتوں میں آزاد ہوتے ہیں۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کسی نوعی بخار مثلاً دماغی نخاعی بخار (cerebrospinal fever) یا تپ محرقہ کی ابتدا میں مثبت دموی کاشت کا موجود ہونا یہ ثابت نہیں کرتا کہ وہ سرایت اولی طور پر خون زاد (blood born) ہے۔ اس سے صرف یہی مراد ہو سکتی ہے کہ اس ابتدائی زمانہ میں جبکہ جراثیم ایک خاص مرکز مرض (focus) میں بہ سرعت تکاثر کر رہے ہیں خلیات آکلہ آزاد ہو کر ہوئے خون کے اندر نکل آئے ہیں اور انتقالی مراکز (metastatic foci) جیسے کہ "گلابی دھبوں" ("rose-spots") کے متعلق صرف یہ ہے کہ یہ وہ مقامات ہیں جہاں یہ دورانی خلیات آکلہ (circulating phagocytes) گرفتار

ہو کر روک لئے گئے ہیں (9)۔ ان مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ ہر قسم کا ذات الریہ اس سرایت کا نتیجہ ہے جو ہوائی راستوں میں سے واقع ہوتی ہے اور یہ اب عام طور پر تسلیم کر لیا جاتا ہے۔ اس امر کی شہادت پیش کی گئی ہے کہ اولی عرضی بڑے شعبوں کے تحتانی ڈاٹوں سے مسدود ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے اور چونکہ یہ ڈاٹیں تنفسی ریویہ کی صورت میں اس سے زیادہ لزج ہوتی ہیں کہ شعبی تنفسیہ کی صورت میں لہذا آخر الذکر سے شعبی ذات الریہ پیدا ہوتا ہے۔ لحمی ذات الریہ میں لاشعاعی سائے (صفحہ نمبر۳) ایک معقمہ (infarct) کی مانند نما ہوتے ہیں۔ متاثرہ طرف کا ڈائفرام اوپر کو اٹھا ہوا ہوتا ہے۔ قلب مقابل کی طرف کبھی ہٹا ہوا نہیں ہوتا۔ قشبی تبقات ریوی محیطی طور پر شش میں پھیل جاتے ہیں۔ لیکن اگر غیر قشبی قسم چہارم موجود ہو تو ذات الریہ کی بجائے کلی ہبوط ہو جاتا ہے۔ اس نظریہ کی تائید میں بہت سی شہادت پیش کی گئی ہے (49)۔

لحمی ذات الریہ (lobar pneumonia) (تبقی ریوی)

(کروپی ذات الریہ: croupous pneumonia)

بحث اسباب۔ یہ مرض دونوں جنسوں میں ہوتا ہے، لیکن عورتوں کی نسبت مردوں میں دو گنا عام ہے، اور دونوں جنسوں کے درمیان جو فرق ہے وہ نہایت نوعمر اور معمر اشخاص میں کمترین ہوتا ہے۔ نیز یہ شیر خواری سے لے کر بڑھاپے تک زندگی کے تمام زمانوں میں دیکھا جاتا ہے، لیکن بالغوں میں ادھیڑ عمر تک زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ یہ گرما اور فصل خزاں کی نسبت سرما اور فصل بہار میں بہت زیادہ اکثر دیکھا جاتا ہے، جبکہ موسم میں ناگہانی تغیرات ہوتے رہتے ہیں، جبکہ ہوائیں مشرقی یا شمال مشرقی ہوتی ہیں، یا جب کہ موسم مرطوب یا سرد ہوتا ہے۔ عادات اور پیشے جو تکشف (exposure) کا موقع پیدا کرتے ہیں ذات الریہ کی استعداد پیدا کر دیتے ہیں۔ بے اعتدالی کی عادتیں (کثرت شراب نوشی وغیرہ) بھی اس کی استعداد پیدا کر دیتی ہیں، اور اس کی ہلاکت کو بہت زیادہ کر دیتی ہیں۔ ایک حملہ دوسرے حملہ سے مامون نہیں کرتا، بلکہ یہاں تک

کہتے ہیں کہ ذات الریہ ایک ہی مریض میں پندرہ یا بیس بار ہوا ہے' تاہم دو حملوں سے زیادہ نہایت غیر معمولی ہیں۔

برودت یا سردی لگنا اکثر ایک تعیینی واقعہ (determining event) ثابت ہوتا ہے اور بیا اوقات ایک سابق الوجود تنفسی نازلت کی سرگذشت موجود ہوتی ہے۔ اس میں شک نہیں معلوم ہوتا کہ بعض مثالوں میں راست تعدیہ (direct contagion) یقیناً ہوتا ہے' اور ایسی بہت سی مثالیں درج ہوئی ہیں جن میں ذات الریہ دیہات' بڑی عمارتوں' یا گھرانوں میں بالکل ایک وبائی بخار کی طرح سرعت کے ساتھ پھیل گیا ہے۔ لحمی ذات الریہ بعض دوسرے امراض اور بالخصوص سطرانی مرض (mitral disease) ' حاد التہاب گردہ (acute nephritis) ' ذیابیطس' اور بعض امراض ساریہ (جن میں انفلوئنزا شامل ہے) کی پیچیدگی یا نتیجے کے طور پر بھی واقع ہوجاتا ہے۔ لیکن تدرن کی پیچیدگی کے طور پر اس کا ہونا شاذ ہے۔ بعض اوقات ضربی ذات الریہ (traumatic pneumonia) سینہ پر چوٹ لگنے سے ہوجاتا ہے' بشرطیکہ متضررہ شش مثلاً قوی سرایت سے متاثر ہوجائے۔ ذات الریہ میں اوّلی مقام سرایت شش میں ہوتا ہے۔ نیقۂ ریویہ پھیپھڑوں اور نیاق میں اور کسی شدید اصابتوں میں شاذ شش سے نکل کر خون کے اندر پایا جاتا ہے' لہٰذا یہ جرثومہ دمویت بشکل ایک عفونت الدم (septicaemia) کہلا سکتی ہے۔ نیقۂ ریویہ کی چار قسمیں پہلے بیان ہو چکی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 56)۔

مرضی تشریح ۔ لحمی ریوی ذات الریہ میں ماؤف شدہ شش کا کچھ حصہ متبدل ہو کر اس کی اسفنجی ساخت ایک ٹھوس تودہ بن جاتی ہے۔ ابتدائی ترین یا پہلے درجہ میں جو کہ امتلا یا احتقان کا ہوتا ہے' شش بھاری اور سرخی مائل بھورے رنگ کا ہوتا ہے' اُسے دبانے سے اُس میں سے ایک جھاگ دار سرخی مائل مصل مترشح ہوتا ہے' اور شش اس سے زیادہ آسانی سے ٹوٹ جاتا ہے کہ جس آسانی سے تندرستی میں ٹوٹتا ہے۔ عروق شعریہ خون سے متمدد ہونے کی وجہ سے متسع اور پیچاں (tortuous) ہوتے ہیں' اور

152

ممکن ہے کہ دقیق نزفات موجود ہوں۔ دوسرے درجہ میں جسے متجمر کشش کے جگر سے مشابہ ہونے کی وجہ سے سرخ تکبّد (red hepatisation) کا درجہ کہتے ہیں، کشش پھیکے سرخ رنگ کا، تراشنے پر باریک طور پر ذراتی، بالکل بے ہوا اور ٹھوس ہوتا ہے اور پانی میں ڈوب جاتا، لیکن انگلی سے دبانے پر آسانی سے ٹوٹ جاتا ہے۔ جو فرزے یا ریک ذراتی تودوں میں علیحدہ کئے جا سکتے ہیں، اور ان کے اندر فائبرین (fibrin) اور خون کے کچھ سرخ جسیمات اور سپید خلیات نظر آتے ہیں۔ در اصل ہُوا یہ ہے کہ عروق شعریہ میں سے مترشح ہونیوالے سیال سے جوفزی دیواریں استقدر متمدد ہوگئی ہیں کہ دروں جلدی خلیات ٹوٹ گئے ہیں، اور ہوائی فضائیں سیال سے بھرپور ہوگئی ہیں اور سیال جم گیا ہے (42)۔
تیسرا درجہ بھی جو سرمادی تکبّد (grey hepatisation) کہلاتا ہے اپنے ٹھوس پن (solidity) کی وجہ سے ممیز ہوتا ہے، لیکن اس میں رنگ رمادی مائل زرد یا صرف رمادی ہوتا ہے، اور اس میں سطح اس کی نسبت کم ذراتی ہوتی ہے کہ جتنی درجۂ سرخ میں ہوتی ہے۔ خوردبین سے دیکھنے پر یہ درجہ آخرالذکر درجہ سے اس میں اختلاف رکھتا ہے کہ ہوائی خلیے اور جوفزی دیواریں سپید خلیات سے پٹی ہوئی ہوتی ہیں، لیکن فائبرینی ارتشاح (exudation) اور سرخ جسیمات بہت کم مقداریں ہوتے ہیں۔ رنگ کا متغیر ہونا جوفزوں میں سپید خلیات کی موجودگی کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ ایک چوتھا درجہ بھی جو ریمی در ریزش (purulent infiltration) کا ہوتا ہے، بیان کیا جاتا ہے۔ لیکن یہ محض رمادی تکبّد کی ایک انتہائی حالت ہے۔ اس میں کشش نسبتۂ زیادہ نرم اور زردی مائل رنگ کا ہوجاتا ہے، اور اسے کھرچنے یا دبانے سے اس میں سے ایک زرد ریمی سیال نکلتا ہے۔ یہ سیال ہوائی خلیات میں بھری ہوئی در ریزش کے بکھر سے بنتا ہے، اور اس میں سپید جسیمات شحمی اور ذراتی ہوجاتے ہیں۔ لیکن ایک حقیقی خُراج، جو تمثیلی حاد ذات الریہ کا نتیجہ ہو، نہایت شاذ ہوتا ہے۔
یہ مشکوک ہے کہ شفایاب ہو جانے والی اصابتوں میں ریمی در ریزش کے درجہ کی نوبت آتی ہے یا نہیں۔ یہ سچ ہے کہ شفایابی، یا انحلال (resolution)

کے ساتھ بعض اوقات ایسے طبیعی امارات (نتہ کنکۂ راجعہ=redux (crepitation) پائے جاتے ہیں جو ظاہر کرتے ہیں کہ ارتشاح نرم ہو کر سیال بن رہا ہے۔ لیکن بہت سے مریض بلا ایسے کسی مظہر کے اچھے ہو جاتے ہیں اور اُن میں اتنا کم نفث ہوتا ہے کہ اُن کے ارتشاح کے غائب ہو جانے کی توجیہ صرف یہ ہو سکتی ہے کہ وہ عروق لمفائیہ سے براہ راست جذب ہو گیا ہے۔ صرف چند ہی اصابتوں میں نفاثہ کی مقدار بڑی ہوتی ہے۔

اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد ایسی ہوتی ہے کہ جن میں جرم شش کے التہاب کے ساتھ حاد ذات الجنب (acute pleurisy) بھی موجود ہوتا ہے، اور اس دو گونہ ضرر کو ذات الجنبی ذات الریہ (pleuro-pneumonia) کہہ سکتے ہیں۔ لیکن یہ نام عام طور پر نہیں استعمال کیا جاتا، اِلّا اُن اصابتوں کے لئے کہ جن میں ذات الجنب سریریاتی لحاظ سے ایک نمایاں مظہر ہو۔

تعیین المقام (localisation)۔ فصی (رئوی) ذات الریہ تقریباً ہمیشہ جزئی ہوتا ہے، اور اس کے نسبت زیادہ اکثر قاعدے کو اور بائیں شش کی نسبت کسی قدر زیادہ اکثر دائیں شش کو ماؤف کرتا ہے۔ لاشعاعی امتحان بالعموم تغیر پذیر جسامت کا ایک فانہ نما سایہ ظاہر کرتا ہے (صفحہ نمبر ۳ (ب ج) اور بچوں کی صورت میں یہ مدت سے تسلیم کیا گیا ہے (33)۔ گا ہے یہ سایہ دیوار صدر کے متوازی محیط میں ایک بندکی صورت اختیار کرتا ہے۔ ممکن ہے بغیر کسی طبیعی امارت کے در ریشش موجود ہو۔ سایہ بعض اوقات فوق تدرن (epituberculosis) کی مشابہت اختیار کرتا ہے، لیکن نسبتہً زیادہ سرعت کے ساتھ غائب ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات دونوں شش ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن مرض عموماً ایک شش میں دوسرے سے پہلے شروع ہوتا ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ پہلا درجہ۔ بالغ اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں مرض کی پہلی واضح امارت یہ ہے کہ ایک قشعریرہ (rigor) یا لرزہ ہوتا ہے (۹۹ تپش ۱۰۲، ۱۰۳، یا ۱۰۴ درجے تک چڑھ جاتی ہے، اور نہایت

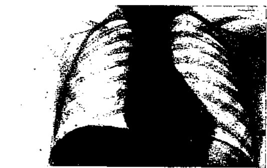
ا۔ نوسین کے اندر درج کردہ اردو اعداد ظاہر کرتے ہیں کہ توجی بیماریوں کی تحتی ذات الریہ کی



الف



ب



ج

لوتی ذات الریہ میں قانہ تمادریزش، اور اس کا تدریجی انحلال۔ (الف) ۹ جولائی ۱۹۳۳ء۔ (ب) ۱۳ جولائی ۱۹۳۳ء۔ (ج) ۱۹ جولائی ۱۹۳۳ء۔ یہ ذاکر بچہ کا مریض تھا۔ (شعاع تصاویر مسٹر لنڈسے لاک کی بنائی ہوئی ہیں)

بالمقابل صفحہ 262

نمایاں ارتفاع حرارت (pyrexia) ہوتا ہے جس کے ساتھ کسلمندی (malaise) عدم اشتہائے تغذیہ (۳۲) فردار زبان اور بعض اصابتوں میں لبوں پر تملہ (herpes) کا ایک ثوران (eruption) ہوتا ہے (۱۷) جو ایک اچھی امارت سمجھی جاتی ہے۔ بچوں میں اکثر تشنجات (convulsions) ہو جاتے ہیں لیکن قشعریرات غیر عام ہیں۔ ممکن ہے کہ علامات ابتداءً مبہم سے ہوں اور شاید ان کے ساتھ دردِ سر (۹ و ۳۵) یا سارے بدن میں پھیلا ہوا درد (pains all over) (۹) ہو یا شش کی ماؤفیت پھولے ہوئے سانس (shortness of breath) سے ظاہر ہو اور پہلو میں شدید درد (۴۰) ہو جو ذات الجنب سے منسوب ہو سکتا ہے۔ اس ابتدائی زمانہ میں ممکن ہے کہ استماع سے کوئی چیز شناخت نہ ہو لیکن بعض اوقات ایک باریک خشک تڑکنا (crepitation) سنائی دیتا ہے جس کا مقابلہ اس آواز سے کیا گیا ہے جو کان کے قریب بالوں کی ایک لٹ کو انگلی اور انگوٹھے کے درمیان مسلنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ تڑکنا بیشتر ایک گہری سانس کے اختتام پر لیکن بعض اوقات سارے دوران شہیق میں سنائی دیتا ہے اور اس کی توجیہہ یہ کی جاتی ہے کہ یہ جوفیزوں کی دیواروں کے علٰحدہ ہونے سے پیدا ہوتا ہے جو غیر قدرتی طور پر چپکنی (adhesive) ہو جاتی ہیں۔ اس سے زیادہ کثرت کے ساتھ ایک غیر طبعی صورت حالات کی ابتدا اس طرح ہوتی ہے کہ اس رقبہ پر جو بعد میں درجۂ دوم یعنے تجمد کے امارات ظاہر کرتا ہے حویصلی خرخر کی نمایاں کمی یا عدم موجودگی واقع ہو جاتی ہے۔ قرعی آواز (percussion note) اب بھی غیر متبدل یا معمول کی نسبت صرف کسی قدر کم گمگی ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں قرع پر ایک طبلی آواز حاصل ہوتی ہے۔ اس کے ظہور کا امکان اس وقت ہوتا ہے جب کہ ذات الریہی عمل ابتداءً مرکزی ہو جس کے نتیجہ کے طور پر گرد و پیش کے شش کا ارتخاء (relaxation) ہو جاتا ہے یعنے وہ ڈھیلا پڑ جاتا ہے

153

(بقیہ حاشیہ صفحہ گذشتہ) ۵۰۰ اصابتوں میں جو کہ ۱۹۱۵ء تا ۱۹۱۸ء بمقام آلڈرشاٹ (Aldershot) رونما ہوئیں کتنی فی صدی میں یہ علامات واقع ہوئیں (25)۔

(جیسے کہ اسکوڈیائی ٹنگ میں)۔
اتنے ابتدائی زمانہ میں بھی خفیف سی کھانسی اور اس کے ہمراہ ممیتز نمونگ آلود بُساق (rusty sputum) موجود ہوتا ہے۔ یہ بُساق ایک شفاف لیے ہوا، جیلی نما مخاط کے تودہ کے طور پر نکلتا ہے، جس کا رنگ زرد نارنجی، گندمی بھورا (russet brown)، یا بلکہ شوخ سرخ ہوتا ہے، اور جو اس قدر لزج ہوتا ہے کہ برتن کی جانب یا پیندے سے چپک جاتا ہے اور بہنے کا کم رجحان رکھتا ہے یا بالکل نہیں رکھتا۔ گرام (Gram) کے طریقۂ تلوین سے بُساق میں بقدر ریوی شناخت ہوسکتی ہے، جو کہ ابتداءً کثرت نہیں ہوتا، اور بُساق خاص کر زجاجی یا شفاف (hyaline) مخاط معلق البیونمینی ارتشاح، چند سرخ جسیمات، چھوٹے جوفیزی خلیوں، بڑے درحلمی خلیوں، اور چند کثیرالاشکال نواتی خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ کبھی کبھی نفث الدم (hæmoptysis) واقع ہوتا ہے (۱۶۹)۔
دوسرے درجے، یا درجۂ تجمد (stage of consolidation) کے علامات اکثر بسرعت نمودار ہوجاتے ہیں۔ شش کے ماؤف حصے پر قطعی صمیت (decided dulness) پائی جاتی ہے۔ اسی رقبہ پر بلند ارتفاع کا (high-pitched) شعبی تنفس ہوتا ہے، جو ابتداءً تو نرم اور دور کا (soft and distant) ہ لیکن تھوڑے عرصہ کے بعد نسبتہً بہت زیادہ بلند ہوتا ہے۔ اگر مریض منہ سے بولتا ہے تو شعبی صوتیت (bronchophony) ہوتی ہے، اور بولے ہوئے الفاظ اکثر صاف صاف سنائی دیتے ہیں، اور بہ ظاہر مسامع الصدر کے اندر پکار کر بولے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ سرگوشی میں کہے ہوئے الفاظ (whispered words) بھی صاف صاف منتقل ہوجاتے ہیں۔ شش کے اُن حصوں میں جو پھیلتے ہوئے التہاب سے ماؤف ہورہے ہیں، وہ باریک تکتک (fine crepitation)، جو ایک ابتدائی امارت کے طور پر سنا گیا تھا، ممکن ہے کہ اب بھی سنا جائے۔ لیکن بلند شعبی تنفس اور شعبی صوتیت ظاہر کرنے والے رقبوں پر کوئی لغلغات (râles) نہیں سنائی دیتے تاوقتیکہ ساتھ شعبی التہاب بھی موجود نہ ہو، جبکہ وہ متنغم (consonating) ہونگے۔ لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) کبھی بڑھا ہوا اور کبھی گھٹا ہوا ہوتا

ہے۔ اس کی شہادت موجود ہے کہ تقریباً تمام اصابتوں میں اُس کی تخفیف اس وجہ سے ہوتی ہے کہ پلیورا کے اندر سیال کی ایک پتلی تہ موجود ہوتی ہے (26)۔ طبیعی اِمارات کی نمویابی کے دوران میں مریض لازماً اپنے بستر پر پڑا ہوتا ہے، لیکن اُسے اکثر انتصابی تنفس (orthopnœa) ہوتا ہے۔ اُس کے گال اور پیشانی سُرخ تمتمائے ہوئے (flushed) ہوتے ہیں۔ اُس کی آنکھیں چمکنے لگتی ہیں اور ظاہر کرتی ہیں کہ اس کو تکلیف کا بیّن احساس ہے۔ اُس کی سانس تیز ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ تنفس فی منٹ ۴۰، ۵۰، ۶۰ یا بلکہ ۸۰ تک بڑھ جائے نبض تیز ہوجاتی ہے، لیکن تنفس کے تناسب سے نہیں۔ ممکن ہے کہ وہ ۱۰۰ تا ۱۲۰ یا اس سے کسیقدر زیادہ ہو۔ اس طرح نبض و تنفس کی نسبت معمولی ۳ : ۱، یا ۴ : ۱ سے بدل کر ۲ : ۱ یا ½۱ : ۱ ہوجاتی ہے۔ تپش عموماً ایک بلند لیول، ۱۰۳ تا ۱۰۵ درجہ پر قائم رہتی ہے اور اس میں کم تغیّر ہوتا ہے۔ اور جلد خشک ہوتی ہے اور اس پر رکھے ہوئے ہاتھ کو چبھتی ہوئی گرمی (pungent heat) کا احساس ہوتا ہے۔ ضغط الدّم (blood pressure) عموماً معمول کی نسبت تھوڑا کم ہوتا ہے۔ کھانسی جو ہمیشہ تو نہیں لیکن علی العموم موجود ہوتی ہے، زیادہ بار بار نہیں ہوتی، اور وہ سخت، خشک (hard and dry) اور اکثر درد کے ساتھ ہوتی ہے۔ اور بُساق، جو لزج اور زنگ آلود (rusty) ہوتا ہے، بدقت باہر نکلتا ہے۔ قارورہ قلیل المقدار، گہرے رنگ کا (high-coloured) اور ترشئی ہوتا ہے اور اُس میں یوریٹس کا جماؤ بن جاتا ہے۔ اس میں کلورائڈز (chlorides) بہت کم ہوجاتے ہیں اور ممکن ہے کہ غیر موجود ہوں، اور البیومن کی تھوڑی مقدار اکثر اوقات موجود ہوتی ہے۔ عموماً سپید جسیمات کی کثرت (leucocytosis) کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی زیادتی کے ہمراہ پائی جاتی ہے، جو شدید اصابتوں میں طویل عرصہ تک باقی رہتی ہے۔ مریض کو ہذیان ہوجاتا ہے (۴) بالخصوص رات کے وقت۔ کبودی (lividity) یا ازرَاق ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں یہ پایا گیا ہے کہ آکسیجن سے شریانی خون کی سیرشدگی کم ہوجاتی ہے، اور وہ بجائے ۹۵ فی صدی کے جو معمولی ہے، ۸۰ فی صدی ہوتی ہے (Stadie)۔

154

یہ ناسیر شدگی (desaturation) اس وجہ سے ہوتی ہے کہ شریانی خون ایک ایسا آمیزہ ہوجاتا ہے جس میں شش کے تندرست حصے سے آیا ہوا ہوازدہ خون اور مرضی شش سے آیا ہوا غیر ہوازدہ خون شامل ہوتا ہے۔ بعد ازاں زراق زائل ہوجاتا ہے، کیونکہ مرضی شش میں سے دوران خون سست ہوجاتا ہے۔

مریض کی عام حالت چند روز تک ویسی ہی رہتی ہے، یا زیادہ کثرت کے ساتھ علامات کی شدت میں زیادتی ہوجاتی ہے۔ نبض و تنفس تیز تر ہوجاتے ہیں، تپش بلند قائم رہتی ہے، زبان زیادہ خشک اور زیادہ مجوری ہوجاتی ہے، اور رات کا ہذیان زیادہ قطعی ہوتا ہے۔ یہ مشاہدہ ہوتا ہے کہ طبیعی امارات عموماً روز بروز متغیر ہوتے جاتے ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ تجمد آگے پھیل رہا ہے، چنانچہ تکتکہ (crepitation) اور شعبی تنفس سینہ پر بلند سے بلند تر پھیلتے جاتے ہیں، یہاں تک کہ راس (apex) ماؤف ہوجاتا ہے اور ممکن ہے کہ طبیعی امارات سامنے ترقوی ہڈی کے نیچے ظاہر ہوجائیں۔

اس وقت جب کہ بیماری بہ ظاہر انتہا تک پہنچی ہوتی ہے، اصلاح واقع ہوتی ہے، اور بہت سی اصابتوں میں بالکل ناگہانی طور پر ہوتی ہے۔ چھٹے، ساتویں یا آٹھویں دن اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں تپش، نبض اور تنفس گر کر بارہ یا اٹھارہ گھنٹوں کے دوران میں تقریباً اپنے طبعی حدود تک آجاتے ہیں۔ زبان تر ہوجاتی ہے۔ اور مریض خود کو ہر لحاظ سے بہتر محسوس کرتا ہے۔ اس بحران (crisis) (۵۶ ۶ ۴) کے ساتھ بکثرت پسینہ آتا ہے۔ تقریباً نصف اصابتوں میں بخار زیادہ تدریجی طور پر ختم ہوتا ہے (تحلل: lysis) اور درجۂ انتہا سے طبعی درجہ تک گرنے میں اسے چار سے پانچ دن تک لگتے ہیں۔

تپش کے طبعی ہونے کے بعد طبیعی امارات بتدریج صاف ہوجاتے ہیں۔ اس درجہ میں تکتکات راجعہ (redux crepitations) سنائی دیتے ہیں۔ یہ نسبتہً موٹے (coarse) کرکرانے والے (crackling) بلبلانے والے (bubbling) لغطات ہوتے ہیں، جو ارتشاح کے ڈھیلا پڑنے اور انبوبات میں

آجانے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ کشش میں یہ تغیر ہونے کے ساتھ ساتھ بساق بھی متغیر ہوجاتا ہے، اُس کی ممیز جھلک (tinge) جاتی رہتی ہے اور وہ زرد یا سبز، مخاطی ریمی، اور کم لزج ہوجاتا ہے۔

قسم اول کا ذات الریہ جو کہ ۳۰ فی صدی اصابتوں کے لئے ذمہ دار ہے، خاص کر نوجوان بالغوں میں، بالعموم معروف و مستند علامات پیش کرتا ہے جو کہ بحران میں ختم ہوتی ہیں۔ قسم دوم میں علامات زیادہ شدید ہوتی ہیں اور بسا اوقات بحران بالکل نہیں ہوتا۔ قسم سوم خصوصیت کے ساتھ عمر افراد پر حملہ آور ہونے کا امکان رکھتی ہے۔ قسم چہارم ہر عمر میں ہوتی ہے۔ مہلک اصابتوں میں موت فشل القلب (failure of the heart) سے، یا اس کشش کے اُذیما سے کہ جو اب تک غیر مأوف تھا، یا دونوں کے مجموعی طور پر ہونے سے واقع ہوتی ہے۔ تمام علامات زیادہ ہوجاتے ہیں، جیسے تنفسات تو اتر میں بڑھ جاتے ہیں۔ نبض تیز، صغیر اور ضعیف ہوجاتی ہے۔ چہرہ کبود یا ازرق ہوجاتا ہے۔ دائیں بطین کے اتساع کے طبیعی امارات مشاہدہ میں آسکتے ہیں۔ زبان خشک، بھوری اور مشقوق (cracked) ہوتی ہے۔ ہذیان کم و بیش مسلسل ہوتا ہے، اور بڑبڑاہٹ (muttering) اور قوما (coma) بتدریج طاری ہوجاتے ہیں۔ اِستماع کرنے پر بلند (loud) موٹے (coarse) لغطات سینہ کی دونوں جانبوں پر سنائی دیتے ہیں۔ جوں جوں مریض زیادہ کمزور ہوتا جاتا ہے تپش گرتی جاتی ہے، جلد سرد پڑجاتی اور پسینہ سے شرابور ہوجاتی ہے۔ موت عموماً بیماری کی انتہا کے زمانہ میں پانچویں اور دسویں دنوں کے درمیان واقع ہوجاتی ہے۔ لیکن ذات الریہ کبھی کبھی دو یا تین دنوں میں اپنا مہلک عمر ختم کردیتا ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب۔ اول الذکر کا سبب بیشتر ثانوی نفحی ریوی سرایتیں ہیں جو پھیپھڑوں سے متصلہ ساختوں میں براہِ راست پھیل جاتی یا جوئے خون کے ذریعہ منتقل ہوتی ہیں۔ ذات الجنب جس کے ہمراہ لمف یا مصل کی تکوین ہوسکتی ہے بمشکل ایک پیچیدگی کہلاتی ہے، کیونکہ وہ عملاً ہر ایک اصابت میں موجود ہوتی ہے۔ تقیح الصدر (empyema) (۴ء۲) اس قدر

اشاریہ

عمل طب جلد دوم

عام نہیں ہوتا ' لیکن اگر بخار تیسرے ہفتے تک قائم رہے ' اور اس کے ساتھ قرعی آواز ، صم ہو اور شعبی تنفس کی آوازیں غائب یا متغیر ہو گئی ہوں تو اس کا شبہ کرنا چاہئے ۔ شاذ اماتوں میں ذات الریہ کے دوران میں ' ہوائی خلیات کے کیف بلیورائی کی طرف منشق ہو جانے سے استرواح الصدر (pneumothorax) پیدا ہو جاتا ہے ۔ بائیں جانب کے تقیح الصدر کے ساتھ اکثر اوقات التہاب تامور (pericarditis)(۲ ٪) پایا جاتا ہے ۔ التہاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis)' التہاب گردہ (nephritis)(۰.۵ ٪) ' التہاب باریطون (peritonitis) تقیحی التہاب سحایا (suppurative meningitis) (۱ ٪) اور التہاب مفصل (arthritis)(۰.۵ ٪) شاذ ونادر ریوی پیچیدگیوں میں سے ہیں ۔ شاذ اماتوں میں ایک حقیقی بنقی ریوی تقیح الدم (pneumococcal pyæmia) پیدا ہو گیا ہے جس کے ساتھ تقیحی التہاب مفاصل (suppurative arthritis) اور قانحات (pustules) اور جلد کے نیچے پھوڑے ہوتے ہیں اور ان میں سے گاڑھی ، سبزی مائل پیپ نکلتی ہے جس میں بنقات ریویہ خالص کاشت میں موجود ہوتے ہیں ۔ خبیث التہاب درون قلبہ (malignant endocarditis) (۰.۲۷ ٪) (خاص کر اورطی مصراع کا) ذات الریہ کے ہمراہ دیکھا گیا ہے ' جو اس کے نوعی عضویوں کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے ۔ قلیل التعداد اماتوں میں نمایاں یرقان (jaundice)(۱ ٪ ۳) ہوتا ہے ۔ ایک ہلکی یرقانی جھلک زیادہ عام ہوتی ہے ۔ بعض اوقات دوران مرض میں معدے کا حاد اتساع (acute dilatation of the stomach) واقع ہو جاتا ہے ' اور شدید اماتوں میں التہاب نکفیہ (parotitis) پیدا ہو سکتا ہے ۔ مزمن ذات الریہ (chronic pneumonia) ' گنگرین (gangrene) اور خراج شش (abscess of the lung) ' اور تمدد الشعب (bronchiectasis) شاذ عواقب ہیں ۔

155

تشخیص ۔ قشعریرہ اور تیز بخار کے ابتدائی درجات میں ذات الریہ بعض اوقات دوسرے حاد امراض جیسے کہ تپ محرقہ ' قرمزیہ یا چیچک سے ناقابل شناخت ہوتا ہے ۔ اگر سینہ کے ایک جانب پر کے درد یا تکلیف سے ظاہر ہوگا

کہ وہاں حاد مرض موجود ہے، اور ایک مقام پر اصواتِ تنفس کی غیر موجودگی یا باریک تکتکات (fine crepitations) کی موجودگی، جن کے بعد انسمیت، شعبی تنفس، اور شعبی صوتیت ہو، بیماری کی نوعیت ظاہر کریں گے۔ لیکن یہ درد نہایت غلط فہمی بھی پیدا کر سکتا ہے۔ اکثر اوقات یہ شکم تک پھیلتا، یا بالخصوص شکم میں محسوس ہوتا ہے، جس سے ابتدائے التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis)، التہاب بار یطون (peritonitis)، یا التہاب مرارہ (cholecystitis) کا خیال ہو سکتا ہے۔ ریوی قاعدوں پر احتیاط کے ساتھ نگاہ رکھنا ضروری ہے تاکہ غلطی نہ ہونے پائے۔

دوسری اعانتوں میں طبیعی امارات کی نمو یابی سے پہلے ایک مختصر سی کھانسی ہوگی جس کے ساتھ زنگ آلود بُصاق کا نفث ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ طبیعی امارات کے ظہور میں فی الحقیقت پانچ یا چھ بلکہ دس دن کی تاخیر ہو جائے، انھیں بہت تلاش کرنے کی ضرورت پڑے اور وہ پہلے پہل اُن ہونی جگہوں میں پائے جائیں، جیسے کہ عظم الکتف کے اوپر یا بغل کی چھت (top of axilla) میں۔ امراضِ طفحیہ (exanthemata) کے مخصوص و ممیز طفحات کی غیر موجودگی، تنفس کی سُرعت جو نبض سے غیر متناسب ہوتی ہے، سُرخ تمتمایا ہوا چہرہ (flushed face) اور چمکتی ہوئی آنکھ، مخصوص و ممیز نوعیت کا بُصاق، اور دہن کے گرد و پیش نملہ کی موجودگی، یہ سب تشخیص کے لئے مفید نکات ہیں۔ امتحانِ خون سے بھی مدد مل سکتی ہے، کیونکہ سپید خلیات کی کثرت (leucocytosis) سے تپِ محرقہ، ملیریا اور انفلوئنزا خارج از بحث ہو جاتا ہے۔ رانتجنی شعاعیں بھی کارآمد ہیں، جیسا کہ بیشتر بیان کیا جا چکا ہے۔

جب طبیعی امارات نمودار ہو جاتے ہیں، تو یہ متعین کرنا پڑتا ہے کہ آیا ذات الریہ موجود ہے یا ذات الجنبی انصباب (pleuritic effusion)، یا دونوں کا ساتھ ساتھ اجتماع ہے۔ اِن دونوں حالتوں کی ایک دوسرے سے تشخیص ذات الجنب (پلیوری) کے بیان کے تحت درج کی گئی ہے۔ شعبی ذات الریہ سے تشخیص پر علیحدہ غور کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 158)۔

انذار۔ صحیح ذات الریہ کی اوسط شرح اموات تقریباً ۸ فی صدی ہے۔

دو چھوٹے بچوں میں نہایت کم ہوتی ہے لیکن عمر کی زیادتی کے ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔ بے اعتدالی کی عادتوں والے اشخاص میں اور ان میں جنہیں ناکافی غذا ملی ہو یہ مرض زیادہ مہلک ہوتا ہے۔ سریع الوقوع یا تسلسل یا ناتشاقلے نبض (failing pulse) کبودی اور ذراق یہ سب بدشگونی کی علامات ہیں۔ قسم سوم کا نقذاریہ یہ کہ جس کے خلاف ہمیں کوئی مصل میسر نہیں، سب سے تشویشناک التہابوں کے لئے ذمہ دار ہے اور شرح اموات ۹۰ فی صدی تک پہنچتی ہے۔ قسم اول میں انذار اس سے زیادہ بہتر ہے کہ جتنا قسم دوم میں ہے کیونکہ شرح اموات اول الذکر میں ۱۵-۱۰ فی صدی اور آخر الذکر میں ۲۰ فی صدی ہے۔ قسم چہارم میں شرح اموات ۳۰ فیصدی ہے۔ امریکہ میں شرح اموات زیادہ ہے۔

علاج۔ مریض مجبوراً بستر پر پڑ جاتا ہے اور شدید اُسے مرض کی انتہا میں (in the height of the disease) تکیوں یا تخت (bed-rest) کے ذریعہ نیم خمیدہ (semi-recumbent) حالت میں سہارا دینے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے جسمانی آرام اور تشویش سے مبرا ہونا علاج کے اہم عناصر میں سے ہے۔ غیر ضروری طبی امتحان سے پرہیز کرنا چاہئے۔ مریض کو ایک آزادانہ ترویح رکھنے والے کمرے کے اندر بافراط گرم تازہ ہوا ملنا چاہئے اسی طرح جس طرح کسی دوسرے ساری مرض میں۔ غذا ایسی دینی چاہئے جو ایک حموی مرض کیلئے موزوں ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 21)۔ اس میں دودھ قدرتی طور پر ایک اہم عنصر ہوگا لیکن انڈے اور اناج (cereals) دودھ کے پڈنگ (milk-pudding) کی شکل میں بار لیک کا مالٹ ملا ہوا دودھ (Horlick's malted milk) مچھلی یا چوزے کا قیمہ وغیرہ بھی غذا میں شامل کئے جا سکتے ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ اس معاملہ میں مریض کی خواہشات کا لحاظ کیا جائے۔ نقوع لحم البقر (beef-tea) یا بکری کے گوشت کی یخنی (mutton broth) گو بذات خود غذائیں نہیں ہیں تاہم ممکن ہے کہ یہ پسندیدہ ہوں۔ ابتدائی درجوں میں آنتوں کو صاف کر دینا چاہئے اور ایسیٹیٹ یا سائٹریٹ آف امونیم (acetate or citrate of ammonium) کا استعمال کرکے جلد کے آزادانہ عمل میں مدد دینی چاہئے بر امید مسکن ڈوور (Dover's powder) کی خفیف

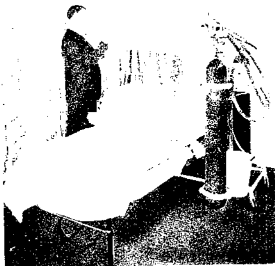
مقداریں دینی چاہئیں۔ آخر الذکر ذات الجنبی درد میں تخفیف پیدا کرے گا۔ افیون کی خفیف مقداریں (ٹنچر کے ۳ تا ۵ قطرے) لحم (saline) کے ساتھ بار بار دینے چاہئیں۔ ممکن ہے کہ مقامی لاسقات (local applications) جیسے کہ اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistin) برف کی تھیلی یا کوئی پولٹس درد میں تخفیف کردیں۔ خفیف اصابتوں (mild cases) میں بھی کافی ہو سکتا ہے لیکن شدید تر اصابتوں میں ہذیان اور ترقی پذیر انبطاح (prostration) کا تدارک بھی ضروری ہوگا۔ اول الذکر کے لئے کلورل (chloral) کلورل امائڈ (chloralamide) اور پوٹاسیئم برومائڈ (potassium bromide) کا استعمال کیا جاسکتا ہے لیکن جب بُہر (dyspnoea) زیادہ ہو تو کلورل کو احتیاط کے ساتھ دینا چاہئے کیونکہ وہ قلب اور تنفس پر خافض (depressing) اثر رکھتا ہے۔ اسی سبب کی وجہ سے آخری درجوں میں مارفیا (morphia) کا استعمال کمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ ہیوسین ہائڈرو برومائڈ (hyoscine hydrobromide) ($\frac{1}{100}$ گرین) کا تحت الجلدی اشراب اکثر مفید اور نسبتہً خالی از خطر ہوتا ہے۔ بڑھتے ہوئے فشل قلب کیلئے ڈیجیٹالس اکثر دیا جاتا ہے اور برانڈی یا دوسرے سپرٹ کی تھوڑی تھوڑی مقداریں تین یا چار اونس تک روزانہ دی جاسکتی ہیں جہاں قلب کے دائیں جانب کا فشل (right-sided failure) موجود ہو وہاں فصد (venesection) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ لیکن آکسیجن ان سب پیچیدگیوں کے لئے بہترین علاج ہے۔ جب نالیوں میں افراز زیادہ ہو تو امونیئم کاربونیٹ (ammonium carbonate) (۵ تا ۱۰ گرین ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے) دے سکتے ہیں۔ حال ہی میں مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) کام میں لایا گیا ہے اور وہ ذات الجنبی درد (pleuritic pain) کے دفع کرنے میں کامیاب ہوا ہے (27)۔ جب بحران (crisis) ختم ہوگیا ہو اور تپش گر کر درجۂ طبعی پر آگئی ہو تو علاج کا منشاء محض یہی ہونا چاہئے کہ کونین (quinine) اور دوسرے مقویات کے استعمال سے مریض کو تقویت پہنچائی جائے۔

یہ امر اب تسلیم کیا جاتا ہے کہ فیلٹن (Felton) کے ریکز ضد نیتی ریوی مصل (anti-pneumococcal serum) کے ذریعہ جان بچ سکتی ہے بلکہ مرض دب بھی جاتا ہے۔ موجودہ زمانہ میں اس کی قیمت گراں اور مقدار محدود ہے لہذا ایسے

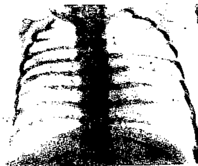
156

مریضوں تک جو سترہ سال سے اوپر ہوں اور جن میں انداز خراب ہو اس کا استعمال محدود رکھا گیا ہے اور ناگہانی آغاز اور شدید انصباب کمزور سریع خفیف نبض اور ضعیف سپید خطوی بخیبیت اور مثبت دموی کاشت اس کے خاص واعیات ہیں۔ متقدیرویہ کی قسم کی تعیین کرنا ضروری ہے لیکن یہ کام جیدمنٹ کا ہے اور صرف قسم اول اور قسم دوم کے خلاف فائدہ مند ہے۔ قسم اول کا مصل اور قسم اول و دوم کا مخلوط مصل حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کو مرض کے صرف پہلے پانچ دنوں میں دینا چاہئے اور قسم اول کے مقابلہ میں قسم دوم کی اصابتوں میں دگنی مقدار ہونی چاہئے۔ اول الذکر میں ۲۰۰۰ اکائیاں مالح سے مرقق کرکے جو کہ حموی تعاملات روکنے کی غرض سے تازہ تیار کیا جاتا ہے آہستہ سے دروں وریدی طور پر دیجاتی ہیں۔ اسی جسامت کی دوسری اور تیسری مقداریں آٹھ سے لے کر ۱۲ گھنٹوں کے وقفوں سے دیجاتی ہیں اور گاہے ایک چوتھی یا پانچویں مقدار کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔

آکسیجن کا استعمال۔ جب کبودی یا زراق ہو تو آکسیجن دینی چاہئے۔ عملی اغراض کے لئے دو طریقے میسر ہیں۔ (۱) انفی قثاطیر (nasal catheter)۔ اتوائنے کو جو کہ ایک دقیق نشست والے تنظیمی مصراع سے آراستہ ہوتا ہے پہلے ایک وُلف (Woolf) کی بوتل کے ساتھ مربوط کر دیا جاتا ہے کہ جس میں پانی ہوتا ہے اور پھر ایک ربڑ کے قثاطیر کے ساتھ کہ جس کو عین ناک کی پشت تک دھکیل دیا جاتا ہے۔ رابط انبوبہ چوڑی ہونی چاہئے اور اس کا قطر ½ انچ سے کم نہ ہونا چاہئے بوتل میں تجبب کو ایک مستقل رفتار پر رکھو کہ آکسیجن کی رسد کی رفتار کو باقاعدہ کیا جاسکتا ہے۔ اس کا اندازہ ایک پائنٹ (pint) کا ناپ پانی سے بھر کر اور اس کو ایک پانی کے تسلے پر الٹا رکھ کر لگایا جا سکتا ہے۔ قثاطیر کو ناپ کے نیچے رکھنے سے پانی کی جگہ آکسیجن لے لیتی ہے۔ ایک بالغ کی صورت میں ایک پائنٹ جمع کرنے کے لئے تقریباً ۳۰ سیکنڈ ہونے چاہئیں۔ بچوں کے لئے رفتار کم ہوتی ہے۔ قثاطیر کو ناک کی بجائے منہ میں نہایت پیچھے تک دھکیلا جا سکتا ہے۔ ایک دوسری ترکیب ایک دوہری نلی ہے جس کی ٹونٹیاں دونوں نتھنوں کے عین اندر ہوں مُلر (Müller) کا مصراع جس طرح کہ اس کو ڈیویز (Davies) اور گلکرسٹ (Gilchrist)



الف۔ آکسیجن کا خیمہ۔ گاڑی کے نمونہ کا



ب۔ شعبی التہاب الریہ ایک بچہ میں۔ (شعاع نگاشت مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہے)

بالمقابل صفحہ ۱۵۰

استعمال کرتے ہیں، جو کہ زفیر کے دوران میں آکسیجن کے بہاؤ کو روک دیتا اور اسطرح ضیاع سے بچاتا ہے، حقیقت میں غیر ضروری ہے۔ آکسیجن کو قیف کے ذریعہ دینے کا مسرفانہ اور غیر موثر طریقہ کبھی استعمال نہ کرنا چاہیئے۔

(۲) آکسیجنی خیمہ (oxygen tent)۔ خیمہ کا اصول یہ ہے کہ مریض ایک آکسیجن سے بھرپور (۴۰ تا ۶۰ فی صدی) فضا میں رہتا ہے کہ جس میں سے کاربن ڈائی آکسائیڈ، رطوبت اور گرمی دور کر دی گئی ہوں۔ کئی ایک مختلف خیمہ جات بیان کئے گئے ہیں۔ صفحہ ۴ الف میں جو خیمہ ہے اس میں سے گرمی اور رطوبت، برف سے بھرے ہوئے ظروف کے ذریعہ دور کیجاتی ہیں کہ جو خیمہ کی چھت میں سے داخل کئے جاتے ہیں۔ CO_2 کو دور کرنے کے لئے فضا کو ایک سوڈا۔ لائم (soda-lime) کے ڈبے میں سے ایک "مشرب" (injector) کے ذریعہ ترویج کیا جاتا ہے، کہ جس کو ایک پیچ کے ذریعہ استوانے کے سر کے ساتھ چپکا دیا جاتا ہے تاکہ استوانے کے اندر کا آکسیجن کا دباؤ ایک قوت محرکہ بہم پہنچائے (49)۔ خیمہ میں آکسیجن اور کاربن ڈائی آکسائیڈ کی مقدار فی صدی دریافت کرنے کے لئے ایک سریری آلہ موجود ہوتا ہے۔ ذات الریوی مریضوں پر شریانی وخز (arterial puncture) سے حاصل کردہ تجربی شہادت موجود ہے کہ خیمہ انفی قثاطیر کی نسبت زیادہ موثر ہے۔ خیمہ سے کئی زندگیاں بچ گئی ہیں، جو اگر انفی قثاطیر کے علاج پر اصرار کیا جاتا تو تقریباً یقیناً ضائع ہو گئی ہوتیں۔ مصنف ہذا نے آکسیجنی خیمہ کے ذریعہ ذات الریہ کی ۲۰ تشویشناک اصابتوں میں سے ۲۰ اصابتیں بچالی ہیں۔ سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا آکسیجن کے علاوہ CO_2 دینا چاہیئے یا نہیں۔ اس کے لئے دور میں CO_2 کا مکمل انجذاب روک دینا چاہیئے تاکہ مریض اس CO_2 کو جو کہ اس نے خود پیدا کی ہے جزوی طور پر دوبارہ سانس میں لے لے۔ مصنف ہذا کی رائے ہے، CO_2 کو شاید ذات الریہ کے ابتدائی درجوں میں دیا جا سکتا ہے اس غرض سے کہ تنفس کی گہرائی زیادہ ہو جائے اور ایک خفیف کھانسی واقع ہو اور مخاط کا وہ لزج صمام اکھڑ جائے، جو کہ سابقہ بیان کے مطابق مرض کا اولی سبب ہے۔ اس طریقہ سے مرض کو روکا جا سکتا ہے۔ تاہم مرض کے آخری

157

دوروں میں جب کہ قلب تھک جاتا ہے، صرف آکسیجن استعمال کرنی چاہیے۔ یہ ایک عجیب امر ہے کہ تپمہ میں ذات الجنبی درد اکثر زائل ہو جاتا ہے۔

فریڈلینڈر کا ذات الریہ

(Friedlander pneumonia)

اُن اصابتوں پر مشاہدات کرنے سے جن میں لحمی ذات الریہ فریڈلینڈر کے عصیہ ذات الریہ کی وجہ سے ہوا ہے، معلوم ہوتا ہے کہ وہ عموماً ایک شدید مرض ہوتا ہے، جس کا انذار خراب ہوتا ہے۔ ایک مہلک اصابت میں نفث سرخ رنگ کی نسبت، زیادہ ایک سیاہی مائل رادی رنگ پیش کرتا ہے اور تراش چپکے (slimy) مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جوفیزوں میں کثیر التعداد و چھتے اور تقشر پذیر ریم موجود ہوتا ہے۔ تبیغ اور گنگرین اس سے زیادہ کثیر الوقوع ہوتے ہیں کہ جتنے معمولی قسم میں ہوتے ہیں، اور تپش زیادہ تغیر پذیر ہوتی ہے۔ فریڈلینڈر کے عصیہ کے ساتھ تقدریہ بھی ہو سکتا ہے، اور اول الذکر لختکی اور لحمی ذات الریہ دونوں کا سبب ہو سکتا ہے۔

شعبی ذات الریہ

(broncho-pneumonia)

[نازلتی (catarrhal)، لختکی (lobular) یا سرخنکی
ذات الریہ (interstitial pneumonia)]

بحث اسباب۔ (۱) اولی شعبی ذات الریہ primary) broncho-pneumonia)۔ جب تقدریہ خالص کاشت میں پانچ سال سے نیچے کے بچوں میں نفث پر حملہ آور ہوتا ہے تو وہ ایک تمثیلی لحمی ذات الریہ typical) lobar pneumonia) پیدا کر سکتا ہے، لیکن وہ زیادہ اکثر نفث کے جوفیزوں پر ٹکیتوں کی صورت میں حملہ آور ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں کو اولی شعبی ذات الریہ یا اولی لختکی ذات الریہ کہتے ہیں (West)۔ اگر پھیپھڑوں میں چکتی دار توزیع

(patchy distribution) سے قطع نظر کیا جائے تو یہ اصابتیں اوپر بیان کئے ہوئے لحتی ذات الریہ سے مشابہ ہوتی ہیں، اور ان میں متلازم شعبی التہاب (bronchitis) نہیں موجود ہوتا۔ ان کے متعلق کچھ اور کہنے کی ضرورت نہیں۔ (۲) حقیقی شعبی ذات الریہ جسے بعض اوقات ثانوی شعبی ذات الریہ یا حاد رخلی ذات الریہ کہتے ہیں، ہمیشہ چھوٹے شعبات کے التہاب سے شروع ہوتا ہے اور گردوپیش کے ہوائی حویصلات کے اندر پھیل جاتا ہے۔ یہ عموماً تین سال سے نیچے کی عمر والے بچوں میں واقع ہوتا ہے۔ یہ کھسرا اور کالی کھانسی کی کثیرالوقوع پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے، اور دوسرے ساری امراض (یعنی حمی قرمزیہ اور انفلوئنزا وغیرہ) کے بعد بھی ہوا کرتا ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ شہروں میں رہنے والے، خراب تغذیہ رکھنے والے بچے شعبی ذات الریہ میں مبتلا ہونے کا زیادہ امکان رکھتے ہیں، اور غالب ہے کہ کساحت بھی اس کی استعداد پیدا کرتی ہے۔ بالغوں میں شعبی ذات الریہ، ذرات غریبہ (foreign particles) بالخصوص حلق کے عفونی مادوں کے پھیپھڑوں کے اندر استنشاق سے واقع ہوتا ہے (استنشاقی ذات الریہ: inhalation pneumonia)۔ یہ ڈفتھیریا کے شعبی نالیوں کی راہ سے نیچے شعیبات (bronchioles) تک پھیل جانے کا ایک عام نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ اکثر کسی بھی طویل المدت لاغری پیدا کرنے والے مرض (wasting disease) میں ایک اختتامی واقعہ ہوتا ہے، بالخصوص بوڑھوں میں جو ہفتوں تک اضطجاعی حالت میں رہنے پر مجبور ہوئے ہوں۔ جب یہ شش کے اسفل حصوں پر حملہ آور ہوتا ہے تو اسے رسوبی ذات الریہ (hypostatic pneumonia) کہتے ہیں۔ یہ ان اعمال جراحیہ کے بعد ہو سکتا ہے جو عمومی عدم حسیت (general anaesthesia) کے تحت کئے گئے ہوں، اور ان لوگوں میں جو تقریباً غرقاب ہو گئے ہوں یہ موت کا ایک کثیرالوقوع سبب ہوتا ہے۔ مری کا سرطان (carcinoma of the oesophagus) شش پر حملہ آور ہو کر اور ذات الریہ پیدا کر کے مہلک ہو سکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ عفونی ذرات عروق دمویہ کے ذریعہ شش میں پہنچ جائیں اور تقیح الدم (pyaemia) اپنے تقیحی ذات الریوی مراکز کے باعث ممیز ہوتا ہے۔ ان میں سے بہت سی اصابتوں پر عفونی ذات الریہ

(septic pneumonia) کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔

شعبی ذات الریہ کی جرثومیات پیچیدہ ہے، اور بہت سے جراثیم مختلف امتزاجات میں پائے گئے ہیں۔ ایک نوعی بخار، مثلاً کھسرا یا انفلوئنزا کے متعلق یہ سمجھنا چاہیے کہ یہ فرد کی قوت مدافعت پر خافض اثر ڈالتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پھیپھڑوں پر مختلف عضویے ثانوی طور پر حملہ آور ہو جاتے ہیں۔ ریاستہائے متحدہ کی فوج میں دم پاش نبقیہ سبحیہ (hæmolytic streptococcus) ایک نہایت اہم عامل اور سب سے زیادہ مہلک پایا گیا، لیکن بعض موقعوں پر نبقیہ دیگر عصیہ انفلوئنزا (B. influenzæ) اور نبقیہ سبحیہ ذہبیہ (streptococcus-aureus) بھی موجود تھے۔ فرِیڈ لینڈر کا عُصَیّہ، اور ذو فتیریا کی اصابتوں میں کلیبس لافلر کا عصیہ (Klebs-Loffler bacillus) بھی پائے جاتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ شعبی ذات الریہ میں تجدّشش کے طول و عرض میں گرہکوں کی شکل میں منتشر ہوتا ہے، جو اکثر جدا جدا ہوتی ہیں، لیکن باہم مل کر نسبتہً بڑے تودے بنا دینے کا رجحان رکھتی ہیں (التقائی شعبی ذات الریہ confluent broncho-pneumonia)۔ بایں ہمہ یہ گرہکیں آنکھ سے ایک دوسرے سے جدا جدا شناخت ہو سکتی ہیں۔ تراشنے پر جامد شش متعدد چھوٹے رمادی مراکز پر مشتمل نظر آتا ہے، جو نزف، آذیما اور ہبوط (collapse) کے سیاہ سرخ منطقوں سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ شش نرم اور خستہ (friable) ہوتا ہے، اور نچوڑنے پر اس کی چھوٹی نالیوں سے پیپ کے ایک قطرے (bead) کا ارتشاح ہوتا ہے۔ اس عمل کو بعض اوقات تطحّل الریہ (splenisation of the lung) کہتے ہیں۔ خوردبین سے دیکھنے پر ممیز و مخصوص ضررات یہ ہوتے ہیں: زنگی التہاب جو شعبی اور جوفیزی دیواروں کو ماؤف کرتا ہے، اور گرد شعبی التہاب عروق لمفائیہ (peribronchial lymphangitis) جن میں شدید اصابتوں میں دریز خلیے کثیر الاشکال (polymorphs) ہوتے ہیں۔ شعبہ اور جوفیزے کا دروتہ نازلتی مافیہہ سے پُر ہو جاتا ہے، خاص کر بڑے دُرخلی خلیوں سے۔ لیکن کچھ مدت والی اصابتوں میں شعیبی اور اُن کی ہم پہلو جوفیزی دیواروں میں تنی لیفی بافت کی تکوین موجود ہوتی

ہے۔ چنانچہ اس حالت پر خلالی شعبی ذات الریہ (interstitial broncho-pneumonia) کے نام کا اطلاق اکثر اسی مناسبت کی وجہ سے کیا جاتا ہے۔ شعیبات اور علقیت زدہ عروق لمفائیہ (thrombosed lymphatics) میں تبقات سبجیہ بہ افراط ہوتے ہیں۔ جب التہاب سطح تک پہنچ جاتا ہے تو عموماً کسی قدر ذات الجنب موجود ہوتا ہے۔ نہایت حاد اور مہلک اصابتوں میں لیفی یافت کی تکوین نہیں ہوتی اور تبقات سبجیہ جو فیزوں پر حملہ کرتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ شش کے اندر پھوڑے بن سکتے ہیں۔

علامات اور طبیعی امارات۔ اول الذکر کھانسی، بہر اور ارتفاع حرارت (pyrexia) ہیں اور آخر الذکر متصل ضربات کی وسعت اور جائے توقع کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر بچہ کو سابقہ شعبی التہاب کے باعث پہلے ہی سے کھانسی ہو کر سینہ پر خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) موجود ہوں تو جو فیزوں کی ماؤفیت (implication) حرارت کے ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ تک چڑھ جانے، کھانسی کے مختصر (short) خشک اور درد خیز ہو جانے اور لغطات (râles) کے زیادہ وافر ہو جانے اور متنغم (consonating) نوعیت اختیار کر لینے سے ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں ایسے خرخرات (rhonchi) نہیں موجود ہوتے اور طبیعی امارات ایک یا زائد ایسے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جو کم یا بیش وسیع ہوتے ہیں، اور ایک یا دونوں پھیپھڑوں میں موجود ہوتے ہیں اور ان میں زیادہ تر تیز چٹخنے والے لغطات (sharp crackling râles) سنائی دیتے ہیں، جن کے ساتھ قرعی آواز بہت کم متغیر ہوتی ہے۔ یا طبیعی امارات ایسے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو توزیع میں بے قاعدہ ہوتے ہیں، ساتھ ہی کافی تعداد میں متعدد لختکوں کے اجتماع کے باعث ان پر اصمیت، شعبی تنفس اور شعبی صوتیت (bronchophony) ہوتی ہے۔ جوں جوں مرض ترقی کرتا ہے ایسے رقبے بڑھ یا گھٹ سکتے، اور پھیل یا صاف ہو سکتے ہیں۔ بصاق (sputum) مخاطی یا مخاطی ریمی پر مشتمل ہوتا ہے، جس کے ساتھ خون کی دھاریاں کبھی ہوتی ہیں اور کبھی نہیں ہوتیں۔ لیکن نو عمر بچے اسے عموماً نگل جاتے ہیں۔ استثنائی طور پر نفث الدم (hæmoptysis) ہو سکتا ہے۔

مرض کا مرا س قدر متعین نہیں ہوتا جس قدر کہ نفتی ریوی ذات الریہ میں ۔ ممکن ہے کہ مرض ایک ہفتہ میں ختم ہوجائے، لیکن اکثر وہ تین یا چار ہفتوں، بلکہ زائد تک قائم رہتا ہے ۔ تپش عموماً منقطع (remittent) بلکہ متوقف (intermittent) ہوتی اور اکثر تحلل سے (by lysis) گرتی ہے ۔ وہ بہت بےقاعدہ ہوسکتی ہے ۔ سانس تیز اور منقلب (inverted) ہوتی ہے، جو تشخیص میں اکثر نہایت مفید ہوتا ہے ۔ ایک سریع الوقوع شہیق (inspiration) ہوتا ہے، پھر نصف سیکنڈ کے لئے سانس رُک جاتی ہے، پھر زفیر (expiration) ایک غرغراہٹ (grunt) کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور پھر اس کے بعد بلا کسی وقفے کے دوبارہ شہیق واقع ہوتا ہے ۔ دوران شہیق میں نیچے والی بین الاضلاع فضائیں دب جاتی ہیں ۔ کھانسی بہت ہوتی ہے ۔ چہرہ سرخ تمتماتا ہے، یا زیادہ شدید اصابتوں میں پھیکا اور کبود ہوجاتا ہے ۔ نبض تیز اور صغیر (small) ہوتی ہے ۔ ہذیان اکثر موجود ہوتا ہے ۔ امارات اکثر دوران مرض میں بار بار بدل جاتے ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ مرض ایک حصے میں صاف ہوگیا ہے، اور دوسرے حصوں میں تازہ حملے ہو رہے ہیں ۔ مرض اکثر دونوں پھیپھڑوں پر حملہ آور ہوتا ہے ۔ شفایابی زیادہ تر تدریجی ہوتی ہے نہ کہ نفتی ریوی ذات الریہ کی طرح ناگہانی ۔ موت سے پہلے تشنجات (convulsions) ہوسکتے ہیں ۔

تشخیص ۔ شعبی ذات الریہ کس کے ابتدائی درجات میں دوسری حاد بیماریوں سے جن میں تیز بخار ایک ممیز خصوصیت ہو، غلط ملط ہوسکتا ہے، جیسے کہ تپ محرقہ سے ۔ اور چونکہ بچوں میں ہر حاد بیماری کی وجہ سے نمایاں دماغی علامات پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ اس وجہ سے التہاب سحایا کی تشخیص کرلی جائے ۔ حاد شعبی التہاب اور صدری علامات کے غلبہ کی وجہ سے ممکن ہے کہ غلطی کا ارتکاب نہ ہو، لیکن ممکن ہے کہ چند روز تک رائے کو ملتوی کرنا پڑے ۔ طویل المدت شعبی ذات الریہ تدرن (tuberculosis) کا شبہ پیدا کرسکتا ہے، جس میں تیز بخار، ہر جگہ پھیلے ہوئے لغلغات (râles) کبودی، اور کھانسی نمایاں علامات ہوتے ہیں ۔ شعری شعبی التہاب (capillary bronchitis) میں بہر (dyspnœa) کبودی، اور لغلغات موجود ہوتے ہیں، لیکن یہ لغلغات عموماً قاعدوں تک محدود ہوتے

159

ہیں۔ شعبی تنفس نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ ریمی نفث بکثرت ہو۔ التقائی شعبی ذات الریہ (confluent broncho-pneumonia) کی لختی ذات الریہ سے تشخیص مشکل ہو سکتی ہے۔ آخر الذکر حالت میں کشش پر کے امارات زیادہ کیساں ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ بحران (crisis) ہو جائے۔ شعبی ذات الریہ میں التہاب شعیبات (bronchiolitis) موجود ہوتا ہے، جیسا کہ دونوں پھیپھڑوں میں کے تغیر پذیر نوائی والے متنغم لغطات (consonating râles) سے ظاہر ہوتا ہے، اور چونکہ چکیاتی التہابی عمل کے نمو کے درجہ میں ایک دوسرے سے مماثل نہیں ہوتیں، لہٰذا اصوات تنفس صبائی تنفس (puerile breathing) سے لیکر تغیر پذیر ارتفاع (varying pitch) کے کامل نمو یافتہ، شعبی تنفس تک اختلاف پذیر ہوں گے۔ لیکن خاص امتیاز یہ ہے کہ شعبی ذات الریہ میں بخار زیادہ طویل اور انحلال (resolution) زیادہ آہستہ تر ہے۔ ایک مثالی شعاع نگاشت صحفہ نمبر ۶ جا صفحہ 156 میں دکھائی گئی ہے۔

انذار۔ اگرچہ اس قسم کا ذات الریہ تنفی ریوی قسم کی نسبت بہت زیادہ مہلک ہوتا ہے، کسی وی ہوئی اصابت میں انذار کا انحصار علامات کی عام رفتار پر ہونا چاہیئے۔ وہ اصابتیں جو بظاہر یاس انگیز (desperate) ہوتی ہیں اکثر شفایاب ہو جاتی ہیں، لہٰذا ناموافق رائے دینے میں کسیقدر احتیاط کی ضرورت ہے۔ بوڑھوں کے شعبی ذات الریہ میں، اور اس میں جو جامد ذرات کے استنشاق کے سبب سے ہو، انذار زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔

علاج۔ علاج انھیں عام اصولوں پر کرنا چاہیئے جو معمولی ذات الریہ کی حالت میں اختیار کئے جاتے ہیں۔ کمرہ خوب ترویح دار ہونا چاہیئے، جس میں مریض کو ہوا آزادانہ طور پر پہنچتی ہے۔ کھلی ہوا کا علاج کامیابی کے ساتھ آزمایا گیا ہے۔ اگر تنفس میں دقت ہو یا کبودی موجود ہو تو آکسیجن طویل عرصوں تک مسلسل دینا چاہیئے، اور آکسیجن خیمہ خصوصیت سے موزوں ہے۔ ریوی افراز خشک کرنے کے لئے ٹنکچر بیلاڈونا (tr. belladonnæ) ۳ تا ۵ قطروں کی مقداروں میں بالکل چھوٹے بچوں کو دیا جا سکتا ہے۔ بعض اوقات ایٹروپین (atropine) کے اشرابات بھی دئے جاتے ہیں۔ منفثات (expectorants) چھوٹے بچوں کے لئے عموماً ناپسندیدہ

ہیں کیونکہ وہ بُصاق کو کھانس کر نکالنے کی قوت نہیں رکھتے۔ شدید اصابتوں کے لئے اکثر مہیجات (stimulants) کے قدرے آزادانہ استعمال کی ضرورت ہوتی ہے مثلاً تین یا چار برس کے بچے کے لئے برانڈی (brandy) کے ۲ قطرے ہر گھنٹے۔ یا لائکر اسٹرکنین (liquor strychnine) کے ۱/۲ قطرے اس عمر میں روزانہ دو یا تین بار شرب کئے جاسکتے ہیں اور شیرخواروں میں نسبتہً کم مقداریں۔

خُراجِ شُش

(abscess of the lungs)

پھیپھڑے کا پھوڑا انتقیح الدم کا یا ماوذات الریہ کا نتیجہ ہوسکتا ہے۔ یہ انہی عوامل سے پیدا ہوسکتا ہے کہ جو شش کا گنگرین واقع کرتے ہیں (حوالہ ملاحظہ ہو) یا قرب وجوار کے تقیح مثلاً دبیلیا زیر ڈایفرامی خراج یا کیسیتی مرض یا شعاع نظریت کے پھیل جانے سے پیدا ہوسکتا ہے۔ مجموعی شش سے خراج کی تفریقی تشخیص مشکل ہوتی ہے تاوقتیکہ خراج پھوٹ کر پیپ خارج نہ کر دے۔ پھر اس کے اساسی امارات (cardinal signs) یہ ہوتے ہیں۔ (۱) ریمی بُصاق جو ممکن ہے کہ بدبودار (foul) (۲) کھانسی اور دھما کے کے ساتھ نفث (explosive expectoration) (۳) بُصاق کے اندر لچکدار بافت اور جوفیزی ترتیب۔ (۴) قرع کرنے پر محدود (circumscribed) اصمیت۔ (۵) لاشعاع سے ایک کہفہ اور اس میں سیال کے لیول کا نظر آنا۔ جب اس کہفہ کا سیال ماقیہ کھانسی سے باہر نکل چکا ہو تو کہفہ کے معمولی امارات موجود مل سکتے ہیں جیسے کہ کہفہ بڑا ہونے کی صورت میں طبلی گمک کہفی (cavernous) یا قدری (amphoric) تنفس فلزی جھنکار (metallic tinkling) کا ور صدر کلامی (pectoriloquy) تقیح الدم کے متعدد چھوٹے چھوٹے پھوڑے کہفوں کے طور پر نہیں شناخت کئے جاسکتے۔ فی الحقیقت ان کی موجودگی عموماً گردو پیش کے تجمد یا ذات الجنبی انصباب کی وجہ سے مخفی رہتی ہے (صفحہ ۵)۔

انذار اور علاج۔ شعبہ بینی (bronchoscopy) نے انذار میں ایک انقلاب پیدا کر دیا ہے۔ یہ مشاہدہ کرکے کہ پیپ کس شعبہ سے آرہی ہے خراج کا مقام

صحیفہ ۵



الف



الف اور ب۔ پھیپھڑے کا پھوڑا۔ جراحی کہفہ میں پیپ کا سیال لیول دکھانے کے لئے یہ انتصابی اور جانبی وضعوں میں لی گئی ہیں۔ صحیفہ ۲ ب صفحہ 137 سے مقابلہ کرو۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ ۱۵۰

متعین کیا جاتا ہے، اس کے بعد اصول یہ ہے کہ تندد کو جو ممکن ہے مکمل یا جزوی، یا مفراغی نوعیت کا ہو، دور کر دیا جائے۔ پیپ کو خراجی کہفہ میں سے مخصوص کر لیا جاتا ہے اور پھر اس میں گومینال (gomenol) کا تیل ٹپکا دیا جاتا ہے۔ جب پیپ کا بڑا حصہ نکل جائے تو سب سے نیچے کی تہ کی کاشت کرنے سے ساری عامل خالص کاشت میں حاصل ہوتا ہے، اور اس سے ایک جدرین تیار کی جا سکتی ہے۔
ونسنٹ (Vincent) کا مرغولیہ (spirillum) اور ہیکلہ ناعصیہ (fusiform bacillus) غیر عامل نہیں ہیں۔ کہفہ کی جسامت اور شکل شعب بین کے ذریعہ لپی اُڈال (lipiodol) ٹپکا کر متعین کی جا سکتی ہے۔ واحد شعبہ بینی سے شفا یابی ہو سکتی ہے، اگرچہ ہو تو اس کا تکرار کرنا چاہئے۔ دیگر عوامل جو تقیح پیدا کرتے ہیں شعبہ بینی کے ذریعہ حسب ذیل دریافت ہوئے ہیں، کھانسی کے منعکسہ کا کم ہو جانا، ارقیا اور اٹروپین کی بیش مقداری (overdosing) شاذ طور پر جسم غریبہ یا غیر خبیث لتہابی کی سوجن، مثلاً سعدانہ، اور شاذ و نادر ایسی مثلاً نبوضی فطریت (blastomycosis) اور شعاع فطریت (actinomyiosis) -(64)

160

لیفی شُش

(fibroid lung)

[تلیف شُش (fibrosis of the lung)، مزمن ذات الریہ (chronic pneumonia)]

بحث اسباب۔ مرض شش کی یہ شکل مقابلتہً شاذ ہوتی ہے، الّا بچوں میں، وجہ یہ ہے کہ بالغوں میں ریوی بافت کے مزمن التہابات غالب تعداد میں تدرن کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ وہ اصابتیں جن میں ایک مزمن التہاب تدرن سے الگ واقع ہوتا ہے، اور جنھیں لیفی شش (fibroid lung) کا نام دیا گیا ہے صرف شاذ حالتوں میں ایک پیش رو حاد فصی ذات الریہ (acute lobar pneumonia) سے پیدا ہوتی ہیں۔ لیکن شعبی ذات الریہ ایک زیادہ کثیر الوقوع پیش رو ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں مزمن شعبی التہاب (chronic bronchitis

اور ذات الجنب (pleurisy) سبب ہوتے ہیں۔

لیفی شُش کا ایک اہم گروہ وہ ہے جو مختلف کارخانوں اور کانوں میں کام کرنیوالے کاریگروں میں ہوتا ہے اور جسے تغبر الریہ (pneumokoniosis) کہتے ہیں۔ اس میں کوئلہ، دھات، مثلاً کرنڈ (emery)، کوارٹز پتھر (quartz)، روئی کے ریشے، رووں (fluff) وغیرہ کی گرد سے بھرے ہوئے کرۂ ہوائی کا متواتر استنشاق ایک طویل المدت منبع حرشش ثابت ہوتا ہے۔ اس امر کے لحاظ سے کہ متعلقہ حرشش آور کیا ہے، اس مرض کے نام مختلف ہوتے ہیں، مثلاً شُش فحمیت (anthracosis) (کوئلہ کے برادے سے)، ریوی حصوانیت (silicosis) (پتھر کے ریزوں سے، جو کہ بعد میں بیان کی جائے گی)، ریوی اسبستوسیت (asbestosis) (ابسٹاسس سے)۔

مرضی تشریح۔ تلیف (fibrosis) شُش کا ممیز مظہر ہوتا ہے جب لیفی شُش ذات الریہ یا شعبی التہاب سے پیدا ہوجاتا ہے تو لیفی ساخت کے ڈورے جو شُش میں سے عبور کرتے ہیں، نسبتہً چھوٹے شعبیات کی دیواروں کے التہاب سے، اور گرد شعبی التہاب عروق لمفائیہ (peri-bronchial lymphangitis) سے پیدا ہوتے ہیں، جیسا کہ شعبی ذات الریہ میں بیان ہوچکا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ انبوبات کا درونہ ارتکی بافت (granulation tissue) سے بالکل مسدود ہوجاتا ہے۔ چنانچہ یہ انطماسی شعیباتی التہاب (obliterative bronchiolitis) دراصل وہی عمل ہے جو تمدد الشعب (bronchiectasis) پیدا کرتا ہے، باستثنا اس کے کہ آخرالذکر حالت میں نسبتہً بڑے انبوبات ماؤف ہوکر کھنچے بن جاتے ہیں۔ اسی وجہ سے تمدد الشعب اور لیفی شُش عموماً ایک دوسرے سے متلازم ہوتے ہیں لیکن اگر التہابی عمل صرف چھوٹے انبوبات تک محدود ہو تو صرف لیفی شُش پیدا ہوتا ہے (10)۔ لیفی بافت کی اس بالیدگی کے ساتھ انقباض واقع ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ شُش کی قدرتی جسامت گھٹ کر صرف دوثلث یا آدھی ہوجائے۔ شُش کے انقباض کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ احشاء اپنی جگہ سے ہٹ جاتے ہیں، اور چونکہ عموماً مرض ایک ہی جانب ماؤف ہوتی ہے لہٰذا اواسط (mediastinum) اسی سمت کھنچ

آتا ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ سارا شُش متغیر ہو کر لیفی بافت کا ایک کثیف تودہ بن جائے جو صبغہ کی موجودگی کی وجہ سے مختلف چھاؤں کا رمادی رنگ ظاہر کرتا ہے (of various shades of grey) اور قوام میں لوچدار (tough) اور چاقو سے کاٹنے پر کرکرا (creaking) ہوتا ہے۔ پلیورا زاد (pleurogenous) اصابتوں میں ان ڈوروں کی پیدایش کا طریقہ غالباً مختلف ہوتا ہے، اور ان اصابتوں میں شُش ایک دبیز لیفی تہ کے ذریعہ سینہ سے مثبت ہوتا ہے۔

علامات اور سیر۔ یہ مرض عموماً مزمن ہوتا ہے، اور وہ مریض جن میں یہ شناخت میں آجاتا ہے، عموماً پہلے مہینوں یا برسوں شکایت کرتے رہے ہیں۔ مریضوں کی سانس پھول جاتی ہے، اور انھیں کھانسی اور نفث (expectoration) ہوتے ہیں، جو شُش کے کہفوں کی وسعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو تمدد الشعب: bronchiectasis) مریض اکثر دُبلا پتلا ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ خوب تغذیہ یافتہ (well nourished) ہو، اور بہرحال وہ کچھ عرصہ کے لئے اس بخار، شب عرقی (night sweating) اور عام بنیتی اختلال سے مُبرا ہوتا ہے، جو کہ سل ریوی میں مشاہدہ میں آتے ہیں۔ نفث الدم اکثر موجود ہوتا ہے۔ یہ مرض عموماً یک جانبی ہوتا ہے۔ سینہ کی متناظر جانب بازکشیدہ (retracted)، شانے دبے ہوئے اور عظم الکتف کا زاویہ باہر کو ہٹا ہوا ہوتا ہے۔ صدم القلب ماؤف جانب کے طرف ہٹا ہوا ہوتا ہے، اور سینہ کی تندرست جانب بیش گمگی (hyper-resonant) ہوتی ہے۔ ماؤف جانب صرف خفیف سی پھیلتی، اور قرع کرنے پر اصم (dull) ہوتی ہے۔ جب پھوٹی نالیاں ملموس ہوتی ہیں تو ہوا کا داخلہ کم ہوتا ہے ورنہ شعبی تنفس، شعب صوتی (bronchophony)، صدرکلامی (pectoriloquy) اور منتشر لٹکات ہوتے ہیں۔ لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) تحریر یدہ ہوتا ہے۔ ماؤف شُش لاشعاعوں سے کچھ غباشت (opacity) ظاہر کرتا ہے، اور پسلیاں "کھپریل پن" ("roof tiling") ظاہر کرتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 168)۔ اکثر انگلیوں کے سروں کی وبازت یا گرزی شکلی ("clubbing") (ملاحظہ ہو صفحہ 565) نمایاں ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ بالآخر راست جانبی فشلِ قلب موجود ہو۔

تشخیص - اس حالت کو سِل ریوی (phthisis) مزمن انصبابی ذات الجنب (chronic pleurisy with effusion) اور سینہ کے اندر کی خبیث بالیدگی (malignant growth) سے شناخت کرنا پڑتا ہے۔ سِل ریوی سے شناخت کرانے والا خاص مظہر بخاری اور بنیئی اختلال کی عدم موجودگی ہے۔ یہ مرض اکثر سختی کے ساتھ یک جانبی اور قاعدی ہوتا ہے، برخلاف سِل ریوی کے، جو عموماً راسی ہوتی ہے، اور دوسرے شُش کو ماؤف کئے بغیر شاذ ہی ایک شُش کے اندر ترقی یافتہ درجہ تک پہنچتی ہے۔ علاوہ ازیں بُصاق میں عصیات مدرن نہیں پائے جاتے۔ دیرینہ ذات الجنبی انصباب (pleuritic effusion) جبکہ ساتھ سینہ بازکشیدہ ہو، لیفی شُش سے قریبی طور پر مشابہت رکھ سکتا ہے اور ممکن ہے کہ تشخیص کو صاف کرنے کے لئے سوئی کے ذریعہ استقصا (exploration) کی ضرورت پیش آئے۔ درون صدری سرطانی سلعہ (intrathoracic carcinoma) کی سرگذشت قلیل المدت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ درد اور وسیع تجمد ہوں اور دباؤ یا قلب کی غیر وضعیت (displacement) کی علامتیں موجود ہوں۔ لاشعاعی امتحان ہمیشہ عمل میں لانا چاہئے، اور اسی طرح شعبہ بینی۔

انذار بالآخر خراب ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ مرض کا عمر نہایت سست ہو، اور دس یا پندرہ سال کی وسعت رکھتا ہو۔ بچے بعض اوقات شفایاب ہوجاتے ہیں۔ موت دائیں قلب کے فشل (failure) سے، یا بتدریج بڑھتی ہوئی خستگی (exhaustion) سے جو وافر مواد خارج ہونے کے بعد واقع ہوجاتی ہے، یا انتقالی (metastatic) خراج اور خاص کر دماغی خراج سے واقع ہوسکتی ہے۔

علاج - مریض کو حتی الامکان بہترین آب و ہوا میں اور صحی حالات میں رکھنا چاہئے۔ اُسے گرما میں تازگی بخش ہوا (bracing air) لیکن سرما میں ایک گرم آب و ہوا ملنی چاہئے۔ ہر زمانہ میں سردی لگنے سے بچنا چاہئے۔ اور مغذی خوراک، اور مقویات، جیسے کونین، فولاد (iron) اور کاڈلیور آئیل (روغن جگر ماہی) استعمال کرنے چاہئیں۔ کھانسی، نفث، اور دوسرے علامات، جیسے جیسے کہ وہ پیدا ہوتے جائیں ان کا علاج اسی طریقہ سے کرنا چاہئے جس کی ہدایت سِل ریوی

اور شعبی التہاب اور تمدد الشعب (bronchiectasis) کے تحت کی گئی ہے۔

شش فحمیت۔ کوئلہ کی کان کھودنے والے کی زندگی صحت مندانہ ہوتی ہے گوکہ ایسا ہونا تعجب انگیز ہے کیونکہ ششوں میں کاربن کی بہت بڑی مقدار کا جماؤ پایا جاتا ہے یہاں تک کہ وہ خالی آنکھ کو سیاہ نظر آتے ہیں۔ کاربن تدرن کے خلاف حفاظت کرتی ہے۔ تاہم بعض رقبوں مثلاً جنوبی ویلز (South Wales) میں ریوی صوانیت (silicosis) واقع ہوکر مزمن ریوی مرض سے موت واقع ہو جاتی ہے، لیکن ان کان کنوں میں بھی جو کہ دوسرے اسباب سے مرے ہوں، ششوں میں پتھر کے ریزوں کی مقدار طبعی سے بہت زیادہ ہوتی ہے (51)۔

ریوی صوانیت (silicosis)۔ یہ ایک وسیع طور پر پھیلا ہوا صنعتی مرض ہے، جس کے لئے کاریگر کو معاوضہ طلب کرنے کا حق حاصل ہے، اور جنوبی افریقہ میں توجہ کے ساتھ اس کا مطالعہ کیا گیا ہے، کیونکہ وہاں یہ رینڈ (Rand) کی سونے کی کانوں میں پھیلا ہوا ہے (52)۔ سادہ قسم میں پتھر کے ریزے ششش اور جذری غدود (root glands) کا گرہکی تلیف پیدا کرتے ہیں۔ ان سے لاشعاعی فلم میں ایک یا دونوں ریوی میدانوں کے بالائی حصوں میں ایک ممیز یکساں غیر متلقی چتی دار منظر (mottling) پایا جاتا ہے جو کہ بعد ازاں عمومی ہو جاتا ہے۔ غباشتیں (opacities) بالعموم اس سے تیز تر اور واضح تر ہوتی ہیں کہ جتنی عمومی تدرن میں ہوتی ہیں، اگرچہ مشابہت قریبی ہوتی ہے۔ ایک ابتدائی منظر جو کہ شک پیدا کرتا ہے، ایک بے برگ درخت کی مانند عمومی تشجر (arborisation) ہے جو کہ ششوں میں شعبی یا شاید عروقی درخت کی کثافت بڑھ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ابتدا میں علامات بالکل نہیں ہوتے، لیکن بعد میں کھانسی، متوالی "زکام" سانس پھولنا اور معتدل نفث پایا جاتا ہے گوکہ لاغری بالکل نہیں ہوتی۔ ممکن ہے ذات الجنب بھی ہو۔ سادی قسم میں تدرن کا اضافہ ہو جاتا ہے کیونکہ استنشاق کے بعد پتھر کے ریزے آبیدگی کی وجہ سے لسوتی سلسک ترشہ (silicic acid) میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ وصاتی سلیکیٹ (silicates) بھی بافتوں کی CO_2 کے ذریعہ سلسک ترشہ میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ آخر الذکر کی وجہ سے ایک اریکی سلی تودہ ظہور میں آتا ہے جس میں

تخرّ کا ایک مرکزی حصہ اور اس کے گردا گرد التہابی تہیں ہوتی ہیں۔ عصیات درتیہ، جو کہ اتنی تھوڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں کہ معمولی حالات میں باقیں ان سے نپٹ سکتی ہیں، مرکزی رقبہ میں سرعت سے تکاثر کرتے ہیں اور تعداد میں اتنے بڑھ جاتے ہیں کہ مقامی دفاعی قوتیں ان سے عاجز آجاتی ہیں اور وہ دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں (50)۔ لاشعاعی فلم میں کے غیر شفاف رقبہ جات جسامت اور تو زیع میں زیادہ بے قاعدہ ہوجاتے ہیں، ناٹجوں کے سایے زیادہ نمایاں ہوجاتے ہیں، اور اصابت ایک پورے طور پر نمویافتہ غیر مشکوک ریوی تدرن کی ہوجاتی ہے۔ مرض کی تحریر یہ ہے:- گرد سے بچاؤ کی غرض سے دن بھر کے کام کے بعد ہوا کے جھکڑ سے صفائی کرونیلا (blasting) گرد کو بٹھانے کی غرض سے پانی اور عمدہ ترویح۔

ریوی ابلستوسیت (asbestosis)۔ ابستوس لوہے اور ایلومینیم (aluminium) کا ایک سلیکٹ (silicate) ہے۔ مرض نہایت ہی مخفی طور پر بڑھتا ہے، چنانچہ یہ ۴ سے لیکر ۱۰ سال کے کام کے بعد نمویاب ہوتا ہے۔ زیریں لختے خاص طور پر ماؤف ہوتے ہیں، اور ایک منتشر تلیف اور پلورا کی بڑھی ہوئی دبازت ظاہر کرتے ہیں۔ ڈایافرام دبیز اور غضروف کی طرح سخت ہوتا ہے اور شش کے قاعدے میں مداخلت کرتا ہے، اور لاشعاعی فلموں میں اس کی بالائی سطح ایک نہایت ہی ممیز بے قاعدہ بالکالے جیسا منظر پیش کرتی ہے۔ آخر کار تمدد الشعب رونما ہوجاتا ہے۔ اس امر کے متعلق کچھ شک ہے کہ آیا تدرن پیدا ہونے کا کوئی خاص احتمال ہوتا ہے۔ بصاق میں ممیز "ابستوسی اجسام" ("asbestosis-bodies") پائے جاتے ہیں لیکن باقی ہر طرح سے علامات یعنی شش کے ہوتے ہیں۔

ششش کی گنگرین

162

یہ ایک مقابلتہً شاذ عارضہ ہے، لیکن مختلف حالات میں پیدا ہوسکتا ہے۔ ششش کی گنگرین حاد لختی ذات الریہ (acute lobar pneumonia)

کا ایک طریقۂ اختتام ہے، بالخصوص اُن اصابتوں میں جن کا انحصار فرینڈ لینڈر کے عصیہ پر ہو اور شاذ طور پر پسل ریوی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اس کے پیدا ہونے کے مزید طریقے یہ ہیں۔ ششش پر ہم پہلو مرض، مثلاً مری کے سرطانی سلعہ، خراجات، اور متقیح کیسیتی دودیروں (suppurating hydatid cysts) کے حملہ آور ہونے کے نتیجہ کے طور پر جذر ششش (root of the lung) پر آنورسما کے دباؤ سے، اور سینہ کی چوٹوں سے جو ذات الریہ یا تقیح الصدر پیدا کر دیں۔ شعبہ میں پھنسے ہوئے اجسام غریبہ کی وجہ سے، اور متعفن ماکولات کے اندر رُکے ہوئے افرازات کی موجودگی سے۔ دہن، حلق، حنجرہ، مری یا واسط (میڈیاسٹائنم) کے عفونی امراض [مثلاً زبان یا حنجرہ کے سرطانی سلعہ، لوزتین کے انشقاق (sloughing) یا خفتہ یا مری کے سرطانی سلعہ] سے نکلے ہوئے ذرات کے پھیپھڑوں کے اندر چلے جانے سے۔ ششش کے اندر غذا کے ذرات اتفاقاً یا تنفس کی اثناء میں کھنچ کر چلے جانے سے، بالخصوص اُن اشخاص میں جو مخمور (drunk)، مجنون، غومازدہ (comatose) ہوں یا شلل حنجرہ (laryngeal paralysis) میں مبتلا ہوں۔ یا سرایت زدہ پانی سے جو غرقابی کے دوران میں سانس کے ساتھ اندر چلا گیا ہو۔ بعض اوقات ششش کی گنگرین التہاب اُذن (otitis)، قروح الفراش (bedsores)، نفاسی عوارض (puerperal disorders) وغیرہ کے بعد تقیح الدم پیدا ہونے سے ہو جاتی ہے۔ یہ گندیدگی زا عضویات (putrefactive organisms) بھی شامل ہے، کی موجودگی سے پیدا ہوتی ہے۔ جن میں عصیۂ ویلچ (Bacillus Welchii)

مرضی تشریح۔ ششش کا ماؤف حصہ میلے، سبزی مائل بھورے، یا سیاہ رنگ کا ہوتا ہے، نرم ہوتا ہے، بہ آسانی ٹوٹ جاتا ہے، بلکہ متموّہ (diffluent) ہوتا ہے، اور اس میں سے اکثر بدبو نکلتی ہے۔ وہ عموماً متجمّد ذات الریوی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے، جس میں وہ بتدریج منتقل ہو جاتا ہے، یا جس سے وہ ایک خط فاصل کے ذریعہ کم و بیش فوری طور پر جدا معلوم ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ تر بعض اصابتوں میں منتشر ہوتا ہے اور دوسری اصابتوں میں محدود گنگرینی بافت ممکن ہے کہ ٹوٹ پھوٹ کر نفث کے ذریعہ خارج ہو کر ایک کہفہ چھوڑ دے، جس کی دیواریں

پھٹی ہوئی (ragged) اور پارہ پارہ (shreddy) ہوتی ہیں۔ اور کبھی ایسا کہنہ ایک پلیورائی تاحیہ (pleural sac) میں وا ہو کر ریمی تنرواہوائیصدر (pyo-pneumothorax) پیدا کر دیتا ہے۔

علامات۔ شش کی گنگرین جیسی کہ وہ اکثر ایک ثانوی ضرر کے طور پر موت سے عین پہلے واقع ہوتی ہے، آسانی نظر انداز ہو سکتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ اُن کے علامات بجائے خود نمایاں ہوں یا اولی ضرر کے علامات کو ڈھانک دیں۔ نفث نتن (foetid expectoration) اور سانس کی بدبو بہت نمایاں ہوتے ہیں۔ آخر الذکر نہایت تیز ہو سکتی ہے یہ بڑے فاصلہ تک پہنچتی ہے اور ایک بیمار کمرے میں مریض کے ساتھ دوسرے شخصوں کا رہنا تقریباً ناممکن کر دیتی ہے۔ تُفاق میلا رمادی یا سبزی مائل بھورا یا تغیر شدہ خون کی وجہ سے سیاہ ہوتا ہے۔ اور اس میں یا تو گنگرینی شش کی بافت کی دھجیاں (fragments) پائی جاتی ہیں یا خوردبین سے تنسیلی لچکدار ریشے پہچانے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔ کبھی نفث الدم (hæmoptysis) واقع ہو جاتا ہے۔ کھانسی، درد پہلو اور بے قاعدہ اور اکثر متوقف ارتفاع حرارت (intermittent pyrexia) بھی موجود ہوتے ہیں۔ طبیعی امارات بحیثیت کہ ہوتے ہیں جو مرض شش کی وسعت سے متناسب ہوتے ہیں یعنی اصمیت (dulness)، شعبی یا کھنکی تنفس شعبہ صوتی اور اوسط درجہ کے یا موٹے لغطات۔ لیکن تشخیص میں اُن کی قیمت کا انحصار بڑی حد تک ما سبق مرض پر ہونا چاہیے بشرطیکہ ایسا کوئی موجود ہو۔ ممکن ہے کہ مرض قشعریرہ اور درد پہلو کے ساتھ شروع ہو یا نفث الدم کے ساتھ یا تیکے متوالی حملوں اور بدبودار نفث کے ساتھ۔ بیشتر اصابتوں میں انکے بعد انحطاع (prostration) اور اس کے ساتھ نبض تیز اور صغیر اور زبان خشک ہوتی ہے اور تھوڑے ہی عرصہ میں موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن بعض اصابتیں مہینوں یا برسوں تک قائم رہتی ہیں اور اُن میں شدت علامات میں بہت تغیر و تبدل ہوتا رہتا ہے لیکن ایک مہلک انجام ناگزیر ہوتا ہے۔ اور چند اصابتوں میں جن میں گنگرین کی غالباً ایک چھوٹی ٹکی ہی موجود ہوتی ہے،

فی الحقیقت شفایابی واقع ہو جاتی ہے۔

علاج۔ یہ بدبودار شعبی التہاب (fœtid bronchitis) یا تمدد شعب (bronchiectasis) کے علاج سے مشابہ ہوتا ہے۔ آرسینو بنزال (arsenobenzol) یا نووارسینو بنزال (novarsenobenzol) سے کامیابیاں حاصل ہوئی ہیں۔ بعض اوقات ضد عفونت تشگاف (antiseptic incision) اور زخم کی مسیلیت (drainage) کے جراحی علاج سے ایک گنگرینی کہفہ علاج پذیر ہوتا ہے یا شعبہ بینی استعمال کی جا سکتی ہے۔ عملیہ پر اُس وقت غور کرنا چاہیئے جب کہ یقینی تشخیص ہو سکے اور تسلام حالات بجائے خود ہلاکت خیز نہ ہوں۔

163

ریوی تدرن

(PULMONARY TUBERCULOSIS)

شش کا تدرن کئی شکلوں میں ہوا کرتا ہے۔ ایک میں عضو کے سارے طول و عرض میں دقیق درنوں (tubercles) کی عام توزیع ہوتی ہے جو حادطور پر پیدا ہو جاتی ہے اور اس میں عصیات درنیہ کسی دوسرے حصے مثلاً شعبی یا عنقی غدہ سے یا ایک مفصل یا گردے سے، یا کم عام طور پر خود شش میں کے مزمن مرض کے ایک مرکز سے خون کے دوریہ منتقل ہو کر مرض پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ حاد شکل اکثر ایک ایسے عام دخنی تدرن (general miliary tuberculosis) کا حصہ ہوتی ہے، جس میں درنی التہاب سحایا عموماً ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 88)۔ ریوی تدرن کی دوسری شکلوں میں یہ مشترک مظہر ہوتا ہے کہ شش کا مرض سریری تصویر کا عموماً بڑا حصہ ہوتا ہے۔

سل ریوی (phthisis or consumption) بالغوں یا اواخر طفلی کا ایک مزمن مرض ہے، جس میں شش کے ایک چھوٹے حصے عموماً راس میں چھوٹے درنے (tubercles) پیدا ہوتے اور تکاثر کرتے ہیں اور مختلف درجہ کی سرعتوں کے ساتھ شش کے دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں۔ اس طرح وہ ابتداءً بالکل مقامی ہوتا ہے،

بعد کے تغیرات کو دوسرے عضویوں خاص کر نبقہ ریویہ نبقہ سنجیہ اور نبقہ عظمیہ میں زا کے فعل سے مدد ملتی ہے۔ راسی سل (apical phthisis) غالباً شش کی راست سرایت کے طور پر شروع ہوتی ہے' جو درنی عصیات کے استنشاق کے باعث ہوتی ہے۔ اس امر کے متعلق کہ ابتداءً راس کیوں متأثر ہوتا ہے' بہت بحث و مباحثہ ہوا ہے۔ کیتھ (Keith) نے بتلایا ہے کہ شش کا یہ حصہ دوسرے حصوں کی نسبت کم ترویح یافتہ ہوتا ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ سدر کا قلۂ نسبتۂ حرکت ناپذیر ہوتا ہے' اور سب سے زیادہ حرکت ڈائفرام پر اور دیوار سینہ کے زیریں حصے پر ہوتی ہے۔ چونکہ ترویح راس پر سب سے زیادہ کم ہوتی ہے' لہذا یہ بھی ہو ناممکن ہے کہ وہاں دوران خون بھی سب سے کم ہو' جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہاں عصیات کو ایک موزوں ماویٰ (favourable nidus) مل جاتا ہے۔ دوسری توجیہ جو زیادہ قرین قیاس نہیں معلوم ہوتی' یہ ہے کہ سرایت لوزتین میں شروع ہوتی ہے اور عنقی عروق لمفائیہ کی راہ سے پلیورا کے پار راست راس شش تک پہنچ جاتی ہے۔

سل نافجہ (hilum phthisis) یا گرد شعبی سل (peribronchial phthisis) بھی پھیپھڑوں کا ایک مزمن مرض ہے' جس کا وقوع بالغوں میں کسی قدر کم عام ہے' لیکن بچوں میں مزمن ریوی تدرن عموماً یہی شکل اختیار کرتا ہے۔ خاص مزشعبی غدد کی اور ان عروق لمفائیہ کی تدرنی درشتگی ہے جو گرد و پیش کے شش سے آکر ان غدد کے اندر مشتمل ہوتے ہیں۔ پہلے توضیح کر دی گئی ہے کہ ان اصابتوں میں شش ہی اولی ماسکہ (primary focus) بہم پہنچاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 85)۔ پھیپھڑوں کے عروق لمفائیہ درنی عصیات کو اخذ کرتے اور بتدریج اس عمل میں مختنق (choked) یا مسدود ہو جاتے ہیں' اور یہ عمل نافجہ کے مقام سے شروع ہو کر بتدریج باہر کو پھیپھڑوں کی طرف پھیلتا ہے۔ سل نافجہ پھیپھڑوں کی کسی بھی مقام پر اس سے زیادہ حاد تدرنی عمل بھی پیدا کر سکتی ہے۔ لیکن عموماً یہ سالہا سال کے عرصہ میں شفایاب ہو جاتی ہے' اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ وہ ریوی ندبات' (pulmonary scars) جو امتحان بعد الممات میں اس قدر عام طور پر پائے جاتے

یہ زمانۂ طفولیت کے اسی مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں جو اب ناپید ہو چکا ہے۔ ایسی حالت میں بالغوں کی راسی سل (apical phthisis) مابعد زندگی کی ایک سرایت مکرر (reinfection) ہوتی ہے، اگرچہ اس امر میں کہ وہ مریض جسے ایک بار سل نافیہ ہو چکی ہے تازہ سرایت کی خاص طور پر حساسیت رکھتا ہے یا خاص طور پر اس کی قوت مدافعت رکھتا ہے، شبہ کی گنجائش ہے۔

تدرن نما (epituberculosis) بچوں میں کشش کا وسیع تجربہ ہے جو کہ ایک چھوٹے سے تدرنی ماسکہ کے گرد واقع ہوتا ہے۔ یہ بذات خود درنی (انکی) بافت کا بنا ہوا نہیں ہوتا بلکہ ممکن ہے وہ ایک غیر نوعی درزشتگی ہو جو بڑے پیمانہ پر اس ورم کے ساتھ جو ایک مانٹو (Mantoux) کے مثبتہ تعامل کے بعد پیدا ہوتا ہے مشابہت رکھتی ہو (چنانچہ یہ ٹیوبرکلین کے اشراب کے بعد فی الفور نمودار ہو جاتا ہے)؛ یا ممکن ہے تدرنی غدہ کا ایک شعبہ پر دباؤ پڑنے سے وسیع ہبوط پیدا ہو گیا ہو کیونکہ جب تسدد کو دور کیا گیا ہے تو وہ بھی زائل ہو گیا ہے (57)۔ ممکن ہے اصمیت اور شعبی تنفس موجود ہو اور لاشعاع بالعموم دائیں شش کے وسط میں ایک ہموار سایہ ظاہر کرتے جو کہ نافیہ سے پھیلتا ہو اور جس کا اس محیط پر ہو۔ اس رقبہ کے بزل پر درنی عصیات دریافت ہوئے ہیں۔ اسی کو ذات الریہ سے اس طرح ممتاز کیا جاتا ہے کہ آخر الذکر میں سایہ کا راس نافیہ کی جانب ہوتا ہے، نیز اس میں انحلال چند دن میں واقع ہو جاتا ہے۔ تدرن نما کا انحلال چند ہفتوں کے بعد واقع ہوتا ہے۔ انذار اچھا ہوتا ہے۔

تدرنی شعبی ذات الریہ (tuberculous broncho-pneumonia)

164

ایک حاد تدرنی عمل ہے، جو بالخصوص بچوں یا نوعمر بالغوں میں ہوتا ہے، اور جس میں جبنی تدرنی ماسکات (caseous tuberculous foci) سے آغاز پذیر کہنگی بکوین کے پھیپھڑوں کے طول و عرض میں پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ وہ بچوں میں عموماً اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ ایک بڑا جبنی غدہ متقرح ہو کر ایک بڑے شعبہ میں کھل جاتا ہے اور اس کا اعلیٰ درجہ کا سرایت رساں مادہ بذریعہ استنشاق سارے پھیپھڑے میں بسرعت منتشر ہو جاتا ہے۔ عموماً اس خاص طور پر باؤف نہیں ہوتا۔

حاد ذات الریوی سل (acute pneumonic phthisis) جسے "سل برکفی" (galloping phthisis) یا سل سریع (phthisis florida) کہتے ہیں' ایک اور بھی زیادہ حاد شکل ہے جو بعد میں بیان کی گئی ہے۔

ریوی تدرن کے اسباب پر پہلے عام تدرن کے ابواب میں بحث ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 88)۔

سل ریوی کی مرضی تشریح۔ پھیپھڑوں کے اندر درنے (tubercles) نہایت تمثیلی طریقے سے بنتے اور نمویاب ہوتے ہیں' اور ان میں اُن کے عفریتی خلیات کے نظامات (giant-cell systems) اور ان کا تجبن ہو کر ٹوٹنے کا رجحان موجود ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 86)۔ معمولی راسی فترز میں یہ عمل ایک چھوٹے منتہائی شعبہ کی دیوار میں شروع ہوتا ہے۔ تجبن (caseation) واقع ہوتا ہے' اور درنی تودہ ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے۔ اس مواد کا اخراج شعبہ کی راہ سے ہوتا ہے' اور ایک دقیق کہفہ بن جاتا ہے جو اس شعبہ سے ملحق ہوتا ہے۔ اسی درمیان میں یہ عمل شش کی متصلہ بافتوں کے اندر پھیل جاتا ہے جو کہ کچھ تو تجبن اور کچھ خلوی التہابی ارتشاح (cellular inflammatory exudate) کی وجہ سے تجمد ہو جاتی ہیں۔ یہ ٹھوس رقبے رنگ میں سیاہ ہوتے ہیں' اور ان میں چھوٹے سپید جبنی درنے گچھوں کی صورت میں منتشر ہوتے ہیں' اور زیادہ کہفی تکوین (cavity formation) نظر آنے سے پہلے عموماً تجمد خاصی مقدار میں واقع ہو جاتا ہے۔ تجبن اور تقیح کے ایک مخلوط عمل سے کہفے بن جاتے ہیں۔ متصلہ یا ہم پہلو کہفے ایک دوسرے میں مل کر بالآخر شش وسیع طور پر کھوکھلا ہو جاتا ہے۔ دیواریں نسبتاً ابتدائی دروں میں اکثر جبنی جماؤ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں' لیکن پرانے کہفوں (vomicæ) میں یہ بالکل چکنی ہوتی ہیں۔ وہ اکثر بندوں یا سِہکوں (trabeculæ) سے عبور کی ہوئی ہوتی ہیں' جن میں ریوی عروق موجود ہوتے ہیں۔ یہ عروق اس اتلافی عمل کی مدافعت کرتے ہیں' لیکن شعبات عموماً جفقد کہفے بڑے ہوتے جاتے ہیں اسی تناسب کے ساتھ متفرح ہو جاتے ہیں' اور ہر کہفہ کے اندر ایک یا زائد شعبات وا ہوتے ہیں۔ کہفوں (vomicæ) کے ما فیہ جبنی مادہ' شش کی بافت کا چورہ

(debris) اور پیپ ہیں۔ آخر الذکر شئے پرانے کہفوں میں غالب مقدار میں ہوتی ہے۔ اس کی مقدار تغیر پذیر ہوتی ہے، اور بعض حالات میں اتنی کم ہوتی ہے کہ عرصہ ہائے دراز تک کوئی تنفث نہیں واقع ہوتا۔ سل ریوی کے کہفوں کے اندر واقع گندیدگی (putrefaction) صرف شاذ ہی واقع ہوتی ہے۔

درنہ کا پہلا جماؤ بالائی لختے کے راس سے دو یا تین انچ نیچے، زیر ترقوی خط میں ہوتا ہے، اور پھر تازہ بہ تازہ جماؤ اس سے نیچے اور پھر اور نیچے واقع ہوتے رہتے ہیں۔ شش کے تازہ بہ تازہ حصوں پر یہ حملہ، بلا واسطہ ماست (direct contiguity) سے لمفائی مجاری سے، اور زیادہ تر شعبات کی راہ سے واقع ہوتا ہے۔ ان کے اندر سرایت رساں ذرات استنشاق کے ذریعہ آکر مرض کے تازہ ماسکات پیدا کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس وقت تک جب تک کہ نسبتہً نیچے کے لبوں پر درنے میں پہلا ضرر بہت کچھ تجمد پیدا کر چکا ہو۔ ازاں بعد اس وقت جب کہ درنہ قاعدے کے طرف جم رہا ہوتا ہے شش کے وسط کا حصہ متجمد ہو چکا ہوتا ہے اور شاید راس میں ایک بڑا کہفہ موجود ہوتا ہے۔ اسی طرح نہ صرف مرض کی ترقی کسی ایک شش میں غیر مساوی ہوتی ہے، بلکہ وہ دونوں جانبوں کے پھیپھڑوں میں بھی غیر مساوی ہوتی ہے۔ اور اس طرح ایک ترقی یافتہ اصابت میں ایک راس پر نہایت وسیع مرض کا پایا جانا، اور مقابل قاعدے پر نہایت تندرست بافت، یا ایسی تندرست بافت کہ اس کے سوا کوئی دوسری تندرست بافت ہی نہ ہو، کا ملنا عام ہے۔ لختۂ زیریں کا اولی ضرر (اولی قاعدی سل = primary basal phthisis) شاذ ہے۔

ان اصابتوں میں کہ جن میں قوت مدافعت ادنیٰ درجہ کی ہوتی ہے ممکن ہے کہ سرایت کے کسی اولی ماسکہ سے نیاق کا استنشاق شعبات کی راہ سے واقع ہو، اور پھیپھڑوں کے سارے طول و عرض میں بہت سے جدا جدا ماسکات کم و بیش ہمزماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ جبنی مادے کے خارج ہو سکنے سے پہلے ممکن ہے کہ ہر ثانوی ماسکہ کے گرد کا شش ذر ریختہ ہو جائے۔ سارا شش کچھ تو جبنی اور کچھ جیلاتین نما مادے سے بھر کر بالکل ٹھوس ہو جاتا ہے، اور آخر الذکر

ادہ سشش کے اس حصہ کی نمائندگی کرتا ہے جسکا انعطاف تاکمل طور پر نہیں ہوا ہے (جبنی لختی ذات الریہ :caseous lobar pneumonia حاد ذات الریوی سل :acute pneumonic phthisis) دوسری مثالوں میں امتحان بعد الممات میں بڑے بڑے کہفے شامل تکہف کی تکوین میں پائے جاتے ہیں اور ان کی دیوار نہایت پھٹی ہوئی (ragged) ہوتی ہے۔ اگر مریض ان سے کم ترقی یافتہ درجہ میں مرگیا ہو تو سشش ... نہ جبنی اور جیلاتینی مرتفیہ ظاہر کرے گا جن میں ابتدائی کہفی تکوین پائی جائے گی (جبنی شعبی ذات الریہ :caseous broncho-pneumonia) کیونکہ ان رقبوں کو باہم مخلوط ہوکر منتشر ذات الریوی حالت (diffuse pneumonic condition) پیدا کر دینے کا وقت نہیں ملا ہے۔

165

لیکن اصابتوں کی غالب تعداد میں اسی عمل انعطاف کو پورا موقع حاصل نہیں ہوتا۔ انتہائی تغیرات مختلف اصابتوں میں فعالیت کے تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ فساد (mischief) اپنے مرحلے ایک یا زائد بار طویل عرصوں تک موقوف ہو جائے یا بلکہ ابتدائی زمانے ہی میں دب جائے اور آگے نہ بڑھے۔ یہاں لیفی بافت کا نمو ایک اہم عامل ہوتا ہے۔ بہ سوائے نہایت حاد اصابتوں کے شاذ ہی غیر موجود ہوتی ہے اور مزمن اصابتوں میں مبتلی سشش کی باقی ماندہ بافت کا ایک بڑا جزو بناتی ہے۔ نتیجۃً سشش میں یہ لحتکی فاصلات کے حمر میں اس کے کثیر التعداد بند دوڑتے ہیں شعبات مدرق و مدید اور کہفوں کو گھیرے ہوئے ہوتے ہیں اور حشائی پلیورا کے نیچے ایک کثیف تہ بناتے رہیں (لیفی سل :fibroid phthisis) ۔ یہ لیفی بافت اکثر ملون ہوتی اور جا بجا جبنی تودوں کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے۔ وہ اپنے انقباض سے کہفوں کی جسامت کو کم کر دینے کا رجحان رکھتی اور اتلافی اعمال کے مقابلہ میں کسیقدر مزاحمت پیش کرتی ہے۔ اور بعض موافق اصابتوں میں درنہ کا ایک چھوٹا جماؤ بالآخر تمامتر متغیر ہوکر ملون لیفی بافت کا ایک تودہ بن جاتا ہے جو فی الحقیقت تندرست سشش کی اتنی ہی مقدار کی جگہ لے لیتا ہے مگر دیگر لحاظ سے بے ضرر ہوتا ہے۔ جبنی مادے میں کیلسیم کے ملحات کے جماؤ کی وجہ سے ان ندبات (cicatrices) کے اندر کلسی ذرات کا ملنا غیر عام نہیں۔

اور ایسے ندبہ (cicatrix) کے گروہ حالت پیدا ہو سکتی ہے جسے تعویقی انتفاخ کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 146) تاہم یہ نہیں سمجھ لینا چاہیے کہ لیفی بافت کی تکوین اور تکلیس ہمیشہ اندمالی عمل میں آخری درجہ ہوتا ہے۔ سلسلہ وار لاشعاعی امتحان (serial X-ray examination) سے ظاہر ہو گیا ہے کہ ممکن ہے اس نوعیت کے جماؤ بالآخر جذب ہو کر بالکل غائب ہو جائیں، اور پھر مریض کو دوبارہ صحت کلی حاصل ہو جائے۔

ذات الجنب بالکل ابتدائی درجہ میں موجود ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ خشک ہو۔ لیکن ایک صاف پوال کے رنگ کا (straw-coloured) مصلی فائبرینی انصباب نہایت عام ہے، اور یہ یا تو اس مرض میں بہ دیر ہوتا ہے یا اس کی آمد آمد کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ ایسا انصباب خون کے رنگ کا ہو سکتا ہے۔ اسکے خصائص بعد میں بیان کئے گئے ہیں، اور ممکن ہے کہ جب یہ عمل اندمال پذیر ہو تو وہ بھی بتدریج جذب ہو جائے، یا ایک خشک ذات الجنب رہ جاتا ہے اور آخری نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شش کے ماؤف حصے پر لیفی بافت کی ایک دبیز تہ کی تکوین ہو جاتی ہے، جو شش کو عموماً دیوار سینہ سے مضبوطی کے ساتھ جوڑ دیتی ہے۔ شش کا یہ انضمام (adhesion) ایک اہم اثر رکھتا ہے، کیونکہ اگر عمل اکتہاف (process of excavation) سطح کے طرف ایسے نقطہ پر بڑھے جو منضم (adherent) نہ ہو تو ممکن ہے کہ وہ کہفہ (vomica) منفتح ہو کر اپنے مافیہ پلیورائی کہفہ کے اندر خارج کر دے، اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ اول تو ایک حاد ذات الجنب (acute pleurisy) پیدا ہو جائے جو عموماً ریمی قسم کا ہوتا ہے (دیکھئے تقیح الصدر ہو جائے)، اور دوم یہ پلیورائی تجویف کے اندر ہوا داخل ہو کر استرواح الصدر پیدا ہو جائے اور اگر سیال موجود ہو تو ایک آبی یا ریمی استرواح الصدر (hydro-or-pyopneumothorax) ہو جائے۔

اتلاف ساخت کا ایک دوسرا اہم نتیجہ نزف (hæmorrhage) ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ صرف امتلاء (congestion) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ آخری درجوں میں عروقی دیواروں پر درنہ کا راست حملہ ہو جاتا ہے، اور اسی وجہ سے ممکن ہے کہ

وہ متآکل (eroded) ہو جائیں یا وہ کمزور ہو کر متسع ہو جائیں اور اس طرح انورسمے بنا دیں جو کہ مٹر یا سیم کے بیج کی جسامت تک پہنچکر بالآخر اپنے سب سے زیادہ پتلے حصے کے مقام پر ٹوٹ جائیں۔

ممکن ہے کہ سل ریوی کے دوران میں تدرن کا حملہ جسم کے دوسرے حصول پر ہو جائے۔ مزمار (glottis) کی راہ سے درنہ آلود بُصاق (tubercle-laden sputum) کے مسلسل گذرنے سے حنجری درنہ (laryngeal tubercle) پیدا ہو جاتا ہے۔ بُصاق کے نکلنے اور غذائی قنال کی راہ سے اس کے بتدریج گذرنے سے لفائفی یا اعور (cæcum) کا درنی تقرح اور ناسور مبرز (fistula in ano) پیدا ہو جاتا ہے۔ باریطون، گردہ، برنخ (epididymis)، منوی حویصلات (vesiculæ seminales)، رحم اور اس کے ضمیمہ جات، پھیپھڑے اور ریڑھ کی ہڈیوں کا تدرن [اور اس سے پیدا ہونے والے خراجات، جیسے کہ خصری پھوڑا (psoas abscess)] اور دوسری ہڈیوں اور مفاصل کا تدرن، ریوی مرض کے ساتھ ساتھ موجود ہو سکتا ہے، اور یا تو اس سے پیدا ہو جاتا ہے یا بعض مثالوں میں ایک اوّلی ماسکہ کے طور پر عمل کرتا ہے۔ بعض اوقات عمومی تدرن (general tuberculosis)، سحائی التہاب سحایا (meningitis)، اس منظر کو ختم کر دیتا ہے۔ اڈیسن کا مرض (Addison's disease) شاذ ہے۔ چند سال پہلے شفاخانہ کی مہلک اصابتوں کی ۲۰ فیصدی تعداد میں جگر، طحال، گردوں اور امعاء کا تر بشی مرض (lardaceous disease) پایا گیا۔ قلب چھوٹا ہوتا ہے۔ حاد اصابتوں میں عدم دمویت یا ریوی تہویہ (aeration) کی قلت کے باعث عضلۂ قلب شحمی انحلال ظاہر کرتا ہے۔ مزمن لیفی مرض (chronic fibroid disease) میں دایاں بطین بیشتر پرورده (hypertrophical) ہوتا ہے۔ شحمی جگر عام ہے۔

سل ریوی کی سریریاتی روئداد۔ سل ریوی ایک تیز یا ایک سست حمر سے جاری رہ سکتا ہے۔ مندرجۂ ذیل بیان کا اطلاق بالخصوص اس اصابت پر ہوگا جو چھ ماہ سے لے کر چند سال تک جاری رہتی ہے۔

166

مرض کا آغاز مختلف طور سے ہوتا ہے۔ بہت سی اصابتیں کھانسی اور مخاطی

یا ریی نفث سے شروع ہوتی ہیں، جس کا کوئی سبب نہیں بتلایا جا سکتا، یا جو سردی لگنے (chill) یا تکشف (exposure) سے منسوب کیا جاتا ہے۔ دوسری اصابتیں نفث الدم (hæmoptysis) یا خون تھوکنے کے ساتھ شروع ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض بظاہر اچھی صحت کی حالت میں رہا ہو، اور اس حالت میں بعض اوقات زور لگانے یا محنت کرنے کے بعد، لیکن بالکل اسیقدر اکثر جب کہ وہ بہ حالت آرام ہو، یا چل رہا ہو، یا کوئی ایسا کام کر رہا ہو جس میں زور لگانا نہ پڑے یا بار نہ پڑے حلق میں ایک گدگدی سی محسوس ہوتی ہے، مریض کھانستا ہے، اور اسے یہ دیکھکر تعجب اور ڈر معلوم ہوتا ہے کہ اس نے جو کچھ تھوکا ہے وہ خون ہے۔ اب ممکن ہے کہ وہ چند ڈرام یا ایک اونس یا ایک پائنٹ کا نفث کرے۔ ممکن ہے کہ یہی ایک علامت رہے اور سینہ کے امتحان سے کچھ بھی ظاہر نہو لیکن کچھ عرصے کے بعد خون کے تازہ ضیاع کے بعد یا اس کے بغیر کھانسی اور نفث نمودار ہو جاتے ہیں اور یہ اصابت، دوسری اصابتوں کی طرح نمو یاب ہونے لگتی ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں صحت میں فرق آجانے کی پہلی ظاہری علامت (first apparent departure from health) یہ ہوتی ہے کہ ایک بالائی لختہ میں حاد ذات الریوی کیفیت نمودار ہو جاتی ہے، جو صرف جزءً صاف ہو جاتی ہے لیکن کھانسی اور نفث جاری رہتے ہیں، اور اصابت میں سل کے تمام مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور دوسری اصابتوں میں پہلی قابل شناخت بیماری ذات الجنب اور اسکے ساتھ انصباب مصلی ہوتا ہے۔ یہ انصباب کبھی کبھی خون آلود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس سے بظاہر کلی طور پر شفا ہو جائے اور با ینہمہ اس کے بعد معمولی ریوی تغیرات نمودار ہو جائیں۔

مختلف اصابتوں میں اس مرض کا ممر نہایت متغیر بھی ہوتا ہے۔ وہ بعض جن میں ابتدائی ترین علامات ہوتی ہیں، خواہ یہ نفث الدم ہو، یا کھانسی یا لاغری (wasting) اگر آب و ہوا اور اصول صحت کے مناسب حالات میں رکھے جائیں تو ممکن ہے کہ وہ اپنی صحت کلی طور پر از سر نو حاصل کر لیں۔ اور یہ عرصہ دراز سے معلوم ہے کہ اُن اشخاص میں جو حادثات سے ہلاک ہوئے ہوں، یا ایسے

مرض سے مرے ہوں جن کا کشش سے تعلق نہ ہو ۔ ایپیز (apices) میں تدلی (cicatricial) اور لون ٹکیتاں شاید کلسی جاؤ کے ساتھ پائی جاتی ہیں جن کے متعلق صرف یہ سمجھا جا سکتا ہے کہ یہ باقی درنوں کی باقیات ہیں۔

لیکن اگر علاج کرانے سے پہلے سرایت خوب قائم ہو چکی ہے تو نتیجہ اتنا تشفی بخش نہیں ہو سکتا۔ چنانچہ مرض تین یا چار مہینوں میں مہلک ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ مریض کو بالآخر ہلاک کرنے سے پہلے وہ بارہ یا پندرہ سال تک جاری رہے۔ اور اس عرصہ میں اس کی ترقی نہایت غیر مساوی رہے گی۔ اکثر وہ مہینوں یا ایک دو سال تک ساکن رہتا ہے اور پھر بسرعت بھڑک اٹھتا اور اس کے ساتھ نفث الدم یا زیادہ بخار ہوتا ہے۔ درآنحالیکہ زیادہ سریع اصابتیں بالخصوص ماؤف شدہ تشش کی وسعت کی وجہ سے مہلک ہوتی ہیں۔ زیادہ مدت والی اصابتیں پیچیدگیوں کی کثرت کی وجہ سے زندگی کے لئے خطرناک ہوتی ہیں۔ ان پیچیدگیوں میں سے بعض خود شش کے ضررات ہوتے ہیں جیسے کہ نفث الدم، تقیح الصدر اور شعبی التہاب۔ دوسری وہ ہیں جو دور افتادہ اعضاء کو ماؤف کر دیتی ہیں جیسے کہ تدرنی التہاب سحایا (tuberculous meningitis) تقرح امعاء اور التہاب گردہ (nephritis) اور احشاء کا چربیلی مرض (lardaceous disease)۔

مقامی علامات ۔ اب یہ کیفقدر زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کئے جائینگے:۔

کھانسی ۔ یہ ایک نہایت عام علامت ہے اور گو ہمیشہ نہیں تاہم عموماً اس وقت تک موجود رہتی ہے جب تک کہ مرض کسی حد تک فاعلی رہتا ہے۔ کھانسی یا تو آسانی کے ساتھ ہوتی ہے یا خشک جس کا انحصار بُصاق کی مقدار پر اور اس کے آسانی کے ساتھ نفث سے خارج ہو سکنے پر ہوتا ہے۔ جب کہفے وسیع ہوں اور بُصاق ماؤف لختہ کے اسفل حصوں میں تہ نشین ہو جائے تو کھانسی طویل حملوں کی صورت میں واقع ہوتی ہے جو مریض کے لئے درد انگیز اور اسکے آس پاس والوں کے لئے تکلیف دہ ہوتے ہیں اور شاید ایک منٹ سے

زیادہ تنگ جاری رہتے ہیں۔ حنجری پیچیدگیوں کے ساتھ کھانسی ایک بھرائی ہوئی (hoarse) یا رُوکھی (husky) نوعیت اختیار کر لیتی ہے۔

بَھُر (dyspnœa)۔سانس کا پھولنا اکثر اُس وقت دیکھا جاتا ہے جب کہ شعبی تشنج (bronchial spasm) ہوتا ہے۔ آخر الذکر بعض اوقات حساسیتی دمہ (allergic asthma) کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ جوں جوں کشش کا زیادہ سے زیادہ حصہ مرضی ہوتا جاتا ہے اور اس طرح خون کی گیسوں کے باہمی تبادلہ کے لئے کارآمد سطح کم ہوتی جاتی ہے، بَھر بھی زیادہ نمایاں ہوتا جاتا ہے۔

نفث۔ ابتدائی درجوں میں یہ شعبی التہاب کے بُصاق سے مختلف نہیں ہوتا، یعنے یا تو وہ محض مخاطی ہوتا ہے یا مخاطی ریمی۔ اور اس کی توجیہ اُس شعبی التہاب کے اعمال سے ہوتی ہے جو اکثر سل ریوی کے ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ لیکن بُصاق بعض اوقات مقابلتہً ابتدا ہی میں، اور یا بعد درجوں میں تو ہمیشہ ہی ریمی ہو جاتا ہے، اُس کا رنگ سبز یا سبزی مائل زرد ہوتا ہے اور وہ غیر شفاف اور ہوا کے بلبلوں سے بالکل مبرا ہوتا ہے جب وہ نہایت سیال ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ انفرادی بُصاقات باہم مخلوط ہو کر اپنی جُداگانہ شکل کھو دیں۔ لیکن سل کے بُصاق نفث کے بعد اکثر دیر تک جُدا جُدا رہتے، اور وہ اس گول چپٹی شکل کی وجہ سے جو کہ وہ بُصاق دان میں اختیار کر لیتے ہیں، "قُصکہ نما" ("nummular") کہلاتے ہیں۔ یہ بلاشبہ کشش کے کہفوں میں افراز کے اجتماع کی وجہ سے ہوتا ہے، اور اسی واسطے سل میں مستقل طور پر واقع ہوتا ہے، لیکن اُن احالتوں میں بھی موجود ہو سکتا ہے جہاں متبع شبات کہفے پیدا کریں (تمدد الشعب : bronchiectasis)۔ عصیات درنیہ کا خردبینی امتحان بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

نفث الدم (hæmoptysis)۔ جب نفث الدم سل ریوی کی پہلی علامت کے طور پر واقع ہو تو خون عموماً شوخ سرخ رنگ کا اور جھاگ دار ہوتا ہے۔ وہ تغیر پذیر مقداروں میں نفث سے خارج ہوتا ہے اور عام طور پر مریض چند گھنٹوں یا دنوں تک خون کے گلّے (pellets) تھوکتا رہتا ہے، جن کا رنگ

167

سیاہ سے سیاہ تر ہوتا جاتا ہے' اور جو بتدریج کم کثیر الوقوع ہو کر بعیر بالکل موقوف ہو جاتے ہیں۔ آخری درجوں میں جب کہ مرض خوب قایم ہو چکا ہوتا ہے مخاطی ریم یا ریمی بُصاق پر اکثر خون کی دھاریاں ہوتی ہیں یا وہ خون آلود ہوتا ہے۔ بُصاق میں چند دھاریاں شُعبی مخاطی جھلی میں کے چھوٹے عروق سے آسکتی ہیں' لیکن سِل ریوی کا زیادہ ممیز خاصہ وہ شوخ رنگ خون ہے جو کہ بُصاق کے ساتھ ملا ہوتا ہے' یا بستے ہوئے خون کے ٹکڑوں کا اخراج ہے جو اکثر دن کے وقت ہوتا ہے۔ وقتاً فوقتاً زیادہ افراط کے ساتھ ویسے نزفات واقع ہو سکتے ہیں جیسے کہ پہلے بیان کئے گئے ہیں جن میں خون معمولی افراز سے الگ ہو کر نکل آتا ہے اور اگر کوئی بڑی رگ متقرح ہو گئی ہو' یا اگر ایک کہف میں کا ایک چھوٹا انورسما متشوق ہو جائے (جو صورت کہ زیادہ اکثر ہوا کرتی ہے) تو تھوڑے ہی عرصہ میں خون کے کئی اونس یا ایک دو پائنٹ خارج ہو کر اس کے بعد موت بسرعت واقع ہو سکتی ہے۔ نفث الدم دن کے وقت ہونے کی نسبت رات کو ہونے کا کسیقدر زیادہ رجحان رکھتا ہے' اور ایسا غالباً سردی کی وجہ سے ہوتا ہے (28)۔

طبیعی امارات۔ سریریاتی نقطۂ نظر سے راسی سِل (apical phthisis) کے تین درجے بیان کئے جاتے ہیں (Turban-Gerhardt کی جماعت بندی)۔ درجۂ اول میں' جو ابتدائی اصابتوں کا ہوتا ہے' مرض ایک یا دونوں راسوں کے ایک چھوٹے رقبہ میں محدود ہوتا ہے۔ درجۂ دوم میں تجمد ہوتا ہے' اور مرض ایک لختہ کے سارے یا زیادہ تر حصے کو ماؤف کرتا ہے۔ درجۂ سوم اور بھی زیادہ وسیع مرض کا ہوتا ہے' جس میں وہ تمام اصابتیں شامل ہیں جن میں کہفی تکوین بہت ہوتی ہے۔

طبیعی امارات انہیں درجوں کے لحاظ سے بہترین بیان کئے جاتے ہیں۔ درجۂ اول میں ممکن ہے کہ وہ نہایت خفیف ہوں' اور مختلف اصابتوں میں بہت مختلف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ آنکھ یا ہاتھ کے ذریعہ ماؤف قلّہ پر حرکت پذیری (mobility) کی ایک خفیف سی کمی شناخت کی جاسکے۔

اس مقصد کے لیے سکون کے ساتھ تنفس (tranquil respiration) کے دوران میں اور کامل تنفس (full respiration) کے دوران میں اضافی حرکات کو غور سے دیکھنا چاہیئے۔ ممکن ہے کہ راس کا یہ احتیاط قرع (percussion) کرنے پر مقابل جانب کے مقابلہ میں سُر کی خفیف سی کمی (slight impairment of note) پائی جائے۔ طبعی حالت میں راسی گمک کا ایک ۵ سے ۶ سینٹی میٹر (۲ سے ۲½ انچ) چوڑا بند ہوتا ہے جو شانے پر پھیلا ہوتا ہے (حاکناۓ کرانگ Kronig's isthmus)۔ بحالت مرض یہ تنگ ہو سکتا ہے۔ ترقوی ہڈی کے عین نیچے ترقوی ہڈی پر یا فوق الترقوی حفرہ (supra-clavicular fossa) میں سُر کی کمی (impaired note) بھی مل سکتی ہے۔ مریض کو ڈھیلی وضع میں بیٹھا ہوا ہونا چاہیئے۔ استماع سے اکثر حویصلی خرخر (vesicular murmur) کی کمی (diminution) اور باریک یا اوسط درجہ کے لغطات (fine or medium râles) پائے جاتے ہیں جو کھانسنے کے بعد پہلے تہیق کے اختتام کے قریب بہترین سنائی دیتے ہیں۔ زفیری خرخر بلند اور لمبا ہو سکتا ہے جیسے کہ شعبی تنفس میں، اور ممکن ہے کہ صوتی گمک (vocal resonance) کی زیادتی اس کے ہمراہ پائی جائے۔ لیکن یہ یاد رکھنا نہایت اہم ہے کہ لمبا بلند زفیری خرخر جس کے ساتھ بلند صوتی گمک ہو، تندرست اشخاص میں بھی دائیں جانب پر غیر عام نہیں ہوتا، بالخصوص عورتوں میں۔ اور بالعموم ایک ابتدائی اصابت میں اس سے پہلے کہ ہم طبعی امارات پر سے یقین کے ساتھ یہ کہہ سکیں کہ راسی سل کی شہادت موجود ہے، تھوڑے تھوڑے وقفوں پر مکرر امتحانات کی ضرورت ہوتی ہے۔ سُر کا کم ہو جانا (impairment of note) اور لغطات (râles) نہایت قابل اعتماد امارات ہیں۔ لیکن بعض اوقات تفقی ترقوی مفصل میں ایسی آوازیں (sounds) پیدا ہو جاتی ہیں جو چٹخنے والے لغطات (crackling râles) سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ بیقاعدہ جھٹکے دار (jerky) یا لہری (wavy) تنفس (یعنی تام نما و دت پہیا تنفس =cog-wheel respiration) کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔

درجۂ دوم (تجمد) میں طبعی امارات کئی لحاظ سے ذات الریہ کے

دوسرے درجہ کے اشارات سے مماثل ہوتے ہیں۔ ماؤف شدہ ششش کی وسعت کے لحاظ سے ماؤف جانب کی نقل پذیری (mobility) میں کوتاہی (impairment) ہوتی ہے ۔ اور جب ترقی مرض غیر معمولی طور پر صریح ہو تو ترقوی ہڈی کے اوپر اور ترقوی ہڈی کے نیچے کے خطوں میں اصریح نشیب ہوتا ہے، جو لیفی ساخت کے انقباض سے یا شاید بافت کے اس ابتدائی ترین اتلاف سے پیدا ہو جاتا ہے جس سے کہفے پیدا ہو گئے ہیں۔ جو ابھی اس قدر چھوٹے ہیں کہ طبیعی اشارات سے نہیں پہچانے جا سکتے ۔ جوں جوں استحالہ جاری رہتی ہے قرع کرنے پر گمک کی کمی (loss of resonance) بڑھتی جاتی ہے ۔ لیکن یہ اہمیت (dulness) تامزی اتنی مطلق ہوتی ہے کہ جتنا کہ ایک پلیورائی انصباب پر۔ استماع کرنے پر مختلف صفتوں اور ارتفاع (pitch) کا شعبی تنفس سنائی دیتا ہے، اور آواز اور کھانسی بلند شعبہ صوتی کے ساتھ (loudly bronchophonic) ہوتے ہیں۔ متنغم تقطعات (consonating râles) اور مختصر خرخراہٹ (short rhonchi) عموماً سنائی دیتے ہیں۔

16

درجۂ سوم (اکتہاف : excavation) میں جب کہ مرض کچھ عرصہ تک قائم رہ چکا ہے، ایک شُش کو خطرناک طور پر ماؤف کر چکا ہے، یا دوسرے شُش پر بھی حملہ کرنا شروع کر چکا ہے، سینہ کی شکل میں نہایت صریح تغیرات موجود پائے جاتے ہیں۔ سب سے زیادہ ماؤف جانب پر سینہ انتہائی زفیری شکل اختیار کر لیتا ہے۔ وہ چپٹا، لمبا اور تنگ ہو جاتا ہے۔ شانہ پست اور ڈھلواں ہوتا ہے۔ عظم الکتف کا زاویۂ زیریں اندر کی طرف ہٹ جاتا ہے، اور اوپر والی پسلیاں سامنے کی طرف ایک دوسرے سے عرضاً دور ہو جاتی ہیں، اور نیچے والی پسلیاں باہم مجتمع ہوتی ہیں، اور شرا سیفی زاویہ (epigastric angle) گھٹ کر اپنی صغیر ترین جسامت اختیار کر لیتا ہے۔ پسلیوں کا باہمی اجتماع ایک لاشعاعی منظر پیش کرتا ہے جسے کھپریل ریخ (''roof-tiling'') کہتے ہیں۔ عمومی تنفظ صفحۂ الف (Plate 6, A) میں دکھلایا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔ سینہ میں اس عام تغیر کے علاوہ سینہ کے بالائی حصے کی بازکشیدگی (retraction) اور ساتھ ہی اس کی

ق ۶

الف۔ ترقی یافتہ سل ریوی کی وجہ سے شش کا وسیع تنفط اور دائیں راس پر تجویف موجود ہے۔



ب۔ دایاں پلیورائی انصباب۔ (یہ شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہیں)
بالمقابل صفحہ ۱۰۰

حرکت کی ایک متناظر کمی بھی ہوتی ہے۔ قرع کرنے پر سُر اصم (dull note) ہوتا ہے، خواہ کچھ موجود ہی کیوں نہ ہوں۔ لیکن جب کہفہ بڑا ہو تو ایک بیش گمکی (hyper-resonant) سُر حاصل ہوتا ہے۔ اگر ایک بڑا کہفہ شعبی نالی کے ساتھ آزادانہ ارتباط رکھتا ہو اور مریض کا منہ کھلا ہوا ہو تو قرع کرنے سے اکثر چھوٹی ھنڈیا جیسی آواز (cracked pot sound) یا صوتِ ظرفِ شکستہ (bruit de pot félé) نکلے گی جو سکوں کی ایسی جھنکار (clink of coins) سے کسیقدر مشابہ ہوتی ہے جیسی کہ دو کو ہاتھوں کو ملائے ہوئے اور کھوکھلا رکھ کر گھٹنے پر مارنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اس آواز کی پیدائش میں دو عناصر کارفرما ہوتے ہیں۔ (۱) ایک ہوا سے بھرے ہوئے کہفہ کی موجودگی۔ (۲) قرع کرنے پر ہوا کا تیزی کے ساتھ ایک تنگ فتحہ کی راہ سے باہر نکلنا۔ استماع کرنے پر عکس ہو کہ تیز شعبی (bronchial)، کہفی (cavernous)، اور قدرے (amphoric) تنفس ملے بلحاظ اس امر کے کہ کسقدر التہاف اور اسکے گرد تلیّف (fibrosis) موجود ہے۔ وہ حقیقتہً قدری صرف اُسوقت ہوتا ہے جبکہ کہفہ بڑا ہو۔ شعبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) بھی پائے جائیں گے۔ کہفوں پر بڑی جسامت کے کرکراہٹ دار لغطات (crackling râles) اور فلزی جھنکار (metallic tinkling) سنائی دیتی ہے۔ استماعی اصوات عمیق شہیق لینے یا کھانسنے پر بہترین نکلتے ہیں، جب کہ بعض اوقات بعد سُعالی امتصاص (post-tussive suction) کی آواز بھی سنائی دیتی ہے۔ تاوقتیکہ ایک کہفہ کم از کم اخروٹ کی جسامت کو نہ پہنچ گیا ہو، وہ غالباً تجدد کے مقابلہ میں ممیز امارات نہیں پیش کرتا۔ ساتھ ہی یہ بھی بتلا دینا چاہیئے کہ اسوقت جب کہ دورانِ زندگی میں کہفہ کے کوئی امارات موجود نہ تھے، بعد الممات امتحان میں ایک کہفہ پایا گیا ہے۔

نظامِ دورانِ خون۔ مزمن سل ریوی میں قلب نسبتہً چھوٹا ہوتا ہے، جیسا کہ اُس کے عرض کی لاشعاعی پیمائشوں سے ظاہر ہوا ہے، جو صحیح دروں نگار (ortho-diagraph) کے ذریعہ سے لی گئیں۔ خاص عامل جو اس کا سبب ہوتا ہے غالباً مزمن کمی ورزش (chronic under-exercise) ہے۔ یہ ایک

عدم استعمالی ذبول (disuse atrophy) ہے۔

عام علامات۔ ارتفاع تپش (pyrexia)۔ سل ریوی کے ابتدائی ترین ایام سے بخار موجود ہوسکتا ہے، لیکن یہ عموماً شش میں کے تدرنی عمل کی فاعلیت سے کچھ نسبت رکھتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر مرض وقتاً فوقتاً غیر فاعلی ہو جاتا ہے، تو بخار بھی تناظر عرصہ کے لئے غیر موجود ہوسکتا ہے۔ لیکن وہ اکثر مہینوں تک مسلسل موجود ہوتا ہے۔ صبح کی نسبت شام کو تپش عموماً زیادہ بلند ہوتی ہے، اور وہ یا تو متفتر (remittent) قسم کی ہوتی ہے یا متوقف (intermittent) قسم کی۔ بخار کے زیادہ بلند درجوں کے ساتھ وہ بے آرامی اور کسلمندی (discomfort and malaise) ہوتی ہے جو ارتفاع حرارت میں عام ہے۔ جب تپش گرتی ہے تو وافر پسینے (profuse sweats) آتے ہیں، بالخصوص مرض کے بڑھے ہوئے درجوں میں، اور کبھی کبھی پسینہ آنے سے پہلے خفیف سی سردی لگتی ہے۔ لیکن حقیقی قشعریرہ نادر الوقوع ہے، اور عام ترین واقعہ یہ ہے کہ مریض رات کے ابتدائی حصے میں، جہاں تک کہ کھانسی موقع دے، کم و بیش سکون کے ساتھ سو جاتا ہے، اور علی الصباح بیدار ہو کر خود کو پسینہ سے اَشرابور پاتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں بھی کسی قدر شب عرقی (night sweating) غیر عام نہیں۔

لاغری (loss of flesh) اور ضیاع قوت۔ ذبلاین سل ریوی میں قاعدہ کلیہ کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ایک ابتدائی ترین علامت ہو، اور اس وقت جب کہ کھانسی محض ایک شعبی نازلت سمجھی گئی ہو یہ ایک انتباہی نشان ہو۔ ایک مزمن اعصابت کے اختتام پر لاغری انتہائی درجہ کی ہوجاتی ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں تغذیہ اس وقت بھی خاصا اچھا قائم رہتا ہے جب کہ طبیعی امارات یہ ظاہر کرتے ہیں کہ ایک بڑا بلکہ صریحاً فاعلی ضرر موجود ہے۔ عضلی طاقت جلد کمزور پڑ جاتی ہے اور مریضوں کی توانائی جاتی رہتی ہے اور وہ سست ہوکر طویل محنت کے ناقابل ہو جاتے ہیں، خواہ یہ محنت دماغی ہو یا جسمانی۔ لیکن بہت سے مریضوں میں دماغی حالت بڑی امید اور اعتماد کی ہوتی ہے، اور اسوقت بھی

169

جب کہ وہ مجبوراور بے دست و پا پڑے ہوتے ہیں وہ اس کا صحیح اندازہ لگانے میں قاصر رہتے ہیں کہ وہ کسقدر بیمار ہیں اور توقع رکھتے ہیں کہ اگر ایک بار کھانسی سے نجات مل جائے تو شفائے کلی ہو جائے گی۔

علی ہر دموییت (anæmia) ایک کثیر الوقوع علامت ہے ابتدائی اور آخری دونوں درجوں میں اور اگر نفث الدم سے خون ضائع ہوا ہو تو یہ اور بھی شدید ہوتی ہے۔

ازرقاق (cyanosis)۔ چہرہ کبود ہوتا ہے بالخصوص اُن حاد اصابتوں میں جن میں کشش کا ایک بڑا رقبہ ماؤف ہو اور اس وجہ سے شریانی خون کا تاکسد (oxygenation) ناقص ہو۔ اُن مزمن اصابتوں میں جن میں قلب کی داہنی جانب کسیقدر متسع ہوگئی ہو زیادہ بین زراق ہوتا ہے جو بالخصوص وریدی دوران خون کے بطور (retardation) کے باعث ہوتا ہے جب کہ نظامی خون (systemic blood) سے عروق شعریہ کی طرف معمول کی نسبت زیادہ آکسیجن خارج ہوجاتی ہے۔

انگلیوں کی گرزشکلی (clubbing of the fingers) سل ریوی کا ایک عام منظر ہے اگرچہ صرف یہ اسی سے مختص نہیں۔ بقیۂ انگلی کے لاغر ہوجانے کے باعث یہ منظر اور بھی نمایاں ہوجاتا ہے۔ یہی تغیر پاؤں کی انگلیوں میں بھی نظر آسکتا ہے۔ (ملاحظہ ہو بیش پرورشی ریوی عظمی دار المفصل =hypertrophic pulmonary osteo-arthropathy)۔

علاماتِ سوءِ ہضم جیسے کہ عدم اشتہا متلی اور تے دوران مرض میں کسی وقت واقع ہو سکتے ہیں۔ آخری درجوں میں متلی یا غذا سے تنفر اس قدر نمایاں ہوجاتا ہے کہ طبیب اور مرضہ کو یہ ایک خاص دقت ہوتی ہے کہ مریض کو کوئی بھی چیز کیسے کھلائی جائے۔ آخری درجوں میں اسہال (diarrhœa) عام ہوتا ہے۔ یہ محض نازلتی حالت کے باعث ہو سکتا ہے یا لفائفی (ileum) کے تقرح یا چربیشی (lardaceous) مرض کی وجہ سے۔ اجابتیں مختلف ہوتی ہیں بعض اوقات زرد رنگ کی غیر ہضم شدہ اور ان میں قدرے

مخاط یا خون ہوتا ہے۔ التہاب باریطون(peritonitis) ایک درنی قرحہ کا نتیجہ نہایت شاذ ہوتا ہے۔ زیادہ اکثر وہ باریطون میں کے درنوں کے باعث ہوتا ہے لیکن یہ ایک عام پیچیدگی نہیں ہے۔

مستذکرۂ بالا علامات کے علاوہ جسم کے دوسرے حصول میں درنے جم جانے سے بھی علامات پیدا ہو سکتے ہیں جیسا کہ مرضی تشریح کے باب میں بیان کیا گیا ہے۔ ان میں سب سے زیادہ عام حنجری تدرن (laryngeal tuberculosis) ہے۔ علاوہ ازیں مختلف عفونی پیچیدگیاں ہو سکتی ہیں جیسے کہ دمل (furuncles)، قروح الفراش (bed-sores) وغیرہ آخری درجوں میں، اور فخذی وریدی علقیت (femoral venous thrombosis) جو بائیں طرف زیادہ عام ہوتی ہے۔

ریوی تدرن کی دوسری شکلیں۔ ذات الریہ ہیلی (pneumonic phthisis) یا خنازیری ذات الریہ (scrofulous pneumonia = ذات الریہ) یہ بہت کچھ حاد ذات الریہ کے حملہ کی طرح شروع ہوتی ہے، جس میں ایک پہلو میں درد، تیز بخار، سردی لگنا (chills)، اور شب عرقی (night-sweats) کھانسی اور نفث ہوتے ہیں۔ طبیعی امارات بھی ذات الریہ کے ہوتے ہیں۔ لیکن وہ اس پر سب سے زیادہ نمایاں ہو کر نیچے کو پھیلتے ہیں۔ اصمیت (dulness) شعبی تنفس اور شعبی صوتی (bronchophony) کے ساتھ ہونے مخاطی لغطات متنغم الاصوات (consonating râles) اور بلند کلک (loud clicks) ہوتے ہیں۔ اکثر یہ حالت ایک پھیپھڑے کی نسبت دوسرے میں بہت زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ یہ خرابی بسرعت پھیل جاتی ہے، ارتفاع تپش شدید ہوتا ہے، پسینے بکثرت نکلتے ہیں، اشتہا بالکل جاتی رہتی ہے، اور انحطاط (prostration) انتہائی درجہ کا ہو جاتا ہے۔ شکست و ریخت (breaking down) ہونے کے آثار زیادہ سے زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ تپش متوقف (intermittent) طرز اختیار کر لیتی ہے۔ نباتی ریمی ہو جاتا ہے اور اس میں شش کی بافت کا چورہ (debris) موجود ہوتا ہے۔ یہ بیماری یا تو خستگی (exhaustion) کی وجہ سے یا نفث الدم کے

باعث (جو اگر کچھ ہوتا ہے تو نہایت افراط کے ساتھ) اکثر پانچ سے بارہ ہفتوں تک میں مہلک ہو جاتی ہے۔

سلِ نافجی (hilum phthisis)۔ یہ مرض کی ایک مزمن شکل ہے۔ مریض جو عموماً بچے اور بعض اوقات بالغ ہوتا ہے ہمیشہ تکان کے احساس کی شکایت کرتا رہتا ہے۔ تپش اکثر خفیف سی بلند ہوتی ہے سینے سپنج کے وقت شاید ۹۹ درجہ فارن ہائٹ اور شام کو ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ (مستقیمی)۔ پیچھے کی طرف شش کی جڑ کے مقام پر ایک یا دونوں جانب عظم الکتف کے فقری کناروں کے درمیان گھٹا ہوا اَسر (impaired note) ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ خاکنائے کرونگ (Kronig's isthmus) بھی کم ہو گئی ہو۔ لغلغات (râles) شاذ ہی سنائی دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بلغموں میں قرعی سبریں کوئی تبدیلی نہ پائی جائے۔ ان نہایت ہی غیر متعین طبیعی امارات کے برعکس لاشعاعی جڑکی طبیعی چھاؤں (normal root shadows) میں زیادتی ظاہر کرتی ہیں (جو غالباً لمفائی غدر رگینگی کے باعث ہوتی ہے) اور وسیع باریک تنقط (mottling) پھیپھڑوں پر ہر جگہ پایا جاتا ہے۔ صرف اسی وقت جب کہ یہ کیفیت جو ابتداءً مرکزی ہوتی ہے سطح تک پہنچ جاتی ہے لغلغات سینہ پر مختلف مقامات پر بالخصوص پھیپھڑوں کی بیرونی سطحوں پر سنائی دیتے ہیں۔

170 لیفی سل (fibroid phthisis)۔ یہ راسی سل (apical phthisis) کی ایک نہایت مزمن شکل ہے جو اکثر صرف ایک ہی شش کو ماؤف کرتی ہے۔ سریریاتی لحاظ سے یہ حالت مرضی شش کے انقباض کے علامات سے شناخت میں آتی ہے۔ سینہ بیٹھا ہوا (sunken) ہوتا ہے قلب ماؤف جانب کی طرف ہٹا ہوا (displaced) ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مقابل شش اپنا کنگ دار رقبہ اسی سمت میں بڑھا دے۔ اگر بایاں شش مرضی ہے تو ممکن ہے کہ طحال او محدۂ اور اگر دایاں شش ماؤف ہے تو ممکن ہے کہ جگر سینہ میں دور تک اوپر کھنچ آئے۔ کہفوں کے طبیعی امارات خاص کر راس پر ہوتے ہیں جیسے کہ سل کی دوسری اصابتوں میں۔ لیکن گنگ کی کمی شعبی تنفس اور شعبی صوتی (bronchophony)

شاذ ونادر ماؤف کشش پر موجود ہوتے ہیں۔ اگر دوسری جانب ماؤف ہوتی تو وہ صرف راس پر ماؤف ہوتی ہے۔ اکثر کھانسی یا نفث زیادہ نہیں ہوتے۔ پسینہ بھی نہیں ہوتا اور تپش طبعی ہوتی ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ قلب کے دائیں جانب کا فشل ہو اور اس کے ساتھ سانس پھولا ہوا استقاء اور زراق بھی۔

سِل کی تشخیص۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں علامات اور طبعی امارات تشخیص کو واضح کر دیتے ہیں۔ ابتدائی درجوں اور سکون (quiescence) یا بقا (arrest) کے زمانوں کے سوائے بُساق دروغی عصیات ظاہر کرے گا۔ اُن کی شناخت کے لئے ضروری ہے کہ ان کی تلوین کرکے ان کو ۵۰۰ یا ۰ ۰۵ قطروں کی خردبینی طاقت سے دیکھا جائے۔ آجکل زِیل نیلسن (Ziehl Neelsen) کا طریقہ تلوین عام طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ ایک شیشۂ محافظ پر بُساق کی ایک پتلی تہ کا آلود (smear) پھیلا لیا جاتا اور آہستہ آہستہ گرم کرکے خشک کر لیا جاتا ہے اور پھر شریحہ (slide) کو ایک اسپرٹ لیمپ کے شعلہ میں سے تین بار گذار کر اسے مثبت کر لیا جاتا ہے۔ الکحل متعلق کے ۱ حصوں میں فکسین (fuchsin) کے ایک حصے کا محلول فینال کے ۵ فی صدی آبی محلول کے ۱۰۰ حصوں میں شامل کر دیا جاتا ہے۔ اسے گرم کیا جاتا ہے یہاں تک کہ بھاپ اٹھنے لگے۔ اب قلم کو نیچے کی طرف رکھتے ہوئے شیشۂ محافظ کو اس آمیزہ پر تین یا چار منٹ تک ترایا جاتا ہے اور پھر پانی سے دھو کر سلفیورک ایسڈ کے ۲۰ فی صدی محلول میں ڈبو دیا جاتا ہے یہاں تک کہ اس کا رنگ اُڑ جائے۔ پھر اس کو پانی میں دھو لیا جاتا ہے اور میتھلین بلیو (methylene blue) کے تقریباً سیرشدہ آبی محلول کے ذریعہ اس کی ضد تلوین (counter-stain) کر لی جاتی ہے پھر اسے جلدی سے پانی سے دھویا جاتا ہے خشک کیا جاتا ہے اور اس کا ترکیب زائلال بالسم (xylol balsam) میں کر لیا جاتا ہے۔ نیز تشخیصی اغراض کے لئے بُساق کا اشراب ایک گینی پگ میں کیا جاتا ہے اور چھ ہفتوں کے بعد اس جانور کا امتحان دُخنی تدرن (miliary tuberculosis) کے لئے کیا جاتا ہے۔



الف۔ سل ریوی میں ایک کہفہ ہے



ب ۔ یہی مریض استرواح الصدر کے امالہ کے بعد۔ دیکھو ایک چھوٹا سا کہفہ ابھی تک باقی ہے شش اور دیواری پلیورا کے درمیان انضمام ہے اور قلب بائیں طرف کو ہٹا ہوا ہے۔ (یہ شعاع نگاشتیں مسٹر اے لاک نے لی ہیں)

لچکدار بافت کے ریزے جو آخری درجوں میں بُصاق کے ساتھ موجود ہوتے ہیں، خوردبین سے دیکھے جا سکتے ہیں، جس کے لئے اُن چھوٹی ناہموار گرہوں (nodules) کو جو بعض اوقات پائی جاتی ہیں، سوئی سے کرید کر پھیلانا چاہئے، یا بُصاق کو بیس منٹ کے لئے لائکر سوڈی (liquor sodæ) میں ابال کر ثفل (sediment) کا امتحان کرنا چاہئے۔ لچکدار بافت ہر اُس اصابت میں پائی جاتی ہے کہ جس میں شش کی بافت کا فاعلی اتلاف ہو۔

سل ریوی کے ابتدائی درجوں میں اُس کی موجودگی کا یقینی طور پر جاننا نسبتہً بہت زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ کھانسی، نفث اور لاغری کی زیادہ تر علامتوں کے علاوہ، جو ممکن ہے کہ سب کی سب غیر موجود ہوں، مندرجۂ ذیل سے قیمتی اشارات (indications) حاصل ہوتے ہیں:۔ (۱) تکان کا احساس جس کی مریض کو شکایت ہوا کرتی ہے۔ (۲) مستقیمی تپش میں تغیرات۔ نہایت ابتدائی اصابتوں میں مستقیمی تپش علی الصباح اُس تپش کی بہ نسبت کم ہوا کرتی ہے جو کہ اوسط معمولی موضوع کی ہوتی ہے، یعنی ۹۷ درجہ فارن ہائٹ سے نیچے۔ ازاں بعد ۷ بجے صبح وہ تپش ۹۸،۴ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر اور شام کو ورزش کے ایک گھنٹے کے بعد ۹۹،۵ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر ہوا کرتی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ عورتوں میں مستقیمی تپش حیض شروع ہونے سے ایک ہفتہ پہلے اور کبھی کبھی ابتدائی حیض کے بعد ایک ہفتہ تک طبیعی طور پر قدرے بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ (۳) ذات الجنب کی سرگذشت بھی موجود ہو سکتی ہے۔

ابتدائی طبیعی امارات، جو تشخیص میں کسیقدر مفید ہو سکتے ہیں، یہ ہیں:۔ ایک راس پر گمک کی کمی (impaired resonance) اور ساتھ ہی گھٹا ہوا تو یصلی خریر (vesicular murmur) یا گھٹے ہوئے تو یصلی خریر کے ساتھ شہیق (inspiration) کے دوران میں یا کھانسنے کے دوران میں لغطات (râles)۔ سل کی تشخیص میں را النجینی شعاعوں (Rontgen rays) سے قیمتی مدد حاصل ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ طبیعی امارات پائے جانے سے پہلے تمثیلی مناظر موجود ہوں (صفحہ ۷ الف و ۷، صفحات 174, 168 ملاحظہ ہوں)۔ ممکن ہے کہ

ایک ڈاکٹر کی تحقیقات کی ابتدا ہی سے موجود ہو۔
مختلف قسم کے جلدی درنے (tuberculides) جب جلد پر
شناخت ہوجائیں تو اسی اندرونی تدرنی ضرر کا پتہ دیتے ہیں (ملاحظہ ہو بعد کے
صفحات)۔
تشخیص میں ٹیوبرکیولین (tuberculin)۔ مانٹو (Mantoux) کا
کا نفوذ اب عالمگیر طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ مندرجہ ٹیوبرکلین (tuberculin)
(Okell, 1930) کو بھاپ کے اوپر بس گنا مکثر کیا جاتا ہے اور اس کو دو ...
فی صدی فینال (phenol) پر مشتمل ایک طبعی الحجہ کے ذریعہ ترقیق کرکے بہ بتدریج
کے بعد $\frac{1}{10}$، $\frac{1}{100}$، $\frac{1}{1000}$ کی طاقتوں میں محفوظ کر دیا جاتا ہے۔
$\frac{1}{10000}$ کا ۱۰۔ مکعب سینٹی میٹر لے کر اس کو درون جلدی طور پر انشراب کر دیا جاتا ہے
جس طرح کہ صفحہ 140 پر بیان کیا گیا ہے۔ ایک تاخیر پذیر مواظب "التہابی
جیبیت" (response) جس کی اعظم مقدار ۲۴ یا ۴۸ گھنٹے کے بعد واقع ہو جو تدرنی   171
سرایت ظاہر کرتی ہے (53)۔ یہ نہایت تعجب کی بات ہے کہ بچھڑے کے گوشت
کی گلسرین آمیختہ (glycerinated) پیپ اکثر بالکل ٹیوبرکلین کی طرح عمل کرتی ہے
(54)۔ اس سے اس واقعہ کی یاد تازہ ہوتی ہے کہ واسرمن (Wassermann)
تعامل کے لئے ضد جسم آفرین (antigen) عیر آتشکی مادہ سے تیار کیا جاتا ہے۔
اگر ردعمل بالکل نہ ہو تو اگلی طاقت استعمال کی جاتی ہے، وعلیٰ ہذا القیاس۔
تشخیص متمم تثبیتی تعامل کے ذریعہ (complement
fixation reaction)۔ جس طرح کہ تشخیص آتشک کے لئے تعامل واسرمن
سے مدد ملتی ہے، اسی طرح تدرن کی تشخیص کے لئے بارڈے گنگاؤ (Bordet
Gengou) کے تعامل کے استعمال سے بعض کارکنوں کی رائے کے مطابق حال
ہی میں عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ زندہ عصیات درنیہ کا ایک مستحلب
(emulsion) بطور اینٹی جن (antigen) کے کام میں لایا جاتا ہے۔ جب اسے ایک
تدرنی مریض کے مصل کے ساتھ ملایا جائے تو یہ متمم (complement) کی تثبیت
کر دیتا ہے۔ چنانچہ ایک حساس کردہ دم پاش مصل (sensitised hæmolytic serum)

کے ذریعہ سرخ خلیوں کی دَم پاشیدگی (hæmolysis) واقع نہیں ہو سکتی (30)۔

نفث الدّم (hæmoptysis) کو تدرن کی دلالت سمجھ لینے سے پہلے یہ صاف طور پر پہچان لینا چاہیے کہ خون درحقیقت شش سے آتا ہے، نہ کہ معدے، ناک، یا دانتوں سے۔ مریض کے بیانات اکثر غیر تشفی بخش یا گمراہ کن ہوتے ہیں۔ خون پھیپھڑوں سے کھانسا ہوا، سرخ اور جھاگ دار ہونا چاہیے۔ اکثر اُس کے آنے سے پہلے حلق میں گدگدی محسوس ہوتی ہے، اور متلی کا وہ احساس نہیں ہوتا، جو قئے الدم (hæmatemesis) میں زیادہ عام ہے۔ مزید برآں اگر خون پھیپھڑوں سے آیا ہے تو مریض آز ادانہ نزف واقع ہونے کے بعد عموماً چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں تک بُساق کے ساتھ ملا ہوا خون عقو کرے گا۔ یہ ممکن ہے کہ پر پیُورا (purpura) میں خون کا نفث فی الحقیقت شش سے ہو، لیکن اس کا سبب متلازم علامات پر سے بآسانی پہچانا جائے گا۔ بعض اوقات نوعمر اشخاص میں مطرالی ضیق (mitral stenosis) میں نفث الدم ہوتا ہے۔ اگرچہ سل ریوی اور تکبد الکبد جگر (cihrrhosis of the liver) اکثر ایک ساتھ پائے جاتے ہیں، تاہم پھیپھڑوں سے خون کا آنا اکثر کبدیت (cirrhosis) کے دوران میں تدرن سے بالکل علیحدہ بھی ہو سکتا ہے، اور غیر معمولی بلند شریانی دباؤ کی وجہ سے بالخصوص معمر اشخاص میں، نفث الدم کا ہونا شاذ نہیں۔

بعض اوقات بین رو (intercurrent) شعبی التہاب (bronchitis) یا ذات الریہ سے سل ریوی مخفی ہو جاتی ہے۔ ایک یا دوسرے راس پر طبیعی امارات کی تفخیم (accentuation) اہم ہے، نیز سرگذشت مرض، نفث الدم (اگر وہ موجود ہو)، اور بُساق میں عصیوں کا پایا جانا۔ تمدد الشعب (bronchiectasis) کے ساتھ خلط ملط ہو جانے کے امکان کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔ تقیح الصدر کے ساتھ بخار، پسینہ، اور لاغری موجود ہوتی ہے، اور اگر وہ شش میں سے ہو کر پھوٹ پڑے تو کھانسی اور ریمی بُساق موجود ہوگا۔ طبیعی امارات عموماً قاعدے میں موجود ہوں گے۔

انذار۔ اور کسی مرض میں اصابتیں شاذ ہی اس قدر مختلف ہوتی ہیں

تستقدر کہ وہ سل ریوی میں ہوتی ہیں ۔ اگر اس کا تشخیص اس کے ابتدائی درجہ میں ہوجائے تو یہ امتدادِ زمانہ سے طور پر شفایاب ہو سکتی ہے کہ سریریاتی طور پر اسکے کوئی آثار نہیں پائے جاسکتے ۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ چند ہی مہینوں میں مہلک ہو جائے ۔ یا ممکن ہے کہ یہ دس بیس بلکہ پچاس سال تک جاری رہے اور اس سارے عرصے کے دوران میں دائمی طبیعی امارات اور علامات موجود رہیں۔ اس میں سرایت کی شمیت (virulence)' اور مریض کی مدافعت ۔ دونوں تغیر پذیر عناصر ہوتے ہیں' اور تاوقتیکہ مریض کچھ عرصہ تک زیر مشاہدہ یا زیر علاج نہ رہے یہ اندازہ کرنا مشکل ہے کہ ان میں سے کون غالب رہے گا ۔ ممکن ہے کہ علاج سے فی الفور بہتری واقع ہو جائے' یا دوران مرض میں کسی وقت بھی مریض کی محافظ قوتیں اس قدر زیادہ ہو جائیں کہ عرصہ دراز کے لئے اس کے عمل کو روک دیں ۔ اور کسی حالت میں بھی اس کے متعلق جلد بازی سے پیشین گوئیاں نہ کرنی چاہئیں کہ نتائج کیا ہوگا ۔ تاہم بعض حالات کے متعلق معلوم ہے کہ وہ انذار پر اثر انداز ہوتے ہیں ۔ مثلاً میڈہرسٹ (Midhurst) کی شاہ ایڈورڈ ہفتم کی صحت گاہ سے خارج شدہ سیل کے مریضوں کی سرگذشت ہائے مابعد (after-histories) کے اخراج کے تین تا سات سال بعد پہلے درجہ میں ۱۶ء۵ فی صدی اموات (Turban-Gerhardt)' درجہ دوم میں ۴۰ء۳ فی صدی اموات' اور درجہ سوم میں ۹۰ء۷ فی صدی اموات ظاہر کیے ۔ جب حنجرہ کی التہاب حنجرہ بھی موجود تھا تو یہ اعداد علی الترتیب ۹ء۲۲' ۴ء۳۳' اور ۷ء۷۳ فی صدی تھے ۔ اِس پیچیدگی نے انذار کو بہت بدتر بنا دیا' بالخصوص ابتدائی درجوں میں (5) ۔ دوسری پیچیدگیوں کی موجودگی بھی ناموافق ہوتی ہے ۔ انذار اس وقت بہت بہتر ہوتا ہے جب کہ علاج کی وجہ سے یا تو تناقص نہ ہو یا اس میں خصیات درتیہ نہ مل سکیں ۔ انذار کا انحصار اس احتیاط کی مقدار پر بھی ہوتا ہے جو مریض اخراج (discharge) کے بعد اپنے متعلق اختیار کرے ۔ بالعموم وہ مرفہ الحال اشخاص کے نسبت اہل حرفہ کی حالت میں بہت بدتر ہوتا ہے ۔ حمل بھی اس مرض پر ناموافق اثر رکھتا ہے'

اور یہ امراپتداءً ترگی کے بعد مشاہدے میں آتا ہے۔

تحرمینہ۔ تازہ ہوا اور عمدہ غذا، جیسی کہ مریض سل کے لئے مناسب بتائی گئی ہے، مسلول والدین کے بچوں کے لئے بھی مناسب ہے۔ ایسے ہی ذرائع سے وہ اس عصیہ کے مقابلہ کے لئے اپنی بافتوں کی قوت مدافعت بہترین طور پر بڑھا سکتے ہیں۔ اُن مسلول مریضوں کو جو شادی کرنے والے ہوں اس خطرے سے آگاہ کر دینا چاہیئے کہ اُن کی اولاد میں اس مرض کے نمویاب ہو جانے کا امکان ہے۔ اسی طرح ایک تندرست زوج کو سرایت ہو جانے کا صریح خطر ہے۔ اگر کسی مکان میں ایک مسلول مریض رہتا ہے تو دوسرے تندرست مکینوں کو سرایت کے خطرہ سے اپنی حفاظت کرنی چاہیئے۔ مریض کو ایک علیحدہ کمرے میں سونا چاہیئے جس میں کوئی دوسرا نہ رہے۔ دروئی جامے (underclothes) اور بستر کے کپڑوں کو دھونے سے پہلے گرم پانی میں ابھلا لینا چاہیئے۔ مکان میں وافر ترویح ہونی چاہیئے۔ تمام اسابتوں میں بیساقوں (sputa) کو ایک عفونت کش سیال (۵ فی صدی کاربولک کے محلول) کے اندر تھوکنا (eject) چاہیئے اور بالآخر انھیں وس منٹ کے لئے اُبلتے ہوئے پانی میں متکشف کر کے بے ضرر (innocuous) بنا لینا چاہیئے۔ تدرن زدہ مائیں اپنے شیرخوار بچوں کو دودھ نہ پلائیں۔

علاج۔ ایک ابتدائی اصابت کے لئے اہم ترین علاج کامل سکون و آرام ہے یہاں تک کہ کوئی تپ باقی نہ رہے، اور مزمن اصابتوں کے لئے ایک زریں قاعدہ یہ ہے کہ ہر ہفتہ میں ایک دن بستر میں گذارا جائے۔ دیگر ضروریات "تازہ ہوا" (ملاحظہ صفحہ 5) اور مفرط عمدہ غذا ہیں۔ حتی الامکان مریض کو بے محنت اور بے غم زندگی بسر کرنی چاہیئے۔ عورت میں حمل نہ ہونے دینا چاہیئے، اور اگر حمل شروع ہو گیا ہو تو اُسے ابتدائی درجہ ہی میں ختم کر دینا چاہیئے۔

تدرنی سرایت کا ثبوت بہم پہنچنے کے بعد مندرجہ بالا مقاصد کو مدنظر رکھ کر علاج حتی الامکان فی الفور شروع کرنا چاہیئے۔ علاج کے کارآمد طریقے دو گروہوں میں تقسیم کئے جا سکتے ہیں:۔ عمومی، جیسے صحت گاہی علاج، تبدیل آب و ہوا کے ساتھ یا اس کے بغیر۔ نوعی (specific)، یعنے ٹیوبرکیولین کا علاج،

مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) اور سانوکرسین (sanocrysin)۔ علاماتی علاج (symptomatic treatment) بھی حسب ضرورت عمل میں لانا چاہئے۔

صحت گاہی علاج (sanatorium treatment) صحت گاہی علاج کا اولین مقصد یہ ہے کہ مریضوں کو مرض کے متعلق کافی معلومات حاصل کرا دئے جائیں تاکہ وہ اپنی باقی زندگیاں ایسے حالات کے تحت بسر کرسکیں جو شفا کے لئے سازگار ہوں۔ دوسرا مقصد یہ ہے کہ کم از کم تین مہینوں کے عرصہ کے لئے، جسے اس سے بہت زیادہ طویل ہونا چاہئے، ایسے حالات بہم پہنچا دئے جائیں جو ان کی شفایابی کی ابتدا کرنے میں مدد ہوں۔ مریضوں کو حد سے زیادہ گرم نہ رکھنا چاہئے کیونکہ مبردی تحول (metabolism) میں تہیج پہنچاتی ہے۔ وہ عموماً دن بھر اور رات بھر کھلی ہوا میں رہتے ہیں، کسی کھلے مقام پر یا ہوا اور مینہ سے بچانے والے محفوظ مقامات (shelters) میں سونے کے کمرے اور دن کے کمرے کامل طور پر ترویح یافتہ ہوں اور یہ کمرے ایسے بنے ہوئے ہوں کہ گرد و غبار کے اجتماع کو روکیں۔ مریضوں کو عمدہ غذا دی جاتی ہے، یعنی روزانہ سادہ مگر مختلف قسم کے تین کھانے دئے جاتے ہیں، اور کھانے کے بعد بچی ہوئی غذا کو تول کر اس امر کی احتیاط رکھی جاتی ہے کہ وہ غذا کی کافی مقدار کھائیں۔ ورزش کی اجازت صرف اسی وقت دی جاتی ہے جب کہ صبح کی تپش طبعی درجہ پر اور شام کی تپش (مستقیمی) ۹۹٫۵ سے اوپر نہ ہو۔ ورزش تپش کو غالباً کچھ عرصہ کے لئے بڑھا دیگی۔ اگر تپش ایک گھنٹہ کے آرام کے بعد طبعی درجہ پر نہ گر جائے تو ورزش موقوف کر دینی چاہئے۔ مریض آہستہ چلنا شروع کرتا ہے اور پھر ورزش کی مقدار بتدریج بڑھائی جاتی ہے۔ بہرحال وہ کھانے سے ایک گھنٹہ پہلے اور ایک گھنٹہ بعد تک آرام لیتا ہے۔ اور تیز ورزش اور ہیجان پیدا کرنے والے کھیلوں یا تفریحات کی ممانعت ہے۔ مریض کا لباس ہوا کی تپش کے مطابق ہونا چاہئے۔ اس نظام کے مطابق علاج کرنے سے بہت سے مریضوں کو عارضی طور پر فائدہ پہنچا ہے، لیکن اس پر تین ماہ کے عرصہ (جس کے لئے وہ بعض اوقات تجویز کیا جاتا ہے) سے بہت زیادہ مدت تک عمل پیرا ہونا چاہئے۔

واقعہ یہ ہے کہ عزبا کی جماعت کے مریضوں کے باحتیاط منضبط کردہ نتائج کے ایک سلسلہ سے ظاہر ہوا ہے کہ تین ماہ کا صحت گاہی علاج بالکل فائدہ بخش نہ ہوا، غالباً اس وجہ سے کہ مریض اپنے طبعی ماحول میں دماغی اور جسمانی طور پر مدافعتِ مرض کے لئے کم و بیش متوافق ہو گیا تھا لیکن صحت گاہ میں کچھ عرصہ ٹھہرنے کے بعد اس کا یہ توافق زائل ہو گیا اور جب وہ اپنے معمولی ماحول اور کام پر واپس گیا تو پھر یہ توافق اُسے دوبارہ حاصل نہ ہوا (Ward)۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی ہے کہ صحت گاہ میں چند روزہ قیام یوں بھی مفید ہو گا کہ مریض اپنے علاج کے اصول سیکھ جائے گا تاکہ وہ خود اپنے گھر پر جہاں تک حالات اجازت دیں اُن پر عمل پیرا ہو سکے۔ بالخصوص آرام، ترویح، یَسَاق کے جمع کرنے اور تلف کرنے، اور مغذی غذا کی افراط پر زور دینا چاہئے، اور مریضوں کو اپنی تپشیں لینا سکھنا اور جب تک تپش بڑھی ہوئی ہو بستر پر آرام لینا چاہئے۔ اس لحاظ سے تدرنی دوا خانے (dispensaries) مفید ہیں۔

173

صحت گاہ کی ایک ترقی یافتہ صورت تدرنی نوآبادی (colony) ہے، جہاں مریض مع اپنے خاندان کے کم و بیش مستقل طور پر اضلاع میں موافق حالات کے تحت رہ سکتے ہیں اور کوئی ایسا پیشہ انجام دے سکتے ہیں جو ایک حد تک اُنکے علاج کے مصارف پورا کر دیتا ہے (31)۔

تبدیلِ آب و ہوا۔ عموماً جو مقامات منتخب کئے جاتے ہیں وہ جنوبی آفریقہ، نیوزیلینڈ، سوئٹزرلینڈ یا ٹاٹرا (Tatra) کی بلندیاں، ڈیواس (Davos)، مانٹانا (Montana) اور ملوجا (Maloja) جیسے مقامات ہیں یا انگلستان کا مشرقی ساحل ہے۔ ایک پہاڑی مقام کے خلیاتی اثرات کہ جس کی فضا میں نسبتاً پست آکسیجنی دباؤ ہوتا ہے، عدیم المثال ہوتے ہیں (55)، اور جو کچھ بھی فائدہ ہوتا ہے یقیناً انہی کی طرف منسوب کیا جا سکتا ہے، خصوصاً خون آفریں اعضا پر ایک تہییجی اثر، جس سے کثرتِ خلیاتِ احمر اور خون میں ہیموگلوبن کی زیادتی واقع ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 5)۔ بسا اوقات طویل المدت سکونت کی ضرورت ہے اور کسی درمیانی مقام مثلاً بال (Bâle) پر کچھ وقت پہلے گزار لینا زیادہ محفوظ ہے۔ مریض کو ان میں سے کسی ایک مقام پر خشک، سرد اور تقویت بخش ہوا

مل سکتی ہے' جس سے وہ بلا سردی لگ جانے کے خطرے کے' روزانہ کئی گھنٹوں تک گھر سے باہر رہ کر لطف اندوز ہو سکتا ہے۔ اور سارا موسم سرما اُس سردی' مرطوبیت اور کہر سے محفوظ رہ کر صرف کر سکتا ہے جو کہ انگلستان کے بیشتر حصہ میں اس موسم میں ہوتی ہے' اور گرما میں اپنے گھر واپس آ سکتا ہے' جب کہ موسم زیادہ قابل برداشت ہوتا ہے۔ سرما کی آمد کے ساتھ اُسے پھر وہی آب و ہوا تلاش کرنی چاہیے جسے وہ موافق پا چکا ہے۔ سل ریوی کے اُن مریضوں کے لیے' جنھیں ثانوی شعبی التہاب کی سرایت ہو' ایک خشک آب و ہوا بالخصوص مرغوب ہے۔ زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ نسبتۃً کم شدید آب و ہوائیں (milder climates) فائدہ مند ہوں جیسے کہ ریویرا (Riviera) کی یا انگلستان کے جنوبی ساحل کی۔ غسل آفتابی (sun-bathing) یا علاج شمسی (heliotherapy)' یا ماورائے بنفشی روشنی (ultra-violet light) سے علاج' جیسا کہ جراحی تدرن میں عمل میں لایا جاتا ہے' بالعموم قرین مصلحت نہیں ہوتا کیونکہ ششوں کے امتلاء کے باعث نفث الدم ہونے کا امکان ہے۔ سوئزرلینڈ میں تو یہی تجربہ ہوا ہے' تاہم ممکن ہے اس ملک میں لوگ اسے بہتر برداشت کریں۔ یہ علاج نہایت آہستہ آہستہ شروع کرنا چاہیے' اور جوارح سے شروع کر کے منکشف سطح کو بتدریج بڑھا دینا چاہیے۔ حرقۃ الشمس (sun-burn) سے بچاؤ کرنا چاہیے۔ مقصود یہ ہو کہ احمرار (erythema) یعنے جلد کی سرخی پیدا ہو جائے' جس کے بعد لونیت (pigmentation) پیدا ہو جاتی ہے۔ جہاں مرض فاعلی ہو' اور محنت کرنے پر خفیف بخار' نفث الدم وغیرہ ہوں' وہاں علاج شمسی کا استعمال نہیں کرنا چاہیے (32)۔

ٹیوبرکیولین کا علاج (tuberculin treatment)۔ اس سے یہ مقصود ہوتا ہے کہ اجسام دافعہ (anti-bodies) پیدا کر کے جسم کو تدرنی سرایت سے مناعت یافتہ کر لیا جائے۔ شاید کاخ کی جدید ٹیوبرکیولین (Koch's new tuberculin)' یا "ٹی۔ آر" (T. R.)(tuberculin Ruckstand)' جو متوقف کردہ (triturated) انسانی عصیتوں کا ایک مستحلب ہے' نہایت عام طور پر مستعمل ہے۔ اس کی مقدار خوراک کے متعلق موجودہ دستور یہ ہے کہ اسے اس نقطہ سے

قدراہی کم رکھا جائے جس پر تعامل حاصل ہوتا ہے۔ اسے غیر حموی اصابتوں میں استعمال کرنا چاہئے، اور تعامل کی شناخت کی غرض سے پورے دوران علاج میں پیش بہ احتیاط دیکھتی چاہئے۔ ابتداءً ایک نہایت تھوڑی خوراک دینے میں نسبتہً کوئی خطرہ نہیں، مثلاً خواہ کوئی بھی تجہیز استعمال کی جائے اس کے ۱۰۰۔ مکعب ملی میٹر، پھر تین یا چار دنوں میں اس سے دونی مقدار یعنی ۲۰۰۔ مکعب ملی میٹر، پھر اتنے ہی عرصہ کے بعد اس سے دونی مقدار یعنی ۴۰۰۔ مکعب ملی میٹر، اور پھر اتنے ہی وقفوں سے، یا ہفتے میں دو بار، اسی طرح بڑھتی ہوئی مقدار یہاں تک کہ ایک خفیف، مقامی یا عمومی، تعامل مشاہدے میں آئے، یعنے مقام اشراب پر قدرے دبازت، یا بخار، دردسر، کسلمندی، وغیرہ۔ یہ علامات عموماً چوبیس گھنٹے میں واقع ہو کر تقریباً اتنے ہی عرصہ میں رفع ہو جاتے ہیں۔ پھر تین یا چار دن کے بعد آخری خوراک مکرر دینا چاہئے، جب کہ تعامل، اگر وہ واقع ہوتو کم ہوگا، اور جلد ہی یہی خوراک کوئی تعامل پیدا کرنے میں بالکل ناکام رہیگی۔ اس کے یہ معنے ہیں کہ اس مقدار کا تحمل (tolerance) پیدا ہو گیا ہے۔ اب ہر نصف ہفتے کے وقفے سے نسبتہً بہت تھوڑے اضافوں کے ساتھ مقدار خوراک کو بڑھانا چاہئے یہاں تک کہ ایک تعامل واقع ہو جائے، اور علیٰ ہذا القیاس اسی طرح بڑھاتے رہنا چاہئے۔ اس علاج کی مدت چھ ماہ سے اٹھارہ ماہ یا دو سال تک کی ہے۔ براَنیک (Beraneck) کی بنائی ہوئی ایک ٹیوبرکیولین کا درون جلدی راہ سے اشراب کیا جاتا ہے۔ عصیات درنیہ کے شحمی غلاف کو علیحدہ کر کے بنائی ہوئی ایک تجدرین کے استعمال کے کچھ نتائج شائع ہوئے ہیں (34)۔

مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax)۔ یہ علاج ۱۸۲۱ء میں کارسن (Carson) باشندۂ لیورپول (Liverpool) نے بیان کیا لیکن یہ محض گذشتہ چند سالوں کے عرصہ میں ہی وسیع طور پر اختیار کیا گیا ہے۔ پھیپھڑوں کے تدرن کے اندمال کو روکنے والا ایک سبب یہ ہے کہ یہ بافت سینہ کے اندر منفی دباؤ سے پھیلی ہوئی رہتی ہے، اور جو کوئی کہفے بن جاتے ہیں وہ بند نہیں ہو سکتے۔

اگر کہفہ صدر کے اندر ہوا کا اشراب کیا جائے تو پھیپھڑا ذوب کر پچک جائے گا نیز یہ مختلی ہو جائے گا جس سے اندمال کو مدد پہنچ جاتی ہے (65)۔

یہ علاج اُن اصابتوں میں خاص کر موزوں ہوتا ہے جن میں ایک شش تو وسیع طور پر مرض زدہ ہو اور دوسرا نسبتاً تندرست۔ گذشتہ زمانہ میں یہ بالخصوص ترقی یافتہ اصابتوں کے لئے کام میں لایا جاتا تھا، لیکن موجودہ رجحان اسے زیادہ وسیع طور پر استعمال کرنے کا ہے۔ فی الحقیقت یک جانبی مرض کی ہر اصابت کے لئے جس میں تدنی عمل پھیل رہا ہو۔ اعداد و شمار کی شہادت موجود ہے کہ یہ علاج مفید ہوتا ہے۔ نفث الدم نزف والی جانب پر فوری استرواح الصدر عمل لانے کا خاص داعیہ ہے۔ (Saugman) اس علاج کو صفحہ ۹ میں واضح کیا گیا ہے۔

آلہ در اصل ایک مبزل اور نقولچہ (trocar and cannula) پر مشتمل ہوتا ہے جو اولاً ایک آبی فشارپیما (water manometer) سے اور ثانیاً ایک ہوا بھرے ہوئے آخذ (receiver) سے ملحق ہوتا ہے تاکہ ہوا کی ایک تپی ہوئی مقدار سینہ کے اندر داخل کی جا سکے۔ جلد اور عمیق تر بافتیں ۵ء۰ فی صدی نووکین (novocaine) سے عدیم الحس کر لی جاتی ہیں۔ کچوکا یا تو براہ راست یا جلد کے آرپار ایک خفیف سا شگاف دے کر لگایا جاتا ہے۔ اور یہ امر کہ سوئی کہفہ پلیورا کے اندر ہے فشارپیما کے سیال کے اہتزازات سے شناخت ہو جاتا ہے، اور یا لاشبہ یہ سیال ایک منفی دباؤ ظاہر کرتا ہے۔ یہ اہتزازات پانی کے ۳ تا ۶ کعب سینٹی میٹر ہونے چاہئیں۔ اور اگر اہتزازات ا یا ۲ .cms سے زائد نہ ہوں تو سوئی غالباً کہفہ پلیورا کے اندر نہیں ہے۔ جب اس کا یقین ہو جائے کہ سوئی کہفہ پلیورا کے اندر ہے تو ہوا ۳۰۰ سی سی تا ۵۰۰ سی سی کے برابر یا فشارپیما کے نقطۂ صفر کے قریب قریب اہتزاز کرنے تک اندر داخل کر دی جاتی ہے۔ ایک ہفتہ کے بعد اور ہوا کا اشراب کیا جا سکتا ہے۔

ہوا کی کرر بھرتی (refills) اس گیس کے جذب کے لحاظ سے ۲۰۰ تا ۵۰۰ سی سی کی مقداروں میں اور ابتداءً ہفتہ وار یا پندرہ روزہ وقفوں سے ہونی چاہئے اگرچہ بعد میں زیادہ طویل وقفے دیئے جا سکتے ہیں کیونکہ جذب نسبتاً کم ہوگا۔ اسے تین سال یا زائد عرصہ تک جاری رکھنا چاہئے۔ آخری دباؤ پانی کے + ۱ سینٹی میٹر سے

کبھی ترائچیدہ ہونا چاہیئے ۔ زمانۂ ماضی میں خاص حادثہ ہوا کی سداد یت (embolism) کے باعث ہوا ہے ۔ لیکن اگر سوئی فی الحقیقت پلیورائی کہفہ کے اندر ہو تو یہ کبھی واقع نہیں ہو سکتا اور یہی مقصد فشار پیما کے رکھنے کا ہے ۔ بالکل شاذ اصابتوں میں ناگوار اثرات، یعنی بہر اور اختلاجات، شحوب بلکہ بعض اوقات بے ہوشی بھی مشاہدے میں آتے ہیں، جو پلیورائی معکوس (pleural reflex) سے منسوب کئے جاتے ہیں ۔
بعض اوقات واسط (mediastinum) کمزور ہوتا ہے اور بآسانی مقابل جانب کی طرف ہٹ جاتا ہے ۔ اس میں ممکن ہے کہ لیے آماہی اور بہر ہو جائے ۔ یہ حالت لاشعاعوں سے بآسانی شناخت کی جاسکتی ہے، اور یہاں اس امر پر زور دینا چاہیئے کہ علاج سے پہلے اور شروع سے آخر تک ہر اصابت کو لاشعاعی پردے پر عکس ڈال کر دیکھنا (screening) ضروری ہے ۔ بعض اوقات پلیورا تندرست جانب کو غبارگی یا فتہ ہو جاتا ہے ("baloooning" of the pleura) لیکن اگر ایسا بلا کسی علامات کے ہو تو کوئی مضائقہ نہیں ۔ تقریباً آدھے مریضوں میں علاج کے دوران میں ایک صاف انصباب نمویاب ہو جاتا ہے ۔ جب یہ نمودار ہو جائے تو یہ علاج کم فاعلی ہونا چاہیئے، کیونکہ پلیورا میں التہاب موجود ہے ۔ تاوقتیکہ تپش بلند نہ ہو اس سیال کو نکال لینے کی ضرورت نہیں، اور اگر نکالا جائے تو اس کی جگہ گیس بھر دینا چاہیئے ۔ استرواح الصدری علاج کی ایک توسیع جو بالکل ابتدائی اصابتوں کے لئے موزوں ہے، یہ ہے کہ کہفۂ پلیورا کے اندر ہوا کا ایک خفیف حجم داخل کر دیا جائے، جو شش کے در ریختہ حصے کے گرد مجتمع پایا جاتا ہے اور ایک جزئی ہبوط پیدا کر دیتا ہے درآنحالیکہ تندرست حصہ پھیلا ہوا رہتا ہے ۔ جزئی استرواح الصدر دو جانبوں پر پیدا کیا جا سکتا ہے ۔ لیکن ہوا کی مکرر بھرتی (refills) بار بار عمل میں لانا چاہیئے (35)۔ جب متواتر ہوا بھرنے کے باوجود استرواح الصدر مسدود ہو جانے کا رجحان رکھے یا جب ایک تدرنی تقیح الصدر (tuberculous empyema) پیدا ہو جائے تو یہ تزییت الصدر (oleo-thorax) عمل میں لانے کے داعیات ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔
جب مکمل یک جانبی استرواح الصدر کامیابی کے ساتھ انجام دے دیا گیا ہے تو ۔ ۔ فی صدی مریض کام پر واپس جانے میں کامیاب ہو گئے ہیں، لیکن اس

علاج میں خاص دقت' انضمامات (adhesions) کی موجودگی ہے' جو بجھوا و تو ہے کے مزاحم ہوتے ہیں' اور اِس صورت میں صرف ۳۳ فی صدی کامیاب ہوتی ہیں۔ ماقبل تشخیص استراب گا میں لانے کی کوشش نہ کی جانے' انضمامات کو تشخیص کرنا ناممکن ہوتا ہے۔ بعض اوقات متواتر بھریوں (refills) کے بعد وہ خود بخود ٹوٹ جائیں گے۔ لیکن جب ایسا نہ ہو تو اُن کو قطع کردینے کی کوششیں عمل میں لائی گئی ہیں۔ اُن کا تعین مقام ایک صدر بین (thoracoscope) داخل کرکے کیا جاتا ہے اور پھر اُن کو کَی کردیا جاتا ہے۔ بدقسمتی سے اِس قسم کے عملیہ کی کارروائی تدرنی تقیح الصدر پیدا کردینے کا رجحان رکھتی ہے' تا وقتیکہ انضامی بند کو ٹھیک محیط پر قطع کیا جائے۔ حال ہی میں کئی نئی قسم کے آلات بیان کئے گئے ہیں (57'56)۔

175

حال ہی میں دو دوسرے عملیے یعنی سینہ پیوندی (thoracoplasty) اور قلع عصب ڈایافرامی (phrenic avulsion) کامیابی کے ساتھ عمل میں لائے گئے ہیں۔ سینہ پیوندی (thoracoplasty) میں پسلیوں کے پچھلے حصے زاویہ کے ذرا سامنے کے مقام سے لے کر فقرات کے مستعرض زائدوں سے جتنا ممکن ہو اُتنا قریب تک' بیرون پلیورائی طور پر (extra-pleurally) نکال دئے جاتے ہیں۔ کامل سینہ پیوندی میں پہلی سے دسویں پسلی تک سب پسلیوں کے حصے نکال دئے جاتے ہیں' لیکن اُن اصابتوں میں جن میں مرض زیریں لخت میں محدود ہو بالائی پسلیوں میں سے چند پسلیاں سالم چھوڑ دی جاتی ہیں۔ ہلکی اثیری عدم حسیت (light ether anæsthesia) کو ترجیح دینی چاہئے۔ اس عملیہ کے بعد پینتالیس فی صدی مریض کام کے قابل ہوگئے ہیں ((36))۔ قلع عصب ڈایافرامی (phrenic avulsion) میں گردن کے ایک شگاف کی راہ سے ایک جانب کا فرینک عصب اُس کی ڈایافرام کی چسپیدگی کے مقام سے اوپر کھینچ لیا جاتا ہے' جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُس جانب کا ڈایافرام اوپر اُٹھ آتا اور مشلول ہوجاتا ہے۔ یہ عملیہ مصنوعی استرواح الصدر یا سینہ پیوندی کی معیت میں' یا قاعدی سل (basal phthisis) میں' یا کھانسی کو روکنے کے لئے (جب وہ شش کا انضمام ڈایافرام کے ساتھ ہوجانے کی وجہ سے ہو) عمل میں لایا جاسکتا ہے (37)۔

سینوکرا ئسین (sanocrysin) ' جو سونے اور سوڈیم کا ایک تھیوسلفیٹ (thiosulphate of gold and sodium) ہے ' اُن مریضوں کی حالت میں استعمال کی جاسکتی ہے ' جنھوں نے دوسری قسموں کے علاج کی اچھی جبلیت نہ ظاہر کی ہو ۔ دعویٰ کیا گیا ہے کہ یہ جسم میں عُصیّا ت درنیہ پر ایک راست متلف اثر رکھتی ہے ۔ یہ عقیم امپولوں (ampoules) میں تقسیم شدہ ہوتی ہے ' جن میں ۰۱ء تا ۰ ۰ء ۱ گرام کی وزن کردہ مقداریں ہوتی ہیں ۔ استعمال سے فی الفور پہلے اس کی قلمیں عقیم آبِ کشیدہ میں حل کرکے ایک ۰ ا فی صدی محلول بنا لیا جاتا ہے ۔ اس محلول کا وریدی راہ سے اشراب کیا جاتا ہے ' جس میں اس امر کی احتیاط رکھی جاتی ہے کہ تحت الجلدی بافت کے اندر تراوِشش (leakage) نہ ہونے پائے ' جہاں وہ خراش آور اثر رکھتا ہے ۔ مقدارِ خوراک کا تعین مریض کے جسم کے وزن اور پھیپھڑوں میں کے التہابی تغیّر کی نوعیت کے لحاظ سے کرنا چاہیئے ۔ اُن اصابتوں میں جن میں مرض مزمن ہوگیا ہو ' اور ضررات لیفی ساخت سے محصور ہوں ' ایک بڑی خوراک دی جاسکتی ہے ۔ لیکن حاد اصابتوں میں جن میں مرض کی توسیع حال ہی میں ہوئی ہو ' ایک نسبتہً بہت کم خوراک دینی چاہیئے ۔ علاج شروع کرنے سے پہلے اور دورانِ علاج میں روزانہ قارورہ کا امتحان البیومن کیلئے کرانا چاہیئے اورتاوقتیکہ قارورہ اڑتالیس گھنٹے تک البیومین سے معرا نہ ہو دوا کی خوراک نہ دینی چاہیئے ۔ مریض کے وزن اور ضررات کی نوعیت کے لحاظ سے ابتدائی مقدارِ خوراک ۰۱ء تا ۰۵ء ۰ گرام ہوگی ۔ ممکن ہے کہ تعامل ارتفاعِ حرارت ، قئے ' اسہال ' یا جلد پر ثوراتی طفحات (exanthematous rashes) کی صورت میں ظاہر ہو ۔ جوں ہی کہ تعامل رفع ہوجائے ' یا اگر کوئی تعامل نہ ہو تو اڑتالیس گھنٹے کے بعد ' دوسری خوراک دی جاتی ہے ' جو پہلی کے نسبت ۵۰ فی صدی زائد ہوتی ہے ۔ اس کے بعد ہر ساتویں دن ایک مزید خوراک دیجاتی ہے ' جس کی مقدار اگر مریض اس کی برداشت کرسکے تو ایک گرام تک بڑھا دیجاتی ہے ۔ ایک ۱۰ اسٹون (stone) وزن والے مریض کے لئے اس نصاب کے لئے مجموعی مقدار ۸ تا ۱۰ گرام ہوتی ہے ' اور اس سے ہلکے مریضوں کے لئے اسی تناسب سے کم مقدار دیجاتی ہے ۔

علاماتی علاج - صحت گاہ میں دورانِ علاج میں دواؤں سے حتی الامکان احتراز کیا جاتا ہے اور عموماً پایا جاتا ہے کہ مریض کی حالت میں بہتری ہونے کے ساتھ ساتھ علامات غائب ہو جاتے ہیں۔ تمام اصابتوں میں یہ ضروری ہے کہ مستقلہ دواؤں سے باسمہ میں خلل نہ واقع ہونے دیا جائے۔

کھانسی - کھلی ہوا والے علاج میں ہمیشہ کھانسی میں سریع تقلیل مشاہدہ میں آتی ہے۔ حتی الامکان مریض کو کھانسی کو روکنا چاہئے۔ اگر کھانسی ہونے سے پہلے حلق میں گدگدی محسوس ہو تو لسانی لوزہ (lingual tonsil) پر آیوڈین کی تسنیج کرنا مفید ہو سکتا ہے۔ ورنہ کھانسی کا علاج اسی طرح کرنا چاہئے جیسا کہ شعبی التہاب (bronchitis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

شب عرقی (night sweating)۔ لائکر ایٹروپین سلف (liquor atropinæ sulph.) کا ایک قطرہ قدرے پانی کے ساتھ شب کو دینے سے، یا آکسائڈ آف زنک (oxide of zinc) ۲ یا ۳ گرین گولی کی صورت میں، $\frac{1}{4}$ گرین ایکسٹریکٹ آف بیلاڈونا (extract of belladonna) کے ساتھ دینے سے عموماً روکے جا سکتے ہیں۔ آرسی نیئیٹ آف آئرن (arseniate of iron) ($\frac{1}{16}$ گرین) یا پکرو ٹاکسین (picrotoxine) ($\frac{1}{60}$ گرین) یا ٹنکچر آف نکس وامیکا (tincture of nux vomica) بھی استعمال کئے جا سکتے ہیں۔ شب عرقی کے عموماً یہ معنیٰ ہیں کہ رات کے وقت بے حد گرم لباس استعمال کیا گیا ہے، یا مریض کی ذاتی تلقیم (auto-inoculation) خود اس کے سمیات سے بشدت ہو گئی ہے، مثلاً حد سے زائد ورزش سے؛ اور اس سے طبیب کی اس نگہداشت پر جو اس نے مریض کے متعلق کی ہے الزام وارد ہوتا ہے۔

نفث الدم - مریض کو بستر میں نیم انطباعی وضع (semi-recumbent posture) میں رکھنا چاہئے، لیکن جب وہ چاہے اسے اپنی وضع بدلنے کی اجازت دینی چاہئے۔ سب سے زیادہ کارگر حابس الدم (hæmostatic) کیلشیم کلورائڈ کے ذاتی صدفی محلول کے ۲۰ سی۔ سی کا آہستہ سے درون وریدی اشراب ہے۔ ایک سادہ ترکیب یہ ہے کہ ۵ تا ۱۰ گرام سوڈیم کلورائڈ کے براہ دہن دئیے جائیں۔

اگر مریض مضطرب ہو تو اُس کے بجائے سوڈیم برومائڈ دیا جا سکتا ہے۔ اکثر امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کے چند قطروں کے استنشاق کے بعد ادواء موقوف ہو جاتا ہے۔ نفث الدم کی بعض خطرناک اصابتوں میں استرواح الصدر کا ازالہ کامیاب ثابت ہوا ہے۔ جب ادمار خفیف اور مسلسل ہو تو ایمیٹین (emetine) کے تحت الجلدی اشرابات کامیاب ثابت ہوئے ہیں (Flandin)۔ علاج کا روایتی طریقہ یہ ہے کہ برف کی تھیلی سینہ پر رکھ کر مارفیا کا اشراب کر دیا جاتا ہے۔ لیکن اس میں یہ نقصان ہے کہ خون پھیپھڑوں کے اندر کاہلا (stagnant) رہتا ہے اور اس طرح تدرنی عمل کی ایک حاد توسیع پیدا کرنے میں ممد ہوتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ نفث الدم کا وقوع بڑی حد تک مریض کی نقل و حرکت سے بے تعلق ہوتا ہے (38)۔

اسہال۔ اس کے لئے ہمیں احتیاط کے ساتھ غذا کی باقاعدگی عمل میں لانی اور نباتی حابسات (vegetable astringents)، معدنی ترشوں (mineral acids) (افیون یا گرین کی خوراکوں میں سلفیٹ آف کاپر (sulphate of copper) کا یا کاربونیٹ آف بسمتھ (carbonate of bismuth) کا استعمال کرنا چاہئے۔

پلیورائی التہاب کے درد (pleuritic pains) کثیر الوقوع ہیں اور اکثر اُن میں اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine) یا تھرموجن اُون (thermogen wool) سے یا سطح سینہ پر ٹنکچر آف آیوڈین کی تصبیغ کرنے سے تخفیف ہو جاتی ہے۔ مسکنات (anodynes) کے داخلی استعمال کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ بہتوں کا یقین ہے کہ پلیورائی التہاب کا انصباب (pleuritic effusion) متناظر شش میں مرض کی ترقی میں تاخیر کر دیتا ہے، اور تا وقتیکہ دباؤ انتہائی درجہ کا نہ ہو جائے وہ بزل (tapping) عمل میں نہیں لاتے۔ جس تقیح الصدر میں تفریغ (evacuation) کی ضرورت ہو اُس کا امتصاص (aspiration) عمل میں لانا چاہئے۔

واقو نفث۔ اس حالت کا علاج عفونت کش استنشاق (antiseptic inhalation) اور منفثات سے اُسی طرح کرنا چاہئے جیسا کہ شعبی التہاب کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ سر کو نیچے اور پیروں کو اُٹھا ہوا رکھ کر تعلیت (drainage)

عمل میں لانا مفید ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔

آتشکِ شُش

علاوہ شعبات کے تقرحات کے اور اُن سے پیدا ہو جانے والے صیقِ (stenosis) کے جو آتشک کے باعث ہو تا ظاہر ہو سکتے ہیں، اور جو شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ تشخیص کئے جا سکتے ہیں (64) آتشک شُش کی بافت میں مرض کے اثرات مختلف شکلوں میں ظاہر کر سکتی ہے۔ ایک شکل معمولی صمغیہ (gumma) کی ہے، جو بالغوں میں نہایت شاذ ہے، اگرچہ شیر خواروں میں زیادہ عام ہوتی ہے، اور کوئی قابلِ شناخت سریریاتی علامات نہیں پیدا کرتی۔ دوسری شکل آتشک کی شیر خواروں کی نام نہاد ذات الریہ ابیض (white pneumonia) ہے۔ اس میں پھیپھڑے بڑے، سپید، کثیف، اور سخت ہو جاتے ہیں۔ اُن کی تراشِش چکنی اور غیر شفاف ہوتی ہے، بعض اوقات وہ مزاحم (resistant) ہوتے ہیں، اور بعض اوقات بآسانی ٹوٹ جاتے ہیں۔ خردبین شُش کا منتشر خلوی التہاب، اور ساتھ ہی ہوفیزی دیواروں کی دبازت، اور ریوی سرحلمہ کا تقشّر (desquamation) اور شحمی انحطاط ظاہر کرتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت پورے شُش کو ماؤف کر دے، یا ایک حصہ یکساں طور پر متغیر ہو جائے، اور دوسرے میں محض انفرادی (isolated) رقبے موجود ہوں۔ ایک دوسری قسم میں جوفیزوں میں مکعب سرحلمہ کا استر ہوتا ہے، اور توصیلی بافت کی جگہ لیفی ہیکل (fibrous stroma) لے لیتا ہے، جو مکعب جوفیزی سرحلمہ کے خلیات سے ورریختہ ہوتا ہے۔ ان اساتوں میں پیچ مویے (spirochætes) پائے گئے ہیں۔ چونکہ یہ تغیرات بالخصوص مردہ مولود بچوں (still-born children) میں ہی پائے جاتے ہیں، لہٰذا ان کی کوئی سریریاتی اہمیت نہیں۔

خراش آور گیسوں سے تسمم

زہریلی گیسیں کہ جن کو پہلے پہل جرمنوں نے ۱۹۱۵ء میں جنگ میں استعمال کیا تھا، مندرجہ ذیل تھیں:۔ (۱) اختصاص آفریں۔ ان گیسوں کا عمل بالخصوص تنفس کے جوفیروں پر ہو کر حاد اوڈیما، عروق شعریہ کی علقیت اور شقاقی نفاخ (disruptive emphysema) پیدا ہو جاتا تھا۔ شفایاب ہو جانے والے مریضوں میں اوڈیمائی سیال چند روز میں غائب ہو جاتا تھا، لیکن شعبی التہاب اور شعبی ذات الریہ اکثر پیدا ہو جاتا تھا، اور نفاخ جاری رہتا۔ (۲) اشک ریز گیسیں۔ یہ بھی گولوں میں استعمال کی جاتی تھیں، مثلاً زائلال برومائڈ (xylol bromide) اور کلوروپکرین (chloropicrin)۔ (۳) رائی کی گیس (mustard gas)۔ (یہ درحقیقت ایک روغنی مائع ہے، جو زمین پر یا کپڑوں پر چھڑکی جاتی ہے، اور آہستہ آہستہ بخارات بن کر اڑ جاتی ہے)۔ چند گھنٹوں تک رائی کی ایک خفیف سی بُو کے سوائے عموماً اور کچھ نہیں محسوس ہوتا تھا۔ پھر شدید التہاب ملتحمہ (conjunctivitis) شرابینی درد اور اس کے ساتھ قے، جلد کا وسیع پھیلا ہوا احمرار (erythema) اور اس کے ساتھ انتفاط (vesication) ہو کر شدید حرقات پیدا ہو جاتے تھے، نیز تنفسی خطے کی غشائے مخاطی کا التہاب نمویاب ہو جاتا تھا، جس سے نہایت خطرناک علامات پیدا ہو جاتے تھے، تمام سطح متقرح ہو کر ایک غائبر بیتی جھلی سے ڈھک جاتی تھی، اور ثانوی طور پر سرایت زدہ ہو جاتی تھی، اور اگر موت فی الفور واقع نہ ہوتی تھی تو شعبی ذات الریہ نمودار ہو جاتا تھا۔

177

مابعد اثرات۔ گیس سے مسموم شدہ بہت سے مریضوں میں جہدی علامیہ "effort syndrome" (آگے ملاحظہ ہو) نمویاب ہو جاتا ہے۔ علامات ذیل مشاہدے میں آئے ہیں: مشقت کرنے یا زور لگانے پر سانس کا پھول جانا (۵۰)؛ مواظب کھانسی مع تناق کے (۳۰)؛ سینے کے وار یا درد یا تنگی (۲۵)؛ اختلاج اور کبھی کبھی چکر آنا (۱۳)؛ صبحگاہی قے، یا متلی (۱۲)؛ درد سر (۹)؛ خفقان الاعصاب

ف۔ قوسین کے اندر جو اردو اعداد درج کیے گئے ہیں وہ آکسفورڈ رقبہ میں واقع شفاخانہ ... میں علامات کا فی صدی حدوث ظاہر کرتے ہیں۔

کے علامات (۷) آنکھوں کا دُکھنا (۵)۔ ممکن ہے کہ خون سرخ خلیات کی کثرت (polycythæmia) ظاہر کرے۔ اِس تعلق میں ہالڈین (Haldane)، میکنس (Meakins) اور پریسٹلی (Priestley) نے مشاہدہ کیا ہے کہ بعض اوقات ان مریضوں میں گہرے تنفس کی قوت باقی رہتی ہے اور یہ ورزش کے بعد صرف سریع اُتھلے تنفس لے سکتے ہیں۔ ان مشاہدین کا یقین ہے کہ یہ مریض عمیق تر ہوئیزوں کی ناقص ترویح کی وجہ سے جس سے ان حصوں میں سے آنے والا خون نامکمل طور پر ہوا زدہ ہوتا ہے، آکسیجن کی کمی میں مبتلا ہوتے ہیں۔ کو بشکل آکسیجن (oxygen chamber) میں علاج کرنے سے علامات کم و بیش مستقل طور پر رفع ہو جاتے ہیں اور سرخ خلیات کی کثرت (polycythæmia) کم ہو جاتی ہے (Hunt and Dufton)۔

رائی کی گیس کے زہر کے مختلف ریوی عواقب بیان کئے گئے ہیں جن میں بہت سے ناکس (relapsing) نوعیت کے ہوتے ہیں، یعنے شبہی التہاب، نفاخ، وَمہ، اُذیما، اور ریوی خراجات اور "تدرن کا ذب" ("pseudo-tuberculosis") جس کے ساتھ لاغری، بخار، شبہی التہاب، اور راسی لغطات (apical râles) ہوتے ہیں لیکن تفاق میں عصیات درنیہ نہیں ہوتے۔ تلیّف شش (fibrosis of the lung) بھی پایا جاتا ہے۔ یہ حالتیں اس ثانوی سرایت کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں جو گیس کی وجہ سے مضرت پہنچنے کے بعد ہو جاتی ہے۔ بالآخر یہ کہ پھیپھڑوں کے تحقیقی تدرن کا ملنا ممکن ہے اور یہ غالباً اُن مریضوں میں ہوتا ہے جن میں یہ مرض پہلے رُک گیا تھا۔

ریوی سدادیت وعلقیت

(PULMONARY EMBOLISM AND THROMBOSIS)

سدادیت (embolism) اور علقیت (thrombosis) کی نوعیت پر امراض عروق دمویہ کے باب میں بحث ہو چکی ہے لیکن یہاں ریوی دوران خون کی اُن حالتوں

استعدادوں کا بیان درج کرنا مناسب ہے، جن کی وجہ سے یہ کس حادثہ میں مبتلا ہوجاتا ہے۔

شریان ریوی اور اس کی شاخیں دائیں بطین اور اذین کی وساطت سے نظامی وریدی تنون (systemic venous trunks) سے راست ارتباط رکھتی ہیں۔ اسی وجہ سے دقیق عضویوں، منجمد خون کے یا کسی دوسری قسم کے ریزوں کا، جو جسم یا جوارح کی وریدوں میں آزاد ہو جائیں قلب کے دائیں کہفوں میں، اور وہاں سے ریوی شریان کے اندر منتقل ہونا لازمی ہے، جہاں وہ اپنی جسامت کے لحاظ سے اس کی کسی بڑی یا چھوٹی شاخ کے اندر مغروز ہوجائیں گے۔ ایک بڑا، پرانا، ورق دار (laminated) ٹکڑا بڑی شاخوں میں سے ایک شاخ کو مسدود کرسکتا ہے۔ بعض اصابتوں میں سداویت ایک لمبا علقہ (thrombus) ہوتی ہے، جو ایک متوسط جسامت والی نظامی ورید سے نکلتا ہے اور دہرا ہو کر گیسند کی شکل کا بن جاتا ہے۔

ریوی سداویت کے نسبت ریوی علقیت زیادہ عام ہے، اور ایسے عزرات ظاہر کرنے والے بیشتر متوالی لاشوں کے امتحانات (autopsies) میں ۵۰ فی صدی کیس واقع ہوئی۔ پھیپھڑوں کے تمام حصوں میں شریان ریوی کی شاخوں میں خون کے تھکے پائے جاتے ہیں، اور ان تھکوں میں تعضیہ (organism) یا رنگ کی ترتیب کی ابتدا ان کی قبل الموت (ante-mortem) تکوین کی شہادت بہم پہنچاتی ہے۔
"ریوی سداویت" یا "ریوی علقیت" کی تشخیص عموماً یہ ظاہر کرتی ہے کہ ایک خطرناک ضرر موجود ہے، جو پھیپھڑوں کے اندر وسیع پھیلے ہوئے اثرات پیدا کر دیتا ہے، جس کے علامات ضروری التوجہ ہوتے ہیں، اور جس سے مریض کی زندگی فوری خطرے میں ہوتی ہے۔

ریوی سداویت اور ریوی علقیت فخذی وریدی علقیت سے پیدا ہوسکتی ہے، جیسی کہ تپ محرقہ، یا سل ریوی میں، یا بوڑھے اشخاص میں عظم الفخذ کے کسر (fracture) میں واقع ہوجاتی ہے۔ یہ دونوں حالتیں حاد صرابیتوں، مثلاً ذات الریہ سے اور ایسے جراحی عملیات سے بھی پیدا ہوسکتی ہیں جن میں شکم کی

سامنے کی دیوار میں شگاف دینے کی ضرورت واقع ہو (بالخصوص بوڑھے اشخاص میں) (381)۔ بہت سی امانتوں میں خون کے تھکوں کے اندر دقیق عضویات پائے گئے ہیں۔ سدادات (emboli) کے اثرات اُن کی جسامت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر ریوی شریان کی بڑی شاخوں میں سے ایک شاخ مسدود ہو جائے تو موت لازمی نتیجہ ہے۔ جب سدادہ نسبتہً چھوٹا ہوتا ہے تو شُش کے اندر تغیرات واقع ہونے کے لئے وقت مل جاتا ہے اور جوش دمویت (hyperaemia) نمشی نزفات (petechial haemorrhages) اَذِیما اور ہبوط (جس کے گرد نفاخ ہوتا ہے) واقع ہو جاتے ہیں۔

178

اذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) میں جو مطراقی ضیق کے ساتھ بالخصوص متلازم ہوتا ہے، اُذین کے اندر چھوٹے علقہ جات بن سکتے ہیں (جس کی وجہ یہ ہے کہ اُذین انقباض ہونے میں ناکام رہ جاتے ہیں)، اور ممکن ہے کہ وائیں جانب کے علقہ جات پھیپھڑوں کے اندر پہنچکر خرد تر شریانچوں (arterioles) کو مسدود کر کے پھیپھڑے کے اندر وہ مقامی نزفات پیدا کر دیں جنھیں ریوی منفعجات (pulmonary infarcts) کہتے ہیں۔ اس طرح شُش کا ایک مخروطی حصہ، جو طولی تراش میں فانہ نما ہوتا ہے اور جس کا قاعدہ شُش کی سطح کی طرف اور راس اندر کی طرف ہوتا ہے، ٹھوس مضبوط (firm) رنگ میں گہرا سرخ اور بے ہوا ہو جاتا ہے۔ اور خردبین کے نیچے اس کے حویصلات ہوائیہ (air-vesicles) سرخ جسیمات دمویہ سے پُر نظر آتے ہیں۔ اس مخروط کا قاعدہ سطح شُش پر گرد و پیش کی حویصلی بافت سے اوپر ابھر آتا ہے، اور تھوڑے عرصہ میں ممکن ہے کہ یہ سطح ابتدائی پلیورائی التہاب کے تغیرات (early pleuritic changes) ظاہر کرنے لگے۔ یہ منفعجات لختہائے زیرین میں عام ترین ہوتے ہیں اور اکثر نیچے والی کور کو بڑی وسعت تک ماؤف کر دیتے ہیں۔ ایسی صورت میں اُن پر مخروطی یا فانہ نما ہونے کا بیان بمشکل اطلاق پذیر ہوتا ہے۔ وہ قطر میں عموماً تقریباً ایک انچ ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات اس سے بہت زیادہ بڑی جسامت تک پہنچ جاتے ہیں۔

ان وریدی اور قلبی علقہ جات کے علاوہ دوسرے اجسام بھی سداوات کا فعل انجام دے سکتے ہیں۔ یعنے بالید کے ذرات' اور شاذ صورتوں میں ایک چھوٹا کیسیتی دودیرہ (hydatid cyst)' لیکن خاصے عام طور پر ریم آفریں دقیق عضویے بھی۔ جب آخر الذکر' تنہا یا علقہ کے ذرات کے ساتھ منتقل ہو کر شش میں پہنچتے ہیں' تو تخرو طی مقعمات جلد ہی پھوڑے بن جاتے ہیں' اور ان کے ساتھ اکثر ہم پہلو یافت کا شعبی ریوی التہاب ہوتا ہے' یا مصلی' مصلی قیحی' یا قیحی التہاب پلیورا (pleurisy)۔

ریوی عروق شعریہ کی **شحم سداویت** (fat embolism) تضرر کا نتیجہ ہوتی ہے' جو چربی کو عروق کے اندر جانے دیتی ہے۔ جراحی تضررات کے سبب سے موت ہو جانے کے بعد پھیپھڑوں کے عروق شعریہ میں چربی کے گلو بچے خرد بین سے نہایت عام طور پر نظر آتے ہیں۔

علامات۔ ریوی شریان اور اس کی بڑی شاخوں کی سداویت (embolism) کے علامات مسدود شدہ عرق کی جسامت اور تسدد کے درجہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ جب تحذی ورید سے نکلا ہوا کوئی بڑا علقہ (thrombus) شریان ریوی یا اس کی بڑی شاخوں میں سے کسی ایک کے اندر محروز ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ موت بالکل ناگہانی ہو جائے۔ ممکن ہے کہ مریض خوف زدہ ہو کر بستر سے چونک کر اٹھ بیٹھے اور پھر مردہ ہو کر ڈھیر ہو جائے' یا زراق (cyanosis) کے ساتھ چند دقیقوں کا بُہر (dyspnoea) ہو' یا اس کے برعکس غشیان (syncope) یا تشنج ہو۔ اگر تسدد و نسبتاً نامکمل ہے تو ممکن ہے کہ حالت غشیان کی ہو' یا غشیان اور اس کے ساتھ اختناق (asphyxia) ہو' یا اس کے ساتھ قشعریرے (rigors)' مختلف شدت کا درد سینہ' اختصاص (suffocation) کا احساس' اور بُہر (dyspnoea) ہو جو بڑھ کر شاید تنفس چین اسٹوکس (Cheyne-Stokes' respiration) ہو جائے اور بالآخر آہستہ ہو کر موقوف ہو جائے۔ چہرے کا رنگ شاحب اور کبود' وداجی وریدیں پھولی ہوئی' اور ہاتھ ٹھنڈے اور چپچپے دار (clammy) ہوتے ہیں۔ استماع (auscultation) کرنے پر اصوات تنفس

درشت (harsh) اور مبالغہ آمیز پائے جاتے ہیں۔ علامات کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے۔ ریوی علقیت (pulmonary thrombosis) میں علامات مائل نوعیت کے ہوتے ہیں؛ لیکن حملہ کا آغاز تدریجی ہوتا ہے؛ گو اس کا سریع ہونا بھی ممکن ہے۔

ایک منعقمہ (infarct) کے وقوع کے علامات بھی مسدود شدہ عرق کی جسامت اور علقہ (thrombus) یا منجمد شدہ ریزے کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ اگر وہ ایک نسبتہً بڑی عرق ہے، تو ممکن ہے کہ علامات متذکرہ بالا علامات سے مشابہ ہوں۔ اگر وہ نسبتہً کم شدت کے ہوں گے۔ منعقمہ (infarct) کافی طور پر بڑا ہو تو سانس پھولی ہوئی (breathlessness)، اختلاج، بلکہ قشعریرہ (rigor) بھی ہو سکتا ہے۔ نسیج کی ساخت کے اندر خون کی وجا بدری (extravasation) اکثر اپنی موجودگی نفث الدم (hæmoptysis) یعنے خون کے تھوکنے سے ظاہر کرتی ہے۔ یہ خون مقدار میں متوسط ہو سکتا ہے، یا چھوٹے چھوٹے جداگانہ دموی تساقات (blood sputa) میں پایا جاتا ہے یا صرف یہ ہوتا ہے کہ مخاطی تساقات خون کے رنگ کے یا زنگ آلود (rusty) ہو جاتے ہیں۔ اگر اس کے ساتھ ہی التہاب پلیورا ہو تو درد پہلو پیدا ہو جائیگا؛ اور اس واقعہ کے بعد ممکن ہے کہ کسی قدر حموی تعامل (febrile reaction) قشعریرہ کے ساتھ یا اس کے بغیر ہو جائے۔ منعقمہ (infarct) صرف اسی وقت جب کہ وہ بہت بڑا ہو، ایک اصمیت کا رقبہ اور اصوات تنفس کا انقطاع (supperssion) پیدا کر دے گا۔ لیکن کچھ تک تک (crepitation) ہونا بھی ممکن ہے۔ اگر کسی قلبی حالت میں ایں میں منعقمہ (infarct) کا شبہ ہو، اصمیت کا کوئی وسیع رقبہ پایا جائے تو یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ احتقان (congestion) اور اذیمائی یا وہ مخلوط حالت جس کو تصلب سرخ (red induration) اور بھورا تصلب (brown induration) کہتے ہیں، مصراعی مرض (valvular disease) کا ایک عام نتیجہ ہوتی ہے، اور اکثر منعقمات (infarcts) کے ساتھ موجود ہوتی ہے۔

عفونی منعقمات (septic infarcts) تقیح الدم (pyæmia) میں کثیر الوقوع ہوتے ہیں اور فی الحقیقت اس مرض کی عاد شکل کے ممیز بعد الممات عثرات ہیں۔ یہ اسکالت (foci) عام طور پر با شکل چھوٹے ہوتے ہیں اور کچھ تکتکہ (crepitation)

کے سوائے کوئی معین طبیعی امارات نہیں پیدا کر سکتے۔ لیکن وہ التہاب پلیوُرا (pleurisy) اور انصباب (effusion) جو اکثر ان کے ساتھ ہوتے ہیں، معمولی امارات ظاہر کرتے ہیں، اور عفونی قسم (septic type) کا محوی تنائل مع قشعریرہ اور بڑھتے ہوئے انبطاح (prostration) کے موجود ہوگا۔

شحم سداویت (fat embolism)، جب کہ یہ کافی مقدار میں موجود ہو، ریوی دورانِ خون کے تسدد کی وجہ سے، صدمۂ جراحیہ (surgical shock) کے اسباب میں سے ایک سبب ہو سکتی ہے۔ اِس کے علامات یہ ہیں:— بہر، انبطاح، سرخ جھاگ دار بُصاق، نبض سریع، زُراق (cyanosis)، اور پھیپھڑوں پر لغطات (râles)۔

تشخیص۔ ریوی سداویت یا علقیت کی تشخیص کا انحصار بہت کچھ سابق الوجود معطیات پر ہوتا ہے، جیسے کہ وریدی علقیت یا عفونت کی معلوم موجودگی، جو ممکن ہے کہ کسی شکمی عملیہ (abdominal operation) کے ساتھ متلازم ہو۔ مرضِ قلب کی موجودگی، ریوی اِنعام (infarction) پر دلالت کر سکتی ہے۔ نفث الدم (hæmoptysis) کے تمام اسباب میں، ریوی تدرن (pulmonary tuberculosis) کے بعد دوسرا اکثیر الوقوع سبب مرضِ قلب ہے۔ اِس حقیقت کا علم ایک محفوظ تشخیص قایم کرنے میں بڑی حد تک ممد ہوتا ہے۔

تجویز۔ مشورہ دیا گیا ہے کہ شکمی عملیات جراحیہ کے بعد، جبکہ التہاب بار یطون (peritonitis) موجود نہ ہو، اور وضع حمل کے بعد، ٹانگوں اور حوض (pelvis) کی حرکت کی، اور دَلک (massage) عمل میں لانے کی اجازت دیدینی چاہیئے، تاکہ خون کا رکود (stagnation)، جس سے علقیت کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، واقع نہ ہونے پائے۔ لیکن اگر یہ یقین ہو کہ علقہ بن چکا ہے تو ان کو بند کر دینا چاہیئے۔ پھیپھڑوں کے اندر رکود کا وقوع (جس سے علقیت پیدا ہو جاتی ہے) روکنے کے لئے، اور شکم سے وریدی خون کی واپسی میں آسانی پیدا کرنے کی غرض سے عمیق تنفس (deep breathing) منتظم طریقہ پر عمل میں لانا چاہیئے۔ اگر مریض سپید پڑ گیا ہو تو جراحی عملیہ سے پہلے نقل الدم (blood transfusion) عمل میں لانا چاہیئے۔—

اسکا زخون سے بچنے کے لئے مریض کو بکثرت پانی پینے دینا چاہیئے۔
علاج - ریوی شریان سے سدادیت زائل کرنے کے لئے اب ایک فوائتی عملیہ (emergency operation) درجۂ کمال کو پہنچایا گیا ہے۔

دروں صدری نوما یہ جات

(INTRA-THORACIC NEOPLASMS)

دروں صدری نوما یہ جات کے عام ترین اسباب شش کا اوّلی سرطان (primary carcinoma) اور پھیپھڑوں، پلیوُرا یا شیمی غدد میں سرطانی (carcinomatous) یا سلعی لحمی (sarcomatous) سرو حاتے (metastases) ہیں جو جسم میں کسی دوسرے مقام کی اوّلی یا لیدوں سے نکل کر واقع ہوں۔ ان کا بیان ذیل میں درج ہے۔ دوسری امراضیاتی حالتیں جو شاذ صورتوں میں اوّلی سرطان شش سے سریریاتی شابہت رکھتی رہی ہیں۔ واسطہ میں تیموسیہ اور درقیہ کی بالیدیں [جن میں دروں صدری عوطر (goitre) بھی شامل ہے] ادمیاست۔ (dermoids) مسخو طی سلعات۔ مرض ہاجکن (Hodgkin's disease)، وسلعی سلعہ لحمیہ (lympho-sarcoma) لمفی سلعہ لحمیہ (mediastinal sarcoma) مری (œsophagus) کا اوّلی سرطان جو شش کے اندر تک پھیل جائے۔ پلیورا میں متعدد غیر خبیث سلعات مثلاً سلعہ لیفیہ (fibroma) وغیرہ اور درحلیہ (endothelioma) اور لحمی سلعہ (sarcoma)۔ شش میں غیر خبیث سلعات بہت شاذ و نادر پائے جاتے ہیں۔ لیکن کیسات (hydatids)، صمغیات (gumma) اور التہابات ان سے غلط ملط ہو سکتے ہیں (60)۔

شش کا اوّلی سرطانی سلعہ

(primary carcinoma of the lung)

بحث اسباب۔ شش کا اوّلی سرطانی سلعہ ہر عمر میں، لیکن اکثر

او قات (۱ ۲ ۲)[1] چالیس اور ستر سال کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں چار گنا زیادہ عام ہے، بدقسمتی سے حال میں چند سال سے اس کے حدوث (incidence) میں زیادتی ہو گئی ہے۔ چونکہ مزمن خراش، سرطانی سلعہ کا ایک مسلّمہ تسبیبی عامل ہے، خراش کے اسباب ڈھونڈے گئے ہیں، مثلاً انفلوئنزا اور حال ہی میں ۱۹۱۸-۱۹ء کی وبائے عظیم کے بعد سرطانی سلعہ کی زیادتی پائی گئی ہے۔ گرد و غبار سے پیدا ہونے والی خراش [جیسے کہ سیکسنی (Saxony) کی کانوں میں] ایک امکان ہے۔ لیکن اگر استنشاق (inhalation) ایک سبب ہے تو بائیں شش کے نسبت دائیں شش کو زیادہ آسانی سے ماؤف ہو جانا چاہیے، کیونکہ دایاں شعبہ نسبتاً بڑا اور زیادہ سیدھا واقع ہوتا ہے۔ لیکن دونوں شش تقریباً مساوی طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔ موٹر گاڑی کی اخراجی گیسوں کا استنشاق، زہریلی حربی گیس، تمباکو پینا اور گرد و راہ امکانی عوامل ہیں (61)۔

180

مرضی تشریح۔ شش کی اولی بالیدیں اپنے مبدا کے لحاظ سے تین گروہوں میں منقسم ہیں:۔ (۱) شعبی سرحلمہ سے نکلنے والی، (۲) شعبی مخاطی غدد سے نکلنے والی (۳) پرم شش سے نکلنے والی۔ پہلے گروہ میں سلعہ بالخصوص ایک بڑے شعبہ میں محدود ہوتا ہے، اور شعبہ مسدود ہو جاتا ہے۔ یہ بالید زیادہ منتشر نہیں پھیلتی، بلکہ ٹوٹ کر تمدد الشعبی (bronchiectatic) کہفے بنا دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ یہ استوانی خلیوں سے بنتی ہے۔ دوسرے گروہ کے ساتھ (اور یہ بھی شعبات کے گرد محدود ہونے کا رجحان رکھتا ہے) بہ افراط مخاطی افراز ہوتا ہے۔ لیکن ان سلعات میں خلیے اس قدر تغیر پذیر ہوتے ہیں کہ یہ جماعت بندی زیادہ مفید نہیں۔ تمام سلعات میں سے نصف سے زائد سلعات "جئی نما خلیوں" والی قسم ("oat cell" type) سے تعلق رکھتے ہیں۔ خلیے اور نواتے، جو زیادہ گہرا رنگ قبول کرتے ہیں،

---

[1] توسین کے اندر خطِ اردو میں درج کئے ہوئے اعداد وہ فی صدی تعدادیں ظاہر کرتے ہیں جو لندن ہسپتال میں ۱۳۹ امتحانات لاش (autopsies) کے تجزیہ سے لی گئی ہیں

بیضوی ہوتے ہیں اور ان کا خلیہ مایہ (cytoplasm) قلیل المقدار ہوتا ہے۔ سرو جات (metastases) لمفاوی غدد کے اندر عام ترین ہوتے ہیں، لیکن وہ دوسرے اعضاء و احشا میں مختلف حد تک واقع ہوتے ہیں۔ دوسری پیچیدگیاں حسب ذیل ہیں:۔ پلیورائی انصباب (pleural effusion) (۲۸) یعنے قیحی (۵، ۶)، دموی (۷)، صامت (۵، ۱۴) ۔ ایک شعبہ کا جزئی یا کامل انسداد (occlusion) (۵، ۹)، شعبی التہاب تمدد الشعب (bronchiectasis)، شعبی ریوی التہاب، ہیولی گنگرین (collapse gangrene)، خراج (۵، ۱۱)، نفاخ، تلیف (fibrosis)، اور ریوی عروق کی علقیت اور ان پر حملہ، تامور (pericardial) پر حملہ (۵، ۴۴)، مری پر حملہ یا دباؤ (۵، ۱۶)، فوقانی ورید اجوف پر حملہ اور اس کا تسدد (۵، ۱۱)، بڑی نظامی وریدوں کی علقیت (۱۷)، جو جوارح بالا اور جوارح زیریں میں یکساں کثرت سے واقع ہوئی۔

علامات۔ کھانسی (۹۹) ابتداءً خشک ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ شدید دوروں کی شکل میں ہو، یا قصبہ یا شعبات پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے "نحاسی" (brassy) ہو۔ وہ گردن کی وریدوں کا عارضی امتلاء پیدا کر سکتی ہے۔ بساق نصف سے زائد اصابتوں میں موجود ہوتا ہے، اور ان میں سے بیشتر میں کسی قدر نفث الدم موجود ہوتا ہے (۳۶)۔ درد (۴۴) شدت میں تغیر پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ قارض (gnawing)، وخزی (stabbing)، جری (dragging) ہو، یا دباؤ یا ورم کھنچنے کا احساس ہو۔ درد عموماً سینہ میں ہوتا ہے، لیکن گردن، شکم، کمر اور جوارح میں بھی محسوس ہو سکتا ہے۔ وہ اکثر ریڑھ کے فقرہ (vertebra) میں سرو جات (metastases) ہو جانے سے یا اعصاب پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتا ہے۔ لاغری (wasting) (۵، ۲) کے ساتھ کسلمندی، کمزوری اور شحوب (pallor) ہو سکتا ہے، لیکن عموماً مریض عدیم الدم (anæmic) نہیں ہوتے۔ ضیق (dyspnœa) (۵، ۰) یا کوتاہی یعنی پھولی ہوئی سانس (breathlessness) کے جو مشقت کرنے یا زور لگانے کے بعد ہو جاتی ہے، اکثر ایک متاخر علامت ہے، تاوقتیکہ پلیورائی انصباب موجود نہ ہو۔ وہ دوروں کی شکل میں ہو سکتا ہے، اور اس کے ساتھ شہیقی صرصرہ (inspiratory stridor) ہو سکتا ہے۔ ایک مریض میں شریانی خون میں CO_2 کا دباؤ بڑھ گیا اور

آکسیجن کی سیر شدگی (oxygen saturation) کم ہو گئی جس سے پتا چلتا ہے کہ شش کے اندر گیسوں کے باہمی تبادلے میں رکاوٹ تھی (۷)۔ ارتفاع حرارت (pyrexia) (۳۹) اکثر سل ریوی کی دائمی تپش (hectic temperature) سے مشابہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ سردی لگنا (chills) اور شبانہ پسینے (night sweats) ہوں (۱۷)۔ خفقان قلب (tachycardia) بلا ارتفاع تپش کے موجود ہو سکتا ہے (۱۹)۔ بعض اوقات سریریاتی طور پر ثانوی جماؤ (secondary deposits) پائے جاتے ہیں (۲۴)۔ اور دوسرے علامات یہ ہیں:۔ زرقاق (cyanosis) (۲۱) جو اکثر اوردۂ متسع (dilated veins) (۵، ۱۹) کے ساتھ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ سر اور گردن، جوارح بالا، صدر اور شکم میں نظر آئیں اور اس وجہ سے اہم ہیں کہ وہ یہ ظاہر کرتے ہیں کہ واسطہ (mediastinum) میں تسدد ہو گیا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون قلب تک اُن تحت الجلد تفمّا ست (anastomoses) کے ذریعہ سے پہنچتا ہے جو بین ضلعی اوردہ (intercostal veins) اور شکمی اوردہ کے درمیان ہوتے ہیں۔ باوجود اس تعویض (compensation) کے وریدی دَوروں میں بہت کچھ رکاوٹ واقع ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، اور جھکنے یا کسی طرح کا زور لگانے پر چہرہ اور بھی زیادہ ممتلی اور ازرق ہو جاتا ہے۔ فوقانی ورید اجوف کے تسدد کی حالت میں سطح پر خون کا بہاؤ بالکل نیچے کی طرف اور تحتانی ورید اجوف کے تسدد میں اوپر کی طرف ہوتا ہے۔ لیکن یہ آخر الذکر حالت درون صدری سلعہ (intrathoracic tumour) سے شاذ ہی پیدا ہوتی ہے، گو کہ خبیث بالیدہ (malignant growth) کا ڈایافرام سے عین اوپر تحتانی ورید اجوف تک پہنچ جانا ممکن ہے۔ اَذیما (۱۸) اکثر ایک متاخر امارت ہوتا ہے جس کے ساتھ زراق اور متسع وریدیں ہوتی ہیں۔ سر، گردن اور ہر دو یا کسی ایک بازو کا آذیما بنایت ممیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سریع الزوال ہو اور محنت کرنے یا زور لگانے، جھکنے یا کھانسنے سے پیدا ہو جائے اور اس کے ساتھ دم گھٹنے کا احساس بھی ہو۔ یہ علامات بھی موجود ہوتے ہیں:۔ حنجری شلل (laryngeal paralysis) (۱۷)؛ عسر البلع (dysphagia) (۱۱)؛ تنفّس (۱۱)؛ انگلیوں کی گرز شکلی

(clubbing of the fingers) (۱۰۵۹ء ۲ غالباً یہ عدد بہت کم ہے)، درد سر اور دوار (vertigo)، حدقات (pupils) کی عدم مساوات اور عصب مشارکی کے ہیجان یا شلل (جو ملاحظہ ہو) کے دوسرے امارات۔ شرائین اکثر ایک سلعہ میں سے اپنا ممر بلا کسی مزاحمت سے دوچار ہوئے جاری رکھتے ہیں۔ بعض اوقات وہ مضغوط ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ محیطی نبض (peripheral pulse) کمزور یا معدوم ہو جاتی ہے۔

طبیعی امارات نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں، اور ان کا انحصار بالیدہ کے محل، توسع اور جسامت پر، اور پیچیدگیوں کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ابتداً وہ صرف ایک شعبہ کے تسدد کے امارات ہوں، جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں، اور ان کے ساتھ اکثر صریر (stridor) ہو۔ جوں جوں سلعہ کی جسامت بڑھتی ہے اور نہ صرف شعبی غدد میں جماؤ (deposits) بلکہ شش کے اندر تک پھیلاؤ ہو جاتا ہے، قرع (percussion) کی آواز میں کمی (impairment) پائی جاتی ہے، بالخصوص سینہ کے سامنے بالائی حصے میں، لیکن یہ کمی راس تک نہیں پہنچتی۔ ممکن ہے کہ اس رقبہ میں شعبی تنفس (bronchial breathing) بڑھا ہوا لمسی صوتی تخفیف، اور شعبہ صوتی (bronchophony) موجود ہو، یا اصوات تنفس، لمس صوتی خفیف (T.V.F.) اور بولنے کی آوازیں (voice sounds) غیر موجود ہوں۔ اگر بالیدہ نیچے کی طرف پھیلتی ہے تو یہی طبیعی امارات ایک قاعدے پر موجود ہو سکتے ہیں۔ مختلف پیچیدگیوں کے طبیعی امارات بھی موجود ہو سکتے ہیں۔

181

تشخیص۔ بعض اصابتیں اپنا ممر بلا کسی صدری علامت کے ختم کر دیتی ہیں۔ اصابتوں کا ایک چھوٹا دماغی گروہ (cerebral group) ثریات (metastases) کی وجہ سے ہوتا ہے اور یہ اصابتیں دماغی سلعہ، التہاب سحایا (meningitis)، التہاب دماغ (encephalitis) وغیرہ سے مشابہ ہوتی ہیں۔ اصابتوں کا دوسرا گروہ نخاعی (spinal group) ہے، جو ممکن ہے کہ التہاب نخاع (myelitis) شوکی بوسیدگی (spinal caries) یا درد کمر (lumbago) کے طور پر تشخیص کر لی جائیں۔ تیسرے گروہ میں حادثی علامات ہوتے ہیں۔ وہ صریر (stridor) جو ایک شعبہ کے

انضغاط سے پیدا ہو جاتا ہے، غلطی سے شعبی التہاب کا خرخرہ (rhonchus) سمجھا جا سکتا ہے۔ اوّل الذکر وقت وقوع اور محل وقوع کے لحاظ سے مستقل یا غیر متغیر ہوتا ہے اور آخر الذکر تغیر پذیر ہوتا ہے اور چند ہی گھنٹوں کے اندر ایک جگہ سے دوسری جگہ بدل جاتا یا کچھ وقفوں میں غائب ہو جاتا ہے۔ اگر سلعہ درون صدری پیچیدگیاں (جیسے کہ ذات الجنب، انصباب (effusion)، تقیح صدر (empyema)، شعبی التہاب (bronchitis)، تمدد الشعب (bronchiectasis)، شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia)) پیدا کر دے اور سلعہ کے ممیز علامات (جیسے کہ امتلاء اوردہ اور اوذیما) غیر موجود ہوں، تو ممکن ہے کہ اس امر کو شناخت کئے بغیر کہ اوّلی سبب مرض سلعہ ہے، ان پیچیدگیوں کی تشخیص کر لی جائے۔ سِل ریوی اور استرواح الصدر سے بھی تفریق کرنی چاہئے۔ بزل (paracentesis) کے بعد ایک سریع التکس عقیم پلیورائی انصباب واقع ہونا سرطان کی دلالت ہے، بالخصوص اگر یہ انصباب خون آلود ہو، اگرچہ یہ بیان کر دینا ضروری ہے کہ خون آلود انصباب کا عام ترین سبب تدرّن ہے۔ خلویاتی امتحان (cytological examination) سے عموماً کوئی مدد نہیں ملتی۔ اس کے برعکس اگر ایک ادھیڑ عمر والے مریض میں ستیال کے امارات موجود ہوں لیکن سینہ کا استقصاء (exploration) کرنے پر کوئی سیال نہ ملے تو سلعہ کا شبہ کیا جا سکتا ہے۔ سرطان شُش آنوریسما ئے اورطی (aortic aneuryam) کے ساتھ آسانی خلط ملط کیا جا سکتا ہے۔ انورسما کے مشہور و معروف طبیعی امارات کے علاوہ بیشتر اصابتوں میں لاشعاعی امتحان تفریقی تشخیص کا نہایت یقینی ذریعہ پیش کرتا ہے۔ انورسما ایک صاف اور واضح کور رکھتا ہے، اور ایک تمدد پذیر نبضان (expansile pulsation) ظاہر کرتا ہے۔ لیکن کسی ایسے سلعہ سے بھی جو اورطی کے ساتھ منضم ہو نبضان (pulsation) پیدا ہو سکتا ہے۔ ایک بےقاعدہ طور پر دررزش کرنے والے نوابیہ (infiltrating neoplasm) کی چھاؤں بتدریج خود کو اردگرد کے شُش میں غرق کر دیتی ہے، اور اس کی اصلی کور بالکل نظر نہیں آتی۔ لپایوڈال (lipiodol) کے استعمال کے بعد امتحان کرنے سے ممکن ہے کہ ایک شعبہ کا تدد نظر آئے۔ شعبہ بینی (bronchoscopy) نہایت ہی مقرّب ہے۔ نسیجیاتی امتحان کے ذریعہ تشخیص کرنے کے لئے بالیدہ کا ایک ٹکڑا

الگ کیا جاتا ہے ۔ اگر تشخیص کا اتساع کیا جائے اور محبوس افرازات کو نکلنے دیا جائے تو عارضی طور پر تسکین ہوجاتی ہے ۔ لاشعاعی امتحان، جو کہ استرواح الصدر انجام دیئے اور اگر کوئی انصباب موجود ہو تو اس کو دور کرنے کے بعد انجام دیا جاتا ہے پلیورائی بالیدوں کو تشخیص کرنے کے لئے نہایت ہی مفید ہے جیدروجنی (...)۔

علاج ۔ جب شعبہ بینی کے ذریعہ بالیدہ تک رسائی ہوسکتی ہو تو علاج میں ایک انقلاب عظیم پیدا ہوجاتا ہے، کیونکہ باقاعدہ وقفوں پر ریڈان کے نول مدفون کئے جاسکتے ہیں ۔ تختہ برآری کا عملیہ بھی استعمال کیا جاتا ہے ۔

پھیپھڑوں میں ثانوی مطروحات

(secondary deposits in the lungs)

علامات ۔ جب شُش بالیدہ کی کثیر التعداد گرہکوں کا کل وقوع ہو، جو کہ اندر بے قاعدہ طور پر پھیلی ہوئی ہوں، تو مریض کو کم از کم ابتداءً کوئی تکلیف نہیں ہوتی اور تاوقتیکہ ایک شعبہ پر دباؤ نہ پڑے کوئی طبیعی امارات انہیں نمودار ہوتے ۔ آخری درجہ میں بہر (dyspnœa)، تیز تنفس، کبودرنگ (lividity) متواتر کھانسی اور تخاطی نفث ہوگا ۔ اور استماع کرنے پر سارے سینہ پر کثیر التعداد خرخرات (rhonchi) اور لغلغات (râles) سنائی دیتے ہیں ۔ یہ حالت مُوخشنی تدرن (miliary tuberculosis) سے کسی قدر مشابہت رکھتی ہے لیکن ممکن ہے کہ تپش طبیعی درجہ کی ہو۔ جب پلیورا ماؤف ہوتا ہے تو عموماً ایک انصباب (effusion) ہوتا ہے جس میں خون اور خبیث خلیات (malignant cells) موجود ہوسکتے ہیں ۔

تشخیص ۔ جب دوسرے احشاء میں بالیدہ کی موجودگی معلوم ہو یا جب سرطان پستان یا سرطان فک بذریعہ عملیہ نکال کر خارج کر دیا گیا ہے تو ایسی حالت میں ناقابل توجیہہ بہر کے وقوع سے ہمیں پھیپھڑے کے اندر بالیدہ واقع ہونے کا خیال آجانا چاہئے ۔ اور ان اصابتوں میں کہ جن میں ریوی علامات نہایت نمایاں ہوں گردن میں سخت غدد یا خصیہ میں سلعہ کی موجودگی سے یا فقرات کی اذیت سے پیدا شدہ شوکی استواری سے بعض اوقات ضروری نتیجہ نکل جاتا ہے ۔ ابتدائی

182

اصابتوں میں ممکن ہے کہ لاشعاعوں سے پھیپھڑوں میں متمیز گول عتمات (opacities) نظر آئیں۔

انداز بُرا ہوتا ہے اور اس حالت کی مدت ایک سال سے زائد ہونے کا امکان نہیں۔

علاج کا منشا یہ ہے کہ درد اور کھانسی میں تخفیف ہو اور نیند آ جائے۔ عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) یا لیدکی عارضی تخفیف (recession) اور ششوں کا دوبارہ پھیلاؤ واقع کرتا ہے (62) یا ریڈیم (radium) کو جسیم متادوں میں استعمال کیا جا سکتا ہے۔ بالیدہ کے ساتھ کے سیّال انصباب کو مِمص (aspirator) کے ذریعہ نکال دینا چاہئے، لیکن اغلب ہے کہ وہ جلد ہی پھر پیدا ہو جائے گا۔

ذات الجنب اور تقیح صدر

(PLEURISY AND EMPYEMA)

ذات الجنب یعنی غشائے پلیورائی کے التہاب کے خاص مظاہر یا تو سطح پلیورائی پر تکوین "لیف" (خشک ذات الجنب: dry pleurisy) یا مصلی سیّال کا ارتشاح (انصبابی ذات الجنب: pleurisy with effusion) یا پیداِ تشش ریم (تقیح صدر: empyema) ہیں۔

بحث اسباب۔ کثیر التعداد اصابتوں میں خشک ذات الجنب یا انصبابی ذات الجنب کا آغاز بہ ظاہر تندرست اشخاص میں نامحسوس طور پر ہوتا ہے اور اکثر سردی کے تکشّف سے منسوب کیا جاتا ہے۔ ایسی اصابتوں کا ایک بڑا تناسب شائد ۵ فی صدی اصابتیں بلا شبہ اپنے مبدا میں تدرنی (tuberculous) ہوتی ہیں۔ بہت سے مریضوں میں تدرن کی سرگذشت ملتی ہے، یا بالآخر سل ریوی یا دوسرے تدرنی عوارضات کے باعث ہلاکت واقع ہو جاتی ہے۔ نیز بہت سی مثالوں میں سیال کو جانوروں میں تطعیم کرنے سے تدرن پیدا ہو جاتا ہے۔ ذات الجنب کی ایسی اصابتیں اپنے عمر میں مزمن ہوتی ہیں۔

پلیورا اکثر ایک زیادہ حاد قسم کے التہاب کا مورد ہے، جو بالآخر تقیح صدر

پیدا کر دیتا ہے۔ اور یہ دوسری بہت سی سرایتوں، بالخصوص نبقی ریوی سرایتوں اور قرمزیہ، کھسرا، رثیتی بخار، عفونۃ الدم اور انفلوئنزا کی سرایتوں کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ذات الجنب مرضِ برائٹ (Bright's disease) کی بھی ایک کثیر الوقوع پیچیدگی ہے۔ بعض اصابتوں میں سرایت نسبتہً زیادہ براہ راست طور پر مقامی ہوتی ہے، مثلاً اُس وقت جب کہ شکستہ (fractured) پسلیوں سے پلیورا زخمی ہو جائے، یا جب (۱) سرایات شش [مثلاً ذات الریہ تقیح الدمی خراجات (pyaemic abscesses)، سلِ تدرن، یا نزفی مفنات (hæmorrhagic infarets)] یا (۲) جداری سرایات [جیسے کہ بغل، پستان، گردان یا کبیدہ شکم کے خراجات] کی توسیع پلیورائی سطح پر ہو جائے۔

ذات الجنب، التہاب تامور اور التہاب باریطون یہ سب یک وقت ایک ہی سرایت سے واقع ہو سکتے ہیں، جو حاد اصابتوں میں رثیتی، عفونی (septic)، یا نبقی ریوی اور مزمن اصابتوں میں اکثر تدرنی ہوتی ہے۔ اس کو خبیث التہاب اغشیہ مصلیہ (polyorrhomenitis) یا عام التہاب اغشیہ مصلیہ (polyserositis) کہتے ہیں۔

ذات الجنب کے مختلف اقسام میں حسب ذیل دقیق عضویے پائے جاتے ہیں:۔ نبقہ ریویہ، نبقہ سبحیہ، نبقہ عنبیہ، عصیّۂ تدرن اور عصیہ مجرقیہ نسبتہً شاذ صورتوں میں فریڈ لینڈر کا عصیّہ، عمومی عصیہ قولونی، عصیہ ڈفتھیریا، عصیہ انفلوئنزی اور خرد نبقہ جھاڑا۔ ان کا امتزاج ہو سکتا ہے، مثلاً نبقہ ریوی یا درنی عصیہ کا سبحی نبقات یا عنبی نبقات کے ساتھ۔ ان میں سے آخری عموماً تنہا نہیں پائے جاتے۔ تدرن کے عقیم مصلی فائبرینی انصبابات میں درنی عصیے مفقود ہوتے ہیں۔ تدرن کے ریمی انصبابات بھی اکثر معمولی کاشت کرنے پر عقیم ثابت ہوتے ہیں، اور گنی پگ میں تلقیم کئے بغیر ان میں درنی عصیات شاذ و نادر ملتے ہیں۔ بچوں کے ریمی انصبابات میں نبقات ریوی بیشتر پائے جاتے ہیں (۹۰ فی صدی)، اور بالغوں کے ریمی انصبابات میں سبحی نبقات زیادہ عام ہوتے ہیں (۷۵ فی صدی)۔

مرضی تشریح۔ خشک ذات الجنب (dry pleurisy)۔ پہلا درجہ

پلیورا کے عروق کے اِتساع (dilatation) کا ہے، جس کے بعد جلد ہی سیال کا ارتشاح اور چند سفید جسیمات کی مہاجرت واقع ہوتی ہے۔ یہ سیال مروب ہو جاتا ہے، اور اس سے سفید جسیمات اور فائبرین کا آمیزہ پیدا ہو کر (جسے اکثر سرسری طور پر لمف کہتے ہیں) آزاد سطح پر مطروح ہو جاتا ہے۔ غشا ابتداءً دقیق طور پر مُشرب (injected) ہوتی ہے، اور نہایت جلد ہی اُس کی قدرتی طور پر چمکنے والی سطح فائبرین کی وجہ سے ماند پڑ جاتی ہے، اور فائبرین کو ایک نہایت نازک جھلی کی صورت میں جدا کیا جا سکتا ہے۔ اگر ارتشاح شدہ مادہ زیادہ افراط کے ساتھ ہو تو وہ سخت یا لیپی جیسی دبیز تہیں بنا دیتا ہے، جو سطح پر عموماً کھردری، یا خملی (villous)، یا جالدار ہوتی ہیں۔

183 انصبابی ذات الجنب (pleurisy with effusion)۔ اس حالت میں خشک ذات الجنب میں "لمف" پیدا ہو جانے کے بعد جلد ہی ایک مصلی یا مصلی فائبرینی سیال کا ارتشاح واقع ہوتا ہے، یا اگر یہ عمل زیادہ مزمن ہو تو بلا لمف کی سابقہ تکوین کے ایک مصلی سیال کا ارتشاح واقع ہو جاتا ہے۔ یہ سیال کہفۂ پلیورائی کے اندر ۲ یا ۳ پائنٹ تک یا زائد مقدار میں جمع ہو سکتا ہے۔ اس کا رنگ زرد یا سبزی مائل زرد، اور کثافتِ نوعی ۱.۰۰۵ تا ۱.۰۳۰، اور اکثر ۱.۰۱۵ تا ۱.۰۱۸ ہوتی ہے۔ اس میں جو البیومن موجود ہوتا ہے اُس کی وجہ سے یہ اُبالنے پر تقریباً ٹھوس ہو جاتا ہے۔ یہ شاذ نہیں کہ اس میں فائبرین کے چپکنے والے (flakes) موجود ہوں، یا تھوڑے ہی عرصہ میں کچھ مقدار مطروح ہو جائے۔ یہ سیال بالکل صاف ہوتا ہے، یا جسیمات کی موجودگی کے باعث دودھیا (opalescent) یا گدلا۔ حاد اصابتوں میں ایوسین پسند (eosinophil) یا کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) خلیوں کا غلبہ ہوتا ہے، اور زیادہ مزمن اصابتوں میں خلیے نسبتہً تھوڑے ہوتے ہیں اور وہ لمف خلیے ہوتے ہیں۔ حاد اصابتوں میں ممکن ہے کہ خلیوں کی مقدار اتنی کافی ہو کر سیال کو نکالنے کے بعد وہ اُس کی تہ میں ایک دبیز تہ بنا دیں، اور اس کے اور گاڑھی پیپ کے بننے کے درمیان تمام مدارج پائے جا سکتے ہیں۔ بعض اوقات یہ سیال کم و بیش خون کی جھلک رکھتا ہے، اور یہ خون اُن نوساختہ عروق سے ماخوذ ہوتا ہے جو تعضی پذیر لمف (organising lymph)

میں پائے جاتے ہیں۔

یہ انصباب سیال ذات الجنب کے نتائج میں سے اہم ترین نتیجہ ہے۔ چونکہ وہ کہفۂ پلیورا کے اندر مقید رہتا ہے لہذا وہ لازمی طور پر شُش کو ڈایافرام اور دیوار سینہ کی مجاورت سے ہٹا دیتا ہے، اور سیال کا انصباب جس قدر زیادہ ہوتا ہے شُش اُسی قدر زیادہ مضغوط ہوجاتا ہے۔ یہ انضغاط سیال کے دباؤ سے نہیں بلکہ شُش کی لچک کی وجہ سے واقع ہوتا ہے، جو قدرتاً اُس کی بازکشید گی (retraction) میں ممد ہوتی ہے۔ یہاں تک کہ یہ حالت پائی جانی ممکن ہے کہ سینہ کے اندر سیال کی بڑی مقدار موجود ہونے کے باوجود دباؤ پھر بھی منفی ہو لیکن گو صورت حالات ایسی ہوتی ہے، تاہم ممکن ہے کہ وہ اب بھی مقابل جانب کے پلیورا کے دباؤ کی نسبت زیادہ ہو، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب تندرست جانب کے طرف ہٹ جاتا ہے۔ لیکن بعض اصابتوں میں سیال کا دباؤ کرۂ ہوائی کے دباؤ کی نسبت زائد ہونا ممکن ہے، بالخصوص اُس وقت جب کہ سیال ریمی ہو، اور ایسی صورت میں وہ قلب اور واسط (mediastinum) کو اپنی جگہ سے ہٹا دینے کے علاوہ، دیوار صدر کو باہر کے طرف اُبھار دیتا، بین الاضلاع فضاؤں کو پھیلا دیتا، اور ڈایافرام کو معہ زیر افتادہ جگر یا طحال کے نیچے کو دھکیل دیتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں ممکن ہے کہ بڑے عروق پر دباؤ پڑے اور وہ تنگ ہوجائیں (Elliot Smith)۔

دوسرے التہابی اعمال کی طرح ذات الجنب بھی پلیورا کی دونوں سطحوں کو ڈھانکنے والی فائبرین کے تعضی (organisation) یعنے عروق دمویہ اور لیفی بافت کی تکوین سے مندمل ہوجاتی ہے۔ اگر انصباب موجود ہو تو وہ ہفتوں یا دنوں کے دوران میں جذب ہوجاتا ہے، اور شُش اور دیوار سینہ، یا تو اول الذکر کے پھیل جانے یا آخرالذکر کے بتدریج بیٹھ جانے، یا ان دونوں اعمال کے ممزوج ہونے سے، بالآخر باہم متماس ہوجاتے ہیں۔ خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ سالہا سال بعد میں اِس کی کوئی شہادت نہ ملے کہ کبھی کوئی التہاب ہوا بھی تھا۔ لیکن اِس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ شُش پر کا پلیورا دبازت کا ایک قطعہ (a patch of thickening) ظاہر کرے، وہ رنگ میں سپید ہو، اور اُس کی سطح چکنی اور چمکدار ہو۔

اکثر اوقات تعفنی کے دوران میں جداری اور حشوی پلیورا متماس رہتے ہیں' جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ لیفی ساخت کے ذریعہ باہم جڑجاتے ہیں' جسے انضمام (adhesion) یا چپکی کہتے ہیں۔ ایسے انضمامات یا چپکیاں عموماً پھیپھڑوں کے لختوں کے درمیان واقع ہوجاتی ہیں۔ بوڑھے آدمیوں میں سے مرنے والوں کی ایک بڑی غالب تعداد کیفیت سابق الوجود پلیورائی التہاب کے علامات ظاہر کرتی ہے۔ شدید اصابتوں میں پلیورا بہت دبازت یافتہ ہوسکتا ہے' اور ممکن ہے کہ لیفی ساخت شش پر حملہ آور ہوکر لیفی شش (fibroid lung) پیدا کردے۔

تقیح الصدر۔ تقیح الصدر یا ریمی ذات الجنب کو پیدا کرنے والے عضویات پہلے بیان کیے جاچکے ہیں۔ تقیح الصدر اولی ہوسکتا ہے اس معنی میں کہ یہ پہلا یا واحد التہاب ہوتا ہے جو کہ جسم میں کسی راستہ سے عضویہ کے داخل ہوجانے سے پیدا ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے وہ قرب و جوار کے مرض کے ساتھ وابستہ ہو' مثلاً ذات الریہ' شکستہ پسلی' یا ریوی خراج کے ساتھ۔ اور آخر وہ جسم کے کسی دوسری جگہ کے مرض سے منتقل شدہ (metastatic) ہوسکتا ہے' مثلاً تقیح الدم (pyæmia) سے۔ تقیح الصدر' کسی دوسری جگہ کے پھوڑے کی مانند' ہمیشہ ایک صاف سیال سے' یا سفید خلیات اور فائبرین (fibrin) کے گالوں سے خفیف طور پر مکدر شدہ سیال سے شروع ہوتا ہے۔ اس درجہ کی مدت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ طویل ہوتی ہے مثلاً' سو وقت جب کہ ایک درنی التہاب پلیورا ریمی ہو جائے (جو کہ ایک نہایت ہی شاذ واقعہ ہے)۔ نیمی ریوی تقیح الصدر میں تقیح ہونے میں اس سے کم دیر لگتی ہے۔ جب تقیح الصدر ذات الریہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے' تو عام طور پر تقیح بالعموم انحلال (resolution) کے دوران میں یا اس کے بعد واقع ہوتا ہے' جس سے ایک ما بعد ذات الریوی تقیح الصدر (meta-pneumonic empyema) ظہور میں آتا ہے۔ اس صورت میں ذات الریہ اولی اور پلیورا پر حملہ ثانوی ہوتا ہے۔ جب تقیح الصدر خون پاش نبقہ سبحیہ کی وجہ سے پیدا ہو تو تقیح میں تاخیر ہوجاتی ہے یا تقیح بہت سرعت کے ساتھ واقع ہوتا ہے' لہٰذا نبقی سبحی ذات الریہ میں تقیح الصدر بھی ہمزماں طور پر موجود ہوتا ہے' یعنے یہ ہمذات الریوی (syn-pneumonic) ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں پہلی

184

مرتبہ ہی جب کہ پلیورائی انصباب کا شبہ کیا جاتا ہے ریم پائی جاتی ہے ۔

بعض اوقات ایک تقیح الصدر تاچۂ پلیورائی (pleural sac) میں سے نکل کر یا تو شش میں سوراخ کر دیتا ہے (جس سے پیپ کا نفث ہوتا ہے) یا ایک بین الاضلاع فضا میں (جو اکثر پانچویں فضا ہوتی ہے) منہ کر کے ("pointing") خود بخود پھوٹ جاتا ہے ۔ دونوں صورتوں میں ممکن ہے کہ ہوا کیفۂ پلیورا کے اندر داخل ہو کر دبیلہ استرواح الصدر (pyo-pneumo-thorax) پیدا کر دے ۔ شاذ و نادر اوقاتوں میں ایک تقیح الصدر ڈایافرام کے آرپار یا اُس کے پیچھے سے ہو کر کیفۂ شکم میں کھل سکتا ہے ۔ لیکن اگر غیر مشخص یا بلا علاج کے رہ جائے تو وہ عرصۂ دراز تک بلاسوراخ کئے بدستور رہ سکتا ہے ۔ اس سے ایک ناکمل جذب واقع ہو کر مریض کی حالت ضعفی (cachectic) ہو جاتی ہے اور احشاء کے چربیئی (lardaceous) انحطاط کے وقوع کے لئے راستہ تیار ہو جاتا ہے ۔

مصلی اور ریمی ہر دو انصبابات میں، پھیپھڑوں اور جدار کے درمیان التصاقات یا چپکیوں کے پیدا ہونے سے کیفہ کبھی کبھی جدا جدا فضاؤں میں منقسم ہو جاتا ہے ۔ ایسی توئیں سیال کو خانہ بند (loculated) کہتے ہیں ۔ اگر ایسے مریض کا علاج جراحی طریقہ سے کیا جائے تو یہ حالت اہمیت رکھتی ہے ۔

علامات اور طبیعی امارات ۔ خشک ذات الجنب (dry pleurisy)۔ ذات الجنب کے آغاز کی ممیز خصوصیت شدید درد ہے، جو سانس لینے کے عمل سے پیدا ہوتا یا زیادہ ہو جاتا ہے ۔ یہ درد عموماً پہلوئے سینہ میں نیچے کے مقام پر ہوتا ہے، لیکن کہیں بھی ہو سکتا ہے کیونکہ اُس کا انحصار التہاب کی جائے وقوع پر ہوتا ہے ۔ وہ ایسا ہوتا ہے جیسے کہ کوئی کاٹ یا پھاڑ رہا ہو (cutting or tearing) اور نہ صرف سانس لینے سے بلکہ کھانسنے، چھینکنے اور ہر قسم کی مشقت کرنے یا زور لگانے سے زیادہ شدید ہو جاتا ہے ۔ مریض عموماً اپنی پشت کے بل یا تندرست جانب پر لیٹا رہتا ہے ۔ حاد ذات الجنب جاڑے کے ساتھ شروع ہو سکتا ہے اور ذرا زیادہ تر کسیقدر ارتفاع حرارت (pyrexia) ہوتا ہے، جس میں ممکن ہے کہ تپش ۱۰۳ درجہ تک پہنچ جائے، لیکن یہ اکثر ۱۰۱ یا ۱۰۲ درجہ رہتی ہے ۔ اس کے ساتھ دوسرے معمولی

متلازمات (accompaniments) ہوتے ہیں' یعنے فرو ارزبان' عدم اشتہا' اور کسلمندی (malaise)۔

سینہ کا امتحان کرنے پر ماؤف جانب پر حرکت کی کچھ کمی' اور درد کے مقام پر حویصلی خریر (vesicular murmur) کی قلت مشاہدہ میں آتی ہے۔ لیکن ممیز طبیعی امارت ذات الجنبی رگڑ (pleuritic rub) یا صوتِ فرکی (friction sound) ہے۔ یہ ان دو پلیورائی سطحوں کے' جو ارتشاح (exudation) کی وجہ سے کھردری ہو گئی ہیں' ایک دوسرے پر حرکت کرنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ آواز فرک کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ حاد اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ رگڑ سختی کے ساتھ محدود مقام رکھتی ہو اور بآسانی نظر انداز ہو جائے۔ بلکہ اگر مریض شدید درد کے باعث وہ شہیقی (inspiratory) حرکت عمل میں نہ لا سکے جو اس کی پیدائش کے لئے ضروری ہے' تو یہ غیر موجود بھی ہو سکتی ہے۔ مزمن اصابتوں میں فرک اتنی زیادہ ہو سکتی ہے کہ وہ سینہ پر رکھے ہوئے ہاتھ سے محسوس ہو سکتی ہے' وہ سماع الصدر (stethoscope) سے سُنی بھی جا سکتی ہے' اور بالکل بلا درد ہوتی ہے۔

وہ ذات الجنب جس کے ساتھ انصباب ہو اور تقیح الصدر

جب سیال کا انصباب ہو جاتا ہے تو پلیورا کی دونوں سطحیں ایک دوسرے سے علیحدہ ہو جاتی ہیں' صوتِ فرکی غائب ہو جاتی ہے' درد کم ہو جاتا ہے' اور ایسے علامات اور طبیعی امارات واقع ہوتے ہیں جو سیال کی موجودگی کا' یا سیال جن مختلف اعضاء پر اثر انداز ہوتا ہے اُن کے مضغوط ہونے یا جگہ سے ہٹ جانے کا' راست نتیجہ ہوتے ہیں۔ خاص علامت سانس کا پھول جانا ہے جو مشقت کرنے یا زور لگانے پر خاص طور سے ہوتا ہے' اور یہ بُہر (dyspnœa) انصباب شدہ سیال کی مقدار کے تناسب سے ہوتا ہے۔ مریض اپنی پیٹھ کے بل یا ماؤف جانب کی کروٹ پر لیٹا رہتا ہے' تاکہ تندرست جانب کو سب سے زیادہ آزادی حاصل ہو۔ ممکن ہے کہ اُسے کھانسی بالکل نہ ہو' یا خفیف کھانسی بلا نفث کے ہو۔ ذات الجنبی انصباب میں آنکھ کی پتلیاں کبھی کبھی غیر مساوی ہوتی ہیں' اور ماؤف جانب کی پتلی نسبتاً زیادہ چوڑی ہوتی ہے۔

جیسا کہ دوسری التہابی حالتوں میں ہوتا ہے، تپش اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ مثلاً تدرنی ذات الجنب میں وہ نہایت ہی بلند ہو سکتی ہے جو کہ شاید تاخچہ کے غدود میں فعال مرض کی طرف اشارہ ہے۔ لیکن عام طور پر ستقیحی تپش صرف ۱۰۰ یا ۱۰۱ درجہ سنٹی گریڈ تک مرتفع ہوتی ہے۔ تقیح الصدر میں بھی، خواہ یہ سبحی تقیحی ہو یا غبی تقیحی تپش اختلاف پذیر ہوتی ہے، لیکن بالعموم وہ بلند اور متوقف یا متفرق ہوتی ہے، اور بسا اوقات اُس کے ساتھ قشعریرات ہوتے ہیں، اور مریض کی طبیعت نہایت ہی خراب ہوتی ہے اور اس کو خراب محسوس ہوتی ہے، جیسا کہ دوسرے حاد بخاروں میں ہوتا ہے۔

چونکہ سیال تجاذب (gravitation) کے اثر سے سینہ کے سب سے نیچے کے حصے میں جمع ہوتا ہے، لہذا نیچے قاعدہ پر مطلق اصمیت (dulness) ہوتی ہے۔ لیکن حویصلی خریر (vesicular murmur) صوتی گمک (vocal resonance)' اور لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) بہت کمزور یا بالکل غائب ہو جاتے ہیں۔ کثیر المقدار سیال ہو تو حسب ذیل طبیعی امارات مشاہدہ میں آتے ہیں :۔ معائنہ کرنے پر سینہ کی ماؤف جانب بے حرکت ہوتی ہے۔ قلب اپنی طبیعی وضع سے ہٹا ہوا ہوتا ہے : اگر انصباب دائیں جانب ہو تو صدمہ القلب (impulse of heart) بائیں بغلی کے نیچے یا اُس سے باہر کی جانب محسوس ہو سکتا ہے۔ اگر انصباب بائیں جانب ہو تو صدمہ القلب اکثر عظم القص (sternum) کے دائیں طرف کی بین الاضلاع فضاؤں میں، عموماً تیسری، چوتھی، اور پانچویں فضاؤں میں، بلکہ دائیں بغلی کے پاس تک، اور شاذ شاذوں میں اُس سے بھی باہر تک محسوس ہوتا ہے۔ صاف انصباب رکھنے والی اصابتوں میں ماؤف جانب پر سینہ کا محیط زیادہ نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ وہ کم ہو جائے۔ لیکن تقیح الصدر میں ممکن ہے کہ وہ زیادہ ہو جائے اور بین الاضلاع فضائیں پسلیوں کے لیول سے نیچے تک پست ہونے کے بجائے بڑ دیا مطموس (؟) ہو جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ دیوار سینہ کا کسی قدر اذیما یا تہیج ہو۔ طحال یا جگر ہٹ کر نیچے آ سکتے ہیں۔ قرع کرنے پر سامنے، بغل میں، اور پیچھے اصمیت پائی جاتی ہے جو مقابل جانب کی اس اصمیت کے ساتھ مسلسل ہو جاتی ہے جو

185

اپنی جگہ سے ہٹتے ہوئے قلب کے ساتھ متناظر ہوتی ہے۔ ساتھ ہی سینہ کی مقابل جانب پر بھی گمگ متاثر ہو جاتی ہے۔ چنانچہ مخصوص قِن کا ایک مثلث رقبہ ایسا پایا جاتا ہے جس کا راس عظم الکتف (scapula) کے زاویہ کے لیول کے قریب ریڑھ کے پاس ہوتا ہے اور قاعدہ ریڑھ سے لے کر شُش کے زیریں کنارے کے برابر برابر ۲ تا ۳ انچ پھیلتا ہے (گروکو کا نزد فقری مثلث: Grocco's paravertebral triangle)۔ اس کی توجیہ حسب ذیل ہے :۔ طبعی طور پر شُش کے مرکزی حصے کا پھیلنا (expansion) صرف اسی طرح سے ممکن ہوتا ہے کہ واسطِ مؤخر کا تناؤ زیادہ رہے، جو اسے حبس جانے سے روکے رکھے۔ تناؤ کی یہ زیادتی مقابل جانب کے ڈائفرام کے عمل کی وجہ سے ہوتی ہے۔ جب یہ کم ہو جیسا کہ پلیورائی انصباب میں ہوتا ہے تو واسط ہر شہیق (inspiration) کے ساتھ ڈھیلا پڑ جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غیر ماؤف جانب کے شُش کے مرکزی حصہ کو نسبتہً کم ہوا پہنچتی ہے اور قرعی سُر (percussion note) کم ہو جاتا ہے۔ جب سیال اسقدر ہو کہ وہ صرف سینہ کی دو ثلث بلندی تک پہنچے تو ترقوہ کے نیچے، اور اصمیت کے لیول سے اوپر قرعی سُر کی وہ خاص ترمیم سنائی دے سکتی ہے، جس کا نام اسکوڈائی گمگ (Skodaic resonance) ہے، جو شُش کے ارتخاء (relaxation) کی وجہ سے ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 123)۔ استماع کرنے پر اصم رقبے (dull area) پر اصوات تنفس، صوتی گمگ، اور لمسی ارتعاش کی کمی یا غیر موجودگی پائی جاتی ہے۔ سیال کے بالائی لیول پر جہاں شُش ڈھیلا پڑ جاتا ہے، شعبی تنفس (bronchial breathing) یا تعویضی تنفس (compensatory breathing) سنا جا سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ شعبہ صوتی (bronchophony) یا بُزِ صوتی (ægophony) موجود ہو۔ مقابل جانب پر اصوات تنفس مبالغہ کے ساتھ ہوتے ہیں، لیکن وہ مثلث گریکو پر کم ہو جاتے ہیں۔ انتہائی اماتوں میں جہاں شُش پچک کر ٹھوس ہو جاتا ہے، اصوات تنفس غائب ہونے کے بجائے بلند شعبی تنفس (loud bronchial breathing) موجود ہو سکتا ہے۔ جہاں احشاء کی غیر وضعیت (displacement) زیادہ ہو وہاں ممکن ہے کہ تنفسی افعال کا اختلال بالآخر مہلک ثابت ہو جائے۔ مریض زیادہ تر

کبود (livid) ہو جاتا ہے، خرخرات (rhonchi) اور مخاطی لغطات (mucus râles) اُس کشش میں سنائی دینے لگتے ہیں جو اب تک تندرست تھا، اور اختناق (asphyxia) طاری ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات ناگہانی غشیان (syncope) ہو جاتا ہے، جس کی معقول توجیہ یہ ہو سکتی ہے کہ قلب اور بڑے عروق پر دباؤ پڑتا ہے۔

نوعمر بچوں کی حالت میں قرع کرنے پر جو اصمیت ہوتی ہے وہ مطلق نہیں ہوتی، اور ممکن ہے کہ سارے اصم رقبہ پر شعبی تنفس سنائی دے، اور اس سے یہ گمان پیدا ہو جائے کہ شش ٹھوس ہے۔ ایسی حالت میں قلب کی غیر وضعیت (displacement) سے مدد مل سکتی ہے۔

نہایت شاذ و نادر حالتوں میں قلب (یا شاید اورطی) کا نبضان (pulsation) ایک پلیورائی انصباب تک منتقل ہو جاتا ہے۔ یہ انتقال ایک صدمہ یا موج کے طور پر ایک بڑے معلی اجتماع تک ہوتا ہے یا ایک نسبتاً زیادہ محدود المقام شاید مرئی نبضان کے طور پر ایک ایسے تقیح صدر تک جو دیوار سینہ کے آر پار متفذ کر رہا ہو۔ اسے نابض ذات الجنب (pulsating pleurisy) یا نابض تقیح صدر (pulsating empyema) کہتے ہیں۔

بین لختی ذات الجنب (interlobar pleurisy) کے ابتدائی درجوں میں ممکن ہے درد، کھانسی، اور دقتِ تنفس موجود ہوں مگر کوئی ممیز امارت نہیں ہوتی۔ جب مایع جمع ہو کر دیا ایک اونس کی حد تک پہنچ جائے تو ممکن ہے کہ قرع کرنے سے سینہ کے وسطی منطقہ میں ایک اصم سُر (dull note) اور ساتھ ہی اس سے اوپر اور نیچے گمک ملے، اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ لغطات (râles) موجود ہوں۔ بین لختی ذات الجنب کی ایک کثیر الوقوع علامت نفث الدم (hæmoptysis) ہے (Dieulafoy) اور اگر سیال ریمی ہے، جیسا کہ وہ اکثر ہوتا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ ایک شعبہ کے اندر وا ہو جائے اور کھانسی کے ذریعہ خالی ہو کر خود اچھا ہو جائے، اگرچہ کبھی کبھی ایک صبوبی کہفہ (discharging cavity) مہینوں اور برسوں تک باقی رہتا ہے۔

ڈائفرامی ذات الجنب (diaphragmatic pleurisy) ہیں اختیار

شش اور ڈائفرام کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ مقدار میں وہ عموماً وافر نہیں ہوتا۔ اس سے پہلے اکثر شدید درد ہوتا ہے اور ساتھ ساتھ دسویں پسلی میں ڈائفرام کی انتہا کے مقام دبانے سے یا گردن میں عصب ڈایا فرامی (phrenic nerve) کو باہر سے دبانے سے ایلمیت (tenderness) محسوس ہوتی ہے۔ تاوقتیکہ یہ مرض خاص پلیورائی کہفہ میں نہ پہنچ جائے اصمیت (dulness) صوت فرکی اور بزصوتی (ægophony) غیر موجود ہوتے ہیں اور اس طرح مایع کے کسی چھوٹے اجتماع کا جو یہاں کوویژتند (encysted) ہو بآسانی نظر انداز ہو جانا ممکن ہے۔

اسی طرح ممکن ہے کہ ایک واسطی ذات الجنب (mediastinal pleurisy) بھی بہت تھوڑے ممیز امارات ظاہر کرے تاوقتیکہ اجتماع سیال اتنا کافی نہ ہو جائے کہ سینہ کے خط وسطی میں اہم ساختوں پر دباؤ پڑنے لگے۔ یہ امارات یہ ہیں:۔ بُہر (dyspnœa) ضیق (oppression) کے دورے سوں سوں کی آواز (wheezing) اور صَرصَرہ (stridor) عسر البلع (dysphagia) تانبے کی کھانسی (brassy cough) بھرائی ہوئی آواز (hoarseness) اور سطح سینہ پر کی اوردہ کا پھول جانا۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ ظہری فقرات (dorsal vertebræ) پر دبانے سے ایلمیت پائی جائے اور نزد فقری اصمیت (paravertebral dulness) اور کمزور اصوات تنفس بزصوتی (ægophony) اور لغطات موجود ہوں۔ تاموری کے اوپر ذات الجنب تام نہاد پلیورائی تاموری فرک (pleuro-pericardial friction) پیدا کر دیتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 127)۔ واسطی تقیحات الصدر (mediastinal empyemas) شعبی انبوبات کی راہ سے خارج ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ تشخیص میں لاشعاعوں (X-rays) سے مدد ملے گی جو یہ ظاہر کر دیں گی کہ تسدد پیدا کرنے والا تو وہ نابض ہے یا نہیں۔

تشخیص۔ خشک ذات الجنب (dry pleurisy) میں درد کو سینہ کے دوسرے دردوں سے تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جن میں سے عام ترین وجع الجنب (pleuro-dynia) یعنے ریشی التہاب (fibrositis) ہے۔ یہ حرکت سے زیادہ ہو جاتا ہے لیکن اس کے ساتھ بخار یا رگڑ (rub) نہیں ہوتی۔ بین الاضلاع

وجع العصب (intercostal neuralgia) اس مجاورت یا تعلق کی وجہ سے جو وہ اعصاب سے رکھتا ہے اور وجع العصب کے امتیازی الیم نقاط کی وجہ سے شناخت ہوتا ہے۔ گرد کبدی التہاب (perihepatitis) اور گرد طحالی التہاب (perisplenitis) ایسے درد پیدا کر سکتے ہیں جو سانس لینے پر بڑھ جاتے ہیں کیونکہ یہ اعضاء دوران شہیق میں ڈائفرام کے نزول سے مضغوط ہو جاتے ہیں۔

درجۂ انصباب میں ہمیں اولاً اس پر غور کرنا پڑتا ہے کہ آیا کہفۂ پلیورائی کے اندر مائع موجود ہے یا نہیں اور دوم اس پر کہ اس مائع کی نوعیت کیا ہے آیا مصلی ہے یا ریم؟ حادانہ بتوں میں ذات الجنب اور ذات الریہ کے باہم خلط ملط ہو جانے کا نہایت امکان ہوتا ہے کیونکہ ذات الریہ کے ابتدائی درجوں میں اصوات تنفس اکثر غیر موجود ہوتے ہیں۔ عموماً ذات الجنب لمسی ارتعاش (tactile vibration) کی غیر موجودگی اور نسبتۂ زیادہ مطلق قسم کی صمیت (more absolute dulness) سے ممیز ہوتا ہے۔ اور نسبتۂ بڑے انصبابات قلب کو اس کی طبعی وضع سے ہٹا دیتے ہیں جو ایک فیصلہ کن علامت ہے۔ پلیورائی انصباب میں لاشعاعوں سے ایک نہایت سیاہ عکس پیدا ہو جاتا ہے جس کا بالائی مقعر حاشیہ ریڑھ سے دفعتۂ اٹھ کر بغل کی جانب جاتا ہے اور ڈائفرام کا خط نہیں نظر آتا (ملاحظہ ہو صفحہ ۔ حاشیہ 168)۔ کشش جو اوپر ہوتا ہے تکثیف (condensation) کی وجہ سے ایک ہلکی سیاہی ظاہر کرتا ہے اور نگا ہے ایک تحدیدی خط کبھی پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ م)۔

مزمن اصابتوں میں کشش کی بافت کے بیشتر تحجرات (consolidations) سے سیال کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے خواہ یہ تجمد اس کے جرم میں جماؤ ہونے کی وجہ سے ہو خواہ اس کے پچکاؤ کے باعث۔ اس قسم کی بعض اصابتیں حسب ذیل ہیں:۔ سدری تجمد یعنی کشش (fibroid lung)، مرض قلب سے پیدا ہونے والا تصلب (induration) کشش کی بالیدہ اور انضغاط جو کہ سامنے سے تاموری انصباب سے اور نیچے سے زیرڈایا فرامی پھوڑے (subphrenic abscess) اور جگر کی بالیدہ یا کیسہ (hydatid) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ اصابتوں کے مشترک طبیعی امارات یہ ہیں:۔ اصمیت، اصوات تنفس کا انعدام صوتی گمگ اور لمسی ارتعاش کا انعدام (



الف



ب

یہ شعاع نگاشتیں پلیورائی انصباب اور انحلال ظاہر کرتی ہیں۔ الف۔ ۲۰ مارچ ۱۹۳۲ء۔ یہ امر ملاحظہ ہو کہ انصباب اور شش کے اتصال پر جو منحنی خط ہے وہ ٹھیک راس تک اور راس کے گرد چلا گیا ہے جس سے معلوم ہوتا ہے کہ بالائی حصہ میں سیال کی ایک نہایت ہی تپلی تہ موجود ہے۔ ب۔ ۱۲ اپریل ۱۹۳۲ء۔ (یہ شعاع نگاشتیں لنڈ سے لاک نے مصنف کے ایک مریض سے لی تھیں)

تندرست شش کی جملہ شہادتوں کی غیر موجودگی) محض اس وجہ سے کہ یہ بالیدیں یا ماٹعات کے اجتماعات شش کو اسی طرح پچکا یا ہٹا دیتے ہیں جس طرح سے کہ ایک پلیورائی انصباب قاعدہ شش پر اہمیت کا (جو غلطی سے اکثر پلیورائی انصباب سمجھ لیا جاتا ہے) ایک دوسرا سبب ایک شعبہ کا تمدد ہے۔ لیکن اس حالت میں یہ اہمیت عموماً اس قدر مطلق نہیں ہوتی جتنی کہ یہ پلیورائی انصباب کی صورت میں ہوتی ہے۔ ڈایافرام کے نیچے کی بالیدوں پھوڑوں یا دُوَیروں (cysts) کو پلیورائی انصباب سے تمیز کرنے میں لاشعاعی امتحان خاص منفعت رکھتا ہے، کیونکہ ڈایافرام اول الذکر کی بالائی سطح بناتا ہے اور محدب ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وہ اٹھا ہوا اور تنفس کے ساتھ غیر متحرک ہو۔ پلیورائی انصباب کی بالائی سطح مقعر ہوتی ہے۔

تقیح الصدر میں مریض کی شکل وصورت اکثر پھیکی پڑجاتی ہے، بلکہ وہ عدیم الدم (anæmic) ہوجاتا ہے۔ تپش اکثر عادتی قسم (hectic type) کی ہوتی ہے اور صبح ہ ۹ یا ۹۹ درجہ سے لے کر شام کو ۱۰۲، ۱۰۳ یا ۱۰۴ ہوجاتی ہے، جس کے ساتھ تشنج بڑ یا بکثرت پسینہ نکل سکتا ہے۔ لیکن اس وقت بھی جب کہ تپش بالکل درجۂ طبعی کی ہو ممکن ہے کہ سینہ پیپ سے بھرا ہوا ہو۔ تقیح الصدر میں سپید خلیوں کی نمایاں کثرت ہوتی ہے۔ ذات الجنب کے دوران میں دفعتہً ریمی نفث واقع ہوجانا اس امر کی ایک اہم دلالت ہے کہ ایک ایسا تقیح الصدر موجود ہے کہ جو ایک شعبہ کے اندر پھٹ گیا ہے اور طویل المدت احاطوں میں انگلیاں موٹی پڑجاتی ہیں یا گرز شکل (clubbed) ہوجاتی ہیں۔ دیوارِ سینہ کا اُوذیما، مصلی انصبابات کے نسبت تقیح الصدر میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے، لیکن وہ ان دونوں حالتوں میں سے کسی ایک کی بھی ابتدائی امارت نہیں۔ تقیح الصدر کے اوپر والی دیوارِ سینہ دبانے سے الم پائی جاسکتی ہے۔ نوعمر بچوں میں کھانسی، تنفس (dyspnœa)، قے اور لاغری کا یکجا پایا جانا تقیح الصدر پر دلالت کرتا ہے۔

ذات الجنب کے علاوہ دوسرے اسباب، یعنی مقامی اور کلی استسقاء کے باعث بھی کہفۂ پلیورائی کے اندر سیال موجود ہوسکتا ہے۔ طبعی ارادات مائل ہوتے ہیں۔ لیکن یہ حالت جسے استسقاء صدری (hydro-thorax) کہتے ہیں عموماً مرض قلب

یا مرض برائٹ' یا سینہ کے اندر کی بالیدگی یا ورید یا عروق پر دباؤ پڑنے کے بعد واقع ہوتی ہے۔ اور ذات الجنب کے ساتھ جو عموی متلازمات ہوتے ہیں وہ اس میں موجود نہیں ہوتے۔

حاد احاطتوں کو چھوڑ کر دوسری تمام احاطتوں میں تشخیص کی لغزشیں اتنی کثیر التعداد ہیں کہ ایک مناسب سوئی اور پچکاری کے ذریعہ جلد ہی استقصاء (exploration) کے ذریعہ فیصلہ کرنا چاہئے۔ اس میں ایک مزید فائدہ یہ ہے (جو صرف اسی سے حاصل ہو سکتا ہے) کہ سیال کی نوعیت دریافت ہو جاتی ہے اور خرد بینی اور جرثومیاتی امتحان کے لئے مادہ بھی حاصل ہو جاتا ہے۔ مجہول انصبابات (passive effusions) (استسقائے صدری : hydrothorax) میں بڑے سرحلی خلیوں کی تعداد زیادہ ہوتی ہے، لیکن لمف خلیے بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ ذات الجنب کی اقسام ساریہ میں جو نفقہ سبحیہ یا نیفوریویہ کے سبب سے ہوں کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) اور بڑے یک نواتی (large mononuclear) سپید خلیے زیادتی کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ تدرنی ذات الجنب میں لمف خلیوں کا اکثر غلبہ رہتا ہے، لیکن کثیر الاشکال نواتی خلیے بھی اکثر موجود رہتے ہیں۔ خون آلود انصباب کا عام ترین سبب تدرن ہے، لیکن خون آلود انصباب بالیدہ کے ساتھ بھی ہوتا ہے۔

اگر پلیورائی منصل سے عضویوں کی کاشت براہ راست نہیں کی جا سکتی، اور اگر عصیۂ درنیہ کا حاصل ہونا ممکن نہ ہو تو منصل کا درنی الاصل ہونا ایک گینی پگ کی تطعیم (inoculation) کر کے ثابت کیا جا سکتا ہے۔

جیسا کہ محدود المقام ذات الجنبوں کے علامات کے بیان میں اشارہ کیا جا چکا ہے، ان کی تشخیص نہایت مشکل ہو سکتی ہے۔ وسطی ذات الجنب (mediastinal pleurisy) کا وسطی سلعات (mediastinal growths) کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے، خواہ یہ بحیثیت سلعات ہوں یا لمفائی غددی (lymph-adenomatous)- لیکن اول الذکر کی سرگذشت مرض عموماً بہت تھوڑے عرصہ کی ہوتی ہے، اور حملۂ مرض سریع ہوتا ہے۔ تمام احاطتوں میں لا شعاعوں سے مدد مل سکتی ہے۔

انذار۔ ذات الجنب بغیر انصباب کے جو یا مصلی فائبرینی انصباب کے ساتھ ہو اس کی بیشتر احاطتیں یا تو دوائی علاج سے، یا مایع خارج کر دینے کے بعد،

شفایاب ہو جاتی ہیں' لیکن ممکن ہے کہ اُن کی سرگذشت مابعد اکثر ناموافق ہو۔ دو برس سے کم کے بچوں میں تقیح الصدر نہایت ہی مہلک ہوتا ہے۔ صرف ۲۵ فی صدی شفایاب ہوتے ہیں (40)۔ یہ اس وجہ سے ہے کہ اکثر وہ ایک عمومی نبتی ریوی سرایت کا ایک ہی مظہر ہوتا ہے' اور یہ سرایت ہم زماں طور پر ذات الریۂ التہاب تامور (pericarditis)' وغیرہ بھی پیدا کر دیتی ہے۔ نسبتہً بڑے بچوں میں تقیح الصدر عموماً ذات الریہ کے بعد ہوتا ہے اور دوسری کوئی پیچیدگیاں نہیں ہوتیں اسی لئے انذار اچھا بلکہ بالغوں سے بہتر ہوتا ہے' اور پیپ جس قدر جلد خارج کر دی جائے وہ اسیقدر زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ یہ غالباً اس وجہ سے ہے کہ بچوں میں مریضوں کی غالب تعداد نبتی ریوی ہوتی ہے' در آنحالیکہ بالغوں میں زیادہ مریض نبتی سبحی ہوتے ہیں۔ اگر نبتی ریوی تقیح الصدر التہاب تامور (pericarditis) سے پیچیدہ ہو جائے' جیسا کہ اکثر ہوتا ہے' تو انذار خراب ہوتا ہے۔ لیکن ایسی بعض اصابتیں شفایاب ہوئی ہیں۔

علاج۔ اگر ذات الجنب تدرّنی ہو تو ریوی تدرن کے عنوان کے تحت بیان کردہ عام علاج کرنا چاہیئے۔

پسی ہوئی السی کی پلٹیسوں (linseed meal poultices)' اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistin) یا تھرموجن وول (thermogen wool) کے لگانے' اور افیون یا مارفیا (morphia) کے داخلی استعمال' یا مارفیا کے تحت الجلدی استعمال سے درد میں تخفیف کی جاسکتی ہے۔ درد کے مقام پر چھالے ڈالنے (blisters)' جونکیں (leeches) لگانے یا محجمہ (cupping) استعمال کرنے سے بھی عموماً تسکین ہوتی ہے۔ ماؤف جانب کو اگر بند کشیدہ (strapped) کر دیا جائے تو اس ذریعہ سے تنفسی حرکات کی روک تھام ہو جاتی ہے' درد کم ہو جاتا ہے' اور غالباً التہابی تعامل کسی حد تک رُک جاتا ہے۔ ایک نہایت ہی عمدہ متبادل طریقہ جس کو سر چارلٹن برسکو (Sir Charlton Briscoe) نے اختراع کیا ہے یہ ہے کہ ایک پیٹی[1] (belt) سینہ کے

[1] یہ پیٹی برائس اینڈ ایولین' وگمور سٹریٹ' ڈبلیو ون (Brice and Evelyn. Wigmore Street, W.1.) سے مل سکتی ہے۔

گرہ نہایت مضبوطی کے ساتھ باندھ دی جائے ۔ تندرست جانب پرپٹی میں ایک جیتل کی کمانی داخل کر دی جاتی ہے تاکہ شہیق کے ساتھ پھیلاؤ کُلی ہو جائے ۔ بند کشیدگی (strapping) چوڑی دھجیوں کی صورت میں کرنی چاہیئے جو ریڑھ کی ہڈی سے لے کر عظم القص تک لگی ہوئی ہوں' اس طرح پر کہ متبادل دھجیاں ترچھے رُخ میں اوپر کی طرف اور ترچھے رُخ میں نیچے کی طرف جائیں' یہاں تک کہ ساری جانب ڈھک جائے ۔ مریض کو بے حرکت رکھنا چاہیئے ۔ اگر انصباب واقع ہو جائے تو مسکنات (anodynes) کی ضرورت کم ہو گی' اور ملحات (salines)' جیسے کہ ایسیٹیٹ آف پوٹاسیم (acetate of potassium) اور سائٹریٹ آف پوٹاسیم (citrate of potassium)' یا ایسیٹیٹ اور سائٹریٹ آف امونیم (acetate & citrate of ammonium)' دیئے جا سکتے ہیں ۔ ان کا اثر یہ ہوتا ہے کہ جلد اور گردے کے اخراجات (excretions) زیادہ ہو کر انصباب شدہ سیال کے جذب میں ممد ہوتے ہیں ۔ کچھ عرصہ کے بعد آیوڈائڈ آف پوٹاسیم' اسقیل (squill) یا دوسرے مدرات (diuretics) ملائے جا سکتے ہیں' اور ممکن ہے کہ ایسی ضد خراش (counter-irritation) سے' جیسی کہ ٹنچر یا محلول آیوڈین ماؤف جانب کے اوپر تصبیغ کرنے سے حاصل ہو سکتی ہے' جذب زیادہ ہو جائے ۔

تدریجی انصباب کی صورت میں آج کل اہم ترین دستور العمل یہ ہے کہ سیال کو صرف اسی وقت خارج کیا جاتا ہے جب کہ وہ بہت زیادہ مقداروں میں موجود ہو ۔ یقین کیا جاتا ہے کہ متوسط مقداریں شُش کو پچکا کر اور اس کی حرکت کو کم کر کے حقیقتہً مفید ہوتی ہیں' اسی اصول کے مطابق کہ جس اصول کے مطابق مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) مفید ہوتا ہے ۔ اگر قلب دوسری جانب کو دھکیل دیا گیا ہے' یا اگر سینہ کی ایک جانب کے بیشتر حصہ پر مطلق اصمیت (absolute dulness) موجود ہے تو ایک میزل اور تنولیہ کے ذریعہ کچھ سیال خارج کر دینا چاہیئے ۔ بہترین قاعدہ یہ ہے کہ اُسے اس وقت تک نکلنے دیا جائے جب تک کہ اس کا دباؤ کرہ ہوائی کے دباؤ سے نیچے نہ ہو جائے' یعنے جب تک کہ وہ خود بخود تنولیہ سے باہر نکلنا موقوف نہ کر دے ۔ وقت بچانے کے لئے اکثر ایک

188

مصاص (aspirator) استعمال کیا جاتا ہے، یا مائع کو ایک سیفنی عمل (syphonage) کے ذریعہ ایک خم پذیر انبوبہ میں سے بہا کر ایک ظرف میں نکال لیا جاتا ہے جو کہ فرش پر پڑا ہوتا ہے۔ لیکن یاد رکھنا چاہئے کہ ایسے ذرائع سے مائع کو بآسانی ایسی مقدار میں نکالا جا سکتا ہے جو مناسب سے زیادہ ہوتی ہے۔ ایک تازہ طریقہ یہ ہے کہ سیال کی جگہ ہوا داخل کر دی جائے۔ شُش کو پھیلانے میں سادہ تنفسی ورزشوں سے بڑی مدد حاصل کی جا سکتی ہے۔ مریض کو متواتر وقفوں سے گہری سانسیں لینی چاہئیں اور مزاحمت کے خلاف باہر کو پھونکنا بھی چاہئے۔

اگر سوئی سے استقصاء (exploration) کرنے پر ظاہر ہو کہ مائع ریمی ہے (تقیح الصدر)، تو جرّاح کو چاہئے کہ ایک مقامی یا عام معدم حس (local or general anesthetic) استعمال کر کے آزادانہ شگاف دے اور پسلی کا ایک ٹکڑا قطع کر کے پیپ کو باہر بہنے دے۔ دو سال سے کم عمر والے بچے پسلی کے جزوی استیصال (rib resection) کی برداشت اچھی طرح نہیں کر سکتے۔ ایک مبزل (trocar) کے ذریعہ ایک قنولچہ (cannula) داخل کیا جا سکتا ہے اور اسے جسم کے گرد فیتے لگا کر ٹھیک وضع میں باندھ دیا جا سکتا ہے۔ ایک ربر کی نلی جو قنولچہ میں ٹھیک بیٹھ جائے، تقیح الصدری کہفہ کے اندر داخل کی جاتی ہے اور اُس کے مشمولات کو ایک دبیز دیواروں والی صراحی (flask) کے اندر خالی کر لیا جاتا ہے، اور ایک مقطاری پمپ (filter-pump) یا کسی دوسری ترکیب کے ذریعہ مسلسل امتصاص (suction) قائم رکھا جاتا ہے (41)۔ طویل المدت مغفول تقیح الصدری اصابتوں میں باوجود آزادانہ سیلیت (free drainage) کے کہنہ سے پیپ کا افراز جاری رہتا ہے اور زخم بند نہیں ہوتا۔ اگر یہ زیادہ عرصہ تک ہوتا رہا تو چربیشی مرض (lardaceous disease) کا اندیشہ ہونا چاہئے۔ ایسی حالت میں تین طریقہ ہائے عمل ممکن ہیں :- (۱) کہفہ کو یوسال (eusol) کے ذریعہ دھو کر صاف کیا جائے، یہاں تک کہ اس کے مشمولات جرثومیاتی طریقہ سے امتحان کرنے پر عملاً عقیم (sterile) ملیں۔ کیاریل کا مسلسل سیلیت کا طریقہ (Carrel's method of continuous drainage) کام میں لایا جا سکتا ہے۔ پھر زخم کو بند

ہونے دیا جائے تاکہ مریض ایک مستقلاً عقیم استرواح الصدر (sterile pneumothorax) حاصل کرلے۔ معمولی حاد تقیح الصدر میں کہفہ کو تہ دھونا ہی بہترین ہے کیونکہ پلیوُرائی معکوسی غشیان (pleural reflex syncope) کے باعث اموات کا اندراج ہوا ہے۔ یہ ہلاکت غالباً عصبِ تائیہ کے امتناع (vagal inhibition) کے باعث ہوتی ہے، جو ملتہب پلیوُرا کی خراش کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ مزمن اصابتوں میں بہ ظاہر یہ خطرہ نہیں موجود ہوتا۔ (۲) ایک خاصہ وسیع جراحی عملیہ انجام دیا جائے جس میں پسلیوں کی اتنی کافی تعداد کا جزوی استیصال (resection) عمل میں لایا جائے کہ جس سے ہاتھ سینہ کے اندر داخل ہو سکے۔ ویزرشائی پلیوُرا (visceral pleura) چھیل لیا جاتا ہے (تقشیر = decortication)، اور پھیپھڑا بہ سرعت پھیل کر کہفہ کو پُر کر دیتا ہے۔ (۳) ترقیع الصدر (thoracoplasty) کا عملیہ (ملاحظہ ہو صفحہ 175)۔

یہ مسئلہ اکثر پیش آتا ہے کہ آیا حاد پلیوُرائی انصباب کی اُن اصابتوں میں جو نبقہ سبحیہ کے باعث ہوں، جراحی عملیہ کرنا چاہیے، مثلاً اس وقت جب کہ سیال کسی قدر گدلا ہو اور خرد بینی امتحان کرنے پر اس میں کثیر التعداد کثیر الاشکال نواتی خلیے (polymorphonuclear cells) موجود پائے جائیں۔ اس کا جواب یہ ہے کہ جزوی استیصال ضلعی (rib resection) محض اسی وقت عمل میں لانا چاہیے جب کہ حقیقی ریم موجود ہو، لیکن گدلا سیال اگر مقدار کثیر میں موجود ہو تو اسے بذریعہ امتصاص (aspiration) خارج کیا جا سکتا ہے۔ کیمپ لی، وا (Camp Lee, Va.) کے مقام پر امریکی مشاہدات سے اس طریقۂ عمل کا فائدہ اُن تقیحات الصدر میں معلوم ہو گیا جو خون پاش (hæmolytic) نبقہ سبحیہ کی وجہ سے ہوئے تھے۔ ابتدائی اصابتوں میں ذات الجنب کے ساتھ اکثر ذات الریہ موجود ہوتا ہے۔ مزید برآں اگر جزوی استیصال ضلعی کا عملیہ زیادہ ابتدائی درجہ میں عمل میں لایا جائے تو ممکن ہے کہ زخم سرایت زدہ ہو کر عفونۃ الدم (septicæmia) پیدا کردے۔ انصباب، گو وہ گدلا بھی ہو، اکثر بلا عملیہ کے صاف ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ دو یا تین ہفتوں میں پیپ نمو یاب ہو جائے۔ ایسی حالت میں جزوی استیصال ضلعی (rib resection) عمل میں لانا چاہیے۔ تقیح الصدر کے جراحی

189

علاج کے دوران میں مریض کو ہر طریقہ سے عمدہ غذا، خوشگوار ہوا، اور مقوی ادویہ مثلاً کونین (quinine) اور لوہے سے سہارا دینا چاہیئے۔

استسقاء الصدر

(HYDSOTHORAX)

اس اصطلاح کا اطلاق کہفۂ پلیورا کے اندر سیال کے اس اجتماع پر کیا جاتا ہے، جو التہاب کا نتیجہ نہ ہو بلکہ مرض قلب یا مرض برائٹ یا کہبت جگر (cirrhosis of the liver) کا نتیجہ ہو یا سینہ میں بالید کی وجہ سے دوران خون میں مداخلت واقع ہونے سے پیدا ہو جائے۔ یہ فی الحقیقت کہفۂ پلیورا کا استسقاء ہے، اور اس سیال میں اس سے کم البیومین اور کم فائبرینوجن (fibrinogen) موجود ہوتا ہے کہ جتنا ذات الجنب میں ہوتا ہے۔ اس کے طبیعی امارات پلیورائی انصباب کے طبیعی امارات سے مشابہ ہوتے ہیں لیکن رگڑ (rub) بلاشبہ غیر موجود ہوتی ہے چونکہ جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، یہ ایک عمومی یا مرکزی سبب سے پیدا ہوتا ہے، یہ ذات الجنب کے نسبت بہت زیادہ مرتبہ دوجانبی پایا جاتا ہے۔ لیکن کبھی کبھی ایک بہت بڑا ایک جانبی انصباب بھی محض استسقا (dropsy) ہو سکتا ہے۔ استسقاء الصدر کی شناخت کا انحصار عام طور پر سرگذشت مرض (history) اور اس کو پیدا کرنے والے امراض کی سابقہ موجودگی پر ہوتا ہے۔ جب یہ سیال نکال لیا جائے تو اسکے اندر موجود رہنے والے خلوی عناصر کی نوعیت تشخیص میں ممد ہو سکتی ہے، جیسا کہ ذات الجنب کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اگر ایسیٹک ایسڈ (acetic acid) التہابی انصباب میں ملایا جائے تو ایک سپید گدلا پن (white turbidity) پیدا ہو جاتا ہے۔ ایک انصباب مجہول (passive effusion) کے ساتھ ایسا نہیں واقع ہوتا۔

اس کا علاج بیشتر ثانوی اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ یہ اس کے پیدا کنندہ مرض کے علاج پر مشتمل ہے۔ چونکہ اگر سیال کو خارج کیا جائے تو اس کا پھر واقع ہو جانا تقریباً یقینی ہے، لہذا بزل (paracentesis) یا استصاص (aspiration) صرف

اُسی وقت عمل میں لانا چاہیئے جب کہ ایک بہت بڑا انصباب (جو خواہ صرف ایک ہی جانب پر ہو یا دونوں جانبوں پر منقسم ہو) تنفس میں خطرناک طور پر رکاوٹ پیدا کر رہا ہو۔

صدر دمویت

(HÆMOTHORAX)

اِس اصطلاح سے مُراد خون کا وہ انصباب ہے جو بڑی مقدار میں کہفۂ پلیورا کے اندر ہو۔ اِس کا استعمال محض ان خون آلود مصلی انصبابات کے لئے نہیں کیا جاتا جو ذات الجنب میں اس قدر عام ہیں۔ صدر دمویت عموماً زخموں، تصدر ابتدیا صدری انورسما (thoracic aneurysm) کے انشقاق سے پیدا ہو جاتی ہے۔ زخموں کی حالت میں زندگی کو سب سے بڑا خطرہ باہر سے خون کے سرایت زدہ ہو جانے سے ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ تدرن پلیورا میں واقع ہوتا ہے، یا ایک سِل ریوی کے کہفہ (phthisical cavity) کے اندر ایک ریوی عرق کے انشقاق اور ازال بعد پلیورا کے اندر خون کی بے جا بدری (extravasation) سے واقع ہو جاتا ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں یہ ایک نفاخی آبلہ (emphysematous bulla) کے پھٹ جانے سے (Newton Pitt)، یا کبیت جگر، ذراتی گردے (granular kidney)، یا متسع قلب (dilated heart) کے ساتھ پائے جانے والے انحطاط یافتہ عروق سے، یا خبیث مرض (malignant disease) سے واقع ہو جاتا ہے۔ اور بعض اوقات یہ اوّلی (primary) معلوم ہوتا ہے، اور اس کے مبداء کی توجیہ کبھی نہیں ہوتی۔

طبیعی امارات کہفۂ پلیورائی کے اندر مایع کی موجودگی کے ہوتے ہیں۔ زخموں کے بعد پیدا ہو جانے والی صدر دمویت میں اُسی جانب کا ڈائفرام بلند اور بے حرکت ہوتا ہے۔ شُشش بہت پچکا ہوا ہوتا ہے، اور سیال سے اوپر بہت ڈھیلا ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اسکوڈائی گمک (Skodaic resonance) خاص طور پر نمایاں ہوتی ہے۔

تشخیص کا انحصار انورسما کی حالت میں ماسبق سرگذشت پر اور اس غشیان (syncope) اور شحوب (pallor) پر ہوتا ہے، جو خون کے سریع الوقوع ضیاع پر دلالت کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ صدر دمویت صرف استقصار (exploration) کرنے پر پائی جائے۔

علاج۔ اگر مائع کو بذریعۂ امتصاص (aspiration) خارج کیا جائے تو اُس کے دوبارہ پیدا ہو جانے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ اور غالباً بہتر یہی ہے کہ اگر خون دباؤ پیدا کر کے تکلیف کا باعث نہ ہو تو اُسے جذب ہونے کے لئے علیٰ حالہٖ چھوڑ دیا جائے۔ زخموں کی حالت میں ایک متوسط صدر دمویت کو زخم لگنے کے ایک ہفتہ کے بعد امتصاص کے ذریعہ خارج کیا جا سکتا ہے، اور بجائے اُس کے آکسیجن داخل کر دینا اکثر فائدہ مند ہوتا ہے۔ عفونی صدر دمویت کے لئے آزادانہ مسیلیت (free drainage) کیفرورت ہوتی ہے۔

190

کیلوس صدری

(CHYLOTHORAK)

شاذ اماتوں میں کہفۂ پلیورائی کے اندر کا انصباب سپید اور دودھ جیسا ہوتا ہے، اُن سیالات کے مانند جو بعض اوقات کہفۂ باریطونی میں موجود ہوتے ہیں۔ بعض اماتوں میں یہ حقیقی کیلوس صدری ہوتی ہے، اور بعض میں ایک کیلوس نما انصباب (chyliform effusion)، جس میں لبنی منظر کیلوس (chyle) کے شحمی عناصر کی وجہ سے نہیں بلکہ لیسیتھین (lecithin) کے ایک مرکب کے ذرات کے باعث ہوتا ہے (ملاحظہ ہو استسقائے شکلی کیلوسی = Chylous Ascites)۔ اس کے اسباب وہی ہیں جو باریطون کی حالت میں ہوتے ہیں۔ سینہ میں قناۃ صدری (thoracic duct) کو تضرر پہنچ جانے سے کیلوسی صدر دمویت (chylo-hæmothorax) کی اماتوں کا اندراج ہوا ہے۔

استرواح الصدر

(PNEUMOTHORAX)

امراضیات۔ کہفۂ پلیورا کے اندر ہوا کی موجودگی استرواح الصدر کہلاتی ہے۔ اگر اس کے ساتھ مصل بھی موجود ہو تو یہ آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) کہلاتی ہے۔ اگر ہوا کے ساتھ پیپ بھی ہو تو یہ قیحی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax) کہلاتی ہے اگر ہوا کے ساتھ خون ہو تو دموی استرواح الصدر (hæmo-pneumothorax) کہلاتی ہے۔

کہفۂ پلیورائی کے اندر ہوا حسب ذیل طریقوں سے داخل ہو سکتی ہے:-

(الف) دیوار سینہ کے اندر کے کسی سوراخ کی راہ سے، (ب) سطح شش کے کسی تفرق کی راہ سے، یا (ج) کبھی کبھی قرب و جوار کے کسی ایسے حشا کے انشقاق سے جو ہوا پر مشتمل ہو۔ (الف) استرواح الصدر پہلو کے ہر ایسے زخم سے پیدا ہو سکتا ہے جو دیوار سینہ کی ساری دبازت میں ہو کر گذرتا ہو۔ مصنوعی طور پر یہ اس وقت پیدا ہو جاتا ہے جب کہ تفتیح الصدر کے لئے پسلی کا جزوی استیصال کیا جاتا ہے (ریمی استرواح الصدر = pyo-pneumothorax) یا جب سل ریوی کا علاج مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) پیدا کر کے کیا جاتا ہے۔ (ب) جب ایک مکسور پسلی پلیورا کی دونوں تہوں کو اس طرح مثقوب کر دیتی ہے کہ ہوا شش سے کہفۂ پلیورا کے اندر داخل ہو جاتی ہے، تو بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے، درآں حالیکہ جلد سالم رہتی ہے۔ سطح شش کے انشقاق سے خود بخود واقع ہو جانے والے استرواح الصدر کی دس حالتوں میں سے نو ایسی تھیں جو سل ریوی کے باعث پیدا ہوئیں جب کہ ایک کہفہ (vomica) عمل تقرح کے ذریعہ کہفۂ پلیورائی میں کھل گیا تھا۔ اور نسبتہً کم عام طور پر ایک تفتیح الصدر پلیورا کے اندر سے نکل کر شش میں پہنچ جاتا ہے، اور ہوا پلیورائی نتاجہ میں داخل ہو کر ایک ریمی استرواح الصدر پیدا کر دیتی ہے۔ حاد ذات الریہ میں پلیورا کا مشقوق ہونا معلوم ہوا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوا ہے کہ ہوا

باہر نکل کر ایک استرواح الصدر بن گیا ہے ۔ اور شش کا تقیح الدمی خراج (pyæmic abscess) یا اُس کی گنگرین ایک مماثل نتیجہ پیدا کر سکتی ہے ' یا ممکن ہے کہ ایک نفاخی آبلہ (bulla) پھوٹ جائے ۔ بار ہا ایک بالکل تندرست شخص میں انشقاق شش ہے ' جو غالباً کسی قسم کے یکایک زور لگانے کا نتیجہ ہو ' استرواح الصدر (نیوموتھوریکس) خود بخود واقع ہو جاتا ہے ۔ (ج) شوکہ کا یا واسط کا پھوڑا (spinal or mediastinal abscess) پلیورا کے اندر نقب لگا دے تو نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ پلیورا کے اندر ہوا بھی داخل ہو جائے ۔ اسی طرح معدے کا قرحہ یا سرطان ' یا مری کا سرطان ' غذائی قنال سے ہوا کو داخل کر سکتا ہے ۔

استرواح الصدر کو اُس کے پیدا کنندہ فتحہ کی حالت کے لحاظ سے مفتوح (open) ' مسدود (closed) ' یا مصراعی (valvular) کہہ سکتے ہیں ۔

مفتوح استرواح الصدر (open pneumothorax) ۔ جب کسی بیرونی زخم سے ہوا سینہ کے اندر داخل ہو جاتی ہے اور زخم مفتوح رہ جاتا ہے تو شش خود اپنی لچک کی وجہ سے پچک جاتا ہے ۔ اور نہ صرف زخمی شدہ جانب کا شش ' بلکہ ممکن ہے کہ مقابل کا شش بھی کسی قدر منقبض ہو کر اپنے ساتھ واسط کو کھینچ لے ۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ احشا کی کسیقدر جانبی غیر وضعیت (lateral displacement) واقع ہو جاتی ہے ' ٹھیک اسی طرح جس طرح کہ سیال انصباب کی صورت میں ہوتا ہے ۔ جب سل ریوی کے کہفہ کا انشقاق اس طرح واقع ہو کہ روزن غیر مسدود رہے اور تاحدِ پلیورائی شحمی انجوبات سے مرتبط رہے ' تو ایسی صورت میں بھی استرواح الصدر واقع ہو جانے سے غیر وضعیت واقع ہوتی ہے ۔ ان دونوں حالتوں میں استرواح الصدر میں ہوا کا اوسط دباؤ کرۂ ہوائی کے دباؤ کے برابر ہوتا ہے ۔

مسدود استرواح الصدر (closed pneumothorax) ۔ جب روزن چھوٹا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ لمف سے بسرعت مسدود ہو جائے ۔ ایسا ہونے سے مزید وعایدری رُک جاتی ہے اور ممکن ہے کہ ہوا تمام تر جذب ہو جائے یکسو دبائی سے پلیورا کی دریدگی (laceration) ہو جانے کی مثالوں میں اور

بعض اوقات مرض سُشش کی وجہ سے واقع ہونے والے استرواح الصدر میں یہی صورت پیش آتی ہے ۔ مسدود استرواح الصدر میں محسوس ہوا کا بتدریج ترقی پذیر جذب واقع ہوتا ہے ۔ دباؤ منفی ہوتا ہے اور احشاء کی غیر وضعیت (جبکہ دیگر امور مساوی ہوں) اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی مفتوح استرواح الصدر میں ہوتی ہے ۔

مصراعی استرواح الصدر (valvular pneumothorax)-

ایک تیسرا امکان یہ ہے کہ پلیورائی جھلی یا المفہ کی ایک وجیہ روزن پر لٹکتی رہتی اور اس طرح ایک مصراع (valve) بنا دیتی ہے ۔ ایسی صورت میں شہیق (inspiration) کے ذریعے سے ہوا تجویف پلیورائی کے اندر کھینچ آتی ہے لیکن دورانِ زفیر (expiration) میں باہر نہیں جا سکتی ۔ اوسط دباؤ مثبت ہو جاتا ہے، یعنے کرۂ ہوائی کے دباؤ کے نسبت زیادہ بڑھ جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ احشاء کی غیر وضعیت (displacement) اور سینہ کا انتفاخ (distension) انتہائی درجہ کا ہو جائے ۔ اس طرح سے ممکن ہے کہ قلب مقابل کی جانب کو بہت دور تک دھکیل دیا جائے، اور ڈائفرام کے تسطح (flattening) اور انعکاس (inversion) کے باعث جگر یا طحال بھی نیچے سرک جائے ۔ ممکن ہے کہ دوسرے روزنوں کی طرح مصراعی روزن بھی انضمامات (adhesions) سے مسدود ہو جائے ۔

191

ہبوط شش اور احشاء کی غیر وضعیت کی مقدار مختلف اصابتوں میں شش کی سابقہ حالت سے اثر پذیر ہوتی ہے ۔ اگر شش سل ریوی میں وسیع طور پر مرضی ہو یا بیشتر حصے میں منضم (adherent) ہو تو ہبوط بہ نسبت اس وقت کے جب کہ وہ بیشتر حصے میں تندرست ہو کم ہوگا ۔

طبیعی ابارات ۔ گمک (resonance) کا انحصار ایک کہفہ کی موجودگی پر اور ایسی لچکدار دیواروں کی موجودگی پر ہے جو ہوائی موجوں کے ساتھ ہم آہنگ ہو کر مرتعش ہونے کی قابلیت رکھتی ہوں (ملاحظہ ہو صفحہ 122) ۔ دیواروں کی لچک زیادہ تر کہفہ کے اندر کی ہوا کے دباؤ پر منحصر ہے ۔ اگر دباؤ بہت بلند ہو جیسے کہ مصراعی استرواح الصدر (valvular pneumothorax) میں تو گمک کم ہوتا ہے ۔ نیز وہ اس وقت بھی اصم ہو سکتا ہے جب کہ داخلی دباؤ کرۂ ہوائی کے

دباؤ کے برابر ہو' جیسا کہ تقیح الصدر کے لئے جزوی استیصال ضلعی کرنے کے بعد ہوتا ہے۔ سازگار فشاری حالات میں' خواہ یہ فشار کرۂ ہوا کے منسبت زیادہ یا کم ہو' قرع کرنے پر ایک تطبلی شور حاصل ہوتا ہے' اور اس کے ساتھ حرونحاسی (bruit d' airain) یا صوت جرسی (bell sound) بھی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 127'123) اور نہایت سازگار حالات میں ایک دھاتی جھنکار (metallic tinkling) ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 126)۔ یہ امر کہ حرونحاسی (bruit d 'airain) کا انحصار کہفہ کی دیواروں کی لچک پر ہوتا ہے' اور خود لچک مشمولہ ہوا کے دباؤ پر منحصر ہوتی ہے' طالب علم حسب ذیل طریقہ سے معلوم کر سکتا ہے:۔ وہ اپنا منہ بند کر کے اپنے گال پھلاتا ہے' اور گال پر ایک سکہ رکھ کر اسے دوسرے سکہ سے ٹھوکتا ہے۔ اگر منہ کے اندر کی محبوس ہوا پر گالوں سے صحیح طور پر دباؤ ڈالا جائے تو ایک موسیقی آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک دوسری ممیز آواز پیدا ہونے کی وجہ یہ ہے کہ سیال سینہ کے بالائی حصہ سے سینہ کے حصۂ زیریں کے مائع کے اندر ٹپکتا ہے۔ یہ آواز تقریباً موسیقی صفت کے ساتھ گونج اٹھتی ہے۔ تنفسی خریر (respiratory murmur) اکثر بالکل غیر مسموع رہتا ہے' یا خفیف قدری تنفس (amphoric breathing) موجود ہوتا ہے۔ قدری تنفس ششش کے ہبوط کے باعث ہو سکتا ہے یا اس روزن کے باعث جو ایک شعبہ سے کھل کر استرواح الصدر کے اندر جاتا ہے۔ لیکن ایک خفیف تر آواز کا وقوع اس وقت بھی ممکن ہے جب کہ انضمامات نے ششش کو کہفۂ پلیورائی کی طرف سے مسدود کر دیا ہو۔ صوتی گمک (vocal resonance) اور لمسی ارتعاش (tactile vibration) عموماً بہت کم ہو جاتے ہیں' لیکن شعبہ صوتی (bronchophony) یا صدر کلامی (pectoriloquy) اس وقت موجود ہو سکتی ہے جب کہ قدری تنفس موجود ہو۔

اگر ساتھ ہی مائع انصباب بھی موجود ہو تو وہ تمام حالات میں سینہ کے اسفل ترین حصہ میں بذریعہ تجاذب جمع ہو جاتا ہے۔ اگر مریض لیٹا ہوا ہو تو سینہ کا پچھلا حصہ اصم (dull) اور اگلا حصہ تطبلی (tympanitic) ہو جاتا ہے۔ اب اگر مریض اٹھ کر بیٹھ جائے تو سینہ کا اسفل حصہ آگے اور پیچھے اصم ہو جاتا ہے'

اور بالائی حصہ آگے اور پیچھے گمگ دار ہوتا ہے۔ اگر جھنجھوڑ بقراطی (Hippocratic succussion) کا استعمال کیا جائے تو چھلکنے کی آواز (splashing sound) حاصل ہوگی (ملاحظہ ہو صفحہ 126)۔

استرواح الصدر کے علامات نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں، اور ان کا انحصار ماتحت مرض کی مقدار پر ہوتا ہے۔ اگر استرواح الصدر ایک ایسے شخص پر طاری ہو جائے جو وسیع طور پر مریض ہے تو ممکن ہے کہ وہ اس تکلیف میں جو کہ پہلے ہی موجود ہے نہایت خفیف سا اضافہ کرے۔ اگر وہ ایسے شخص میں واقع ہو جو بیشتر یا تمام تر تندرست ہو تو علامات بہت نمایاں ہوں گے اور با الآخر اگر سل ریوی کی ایک ایسی اصابت میں جس میں ایک جانب پر وسیع مرض موجود ہے، دوسری جانب پر استرواح الصدر واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ نتیجہ بسرعت مہلک ہو جائے۔ علامات شدیداً اصابتوں میں یہ ہوتے ہیں:— ناگہانی درد، اور اس کے ساتھ یہ احساس کہ گویا اندر کے طرف کوئی چیز ٹوٹ گئی ہے، پھر وقتِ تنفس کم و بیش ہبوط، نبض صغیر، کبودی، اور پسینہ کا آنا۔ سانس تیز ہو جاتی ہے۔ ماؤف جانب پر سینہ پھولا ہوا ہوتا ہے، اور بین الاضلاع فضائیں شہیق پر پست ہو جاتی ہیں۔

ممکن ہے کہ یہ تکالیف بڑھتی رہیں، حتیٰ کہ چند گھنٹوں یا دو تین دنوں میں موت واقع ہو جائے، یا ابتدائی شدید علامات میں تخفیف ہو کر اس کے بعد نسبتہً آرام معلوم ہو، لیکن عموماً ساتھ تیز سانس اور انتصابی تنفس (orthopnœa) موجود رہتا ہے۔

تشخیص۔ گمگ دار آواز، اور اس کے ساتھ قلتِ اصواتِ تنفس یا ہوا کا شعبی تنفس تشخیص کے طرف اشارہ کرتے ہیں، لیکن لاشعاعوں کے بغیر غلطیاں عام طور پر ہوتی ہیں۔ لاشعا میں شفافیت (جو کہ جوفِ پلیورائی کے اندر ہوا موجود ہونے کی وجہ سے ہوتی ہے)، پچکا ہوا شُش، اسی جانب کو نیچے ہٹا ہوا ڈایافرام، اور جگہ سے ہٹا ہوا قلب ظاہر کرتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۷ ب، صفحہ 174)۔ استرواح الصدر میں سیال کی موجودگی اُس وقت نہایت ممیز لاشعاعی منظر پیدا کرتی ہے جب کہ مریض کا امتحان انتصابی وضع میں کیا جائے، کیونکہ سیال غیر شفاف ہوتا ہے



الف۔ آبی استسقاء الصدر کہ جس میں سیال کا لیول دکھایا گیا ہے۔



ب۔ ڈائفرامی فتق اور پورے معدے کا اوپر کھنچ آنا۔ (یہ شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 132

اور اُس کی بالائی سطح ایک اُفقی خط ہوتی ہے' لیکن اُس کے اوپر ہوا کی وجہ سے شفافیت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صحفہ ۹ الف) مزید برآں جسم کو جھکانے پر بھی سیّال کی سطح بدستور اُفقی رہتی ہے۔ ڈائفرامی فتق (diaphragmatic hernia) یعنے ڈائفرام کے روزن کی راہ سے معدہ یا قولون کا صدر کے اندر نکل جانا اپنے طبیعی امارات میں استرواح الصدر سے قریبی مشابہت رکھتا ہے' اور مماثل طریقہ سے یعنی سینہ کی کوفتگی (contusion) کے باعث پیدا ہو سکتا ہے۔ بائیں شُش کے انقباض کی وجہ سے سینہ میں معدہ کی غیر معمولی طور پر بلند وضع قیام ہونا' اور ڈائفرام کے نیچے ایسا خراج ہونا جس میں ہوا ہو (زیر ڈایافرامی) استرواح الصدر =subphrenic (pneumothorax) (صحفہ ۲۲ الف صفو 407)۔ یہ بھی استرواح الصدر سے مشابہت رکھتے ہیں۔

انذار۔ سِلّ ریوی میں استرواح الصدر کا خود بخود وقوع فی الجملہ ایک اچھا واقعہ ہے' اور اُس کے بعد مریضوں کی حالت میں اصلاح نظر آتی ہے (ملاحظہ ہو مصنوعی استرواح الصدر= artificial pneumothorax)- دوسری صورتوں میں انذار مناسب معالجہ کے ساتھ فی الجملہ اچھا ہوتا ہے' اگرچہ اُس کا انحصار ان حالات پر ہوتا ہے جو کہ ساتھ پائے جاتے ہیں۔

علاج۔ یہ بیشتر تخفیفی (palliative) ہوتا ہے۔ فتق کے ساتھ جو شدید درد اور تکلیف ہوتی ہے اُس کے ازالہ کے لئے افیون کا استعمال یا مارفیا (۱/۴ تا ۱/۲ گرین) کا تحت الجلدی اشراب کرنا چاہئے' اور گرم پولٹسیں اور تکمیدات (fomentations) کا بار بار استعمال کرنا چاہئے۔ مہیجات جیسے کہ شراب انگوری (wine)' برانڈی یا ایتھر کی ضرورت بھی لاحق ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ انتہائی انتفاخ کی حالتوں میں بزل (paracentesis) عمل میں لانا پسندیدہ ہو' جس کے لئے پلکی رقبہ پر پسلیوں کے درمیان ایک مبزل (trocar) اور قنولچہ (cannula) داخل کر کے ہوا کو باہر نکلنے دیا جاتا ہے یہاں تک کہ دباؤ کرۂ ہوائی کے دباؤ کے برابر پہنچ جاتا ہے۔ اِس سے جو آرام حاصل ہوتا ہے وہ عموماً محض عارضی ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ بزل کو مکرر کرنا پڑے۔ اس کے متبادل طریقہ یہ ہے کہ ایک مصراعی استرواح الصدر میں

سپرنگل (Sprengel) کا تقطیری پمپ (filter pump) استعمال کر کے ایک مستقل منفی دباؤ قائم رکھا جا سکتا ہے (63)۔ اگر کشش کے ساتھ ارتشاح کا راستہ مسدود ہو جائے تو ہوا غالباً جذب ہو جائے گی۔ لیکن اس کے جذب میں سہولت پیدا کرنے کی غرض سے اس کی جگہ آکسیجن داخل کی جا سکتی ہے۔ ایک سادہ تر طریقہ یہ ہے کہ ایک خیمہ (tent) میں آکسیجن کی مقدار فی صدی بلند رکھی جائے ایسا کرنے سے نائٹروجن منتشر ہو کر نکل جاتی ہے (diffuses out) اور استرواح الصدر سرعت کے ساتھ ناپدید ہو جاتا ہے۔ آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) میں عمل کو ویسے ہی چھوڑ دیا جا سکتا ہے، یا اگر وہ زیادہ مقداروں میں موجود ہو تو اسے بذریعہ بزل خارج کیا جا سکتا ہے۔ لیکن پھر اس صورت میں بھی اس کے بجائے آکسیجن داخل کر دینی چاہیے۔ اگر ریمی استرواح الصدر (pyopneumothorax) سمّی علامات (یعنے تپش، تیز نبض وغیرہ) پیدا کر رہا ہو تو اس کا علاج ایک تقیح الصدر کے علاج کی طرح جزوی استیصال ضلعی (rib resection) سے اور سیلیت کے قیام (drainage) سے کرنا چاہیے۔ لیکن جب یہ صورت نہ ہو تو اس سیال کے ساتھ وہی سلوک کرنا چاہیے جو متصل کے لئے کیا جاتا ہے۔

ڈائفرامی فتق

(DIAPHRAGMATIC HERNIA)

اس نادر الوقوع حالت کا تذکرہ یہاں اس لئے کیا جاتا ہے کہ بروز کردہ احشا مشمولات صدر میں لازماً ترمیم پیدا کر دیتا ہے، اور ایسے طبیعی امارات پیدا ہو جاتے ہیں جو استرواح الصدر کے امارات سے قریبی مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ ڈائفرامی فتق یہ ہے کہ مشمولات شکم میں سے ایک یا زائد، عموماً معدے کا، یا ثرب (omentum) کا، یا قولون کا ایک حصہ ڈائفرام کے ایک روزن کی راہ سے اوپر کو صدر میں چلا جاتا ہے۔ یہ روزن بیشتر تو تضرر کا نتیجہ ہوتا ہے، جیسے کہ سینہ کا یکایک زور کے ساتھ مضغوط ہو جانا، یا یہ ایک پیدائشی نقص ہوتا ہے، یا یہ ایک

قدرتی سوراخ کے بڑا ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ ضرر بائیں جانب پر نسبتاً زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے اور معدہ عام طور پر وہ حشا رہے جو صدر کے اندر چلا جاتا ہے۔ اور اس عمل کے اثنا میں اوپر کو کھنچ جاتا ہے (صفحہ ۹ ب)۔

علامات۔ جب ڈائفرام تفرز سے مشقوق ہو جاتا ہے تو ابتدائی علامات، جیسے کہ درد، بُہر اور ہبوط (collapse) کچھ تو راست اثرات کے باعث ہوتے ہیں، اور کچھ مشمولات صدر کے دفعتہً درہم برہم ہونے اور اسی جانب کا شش پچک جانے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ذات الجنب اور التہاب باریطون بھی نمودار ہوسکتے ہیں، معہ اُن علامات کے جو ان کے ساتھ متلازم ہیں۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں چوٹ کا اولی اثر رفع ہو جاتا ہے، اور علامات کچھ تو ریوی ہوتے ہیں اور کچھ معدی یا معدی معوی۔ ریوی علامت بالخصوص سانس کا پھول جانا ہے، لیکن یہ حیرت انگیز ہے کہ بعض اصابتوں میں سینہ کے طرف بہت کم اختلال محسوس ہوتا ہے۔ شکم کے طرف عموماً سوء ہضم، درد، ریحیت، اور شاید قئے مشاہدہ میں آتی ہے۔ یہ علامات دورے کے ساتھ واقع ہوسکتے ہیں، اور ان کی وجہ یہ ہے کہ اس غیر طبعی مقام پر احشاء کا انتفاخ یا تختنق ہو جاتا ہے۔ ایک تازہ اصابت میں جب کہ معدہ کسی وجہ سے ڈائفرام کے آر پار اوپر کے طرف گھس کر شش کو پچکا رہا تھا، دوری وقفوں پر شدید علامات دیکھے گئے۔

193

طبیعی امارات جو سینہ میں دیکھے جاتے ہیں یہ ہیں:۔ حصۂ زیریں میں جہاں بروز کردہ حشاء واقع ہے، بیش گمک (hyper-resonance)، اور ساتھ ہی اصوات تنفس کا فقدان، غرغر کی آوازیں (gurgling sounds) جو جنبش (succussion) کرنے پر یا خود بخود سنائی دیتی ہیں، فلزی آواز بازگشت (metallic echo)، اور حرو نحاسی (bruit d' arain)۔ اگر حشائی انتقال زیادہ ہے تو قلب اپنی جگہ سے ہٹا ہوا ہو سکتا ہے۔

زیر ڈائفرامی استرواح الصدر (subphrenic pneumothorax) بھی کیفیۃً مماثل طبیعی امارات پیش کر سکتا ہے۔ وہ دائیں جانب پر زیادہ عام ہوتا ہے اور اس سے جگر نیچے کو شکم کے اندر دھکیل دیا جاتا ہے۔ اس کا امکان نہیں کہ

اُس سے پیدا ہونے والی بیش گمک (hyper-resonance) سینہ میں اتنی بلند واقع ہو جتنی کہ دوسری دو صورتوں میں سے کسی میں واقع ہوتی ہے، اور غالباً سرگذشتِ مرض ممدِ تشخیص ہوگی (ملاحظہ ہو صحف ۲ ۳ ۲ الف جو صفحہ 407 کے مقابل ہے)۔

تشخیص ۔ ڈائفرامی فتق کی تشخیص کسی یقین کے ساتھ صرف لاشعاعی امتحان سے کی جاسکتی ہے، جو ایک غیر شفاف کھانے (opaque meal) کے بعد کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صحفہ ۸ ب)۔

علاج ۔ بعض مریضوں کو ابتدائی تکالیف رفع ہو جانے کے بعد کوئی تشویشناک بے آرامی نہیں محسوس ہوتی ۔ جراحی علاج یہ ہے کہ سینہ کو کھول کر اور پسلیوں کے اجزا کا استیصال کر کے حشاء کو شکم کے اندر واپس کر دیں اور ڈائفرام کو سی دیں ۔

التہابِ واسط

(MEDIASTINITIS)

التہابِ واسط تقیحی ہو سکتا ہے یا غیر تقیحی ۔ اول الذکر میں واسطی خُراج (mediastinal abscess) متعدد اسباب سے پیدا ہو جاتا ہے، جن میں سب سے زیادہ کثیر الوقوع یہ ہیں :- گولی کے تعذرات، وخز (stab) یا ضرب (blow)، اور غدد لمفانیہ کا تدرن ۔ لیکن کبھی کبھی واسطی خراج، ذات الریہ، ذات الجنب، سرخبادہ یا تپ محرقہ کے بعد واقع ہو جاتا ہے ۔ یہ خراج اگلے یا پچھلے واسط میں ہو سکتا ہے، لیکن زیادہ تر اول الذکر میں ہوتا ہے ۔ خاص علامات قصی درد (sternal pain) اور تپ ہیں ۔ طبیعی ا ارات صرف اُسی وقت ظاہر ہوں گے جب کہ خراج کافی جسامت کو پہنچ جائے ۔ ایسی حالت میں اصمیت (dulness)، مقامی الیمیت، عظم قص پر اَذیما، اور بالآخر قص ہڈی کے کنارے پر تموج (fluctuation) موجود ہو سکتا ہے ۔ حتی الامکان پیپ کو جلد خارج کر دینا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو

عظم القص کو ترفان سے کاٹ دینا (trephining) یا اس کا جزوی استیصال (resection) کردینا چاہئے۔

ضربیت (traumatism) اور عمومی امراض ساریہ سے التصاقی (adhesive) یا غیر تقیحی التہاب واسط پیدا ہوسکتا ہے لیکن اس کے عام ترین متلازمات (associations) ذات الجنب اور رثیتی التہاب تامور (rheumatic pericarditis) ہیں بالخصوص آخرالذکر جو ایسی صورت میں لیفی التہاب واسط (mediastinitis fibrosa) پیدا کر دیتے ہیں۔ اس کا ذکر التصاقی تامور (adherent pericardium) کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

1 M. Brown and C. G. Imrie .. 1932 *Quart. Journ. Med.*, N. S., i., p. 319.

2 Ff. Roberts .. 1922 *Journ. Physiol.*, 56, p. 101.

3 Sir W. Hale-White . 1924 *Lancet*, i., p. 263.

7 Campbell, Hunt and Poulton .. 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26, p. 234.

8 P. H.-S. Hartley & I. J. Davies .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1052.

9 J. F. Gaskell .. 1927 *Lancet*, ii., p. 951.

10 C. McNeil & A. R. MacGregor .. 1927 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 582.

11 C. Wall & J. C. Hoyle .. 1933 *Brit. Med. Journ.* i., p. 597.

12 W Burton Wood .. 1930 *Lancet*, i., p. 1339.

13 S. Van Leeuwen .. 1922 *Neurotherapie*, No. 6.

14 H. W. Barber & G. H. Oriel .. 1928 *Lancet*, ii., pp. 1009, 1064.

15 S. Van Leeuwen .. 1924 *Klin. Woch.*, 3, p. 520.

16 A. Francis .. 1917 *Practitioner*, August.

17 S. Van Leeuwen .. 1923 *Klin. Woch.*, 2. No. 27.

18 J. Freeman .. 1920 *Lancet*, ii., p. 229.

19 S. Van Leeuwen & Varekamp .. 1921 *Lancet*, ii., p. 1366.

20 A. G. Auld .. 1921 *Lancet*, i., p. 698.

21 S. Gilbert Scott .. 1926 *Brit. Med. Journ..*, i., p. 939.

22 S. Van Leeuwen .. 1927 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 344.

23 McCrae (Lumleian Lectures on Foreign Bodies in the Bronchi) .. 1924 *Lancet*, i., pp. 735, 787, 838.

24 Review on Respiratory Diseases .. 1920 *Med. Sci.*, i., p. 462.

25 A. Abrahams .. 1920 *Lancet*, ii., p. 543.

26 Zadek .. 1921 *Med. Sci.*, 5, p. 103.

27 Review on Pneumonia .. 1921 *Med. Sci.*, 5, p. 110.

28 W. Smith .. 1924 *Lancet*, i., p. 257.

29 S. L. Cummins .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 186.

30 B. Alcock, M. Douglas, & H. C. Lucey 1925 *Lancet*, i., p. 1332.

31 Sir C. Allbut & Varrier-Jones .. 1922 *Lancet*, i., p. 105.

32 B. Hudson and Leonard Hill .. 1924 *Lancet,* i., p. 1147.

33 Weill & Dufont .. 1922 *Journ. de radiol. et d'electrol.* 6, p. 1.

34 W. C. Bosanquet .. 1928 *Lancet,* i., p. 24.

35 R. C. Wingfield .. 1924 *Lancet.* ii., p. 354.

36 Gravesen .. 1923 *Brit. Med. Journ.,* ii., p. 506.

37 H. Morriston Davies 1926 *Brit. Med. Journ.* i., p. 315.

38 C. Lillingston .. 1923 *Lancet,* i., p. 96.

39 W. A. Lister .. 1927 *Lancet,* i., p. 112.

40 H. C. Cameron & A. A. Osman .. 1923 *Lancet,* i., p. 1097.

41 F. J. Poynton & Reynolds .. 1921 *Lancet,* ii., p. 1100.

42 W. S. Miller .. 1923 *Journ. Exp. Med.,* 38, p. 707.

43 W. S. Miller .. 1913 *Journ. Morphol.,* 24, p. 459.

44 S. C. Simpson .. 1929 *Quart. Journ. Med.,* 22, p. 413.

45 G. H. Oriel .. 1929 *Guy's Hosp. Reps.,* 79, p. 376.

46 G. H. Oriel .. 1929 *Personal Communication.*

47 R. S. Bruce Pearson 1933 *Guy's Hosp. Reps.* 83, p. 86.

48 F. A. Knott & J. W. Thornton .. 1933 *Guy's Hosp. Reps.* 83, p. 63.

49 Argyll Campbell & E. P. Poulton .. 1935 "Oxygen and Carbon Dioxide Therapy." *Oxford Med. Pub.* 1935.

50 W. E. Gye & E. H. Kettle .. 1922 *Lancet*, ii., p. 855.

51 S. L. Cummins & A. F. Sladden .. 1934 *Brit. Med. Journ.* i., p. 554.

52 L. G. Irvine .. 1932 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 693.

53 P. d'Arcy Hart .. 1932 *Med. Res. Counc. Spec. Rep. Ser.* 164.

54 P. d'Arcy Hart .. 1932 *Quart. Journ. Med.*, N.S., i., p. 49.

55 A. Loewy .. 1934 *Arch. Med. Hydrol*, p. 261.

56 G. Maurer .. 1930 *Lancet*, ii., p. 72.

57 F. G. Chandler .. 1930 *Lancet*, ii., p. 74.

58 A. J. S. Pinchin & H. V. Morlock .. 1933 *Lancet*, i., p. 1114.

59 H. C. Cameron .. 1932 *Guy's Hosp. Reps.* 82, p. 290.

60 A. Tudor Edwards .. 1932 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 827.

61 W. Brockbank .. 1932 *Quart. Journ. Med.*, N.S., i., p. 31.

62 Ff. Roberts .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 142.

63 E. R. Boland .. 1934 *Lancet*, i., p. 231.

64 Chevalier Jackson .. 1930 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 24, p. 1.

65 R. V. Christie .. 1936 *Oral Communication.*

195

ناک گلے اور کان کے امراض

(طبی نقطۂ نظر سے)

ناک

زکام

(coryza)

یہ مرض، جو عام طور پر "زکام" ("cold in the head") کے نام سے مشہور ہے، ناک کی مخاطی جھلی کا نزلی التہاب (catarrhal inflammation) ہے (حاد التہاب الانف)، جو اکثر بلعوم (pharynx) کو (نزلی خراش حلق = catarrhal sore throat)، نیز ملتحمات چشم (conjunctivæ)، جیبی اور دیگر اجواف، اور یوسٹیکی انبوبات (Eustachian tubes) کو ماؤف کر دیتا ہے، اور ممکن ہے کہ حنجرہ (larynx)، قصبۃ الریہ (trachea) اور شعبات (bronchi) میں پھیل جائے۔ اولی طور پر یہ ایک سرایت ہے جو کہ اس رقیق رشاش (spray of saliva) کا استنشاق کرنے سے پھیلتی ہے جو کہ ایک سرایت زدہ شخص کے کھانسنے، چھینکنے یا بولنے کی اثنا میں باہر نکلتا ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ ایک سابقہ حملہ سے حاصل شدہ امنیت (immunity) کے زمانہ کے اختتام کے بعد مریض خود کو مکرر سرایت پہنچا دیں۔ معمولی زکام (common cold) کا سبب ایک دقیق "منفذ از گذر ترشح نما" ("filter-passing" coccoid) جسم ہے جس کا قطر ۲.۰ تا ۳.۰ مائکرون (micron) ہوتا ہے، اور جو منفرداً یا جوڑوں اور گروہوں میں مرتب ہوتا ہے، اور التہاب نخاع (poliomyelitis) کے قشیب (virus) سے مشابہ ہوتا ہے (۱)۔ اگر طبی ناک اور گلے کا جرثومیاتی امتحان کیا جائے تو

بظاہر زندہ جراثیم کے مختلف پائے جاتے ہیں۔ نبقہ عنبیہ ابیض (Staphylococcus albus) گلے نتھنوں میں موجود ہوتا ہے۔ عصیہ عفونی (Bacillus septus) جو کہ ایک دفتیریا نما (diphtheroid) ہے ناک کی پشت میں نشوونما پاتا ہے۔ خرد نبقہ نازلی (Micrococcus catarrhalis) نفی بلوم میں اور نبقہ سبحی اخضر (Streptococcus viridans) لوزتین میں غالب نظر آتا ہے۔ جب زکام شروع ہوتا ہے تو نبقہ سبحیہ اخضر عام طور پر سب سے پہلا عضویہ ہوتا ہے جو کہ شدومد کے ساتھ نشوونما پاتا ہے' بالخصوص اسکی زیادہ خون پاش نسلیں' اور زیادہ طبعی باشندوں کی بہ نسبت بہ زیادہ نشوونما پانے کا رجحان رکھتا ہے۔ کچھ دیر بعد کی کاشت ایک یا زیادہ ثانوی حملہ آوروں کی فعالیت ظاہر کرتی ہے' مثلاً عصیہ فریڈلینڈر (Freidlander's bacillus) نبقہ ریویہ قسم چہارم' اور نبقہ عنبیہ ذہبیہ (Staphylococcus aureus) کی' اور ان میں سے کوئی بھی جوفوں میں مقامی طور پر پایا جاسکتا ہے بشرطیکہ ان میں مقامی تقیح موجود ہو۔ اسی طرح وبا کے لحاظ سے ایک قسم کا عضویہ غالب نظر آتا ہے' اور بعض وباؤں میں فیفر کے عصیہ انفلوئنزی (Pfeiffer's Bacillus influenza) کے سوا باقی سب عصیے غائب ہوتے ہیں۔ سب سے بڑا مُعِدّ سبب انفی مخاطی کا ورم اور امتلاء ہے جو گویا ایک تر گرم ہوائی ہے جس کے ساتھ ہی تغیر پذیر لیکن فی الجملہ سرد ودفیہ تیش ہو' پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی آخرالذکر واقعہ کی وجہ سے "سردی لگ جانے (catching cold) کا محاورہ پیدا ہو گیا ہے۔ وبائیں بھی ایسے ہی حالات کے تحت واقع ہوتی ہیں۔ علاوہ ازیں ممکن ہے کہ دروں خانہ حالات اس کا سبب ہو جائیں۔ لوگ اکثر ایسے گرم اور حبس دار (stuffy) کمروں میں بیٹھتے ہیں جہاں کی ہوا رکی ہوئی ہوتی ہے' لیکن ہوا کے جھونکوں (draughts) سے جن کا فرش ٹھنڈا ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سر گرم اور پاؤں ٹھنڈے ہو جاتے ہیں۔ فعلیاتی نقطۂ نظر سے سر کو اور انفی غشائے مخاطی کو ٹھنڈا اور متحرک ہوا میں ہونا چاہئے اور پاؤں کو گرم ہونا چاہئے (L. Hill)۔

علامات۔ ممکن ہے کہ سب سے پہلے علامات میں سے ایک یہ علامت ہو کہ چھینکوں کا حملہ ہو یا حلق میں کچھ پن یا خراش کا احساس اور نگلنے میں درد ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ ان سے پہلے ناسازی کا احساس ہو اور ساتھ ہی سردی معلوم ہو اور درد سر اور عدم اشتہا موجود ہو۔ چھینکوں کے بعد جلد ہی ناک سے ایک صاف مخاط کا اخراج ہونے لگتا ہے' اور

غشائے مخاطی کے ورم کی موجودگی سے اور حسِ شامہ کے زائل ہوجانے کی وجہ سے ناک میں بند ہونے کا (stuffiness) احساس ہوتا ہے۔ نرم تالو، لہاۃ (uvula)، بلعوم اور لوزتین بہ نسبت اسکے کہ جتنے قدرتی حالت میں ہوتے ہیں، زیادہ سرخ ہوجاتے ہیں۔ زیادہ شدید اصابتوں (تقرّحی خراشِ حلق = ulcerated sore throat) میں لوزتین، تالو اور بلعوم پر سطحی خراشیدگیاں (abrasions) ہوجاتی ہیں، زبان فردار (furred) ہوتی ہے، اور نمایاں جبلّی اختلال (constitutional disturbance) ہوتا ہے۔ ساتھ ہی آنکھیں سرخ اور مبتسل (suffused) ہوتی ہیں اور ان سے پانی آزادانہ طور پر بہتا ہے۔ جبہی جوف (frontal sinus) کی ماؤفیت کے باعث ابرو پر درد ہوتا ہے، اور یوسٹیکی انبوبہ کے بند ہوجانے سے بہراپن ہوسکتا ہے۔ اسکے ساتھ ہی کسی قدر حموی تعامل (febrile reaction) بھی موجود ہوتا ہے۔ اگر یہ نازلت (catarrh) حنجرہ تک پہنچ جائے، تو آواز بیٹھ جاتی ہے اور متواتر خراش آور کھانسی (irritating cough) ہوتی ہے۔ اگر نازلت اور آگے پھیپھڑوں تک پہنچ جائے تو ایسے علامات پیدا ہوجائیں گے جو کہ دوسری جگہ شعبی التہاب (bronchitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ اکثر دو ایک روز کے بعد اس حاد درجہ میں تخفیف ہوجاتی ہے اور کلی صحت ہوجاتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ نزلہ کا بہنا جاری رہے، اور وہ مخاط کے ساتھ پیپ کی موجودگی کے باعث گاڑھا اور زیادہ غیر شفاف ہوجائے۔ اس طرح وہ دو تین دن سے لیکر دو یا تین ہفتوں کے تغیر پذیر عرصہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ اس عرصہ کے دوران میں اس امر کا امکان ہے کہ مریض پر التہاب کے تازہ اشتدادات (exacerbations) طاری ہوجائیں۔

زکام (coryza) کی مثالی تصویر ایسی ہوتی ہے۔ لیکن دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ سرایت حاد التہاب حنجرہ (acute laryngitis) یا شعبی التہاب (bronchitis) کی طرح شروع ہوکر بالآخر اوپر کی طرف پھیل کر حلق اور ناک میں پہنچ جائے۔ سرایت کا نقشہ مختلف اشخاص میں مختلف ہوتا ہے۔ لیکن فردِ واحد میں سرایت کا عمر خاصہ یکساں ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ مثلاً اگر ایک شخص میں زکام ہمیشہ التہاب بلعوم (pharyngitis) کی شکل میں شروع ہوتا ہے، تو دوسرے کسی شخص میں بطور التہاب حنجرہ (laryngitis) کے ہوتا ہے اور تیسرے میں شعبی التہاب (bronchitis) کی طرح، اور علیٰ ہذا القیاس۔ اس طرح لوگوں میں

ایسی مکرر سرایتوں میں مبتلا ہونے کا جو کہ بیشتر تنفسی خطہ کے ایک مخصوص حصّے کو ماؤف کرتی ہیں انتہائی رجحان ہوتا ہے۔ ان لوگوں میں کہ جن کے لوزتین نکالدئے گئے ہوں' زکام ایک التہاب بلعوم یا التہاب حنجرہ کے طور پر شروع ہونے کا زیادہ رجحان رکھتا ہے۔ کچھ عرصے کے بعد ممکن ہے کہ صحت یابی میں زیادہ اور زیادہ تاخیر ہو کر ایک مزمن سرایت پیدا ہو جائے' جو بلحاظ اس امر کے کہ پہلے کونسا حصّہ ماؤف ہوا ہے' مزمن انفی نازلہ (chronic nasal catarrh) 'مزمن نازلی التہاب حنجرہ (chronic catarrhal laryngitis) 'مزمن شعبی التہاب (chronic bronchitis) وغیرہ کی صورت اختیار کر سکتی ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ حاد التہاب الانف بعض ساری امراض مثلاً انفلوئنزا' الکسرا' ڈفتھیریا' خلقی آتشک (congenital syphilis) 'سراجہ (glanders) 'وغیرہ میں ایک نوعی ضرر (specific lesion) کی حیثیت سے واقع ہوتا ہے۔

تحرز (prevention) اہم تدابیر یہ ہیں کہ طرز زندگی صحیح ہو' جس کے ساتھ وافر بیرون خانہ ورزش کی جائے' اور قوی اشخاص روزانہ سرد غسل کریں' نیز حبس والے (stuffy) کمروں سے اور خاصکر سرایت زدہ اشخاص سے احتراز رکھا جائے۔ ذاتی تجربے سے ثابت ہوا ہے کہ مزمن انفی نازلہ (chronic nasal catarrh) کے لئے ڈبلیو گلیگ (W. Glegg) کا تجویز کردہ علاج بہترین منفعت رکھتا ہے۔ اس وقت جبکہ مریض چت لیٹا ہوا ہو ایک یا دو ٹی سپون فل (teaspoonful) پیرافینم مولی (paraffinum molle) اور پیرافینم لکویڈم (paraffinum liquidum) کا آمیزہ (ایک حصے میں ۳ یا ۴ حصے) ایک نالیچہ کے ذریعہ کہ جس کے ساتھ ربڑ کا گیند لگا ہوا ہو' باری باری سے مریض کے ہر نتھنے میں ڈالا جاتا ہے۔ جب یہ آمیزہ حلق میں محسوس ہو تو نگلا جا سکتا ہے' یا اگر یہ آنتوں میں تکلیف اثر پیدا کرتا ہو تو اسے لفث کے ذریعہ تھوکا جا سکتا ہے۔ یہ علاج دن میں ایک یا دو بار عمل میں لانا چاہئے یا اگر زکام کا خدشہ ہو رہا ہو تو زیادہ بار۔ یہ آمیزہ ایک پچکنی (collapsable) نلی میں بھی حاصل کیا جا سکتا ہے اور اس میں ½ گرین فتھال (menthol) ملایا جا سکتا ہے' یا اس کو روزیٹال (rosettol) کے ذریعہ خوشبودار بنایا جا سکتا ہے۔

بہت سی حالتوں میں انفی یا شعبی نازلہ ان جدریات (vaccines) کے ذریعہ' جو تنفسی راستوں میں دباؤں میں موجود رہنے والے عصیوں (bacilli) اور بیضوں (cocci) سے

تیار کئے ہوئے ہوں اُروکی جاسکتی ہے۔ خودزاد جدریات (autogenous vaccines) جو خود مریض کے بساق (sputum) میں کے عضویات کی کاشتوں سے یا اُسکی ناک اور حلق کی پشت سے لی ہوئی عقیم پھریریوں (sterile swabs) کے ذریعہ سے تیار کئے ہوتے ہیں اشراب کئے جاسکتے ہیں یا مخزونی جدریات (stock vaccines) میں لائے جاسکتے ہیں۔ جدریات کے تیار کرنے میں یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ مادہ حاصل کرنے کے بعد اسکی کاشت اور حضانت فی الفور عمل میں لانی چاہئے۔ بادی النظر میں یہ امر تعجب خیز معلوم ہوتا ہے کہ جب سرایت ایک مفطار گذار عضویہ کے باعث ہوتی ہے تو جراثیم سے تیار کئے ہوئے جدریات کیوں مفید ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ تبیعی عضویہ کے فصل کرنے کا یہی طریقہ ہو کہ ثانوی حملہ آور اُسکے ساتھ ہم باشی (symbiotic) ہو جائیں جیسا کہ خنزیری انفلوئنزا (hog influenza) میں ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں ثانوی حملہ آور کا ضد عمل کرنا کافی ہے۔

علاج۔ ذاتی تجربہ سے ظاہر ہوا ہے کہ گنگیک کا علاج انفی زکام (nasal coryza) کو دبا سکتا ہے اور آخری درجوں میں جبکہ افراز مخاطی ریمی ہو جاتا ہے اور مواد بار بار خارج ہوتا ہے لیبا اوقات اسکے ذریعہ بہت فائدہ ہو جاتا ہے لیکن اس سرایت پر جو کہ جیبوں یا قصبہ تک پھیل چکی ہو اسکا کچھ اثر نہ ہوگا اگر کھانسی تکلیف دہ ہو تو شراب عرق الذہب (ipecacuanha wine) کے چند قطرے اسپرٹس آف نائٹرس ایتھر (spirits of nitrous ether) کے ساتھ یا مرکب صبغیہ کافور (compound tincture of camphor) کے ساتھ دینے سے آرام معلوم ہوگا۔ یا ایک مناسب شمامہ (inhaler) کے اندر اُبلتے ہوئے پانی میں یوکالپٹس آئل (eucalyptus oil) کے پانچ یا چھ قطرے رکھکر اُسکی بھاپ کا استنشاق کیا جائے۔

197

مزمن التہاب الانف

(chronic rhinitis)

یہ دو شکلوں میں دیکھا جاتا ہے۔ ایک میں جو مزمن بیش پرورشی التہاب الانف (chronic hypertrophic rhinitis) کے نام سے موسوم ہے ناک کی اور زیرین منقول زائدوں (lower turbinated processes) کی غشاء مخاطی بہت دبیز ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ یہ دبازت بلعوم میں پہنچ جائے اور تحتانی منقول اجسام کے

پچھلے سروں کو ماؤف کردے۔ یہ کم از کم بیشتر اصابتوں میں بجائے ایک التہابی ورم ہونے کے عرق حرکی (vasomoior) ورم ہوتا ہے۔ یہ جوفی مرض (sinus disease) سے پیدا ہوسکتا ہے۔ تنفس میں بہت رکاوٹ ہوتی ہے اور وہ بالخصوص دہن کے راستہ سے واقع ہوتا ہے۔ اور شامہ کی حس کم ہو جاتی ہے۔

مزمن ذبولی التہاب الانف (chronic atrophic rhinitis) جس میں مخاطی جھلی مذبول ہو جاتی ہے، اس بدبودار تیز اخراج کے اسباب میں سے ایک سبب ہے جسے اوزینا (ozena.) کہتے ہیں۔ اس میں مخاطی جھلی پتلی ہو جاتی ہے اور اس کی سطح پر پپڑیاں (crusts) جمع ہو جاتی ہیں۔ شامہ کی حس زائل ہو جاتی ہے۔

حساسیتی التہاب الانف (allergic rhinitis) یہ وہ حالت ہے کہ جس میں ناک میں سے ایک پانی کا سا مواد خارج ہوتا ہے، جو کہ بعض اوقات بہت وافر ہوتا ہے اور جس کے ساتھ مریض کو دورے کے ساتھ چھینکیں آنے لگتی ہیں، بالخصوص بیدار ہونے پر۔ غشاء مخاطی شاحب اور استسقی ہوتی ہے۔ کیلشیم لیکٹیٹ (calcium lactate) گرین ۱۵ دن میں دو دفعہ کھانے سے پہلے دینا بہت سی اصابتوں میں موثر علاج ہے۔

علاج۔ بیش پرورشی قسم (hypertrophic form) کے لئے دافع عفونت محلولات کے رشاشات (douches) یا قطورات (sprays) استعمال کرنے چاہئیں جن میں کاربولک ایسڈ، بورک ایسڈ، بوریکس (borax) شامل ہوں۔ اور اگر بہت دبازت موجود ہو تو وہ گیلوانی کواۃ (galvano-cautery) کے استعمال سے کم کی جاسکتی ہے۔ حاد التہاب الانف کے تحت بیان کیا ہوا گلیگ (Glegg) کا علاج بھی مفید ہوسکتا ہے۔ مریض کے صحتی ماحول (hygienic surroundings) پر بھی توجہ کرنا ضروری ہے۔ ذبولی قسم (atrophic form) کا علاج بھی نہایت مماثل لیکن نسبتاً کم امید افزا ہوتا ہے۔ پپڑیوں کو نکال کر دافعات عفونت، بلاواسطہ یا قطول (douche) یا مرشہ (spray) کے ذریعہ سے لگانے چاہئیں۔ مقویات (tonics)، جیسے لوہا، سنکھیا، یا کاڈ مچھلی کا تیل ممد ہوتے ہیں۔

التہاب الاجواف

(sinusitis)

ناک کے اندر نزد انفی اجواف (paranasal sinuses) کھلتے ہیں۔ فکی مغارات (maxillary antra) جبہی اجواف' اور مصفاتی خلیات کا اگلا گروہ' اگلے اجواف میں شامل ہیں۔ پچھلے مصفاتی خلیات اور وتدی جوف پچھلے گروہ میں شامل ہیں۔

یہ اجواف' حاد انفی سرایتوں مثلاً زکام سے متاثر ہوسکتے ہیں' اور ان کے قنوات' غشاء مخاطی کے متورم ہوجانے سے مکمل طور پر یا جزوی طور پر مسدود ہوسکتے ہیں۔ اس سے جو احتباس پیدا ہوتا ہے وہ درد کا موجب ہوتا ہے' جو کہ متاثرہ جوف کے لحاظ سے مختلف مقامات پر پایا جاتا ہے۔ بسا اوقات درد کے ساتھ تپش کا معتدبہ ارتفاع ۱۰۳ ف تک ہوجاتا ہے۔

حاد التہاب الاجواف کا علاج مخصوص اضافی کتب میں پایا جائیگا' لیکن عام طور پر اسکی نوعیت یہ ہوتی ہے کہ غشاء مخاطی میں سکیڑ (shrinkage) پیدا کرنے کے لئے اس پر کوکین (cocaine) اور ایڈرینالین لگائی جاتی ہے۔

مزمن التہاب الاجواف۔ نزد انفی اجواف کی مزمن سرایتوں کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ناک میں سے مواد خارج ہونے لگتا ہے' یا زیادہ کثرت کے ساتھ مواد پیچھے کی طرف چلا جاتا اور ایک پس انفی (post-nasal) مواد خارج ہونے لگتا ہے۔

جوفوں میں پیپ کی موجودگی اتنے مقامی علامات نہیں بلکہ سمی علامات پیدا کردیتی ہے۔ پس انفی مواد کو ممکن ہے نگل لیا جائے اور اس طرح یہ سوء ہضم کا سبب ہو۔ یا ممکن ہے یہ تنفسی خطہ کو سرایت زدہ کردے اور اس طرح التہاب شعبی بلکہ تمدد الشعب کے متوالی حملے واقع ہوں۔ مزید براں' یہ مواد بلعوم کی لمف آسا بافت کو سرایت زدہ کردیتا اور اس طرح حلقے کی خراش کا باعث ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں غلطی سے لوزتین کو قصوروار سمجھ لیا جاتا ہے۔

تشخیص۔ ناک اور انفی بلعوم کا ریم یا مخاطی ریم کے لئے امتحان کرکے کیجاتی ہے۔ یا جمجمہ کا لاشعاعی امتحان کرکے کی جاتی ہے جبکہ متاثرہ جوف میں عتمیت نظر آتی ہے۔

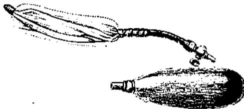
علاج۔ قطری انفی نطولات کے ذریعہ علاج کرنے سے افاقہ تو ہوجاتا ہے لیکن زیادہ کثرت سے جوف کی صیلیت کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس کے تفصیلات کے لئے مخصوص نصابی کتب ملاحظہ کرنی چاہئیں۔

رُعاف (نکسیر)

(epistaxis)

رعاف یا ناک سے خون بہنے کا انحصار مقامی یا عمومی حالات پر ہوسکتا ہے۔ اول الذکر میں سے یہ ہیں:۔ ناک پر چوٹ لگنا، ناک کو نوچتے رہنا، ناک سنکنا۔ زیادہ کثرت سے ادبار خودبخود شروع ہوجاتا ہے۔ تقریباً ہمیشہ یہ انفی فاصل کے اگلے حصہ سے یا ناک کے فرش سے آتے ہوئے پایا جاتا ہے۔ دیگر مقامی اسباب یہ ہیں، ناک میں ڈفتھیریا، خبیث بالیدگیاں اور متعدد تجزیہ عروقی اتساعات (telangiectasis)۔ درمیانی عمر میں وہ نسبتہً کم عام ہوتا ہے لیکن

198



شکل ۱۔ اکوپر روزر کی تھیلی۔

پھر زیادہ عمر والے اشخاص میں جن کے عروق میں انحطاط شروع ہوگیا ہو کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ چنانچہ وہ ایتھیروما (atheroma) سے تعلق رکھتا ہے۔ نیز خون کے دباؤ کی زیادتی (high blood pressure)، برائٹ (Bright) کے مرض جگر کی کہبت (cirrhosis)، قلبی مصراعی مرض (cardiac valvular disease)، امراض خون [جیسے کہ مختلف قسموں کی علم دمویّت

اور سفید دمویت (لیوکیمیا) ، پرپیورا (purpura) اسکروی (scury)] اور بعض ساری امراض (جیسے کہ تپ محرقہ اور حمیات ناکس) اور کبھی کبھی انفلوئنزا کے تعلق میں وہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے۔

ممکن ہے خون پیچھے کو چلا جائے اور پچھلے منخروں (posterior nares) سے بہنے لگے ، ایسی صورت میں وہ حلقوم (fauces) کی راہ سے ٹپک ٹپک کر معدہ کے اندر پہنچ سکتا اور بالآخر قئے ہو کر یا براہ مستقیم (per rectum) خارج ہو سکتا ہے ، یا ممکن ہے کہ وہ کھانسی پیدا کر کے نفث الدم (hæmoptysis) کا شبہ پیدا کر دے ۔ بلند فشار دموی (high blood pressure) کے مریضوں میں بعض اوقات معتدل رعاف ہونے سے وہ درد سر رفع ہو جاتا ہے جو پہلے سے موجود ہوتا ہے۔

ناک کے معائنہ سے وہی نقطہ دریافت ہو جاتا ہے ، اور ایڈرینیلین گاز (adrenaline gauze) کے ذریعہ اصمام کر کے مقامی الساق کیا جا سکتا ہے یا کی (cauterise) کیا جا سکتا ہے ۔ اگر اس میں کامیابی نہ ہو تو کوپر روز (Cowper Rose) کی تھیلی استعمال کی جا سکتی ہے ۔ موخر منخروں کا اصمام کرنے کی بہت کم ضرورت پڑتی ہے۔

حلق

التہاب اللوزہ
(tonsillitis)

لوزتین لمف آسا بافت کے تودے ہیں جو ہر جانب پر حلقوم کے اگلے اور پچھلے ستونوں کے درمیان واقع ہیں ، اور انھیں لمف آسا بافت کے دوسرے تودوں سے تمیز کرنے کے لئے حلقومی لوزتین (faucial tonsils) کہتے ہیں ۔ ان دوسرے تودوں میں سے بعض قاعدۂ زبان میں واقع ہیں ، جن کا نام لسانی لوزتین (lingual tonsils) ہے ، اور بعض انفی بلعوم میں ، جنھیں بلعومی لوزہ (pharyngeal tonsil) یا لوزۂ لشکا (Luschka's tonsil) کہتے ہیں ۔ حلقومی لوزتین میں لمف آسا بافت ، خلیوں اور جال کی مخصوص ترتیبوں پر شامل ہوتی ہے جنھیں جرابات (follicles) کا نام دیا گیا ہے ، اور

گہرے انشقاقات (fissures) بھی موجود ہوتے ہیں جن کو طاقچے (crypts) کہتے ہیں۔ یہ سطح پر وا ہوتے ہیں اور عمقاً نیچے کیسہ تک پہنچتے ہیں جو بلعوم کے عضلی جرم کے ساتھ متماس ہوتا ہے۔ اِن طاقوں میں تندرستی کی حالت میں بھی جراثیم کے متعدد انواع مل سکتے ہیں یعنے نبقات سبحیہ، نبقات عنبیہ، نبقات رئویہ کثیر دفتقیۃ، نازلات، عصیہ فریڈلانڈر، وغیرہ۔ لوزتین دہن کے راستہ سے جو سرایت واقع ہو سکتی ہے اس کی روک تھام کے لئے ایک حفاظتی فعل انجام دیتے ہیں، لیکن جب وہ ایک مرتبہ سرایت زدہ ہو جاتے ہیں، تو سرایت عنقی لمفائی غدد میں منتقل ہو سکتی ہے، جن میں سے ایک وہ ہے جو جبڑے کے زاویہ کے قریب قصی حلمی عضلہ کی اگلی کور کے نیچے واقع ہے، مشترک سباتی شریان کی دوشاخگی پر پڑا ہوا ہے اور غدۂ لوزی (tonsillar gland) کی حیثیت سے تمیز کیا جاتا ہے۔

التہاب لوزتین کا بیان پہلے بعض ساری امراض، یعنے ڈفتھیریا، قرمزیہ (scarlatina)، آتشک، اور حاد رثیت (acute rheumatism) کے تعلق میں کیا گیا ہے۔

جرابی التہاب اللوزہ (follicular tonsillitis) ان سرایتوں کے علاوہ 199
جو کہ ابھی بیان کی گئی ہیں لوزتین کے لمف آسا اور جرابی جرم کا التہاب بظاہر خودرَو طور پر ہوتا ہے اور بعض اشخاص میں ہفتوں یا برسوں کے وقفوں سے مکرر ہوا کرتا ہے۔ یہ غالباً سرایت کے باعث ہوتا ہے، یا اُن عضویوں کی تقیمیت کے ازدیاد کے باعث ہوتا ہے جو طاقوں میں مخفی پڑے رہتے ہیں، لیکن ساتھ ہی یہ وجہ بھی ہوتی ہے کہ مبتلا شدہ شخص کی یا اسکی بافتوں کی قوت مدافعت ضعیف ہو جاتی ہے۔

علامات ۔ لوزہ سرخ اور متورم ہو جاتا اور کئی زرد یا سپید نمایاں دھبے یا داغ پیش کرتا ہے، جو کہ ارتشاح (exudate)، تسلخ شدہ (exfoliated) سرحلمہ، کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں، لمف خلیوں اور جراثیم کے تودے ہوتے ہیں، اور طاقوں کے دہنوں پر واقع ہوتے ہیں۔ اور لوزہ کی سطح کم و بیش مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جبڑے کے زاویہ کے پیچھے یہ ورم باہر سے محسوس کیا جا سکتا ہے۔ زیادہ شدید قسموں میں طاقوں کا افراز زیادہ وافر ہوتا ہے، اور وہ بڑے چکدار سپید سدادات (plugs) سے مسدود ہوتے ہیں، جو ڈفتھیریا کے سپید مادہ سے قریبی مشابہت پیش کر سکتے ہیں، "جرابات"

باہم پیوستہ ہو کر ایک ایسی جھلی بنا سکتے ہیں جو کہ ڈفتھیریا کی غشاء سے قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ اکثر اوقات ہر دو لوزتین ماؤف ہوتے ہیں۔ معتدل بخار، اختلال، فرو دار زبان، گلسندی کا احساس، مقامی بے آرامی، نگلنے میں درد ہونے کے علامات موجود ہوتے ہیں۔ اکثر تیش بہت بڑھ جاتی ہے۔ اور عام طور پر لوزی عنقی غدد بڑے ہو جاتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ لوزتین کی سنحی بافت (parenchyma) کے خلیات اور جرابات کے خلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ جرابات میں نہایت چھوٹے چھوٹے پھوڑے سنگر طاقوں کے اندر پھوٹ پڑیں۔

تشخیص۔ وہ مشابہت نہایت اہم ہے جو کبھی کبھی ڈفتھیریا کے ساتھ ہو جاتی ہے۔ عموماً لوزہ کے ایک طاقہ کے اندر افراز کے صمام کی صریحی تکوین سے، یا ایک جانب پر متعدد صمامات کی موجودگی سے انکی شناخت ہو جاتی ہے۔ کسی قدر وسعت رکھنے والی ایک منفرد سپید جھلی کا ہونا، جو بظاہر صرف سطح پر ہو، اور اس جھلی کا نرم تالو تک پھیل جانا، ڈفتھیریا یا اذن حجرہ ونسنٹ کی تائید میں ہے۔ مشتبہ اصابتوں میں جرثومیاتی کاشت کام میں لانا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 66)۔

ارتفاع حرارت (pyrexia) کے لئے علاج شروع کر دینا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 20)۔ لوزتین پر حابس (astringent) یا دافع عفونت محلولات لگا دینے چاہئیں، جیسے کہ صبغیۂ ایوڈین (برٹش فارماکوپیا)، گلیسرین آف ٹینک ایسڈ، اور صبغیہ پرکلورائڈ آف آئرن (۵ قطرے ایک ڈرام گلیسرین میں)۔ پوٹاسیم کلوریٹ کے لوزیج یا رھاٹنی اور فارمالین (rhatany & formalin) کے اقراص بھی چوسے جا سکتے ہیں۔ صبغیہ گوائکم (tr. of guaiacum) یا گوائکم کے اقراص، اور سوڈیم سیلی سلیٹ بھی مفید ہیں۔ شدید اصابتوں میں مصل دافع نبقات سبحیہ (anti-streptococcal serum) کے اشرابات دئے جا سکتے ہیں۔ دافع قرمزیہ نما (anti-scarliniform)۔ ۱۰ مکعب سنٹی میٹر، کثیر گرفتی (polyvalent) ۲۵ مکعب سنٹی میٹر، جو کہ دو دن کے بعد مکرر دیا جاتا ہے۔

قرنیت بلعوم (keratosis pharyngis)۔ یہ ایک حالت ہے کہ جس میں لوزی طاقات کے دہنوں پر چھوٹے سفید روزات پائے جاتے ہیں، جو کہ جرابی التہاب اللوزہ کے منظر سے مشابہ منظر پیدا کرتے ہیں۔ بالعموم یہ علامات سے مبرا ہوتی ہے، تاہم بعض اوقات

خفیف خراش حلق کی شکایت کیا کرتی ہے۔ مرض کسی قسم کے علاج سے متاثر نہیں ہوتا لیکن وہ چند ہفتے قائم رہنے کے بعد خود بخود غائب ہو جاتا ہے۔

گرد لوزی خراج (peritonsillar abscess)(ذبحۂ لوزیہ: quinsy)-

اس حالت میں کیسۂ لوزہ اور لوزی عماد کی عضلی دیوار کے درمیان تقیح واقع ہو جاتا ہے۔ پھوڑے کا ٹھیک محل وقوع مختلف ہوتا ہے لیکن بیشتر وہ اس فضا کے بالائی دو تہائی میں واقع ہوتا لوزہ کو نیچے اور اندر کے طرف دھکیل دیتا اور حنکی بافتوں میں تداخل کرتا ہے۔

بحث اسباب - یہ پندرہ اور پچیس سال کی عمروں کے درمیان نہایت عام ہوتا ہے۔ بعض آدمی اس میں مبتلا ہونے کا بہت رجحان رکھتے ہیں اور بار بار مبتلا ہوتے ہیں۔ اس کا سبب لوزی سرایت کا لوزہ کے کیسہ سے باہر پھیل جانا ہے (گرد لوزی التہاب = peritonsillitis)- بعد میں تقیح ہو جاتا ہے۔

علامات - یہ ایک یا دونوں لوزتین کو ماؤف کر سکتا ہے۔ لوزہ سرخ اور اپنی قدرتی ساخت سے دوگنا متورم ہو کر خط درمیانی کے طرف ابھر آتا ہے اور لہاۃ (uvula) کو ہٹا کر ایک طرف کر دیتا ہے۔ اگر دونوں لوزتین ماؤف ہوں تو ممکن ہے کہ وہ خط وسطی میں مل جائیں اور لہاۃ کو آگے کے طرف دھکیل دیں۔ ورم اور سرخی نرم تالو کو متاثر کر دیتی ہے جو کہ سامنے کو ایک اختلاف پذیر فاصل تک اذیما زدہ ہو جاتا ہے۔ سطح عموماً چکنی چمکدار اور رنگ میں گہری سرخ یا ارغوانی ہوتی ہے۔ باہر سے دیکھا جانے تو جبڑے کے زاویہ کے پیچھے ورم ہوتا ہے۔ بیماری اکثر ایک قشعریرہ اور متلی کے ساتھ شروع ہوتی ہے اور ذہنی اضمحلال بہت زیادہ ہوتا ہے۔ زبان پر فر کی موٹی تہ چڑھی ہوتی ہے بھوک چلی جاتی ہے اور تپش ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے۔ نگلنے اور بولنے میں نہایت شدید درد ہوتا ہے اور منہ کے اندر ریق اور مخاطی افراز جمع ہو جاتے ہیں اور انہیں بار بار تھوکنا پڑتا ہے۔ دو سے چار دن تک میں تقیح واقع ہو جاتا ہے۔ رسولی جو پہلے سخت تھی اب نسبتہً نرم ہو جاتی ہے اور انگلی سے دبجاتی ہے۔ یا ایک انگلی لوزہ پر اور دوسری انگلی باہر جبڑے کے زاویہ کے پیچھے رکھنے سے پیپ کی موجودگی شناخت کیجا سکتی ہے۔ اگر پھوڑے کو نہ چھیڑا جائے تو وہ حلق کے اندر پھوٹ پڑتا ہے تپش کم ہو جاتی ہے اور صحت جلدی چار سے سات روز تک کے اندر ہو جاتی ہے اگرچہ ممکن ہے کہ کیفیت اور کچھ عرصہ تک جاری رہے۔

200

شاذ صورتوں میں پھوڑے نے گردن یا سینہ کے اندر نقب لگادی ہے' یا سباقی شریان کو کھالیا ہے' یا اپنی پیپ حنجرہ کے اندر خارج کرکے اعتصاص (suffocation) پیدا کردیا ہے۔

تشخیص۔ ذبحہ لوزیہ (quinsy) جراثیمی التہاب لوزہ سے مشابہ ہوسکتا ہے۔ وہ زیادہ اکثر یک جانبی ہوتا ہے' اس میں تپ زیادہ شدید ہوتی ہے' سرخی متصل حصوں تک پھیل جاتی ہے' افراز طاقوں کے اندر جمع نہیں ہوتا' اور ممکن ہے کہ پیپ کا بالآخر پتہ چل جائے۔ بعض اوقات یہ دونوں حالتیں ساتھ ساتھ پائی جاتی ہیں۔

علاج۔ ارتفاعِ حرارت کا عام علاج استعمال کیا جاتا ہے۔ درد میں برف سے اکثر تخفیف ہوجاتی ہے۔ اُسے چوسنا بھی چاہئے اور باہر سے بھی لگانا چاہئے۔ حاد علامتوں میں کمی کرنے کے لئے سیلی سلیلیٹ آف سوڈیم ۱۰ تا ۱۵ گرین کا داخلی استعمال ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے کیا جاسکتا ہے۔ کاربالک ترشہ کے گرم غسول (ایک فی صدی) سے غرارہ کرنا درد کو تسکین دیتا ہے' اگر تقیح شروع ہوگیا ہے تو گرم تکمیدات (hot fomentations) اور پولٹیس غالباً اس میں سرعت پیدا کرتی ہیں۔ جب پیپ معلوم ہوجائے تو پھوڑے کے اُبھرے ہوئے حصے میں ایک لمبے نوکدار مشرط (bistoury) سے (جو اُس کے آخری نصف انچہ تک پلاسٹر سے ڈھکا ہوا ہوتا کہ دہن کے دوسرے حصے محفوظ رہیں) شگاف لگا دینا چاہئے۔ ابتدائی درجوں میں مصلِ دافعِ سبحیات سبحیہ کا اشراب کرنا مفید ہوتا ہے۔

لوزتین کی مزمن عفونت (chronic sepsis of the tonsils)۔ بچوں میں اس کا وقوع عام ہوتا ہے' اور یہ اکثر لوزتین کی کلانی پیدا کردیتی ہے' جو ممکن ہے کہ مریض کی عمر کی زیادتی کے ساتھ ساتھ رفع ہوجائے۔ لیکن مزمن عفونی لوزتین چھوٹے' اور حلقوم کے ستونوں کے درمیان گڑے ہوئے بھی ہوسکتے ہیں۔ ماسبق حاد التہاب لوزہ سے مزمن عفونت پیدا ہوسکتی ہے۔

امراضیات۔ بڑھے ہوئے لوزتین سختی بافت اور جراثیمی بافتوں کی بیش پرورش ظاہر کرتے ہیں' ساتھ ہی طاقوں میں افراز کا کم و بیش اجتماع ہوتا ہے' اور طاقے بڑھے ہوئے بھی ہوتے ہیں۔

مزمن التہاب لوزتین اہمیت رکھتا ہے اسلئے کہ وہ ایک ایسا ماسکہ بہم پہنچاتا ہے کہ جس سے جسم کے دوسرے حصے بذریعہ خون سرایت زدہ ہوسکتے ہیں۔ دانتوں کے راسی پھوڑوں (apical abscesses) کے متعلق جو کچھ بیان کیا گیا ہے اس میں سے بہت کا اطلاق یہاں بھی ہوتا ہے۔ دندانی عفونت بالغوں میں عموماً زیادہ اہمیت رکھتی ہے لیکن بچوں میں لوزتین بحیثیت سرایت کے منبعوں کے نسبتہً زیادہ اہمیت رکھتے ہیں۔ دونوں صورتوں میں ثانوی سرایت کے وقوع کا امکان زیادہ ہوتا ہے کیونکہ اولی مرکز گہرے مقام پر واقع ہوتا ہے۔ فی الحقیقت گارڈنر (Gardiner) نے عملیہ میں نکالے ہوئے لوزوں کے عمیقی برش سے ہمیشہ کاشتیں حاصل کیں۔ حاد رثیہ (acute rheumatism) اور التہاب گردہ اکثر عفونی لوزوں سے ثانوی طور پر واقع ہوسکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ لوزتین درنہ کے جسم پر حملہ آور ہونے کے لئے ایک راستہ بہم پہنچاتے ہوں۔ درحقیقت لوزتین کی بعض غلاتیاں درنہ کی وجہ سے ہوجاتی ہیں، اور لوزہ کی شعاع فطریت (actinomycosis) بھی دیکھی گئی ہے۔

علامات ۔ لوزتین پھیکے گلابی رنگ کے سطح پر لخت لخت دار، اور کثافت میں سخت ہوتے ہیں، اور ایک طوق (spatula) سے دبانے پر ان کے اندر سے پیپ یا پنیری مادہ نچوڑا جاسکتا ہے۔ جب وہ صرف معتدل جسامت کے ہوتے ہیں تو ممکن ہے کہ کوئی مقامی علامات نہ پیدا کریں۔ جب وہ بڑے ہوتے ہیں تو ساتھ غدود بھی بڑھے ہوئے ہوتے ہیں، اور ایسی صورت میں انفی تنفس میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ بچہ منہ کھولے ہوئے سانس لیتا ہے، اور چونکہ انفی راستے کم کام میں لائے جاتے ہیں، لہٰذا اگلے منخر چھوٹے اور اجنحہ (alae) پچکے ہوئے ہوتے ہیں۔ نگلنے کے فعل میں دشواری ہوتی ہے اور وہ بند خنگی پن کے ساتھ عمل میں آتا ہے، اور بولنے میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا منہ کے اندر کوئی چیز رکھی ہوئی ہے۔ یوسٹیکیائی انبوبہ کی نازلت کی وجہ سے شنوائی بھی کم ہو جاتی ہے۔ دوسرے علامات جو ایسی اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں یہ ہیں:۔ کھانسی، انفی نازلت کے لیے چھینکیں اور دردِ سر۔

علاج ۔ معیاری علاج لوزہ برآری (tonsillectomy) ہے، اور ممکن ہے کہ آج کل گردنا میں ہرنی غدد کا نسبتہً شاذ پایا جانا اسی وجہ سے ہو کہ یہ عملیہ کثرت کے ساتھ

201

انجام دیا جاتا ہے۔ تاوقتیکہ کوئی نہایت ہی واضح داعیہ موجود نہ ہو۔ ۴ سال سے نیچے عملیہ انجام نہ دینا چاہئے کیونکہ لوزتین کے حفاظتی فعل کا ضیاع تشویشناک ثابت ہو سکتا ہے۔ بریڈلے (Bradley) نے ایک پبلک اسکول میں دیکھا کہ ان لڑکوں میں کہ جن میں لوزہ براری انجام دی گئی تھی، وبائی نازلتی سرایت سب سے زیادہ شدید تھی۔ اگر عملیہ قرینِ مصلحت نہ ہو تو دبا کر افرازات یا جبنی تودے نچوڑ لئے جاتے ہیں، یا پچکاری کے ذریعہ یا چوس کر طاقوں میں سے باہر نکال دئے جاتے ہیں، اور دافعِ عفونت لوزینج (lozenges) دئے جاتے ہیں۔

ذبحۂ ونسنٹ

(Vincent's angina)

یہ التہابی حالت دو شکلوں میں پائی جاتی ہے: (۱) تقرحی۔ قرحات شکل میں گول ہوتے ہیں اور یہ مثالی طور پر ایک لوزہ پر، شاذ طور پر دونوں پر، اور بچوں میں زبان اور گالوں پر پائے جاتے ہیں۔ عفونت زدہ دانتوں کے گرد جو مسوڑوں کے قرحات پائے جاتے ہیں ان میں ونسنٹ (Vincent) کا عصیہ تکلہ نما (Bacillus fusiformis) پایا جاتا ہے۔ (۲) کاذب غشائی (pseudo-membranous)، جو خناق یا سے مشابہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ لوزہ سے بڑھ کر گرد و پیش کی غشائے مخاطی پر پھیل جائے۔ بعض اوقات یہ لوزہ کو ماؤف نہیں کرتی بلکہ اس کے بجائے نرم تالو کو اور حلقوم کے ستونوں کو ماؤف کر دیتی ہے۔ عنقی غدد متورم ہو جاتے ہیں، اور نگلنے میں دقت ہوتی ہے اور کچھ تپ موجود ہوتی ہے، اور سانس بدبودار ہوتی ہے۔ یہ جھلی عموماً آٹھ یا دس دن میں غائب ہو جاتی ہے۔ تپ صرف خفیف سی ہی ہوتی ہے، غدد کبھی متقیح نہیں ہوتے، اور انذار اچھا ہوتا ہے۔

ان حالتوں میں دو عضویے پائے جاتے ہیں:۔ (۱) عصیہ تکلہ نما (Bacillus fusiformis) یہ طول میں ۶ μ تا ۱۲ μ ہوتا ہے، اور ایک طویل پتلے سے مثلث کی مانند نظر آتا ہے۔ یہ جوڑوں میں پایا جاتا ہے، اور قاعدے باہم متماس ہوتے ہیں۔ یہ تاریک زمینی تنویر (dark-ground illumination) سے بآسانی دکھائی دیتا ہے۔ (۲) ونسنٹ کے پیچ مو یے (Vincent's spirochæte)

علاج ۔ قرحات پر سلور نائٹریٹ کا ۱ فیصدی محلول روزانہ تصبیغ کرنا چاہئے۔ درد کو تسکین دینے کے لئے ایسپرین (aspirin) دیا سکتی ہے ۔ نووار سینو بنزال (novarsenobenzol) کے انجکشن کے ذریعہ مسوڑوں کی حرارت دور کیجا سکتی ہے ۔

بلعومی لوزات

(pharyngeal tonsils)

یہ لمف آسا بافت کا ایک تودہ ہے جو انفی بلعوم میں واقع ہے اور جس کے ساتھ وہ منتشر گرنتھیں بھی ہیں جو روزن ملر (Rosenmuller) کے حفرات کی غشا مخاطی میں اور بلعوم کی پچھلی دیوار کی غشائے مخاطی میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ تودہ لمبے ڈنڈی یا ڈنڈی دار ہوسکتا ہے اور انگشت نما زائدوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ زائدے ایسے شقاقات یا درزوں کے ذریعہ جو حلقومی لوزہ کے طاقوں سے متماثل ہوتی ہیں ایک دوسرے سے جدا ہوتے ہیں۔ یہ استوانی ہدبی سرطلمہ کی ایک تہ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ زندگی کے تیسرے اور دسویں سالوں کے درمیان اسکی کلانی عام ہوتی ہے ۔ ممکن ہے کہ ایسی کلانی بچوں کے ساری امراض کے بعد واقع ہوجائے اور یہ اکثر نازلتی التہاب الانف کے حملوں کے ساتھ واقع ہوا کرتی ہے ۔

بلعومی لوزہ کی بیش پرورش [جسے اکثر غدہ نمابالید (adenoid growth) یا غدہ زدہ : (adenoids) کہتے ہیں] کے امراضیاتی نتائج اہم ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مزمن نازلت اوپر کو یوسٹیکیائی انبوبہ میں پھیل جائے اور درمیانی اذن کا التہاب (otitis media) اور ازاں بعد مخاطی طبقہ (mucosa) کا مزمن التہاب پیدا کردے ۔ بچہ کے نشوونما کے دوران میں بعض تغیرات واقع ہوجاتے ہیں جن کا ذکر حلقومی لوزوں کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے ۔ بچہ کا چہرہ لمبا ہوجاتا ہے ۔ اجنحۃ الانف (alæ nasi) پچک جاتے ہیں ۔ اوپر کا ہونٹ چھوٹا اور باز کشیدہ ہوجاتا ہے ۔ منہ اکثر کھلا رہتا ہے اور اس طرح بچہ کا چہرہ احمقانہ (vacant expression) معلوم ہوتا ہے ۔ یہ سب ملکر غدہ و دی طلعت (adenoid facies) پیدا کردیتے ہیں ۔ کبوتر سینگی (pigeon-breast) اور بلند حنکی محراب بھی اکثر موجود ہوتی ہے ۔

علامات ۔ یہ بلاشبہ کلانی کی مقدار اور کُس سے پیدا ہو جانے والے انفی مجری تسدد کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ یہ حسب ذیل ہیں:۔ بہراپن، عادتاً دہنی تنفس جو رات کو زیادہ خراب ہو جاتا ہے، خراٹے لینا اور "شب ترسی" (night-terrors)، اور نازلتی التہاب الانف کا رجحان، جس کے ساتھ افراز میں کبھی کبھی خون ہوتا ہے۔ تلفظ کرتے میں م (M) اور ن (N) حروفِ صحیح کا تلفظ خراب طرح ادا ہوتا ہے، کیونکہ منفذ انف میں ان آوازوں کی گمک نہیں پیدا کی جا سکتی۔ بعض کہتے ہیں کہ غدود ہ سے سرسری تشنج الحنجرہ (laryngismus stridulus)، "شب بولی" (nocturnal enuresis)، "لکنت" صرع اور تشنجات صبیانی کی تحریک پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج ۔ اگر علامات زیادہ نمایاں ہوں تو بالیدوں کو جراحتی طور پر خارج کردینا چاہیے۔ ممکن ہے کہ نسبتہً خفیف اعانتوں کی اصلاح ایسی تنفسی ورزشوں سے ہو جائے جن کا مقصد یہ ہو کہ بچہ کو ناک کے راستہ سے سانس لینا سکھلایا جائے۔

202

لسانی لوزات

(lingual tonsils)

لسانی لوزات لمف آسا بافت کی وہ دو یا تین گرہکیں ہیں، جو قاعدہ زبان پر خط وسطی کے دونوں طرف واقع ہوتی ہیں۔ ان کی ساخت ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ حلقومی لوزہ کی، اور ہر ایک میں دو یا تین طاقچے ہوتے ہیں۔ وہ حلقومی لوزتین کی طرح ملتہب ہو سکتے ہیں، ان کے طاقوں میں افراز کا احتباس نسبتہً کم عام ہوتا ہے، لیکن وہ کبھی کبھی بیش پرورده ہو جاتے ہیں، جو کہ بالغوں کی نسبت بچوں میں زیادہ کثرت سے دیکھا جاتا ہے۔ اغلب ہے کہ "خراشِ حلق" (sore throat) کا وہ احساس جو خط وسطی میں اور کہیں حلق کے پیچھے محسوس ہوتا ہے، درحقیقت بہت سی مثالوں میں ملتہب لسانی لوزات کی وجہ سے ہو۔ آخر الذکر "حلق کی اس عام گدگدی" کا سبب ہوتے ہیں جو "حلق کی کھانسی" پیدا کر دیتی ہے۔ نیز کالی کھانسی میں کھانسی انہیں سے پیدا ہو جاتی ہے۔ فیرک کلورائڈ (ferric chloride) کے ۳۰ گرین کا ایک سیر شدہ محلول جو گلیسرین کے ساتھ ایک اونس تک بنا لیا گیا ہو، ایک سرے پر خمیدہ پنبہ گیر (wool holder) کے ذریعہ سے

لوزات پر لگانے سے کھانسی میں تخفیف ہو سکتی ہے۔ اسے لگاتے وقت زبان کو تا بحدِ امکان باہر نکالنا چاہیئے (2)۔

مزمن التہاب البلعوم
(chronic pharyngitis)

اسباب۔ بلعوم کا مزمن التہاب مکرر حاد حملوں سے پیدا ہو سکتا ہے۔ پچھلے منخرین (nares) سے رطوبت کا نیچے گزر جانا ایک کثیر الوقوع سبب ہے، اور تمام اصابتوں میں ناک اور نزد انفی جوفوں کی حالت کی تفتیش کرنی چاہیئے۔ علاوہ ازیں وہ بعض مضر اثرات، مثلاً الکحل کے غلط استعمال، کثرتِ تمباکو نوشی، اور آواز کے مسلسل استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اور جب ایک جلسۂ عام میں تقریر کرنیوالا شخص نیچے لیول پر بیٹھے ہوئے سامعین کے طرف خطاب کرنے میں اپنا سر نیچے جھکاتا ہے اور اس طرح اُن اعضا کو جو صوتی تلفظ نکالتے ہیں مصروف ہی سمجھا جاتا ہے، تو غالباً وہ اس مرض کے وقوع میں ممد ہوتا ہے۔ مزمن التہاب البلعوم ہمیشہ نرم تالو، لوزتین، یا ناک کے پچھلے حصے کے ایک مماثل تغیر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔

علامات۔ غشائے مخاطی سُرخ ہو سکتی ہے، اور اُس کی وریدیں منتفخ ہوتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں بلعوم پر کثیر التعداد چھوٹے رمادی ارتفاعات منتشر ہوتے ہیں (حبیبی التہاب البلعوم = granular pharyngitis)۔ دوسری اصابتوں میں چھوٹی خراشیدگیاں (abrasions) یا تقرحات ہوتے ہیں۔ حبیبی التہاب البلعوم کے رمادی بر دزات بڑھے ہوئے جرابات یا مخاطی غدد ہیں۔ غشائے مخاطی بعض اصابتوں میں وافر افراز سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، اور مریض ہمیشہ کھنکارتا اور تھوکتا رہتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں اس کی سطح خشک ہوتی ہے، جس سے نگلنے میں کسی قدر تکلیف اور دقت، اور ساتھ ہی بہتا ہوا درد اور کھانسنے کی خواہش پیدا ہوتی ہے۔

حبیبی التہاب البلعوم (granular pharyngitis) اکثر ایک جداگانہ عارضہ شمار کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حقیقی حلقوم سے متجاوز ہو کر فوقِ بلعوم تک اور حنجرہ تک پھیل جائے۔ غشائے مخاطی بیشتر اصابتوں میں خشک ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات جرابات لزج

ملاحظہ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس سے تکلیف کچھ نہ ہو یا کم ہو۔ لیکن حلق کی خشکی اور کرختگی (stiffness) اور ساتھ ہی کھنکارنے اور تھوکنے کی دائمی خواہش اور نگلنے میں تکلیف اور دقت واقع ہو سکتی ہے۔ بولنے کی کوشش سے بھی درد ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض کو حلق صاف کرنے کے لئے توقف کرنا پڑے۔ حالات کی یہ صورت قسیسین (clergymen) عام مقررین اور دوسرے ایسے ہی پیشہ والوں میں غیر عام نہیں اور اسی واسطے اسے "قسیسین کی خراش حلق" ("clergymen's sore throat") کہتے ہیں۔ یہ علامات سردی کے تکشف سے زیادہ ہو جاتے ہیں، اور بعض مصنفین نے اس کی موروثی استعداد کا مشاہدہ کیا ہے۔

علاج ۔ جیسی التہاب البلعوم میں مقامی علاج ضروری ہے۔ غرارے چنداں کارآمد نہیں کیونکہ وہ نرم تالو سے آگے نہیں پہنچتے۔ لیکن پھٹکری یا ٹینین (tannin) (ہر ایک ہم تا ۱۰ گرین پانی کے ایک اونس میں) کے رشاشات (sprays) کام میں لائے جا سکتے ہیں، یا حلق میں حابس محلولات لگائے جا سکتے ہیں جیسے کہ نائٹریٹ آف سلور (۱۰ فیصدی) یا مینڈل کا صبغہ (Mandl's pigment) جس میں آیوڈائزڈ گلیسرین ہوتا ہے (آیوڈین ۶ گرین، پوٹاسیئم آیوڈائڈ ۲۰ گرین، آئل مینتھا پپ ۵ قطرے، گلیسرین تا بقدر ایک اونس)۔

خلف البلعوم خراج

(retropharyngeal abscess)

اگرچہ یہ ایک جراحی شکایت ہے تاہم یہاں اس پر مختصراً غور کی ضرورت ہے کیونکہ حلق کی بعض شکایتوں، مثلاً حنجری تسدد (laryngeal obstruction) کی تشخیص کے اس سے پیچیدہ ہو جانے کا اندیشہ ہے۔ یہ شوکہ کی بوسیدگی سے اور زیادہ 203 اکثر اوقات خلف البلعومی لمف آسا بافت کے التہاب سے پیدا ہو جاتا ہے اور یہ بلعوم کی پشت پر ایک ورم پیدا کر دیتا ہے جو ممکن ہے کہ حنجرہ کو دبا کر عسر البلع (dysphagia)، ضیق النفس (dyspnœa) اور اختناق (asphyxia) پیدا کر دے۔ چنانچہ اسکو غلطی سے کروپ یا حنجری ذفتیریا سمجھا جا سکتا ہے، لیکن آخر الذکر کی طرح اس میں کھانسی رو کھی یا آواز بیٹھی ہوئی نہیں ہوتی، بلکہ یہ دونوں کسی قدر "غرغری" ("gurgling") ہوتے ہیں۔

مشکوک اصابت میں حلق کی پشت تک انگلی ڈال کر دیکھنا چاہیے جبکہ ایک تموجی ورم محسوس ہو جائے گا۔ اس میں سرجن سے شگاف دلوا دینا چاہیے۔

التہاب حنجرہ

(laryngitis)

التہاب حنجرہ حاد یا مزمن ہو سکتا ہے اور متعدد اسباب سے پیدا ہوتا ہے ان میں سے چند اسباب یہ ہیں:۔ نازلتی التہاب پیدا کرنے والے معمولی حالات جن پر حاد التہاب الانف (acute rhinitis) کے ماتحت غور کیا گیا ہے۔ خراش آور بخارات اور غبار آلود ہوا کا تماس۔ اجسام غریبہ (foreign bodies) کا انحشار (impaction) یا دوسرے طریقوں سے راست تضرر کر دو پیش کے حصوں بلعوم، شعبات اور قصبۃ الریہ یا بیرونی بافتوں سے التہاب کا پھیل جانا۔ حاد نوعی حمیات (acute specific fevers) جیسے خُنفتیہ یا لاکھسرا۔ اور سب سے آخر میں برائٹ کا مرض۔ مزمن التہاب حنجرہ یا تدرن کی شرکت یا تو بالائی تنفسی خطہ سے باطشوں سے ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ آتشک بھی حنجرہ پر حملہ آور ہوتی ہے۔ نتائج سبب کے لحاظ سے کسی قدر مختلف ہوتے ہیں اور ہم ایک نازلتی التہاب حنجرہ (catarrhal laryngitis) ایک اذیمائی التہاب حنجرہ (oedematous laryngitis) خُنفتیہ یا سے مخصوص ایک غشائی التہاب حنجرہ (membranous laryngitis) اور سل ریوی (phthisis) اور آتشک کے التہاب حنجرہ کو باسانی شناخت کر سکتے ہیں۔

حاد نازلتی التہاب حنجرہ:۔ یہ بیشتر انہیں حالات کے باعث ہوتا ہے جو حاد التہاب الانف پیدا کر سکتے ہیں لیکن خراش آور بخارات، غبار آلود ہوا، غریب اجسام کے داخلے اور پچھلے منخرین (posterior nares) بلعوم یا شعبات سے پھیلنے والے التہاب سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ کھسرا میں اور نسبتاً کم بار دوسری سرایتوں میں ہوتا ہے۔

علامات۔ آواز بیٹھ جاتی یا بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ حلق میں ایک گدگدی (tickling) کا احساس ہو کر کُرکُھی (husky) کھانسی آتی ہے جس کے ساتھ وقتاً فوقتاً مخاط کے چھوٹے چھوٹے صمامات (plugs) نفث سے نکلتے ہیں۔ تنفس عموماً کم ہی متاثر ہوتا ہے

لیکن شاذ صورتوں میں کسی قدر خرخرہ (stridor) موجود ہو سکتا ہے۔ اور بچوں میں بہر
(dyspnœa) نسبتاً کثرت سے ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔ بخار خفیف یا بالکل
غیر موجود ہو سکتا ہے۔ حنجرہ بین (laryngoscope) سے امتحان کرنے پر سیوحیات
(arytenoids) کے اوپر کی مخاطی جھلی متورم اور سرخ ہوتی ہے۔ احبال الصوت
(vocal cords) بالعموم التہاب زدہ ہوتے ہیں لیکن وہ عموماً نہایت کم تغیر ظاہر کرتے
ہیں۔ ممکن ہے کہ ان کے اوپر اور ان کے درمیان کچھ مخاط پڑی ہوئی دکھلائی دے۔ بطینی بند
(ventricular bands) ماؤف ہو سکتے ہیں۔

بچے حاد التہاب حنجرہ کی ایک قسم (صرصری التہاب حنجرہ laryngitis
stridulosa) میں مبتلا ہونے کا رجحان رکھتے ہیں جس کی ممیز خصوصیت یہ ہے کہ اختناق
(suffocation) کی علامتیں یکایک، اکثر آدھی رات کے وقت، نمویاب ہو جاتی ہیں۔ دن کے
وقت صرف خفیف کھانسی اور آواز بیٹھی ہوئی (huskiness) ہوتی ہے، لیکن رات میں
بچہ دفعتہً کسی وقت خوف زدہ ہو کر جاگ اٹھتا ہے اور ساتھ ہی اسے شدید بہر (dyspnœa)
اور بھونکنے کی آواز والی (barking) یا روکھی (husky) کھانسی ہوتی ہے جس کے بعد
پُرشور (loud) اور لمبا بانگ دار (crowing) شہیق ہوتا ہے۔ آواز بھرائی ہوئی اور
کمزور، اور چہرہ (feature) ممتلی (congested) ہوتا ہے۔ اگر یہ حالت قائم رہے تو
ممکن ہے کہ چہرہ شاحب اور کبود ہو جائے اور اختناق (suffocation) قریب الوقوع
معلوم ہوتا ہے۔ لیکن عموماً تھوڑی دیر میں علامتیں کم شدید ہو کر بچہ سو جاتا ہے۔ یا تو اسی رات
کو چند گھنٹوں کی نیند کے بعد یا بعد کی راتوں میں ایسے ہی حملے ہو سکتے ہیں جن میں اختناق کا
خطرہ ہوتا ہے اور ساتھ ہی کروپی (croupy) شہیق واقع ہو سکتا ہے۔ ان حملوں کے ساتھ
بخار (معہ فوار زبان، تمتمائے ہوئے سرخ چہرے، اور گرم جلد وغیرہ کے) اسکے نسبت زیادہ
ہوتا ہے کہ جتنا بالغوں کے نازلتی التہاب حنجرہ میں ہوتا ہے۔ یہ حملے غالباً اس وجہ سے ہوتے
ہیں کہ مزمار کے اندر لزج (tenacious) مخاط کی موجودگی حنجری تشنج پیدا کر دیتی ہے۔
جب کبھی ایسے بچہ کو "سردی ہو جاتی ہے" تو یہ علامتیں اسی بچہ میں مکرر پیدا ہو جانے کا رجحان
رکھتی ہیں، لیکن شاذ ہی مہلک ہوتی ہیں۔

انذار۔ حاد التہاب حنجرہ زیادہ تر امید افزا انذار رکھتا ہے۔ وہ عموماً چند روز کے

عرصہ میں رفع ہو جاتا ہے۔

تشخیص۔ بالخصوص بالغوں میں عموماً سادہ ہوتی ہے۔ ڈفتھیریا اس سے زیادہ شدید ہوتا ہے اور اسکے ساتھ ملقوم پر جھلی "جھلی کا نفث" یا البیومن بولیت (albuminuria) کا ہونا ممکن ہے۔

204

علاج۔ مریض کو بولنا نہیں چاہیئے۔ اسے ایک یکساں طور پر گرم کرہ ہوائی میں رکھنا چاہیئے اور ایک مناسب آلہ میں بار بار بھاپ کا استنشاق کرنا چاہیئے۔ اس آلہ کو مرکب صبغیہ عود (tinct. benzoin co.) (نصف اونس ایک پائنٹ پانی میں) سے بارکر سکتے ہیں۔ مینتھال (menthol) (۲ یا ۳ گرین ایک اونس لکوڈ پیرافین میں) روغن یوکالپٹس (oil of eucalyptus) اور کریاسوٹ (creosote) کے رشاشات (sprays) بھی مفید ہوتے ہیں۔ ملطف مائعات (demulcent liquids) کو آزادانہ طور پر نوش کرنا چاہیئے، یا برف کے چھوٹے ٹکڑے چوسے جائیں۔ کھانسی کی خراش کی تخفیف افیون موجود رکھنے والی دواؤں (opiates) کے ذریعہ کرنی چاہیئے۔ غذا یا انتظام غذائی (regimen) البتہ وہی استعمال کرنا چاہیئے جو عموماً تموی حالتوں میں کام میں لایا جاتا ہے۔

صرصری التہاب حنجرہ (laryngitis stridulosa) کے لئے اکثر ایک مقئی (emetic) دوا مفید ہوتی ہے جیسے کہ سلفیٹ آف زنک (sulphate of zinc) (۵ - ۱۰ گرین) یا عرق الذہب (ipecacuanha) (اسکا سفوف ۲ تا ۵ گرین یا اسکا نبیذ ایک ڈرام ہر دس منٹ کے وقفہ سے حتیٰ کہ قئے پیدا ہو جائے)۔ مزید براں گرم فلالین یا ایک گرم اسفنج گلے پر لگایا جا سکتا ہے۔ درمیانی وقفوں میں التہاب حنجرہ کا علاج گرم و تر کرۂ ہوائی (بھاپ کی کیتلی) اور برومائڈز (bromides) اور کلورل (chloral) کی تھوڑی خوراکوں سے کرنا چاہیئے۔

اذیمائی التہاب حنجرہ (œdematous laryngitis)۔ یہ التہاب حنجرہ کا نتیجہ ہو سکتا ہے جو مختلف طریقوں پر پیدا ہو جائے۔ بعض اوقات یہ نازلتی اماتوں میں یا مرض برائٹ کے دوران میں ہو جاتا ہے۔ اس کا معمولی سبب حنجرہ کی حادثی سرایت ہے۔ اسکے ہمراہ شدید ضیقی علامات پائے جاتے ہیں اور اس میں بہت جلد اور مستعدی کے ساتھ علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

وہ مقامی اُذیما جو وعائی عصبانی تہیج (angio-neurotic oedema) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے' اکثر اوقات حنجری بافتوں میں ہو جاتا ہے' اور اکثر مہلک ہوتا ہے (ملاحظہ ہو وعائی عصبانی تہیج)۔

مرضی تشریح ۔ یہ تحت المخاطی بافت کے اندر التہابی مصل کے انصباب پر مشتمل ہے' اور اس مصل میں بہت سے سپید خلیے موجود ہو سکتے ہیں' جس سے ممکن ہے وہ مصلی قیحی (seru-purulent) ہو جائے، یا بافت میں حقیقی ریم منتشر ہو جاتی ہے۔

علامات بسا اوقات سرعت کے ساتھ نمویاب ہو جاتے ہیں۔ گلے کی خراش' نگلنے پر کچھ درد ہونا' اور اس کے بعد بُخار جو کہ سرعت سے بڑھ جاتا ہے اور قصبہ شگافی کا متقاضی ہوتا ہے۔ حنجری امتحان کرنے سے برمزمار اور سیوحیات کا اُذیما بہت جلد پایا جاتا ہے۔

اِنذار وسیع اُذیما کی مثالوں میں خطرناک ہوتا ہے۔

علاج ۔ دافع تبقات سبجیہ مصل کے اشرابات بہت جلد دینے کی ضرورت ہے استنشاقات جیسے کہ حاد التہاب حنجرہ میں دیئے جاتے ہیں آرام دہ ہیں' اسی طرح گردن پر ٹھنڈے لاسقات۔ پست قصبہ شگافی کی نہایت ہی فوری ضرورت پڑ سکتی ہے۔

غشائی التہاب الحنجرہ (membranous laryngitis)۔ غشائی التہاب حنجرہ کا عام ترین سبب ڈفتھیریا ہے' جو یا تو حلقوم میں شروع ہو کر حنجرہ تک پھیل جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 65) یا ابتدا ہی سے حنجرہ پر حملہ آور ہوتا ہے اور اس وقت یا بعد میں حلقوم کو ماؤف نہیں کرتا۔ یہ نوٹ کرنا خالی از دلچسپی نہیں کہ یہ اولی حنجری اصابتیں بچوں میں بالغوں کے نسبت زیادہ عام ہیں' اور یہ کہ ان کے ساتھ البیومن بولیت (albuminuria) یا بعد میں شلل کا وقوع اس کثرت سے نہیں ہوتا کہ جتنا ان اصابتوں میں کہ جن میں حلق ابتداءً ماؤف ہوتا ہے۔

غشائی التہاب حنجرہ ضربی اسباب یا مقامی خراش آوروں' مثلاً کیمیائی بخارات' اُبلتے ہوئے پانی' یا خارجی اجسام کے متوزر ہو جانے سے یقیناً پیدا ہو سکتا ہے۔ کھسرا میں غشائی التہاب حنجرہ کے واقع ہونے کے یہ معنے ہیں کہ اس پر ڈفتھیریائی سرایت مستزاد ہو گئی ہے۔

علامات ۔ مقامی علامات اُن علامتوں سے مماثل ہوں گے جو ڈفتھیریا کے تحت
بیان کی گئی ہیں۔ لیکن جب التہاب کا سبب زیادہ ممیزہ طور پر بتدریجی ہو تو ایک مرض ساری کی سمی
علامتیں غیر موجود یا کم نمایاں ہوتی ہیں۔

تشخیص ۔ عام طور پر ایسے بچے جن میں بلا کسی ظاہر سبب کے بجز جھنکار دار
(ringing) یا کُرُپی (croupy) کھانسی اور دیوار سینہ کی شہیقی بازکشیدگی
(inspiratory retraction) موجود ہو اور جن کا صرف چار روز میں دم گھٹ جانے
(suffocation) کا خطرہ ہو، غشائی التہاب حنجرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔ مزید برآں ایسے
بچوں کی غالب تعداد میں ڈفتھیریا ہی اس التہاب غشائی کا سبب ہوتا ہے۔ لیکن حنجرہ بین
سے امتحان کرنا عموماً ناممکن ہوتا ہے اور جھلی کی موجودگی کا اولین ثبوت قصبہ شگافی
(tracheotomy) کے عملیہ کے وقت یا اسکے بعد حاصل ہوتا ہے۔ خرخری التہاب حنجرہ
(laryngitis stridulosa) سے اسکی شناخت (ملاحظہ ہو صفحہ 203) بہر کے نسبتہً
زیادہ تدریجی نمو اور نسبتہً زیادہ ہموار رفتار سے ہوتی ہے۔

قیادل تشخیص، ایک جسم غریبہ کی موجودگی ہے۔

علاج ۔ غشائی التہاب حنجرہ کا علاج اُسی طرح کیا جاسکتا ہے جس طرح کے
ڈفتھیریا کے تحت میں بتلایا گیا ہے، اور یہ علاج اُس وقت جبکہ وہ ڈفتھیریا کے باعث
ہو اور اس وقت جبکہ وہ قرمزی بخار، کھسرا یا دوسرے کسی ساری مرض کے ساتھ متلازم ہو
دونوں صورتوں میں کیا جاسکتا ہے۔ پہلی صورت میں ڈفتھیریا کا ضد سم (antitoxin) استعمال
کرنا چاہیئے۔

205

مزمن نازلتی التہاب حنجرہ (chronic catarrhal laryngitis)-

یہ اکثر حاد التہاب حنجرہ کے بعد ہوتا ہے، بالخصوص اُس وقت جبکہ آخرالذکر کا مناسب
علاج آواز کو کامل آرام دیکر نہ کیا گیا ہو۔ یا بالائی تنفسی خطہ کی سرایتوں سے، التہاب حلقی
یا ذبولی التہاب الانف یا مزمن انفی تسدد سے۔ نیز آواز کے بیجا استعمال سے
ہوتا ہے۔

علامات ۔ آواز کا بیٹھ جانا، اور گلے کی خراش جس سے خشک کھانسی پیدا ہوجاتی
ہے۔ حنجری امتحان کرنے سے حقیقی احبال پر اور پچھلے ملتقی میں دبازتیں پائی جاتی ہیں۔

تشخیص۔ یہ مرض نازلئہ التہاب حنجرہ، اور تدرنی اور آتشکی التہاب حنجرہ، اور ابتدائی نوعیت کے دبئیلہ سے اوقات دشوار ہوتی ہے۔ مزید واقفیت کے لئے طالب علم کو حنجریات کی مخصوص نصابی کتب دیکھنی چاہئیں۔

تدرنِ حنجرہ

سل ریوی (phthisis) یا ریوی تدرن (pulmonary tuberculosis) کے مریضوں میں سے ایک معتدبہ تعداد کو حنجری عارضہ ہو جاتا ہے جسے پہلے سل حنجری (laryngeal phthisis) کے عنوان سے بیان کیا جاتا تھا۔ یہ حنجری بافت پر تدرن کے حقیقی حملہ کی وجہ سے ہوتا ہے، اور یہ پھیپھڑوں میں درنے بننے کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ اسے عموماً "حنجری تدرن" (laryngeal tuberculosis) کہتے ہیں، اور شاہ ایڈورڈ ہفتم کی صحت گاہ مڈہرسٹ (Midhurst) میں سل ریوی کے جتنے مریض داخل ہوئے ان میں ۸ء۴۹ فیصدی میں اس مرض کے پہلے درجہ میں، ۱ء۳۲ فیصدی میں اس مرض کے دوسرے درجہ میں، اور ۵ء۳۱ فیصدی میں اس مرض کے تیسرے درجہ میں حنجری تدرن موجود تھا۔ مرد و عورت دونوں میں اس کا مساوی رجحان ہوتا ہے (3)۔ تدرن کی ایک دوسری شکل جو حنجرہ کو ماؤف کرتی ہے، ذئبہ (lupus) ہے، جو بلعوم یا ناک سے پھیل آتی ہے۔

مرضی تشریح۔ درنے مخاطی یا تحت المخاطی بافتوں میں خلیوں کے دقیق اجتماعات کے طور پر واقع ہوتے ہیں، اور شاید یہ سطح پر خفیف ابھار بنا دیتے ہیں، جو کچھ عرصہ میں گزدویشیں کے حصّوں کا کم و بیش، اکثر بہت زیادہ، اُدیما اور ازاں بعد تقرح پیدا کر دیتے ہیں۔ متاخر اصابتوں میں یہ تقرح سوچیات، طلیعی بندوں، اجبال اور برمزمار پر وسیع طور پر پھیلا ہوتا ہے۔ انتہائی عمل شدید اصابتوں میں ریم آفرین عضویوں کی مدد سے زیادہ گہرا پھیلکر عمیق تقیح، گرد غضروفی التہاب (perichondritis) اور غضاریف کا تنخز (necrosis) پیدا کر دیتا ہے۔ جماؤ کے اکثر الوقوع مقامات، پچھلے ملتقیٰ (posterior commissure) کے جوار میں ہوتے ہیں، یعنی بین سوچی رقبہ، سوچی جسم کی اگلی سطح اور صوتی زائدے (vocal processes)۔ تواتر وقوع کے لحاظ سے اسکے بعد

احبال الصوت (vocal cords) آتے ہیں۔

اسکے **علامات**' مزمن التہاب حنجرہ کے علامات جیسے ہوتے ہیں' اور معمولی شدت کی اصابتوں میں یہ ہوتے ہیں کہ آواز بیٹھی ہوئی ہوتی ہے' روکھی کھانسی بار بار آتی ہے بعض وقتا ابتدائی درجوں میں وظیفی فشل (functional failure) کی وجہ سے آواز بالکل جاتی رہتی ہے۔ اسی طرح آخری درجوں میں احبال صوتی کے تقرح کے نتیجہ میں آواز بالکل جاتی رہتی ہے۔ اور جب تقرح سسبوحیات کے پچھلے حصوں پر حملہ آور ہوتا ہے تو بافتوں کے ورم کے باعث یا اُن کے اتلاف اور حنجرہ کی کامل مسدودی میں مزاحمت ہونے کے باعث نہ صرف نگلنے میں درد ہوتا ہے بلکہ نگلنا مشکل ہوجاتا ہے۔ کبھی کبھی کھانسی شدید اور دورے کے ساتھ ہوتی ہے' اور نفث (expectoration) تغیر پذیر ہوتا ہے' جس کا انحصار حنجرہ کی حالت پر اتنا نہیں ہوتا کہ جتنا پھیپھڑوں کی حالت پر ہوتا ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں تنفس میں بےحد رکاوٹ پیدا ہوجاتی ہے۔ ۱۲ فیصدی اصابتوں میں حنجرہ کوئی مقامی علامات پیدا ہوئے بغیر تدرنی پایا گیا۔

ابتدائی درجوں میں حنجرہ میں غشائے مخاطی کا شحوب (pallor) ظاہر کرتی ہے اور سل ریوی کی بہت سی اصابتوں میں حنجرہ کی قطعی عدم دمویت بالکل ابتداء ہی میں واقع ہوجاتی ہے۔ احبال بطینی بندوں اور پچھلے ملتقی میں امتلائی غیر متشاکل چلکیاں ایک خفیف درجہ کی صفات ہیں۔ یا زیادہ شدید اصابتوں میں ایک بطینی بند یا برمزمار پر ایک انخلا قرحہ دیکھا جاسکتا ہے۔ جب دریستگی واقع ہوتی ہے تو یہ حصے اکثر ایک مخصوص ممیز شکل اختیار کرلیتے ہیں' اور سسبوحی برمزماری شکن ایک یا دونوں جانبوں پر متورم ہوکر ایک شاحب گلوبچہ نما یا ناشپاتی نما رسولی کی شکل اختیار کرلیتے ہیں' جس کا قاعدہ پیچھے کی طرف اور نوک آگے کی طرف ہوتی ہے۔ اور جب دونوں ماؤف ہوجاتے ہیں تو یہ اورام خط وسطی میں متصادم ہوجاتے ہیں۔ یہ مزمار ایک دستار نما ورم بنا سکتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ وہی دبازت بطینی بندوں کو ماؤف کردے' لیکن یہ اکثر مخفی رہتے ہیں۔ 206

بالآخر متورم بافتوں پر' نیز احبال الصوت پر' بالخصوص ان کے پچھلے نصفوں میں' قرحے بنجاتے ہیں۔

تشخیص ۔۔ یہ کچھ تو حنجرہ بینی مناظر سے اور کچھ پھیپھڑوں کی حالت سے کرنی چاہئے' بہت سی اصابتوں میں تدریجا تدرنی ہوتے ہیں' سسبوحی برمزماری شکنوں کے ناشپاتی نما

اورام اِس حالت کا امتیازی خاصہ ہیں، لیکن جب یہ غیر موجود ہوں تو ممکن ہے کہ اِسے مُنہ منِ نازلتی التہاب حنجرہ (chronic catarrhal laryngitis) سے اور آتشکی مرض سے تمیز کرنے میں دقت ہو۔ اول الذکر میں تدرنی التہاب حنجرہ کے نسبت کم ورم اور زیادہ امتلاء ہوتا ہے۔ آتشک میں قرحے عموماً زیادہ بڑے اور زیادہ گہرے ہوتے ہیں، وہ ایک نسبتہً زیادہ ملتہب قاعدے پر واقع ہوتے ہیں، اور منفرد ہوتے ہیں۔ دبازت زیادہ بے قاعدہ ہوتی ہے اور مرض اکثر ایک جانب ہوتا ہے۔ بعض اوقات سرطانی تقرح کو تدرنی تقرح سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ سرطان اکثر یک جانبی ہوتا ہے اور نسبتہً زیادہ عمر والے مریضوں میں پایا جاتا ہے۔

اِنذار ۔ حنجری تدرن کی موجودگی اُسکے ساتھ واقع ہونے والی سل ریوی کے اِنذار کو زیادہ یاس انگیز بنا دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 171)۔ مڈہرسٹ (Midhurst) میں التہاب حنجرہ سے شفایابی ۴ مریضوں میں سے ۲۵ فیصدی میں ہوگئی۔ اکثر و بیشتر جیسے جیسے کہ سل ریوی ترقی یا تقہقر کرتی جاتی ہے، حنجری حالت بھی ترقی یا تقہقر کرتی ہے۔ لیکن ایسا ہمیشہ واقع نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ سل ریوی کے خراب نہ ہوجانے پر بھی حنجرہ شفایاب ہوجائے۔ لیکن اگر سل ریوی میں اصلاح ہو رہی ہے تو مناسب علاج کے ساتھ حنجرہ کبھی خراب تر نہیں ہوتا۔

علاج ۔ پھیپھڑوں میں کے مرض کا علاج کرنا ضروری ہے، جس کا کہ حنجری تدرن فی الحقیقت ایک جزو ہے۔ فنسن (Finsen) کی روشنی کے ذریعہ جسم کی تشریدی تشعیع کرنے کی حمایت کی گئی ہے مثلاً کوپن ہیگن (Copenhagen) میں حنجرہ کے مقامی علاج میں اہم ترین عنصر یہ ہے کہ مریض بالکل خاموش رہے۔ حتیٰ کہ اُسے سرگوشی کی اجازت بھی نہ دی جائے۔ ممکن ہے کہ بعض مریضوں میں اِس سے دماغ پر بہت زور پڑے۔ ایسی حالتوں میں گاہے گاہے سرگوشی کرنے کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ جہاں زیادہ درزشحگی (infiltration) موجود ہو بافت کے اندر ایک باریک پلاٹینی نوک گہری داخل کر کے گیلوانی کاوی کچوکا (galvanic-caustic puncture) لگانا بہت کامیاب ثابت ہوا ہے لیکن اِسکا استعمال صرف وہیں کرنا چاہئے جہاں پھیپھڑوں میں فاعلی مرض کی کوئی شہادت موجود نہ ہو۔ کوکین (cocaine) کے ۲ فیصدی محلول کے

۵ قطروں کے اقطار (instillation) سے عدم حسیت پیدا کرنے کے بعد ایک وقت میں تین یا چار کچو کے دیئے جاسکتے ہیں۔ یہ کچو کا ایک ایسے وقفے کے بعد جو دو ہفتوں سے کم کا نہ ہو، مکرر لگایا جاسکتا ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں درد کیلئے آرتھوفارم (orthoform) اور معدمات حس (anæsthetics) کے ذریعہ حنجرہ کے نفوخات کرنا مفید ہے اور حتیٰ کہ فوقانی حنجری اعصاب میں ایک اشراب کرنا۔ زیادہ بڑھی ہوئی اصابتوں میں قصبہ شگافی کے متعلق غور کیا جاسکتا ہے، تاکہ حنجرہ کو آرام ملے۔

حنجرہ کی آتشک

آتشک، حنجرہ کو متعدد طریقوں سے ماؤف کرتی ہے۔ موروثی شکل میں شیر خواری اور طفلی کے زمانہ میں۔ اکتسابی شکل میں ثانوی، ثالثی اور درمیانی درجوں میں۔ اکتسابی آتشک کے ثانوی ضررات شاذ ہیں، اور مزمن بیش دمویت (chronic hyperæmia)، اوپری تقرحات، اور غلط حیات (condylomas) یا مخاطی چکتیاں ہیں، جن میں سے آخرالذکر نہایت شاذ ہوتی ہیں۔ مرض کے آخری درجوں میں حنجرہ کی منتشر دریختگی نہایت عام ہوتی ہے۔ چھوٹے صمغیات (gummas) جو جسامت میں ایک آلپین کے سر سے لیکر مٹر کے برابر مختلف ہوتے ہیں، اور عمیق تقرحات کبھی کبھی دیکھے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی حنجری اذیما اور التہاب گرد غضروفی (perichondritis) معہ حنجری تنخر کے پیدا ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ قروح کا اندمال ندبات پیدا کردے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حنجرہ کے شدید اعوجاجات (distortions) یا مزمار کے انقباضات پیدا ہوجاتے ہیں۔

علامات ۔ یہ ممیز نہیں ہوتے، اور ضرر کی شدت کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتے ہیں۔ آواز بیٹھ جاتی یا جاتی رہتی ہے، کبھی کبھی ابتدائی درجوں میں کھانسی اور آخری درجوں میں کم و بیش ضرر موجود ہوتا ہے۔ سوائے اس صورت کے کہ برمزمار میں صمغیتی تقرح موجود ہو، عسر البلع شاذ ہے۔ ممکن ہے بہر سرعت کے ساتھ پیدا ہوجائے اور اس طرح قصبہ شگافی کی ضرورت لاحق کردے۔

تشخیص ۔ ثانوی التہاب حنجرہ، آتشک کی دوسری اماراتوں مثلاً جلدی طفح کی موجودگی کی بنا پر تشخیص کیا جاتا ہے۔ ثالثی آتشک، باستثناء ایک مثالی صمغیتی قرح کے، تدرنی یا

مزمن نادِ لتی التہاب الحنجرہ کے ساتھ مشابہت رکھتا ہے۔ ایک مثبت واز رینی کاشفہ تشخیص کا فیصلہ کر دیتا ہے۔

علاج۔ نافع آتشک علاج مستعدی کے ساتھ عمل میں لانا چاہیے۔ ایک عام عقیدہ یہ ہے کہ پوٹاسیم آیوڈائڈ کے استعمال سے اُذیمائے مزمار (œdema of the glottis) کا پیدا ہو جانا ممکن ہے لیکن یہ درست نہیں ہے۔ حنجرہ کو آرام دینے کے لئے ابتدائی درجوں میں حنجرہ شگافی کا عملیہ کر دینا چاہیے اس سے پہلے کہ ندبی انقباض کی وجہ سے اس کا کیا جانا ناگزیر ہو جائے۔ آخر الذکر صورت میں مریض کو ساری عمر ایک نلی پہننی پڑتی ہے۔ لیکن مزمار کا اتساع (dilatation) میکانی طور پر عمل میں لانے کی یا کاٹنے والے کلاب (cutting forceps) یا مُوَسِّع (dilator) یا کَیِّ بالبرق (electric cautery) سے ایک جالے کو کاٹ دینے کی کوشش کی جا سکتی ہیں۔

حنجرہ کے سلعات

سلعہ حلیمیہ (papilloma) اور سلعہ لیفیہ (fibroma) صوتی احبال پر عام ہیں، باقی تمام سلیم سلعات شاذ ہیں۔ د ویلات بر مزمار کے ہم پہلو اور وادیچہ میں بروز کرتے ہوئے دیکھے جاتے ہیں لیکن بالعموم یہ علامات سے مبرا ہوتے ہیں۔

علامات۔ آواز کا بیٹھ جانا۔ اور اگر سلعات لحمیہ متعدد یا بڑی جسامت کے ہوں تو بہر، جو کہ بعض اوقات اس درجہ تک پہنچ جاتا ہے کہ قصبہ شگافی کی ضرورت پڑتی ہے۔

علاج۔ یہ ہے کہ سلعہ کو جراحتی عملیات کے ذریعہ نکال دیا جائے، جنکی تفصیلات کے لئے قارئین کو جراحتی تصنیفات یا خصوصی مقالات ملاحظہ کرنے چاہئیں۔

سلعاتِ خبیثہ (malignant tumours)۔ یہ نہایت عام طور پر سرطانی سلعات (carcinoma) ہوتے ہیں، لیکن لحمی سلعات (sarcoma) بھی واقع ہوتے ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہیں اور عموماً ۵۰ سال کی عمر کے بعد پیدا ہوتے ہیں۔ حنجرہ کے درونی سرطانی سلعات کی ابتداء ذیل کے مقامات پر

ہوتی ہے:۔ (۱) احبال الصوت پر پچھلے خطوں کی نسبت زیادہ عام طور پر اگلے اور مرکزی خطوں میں۔ (۲) تحت المزمار (subglottic) خطے میں زیادہ عام طور پر حنجرہ کے اگلے حصے میں۔ حبل صوتی کا سرطانی سلعہ عرصہ دراز تک حبل تک اور اس کے ہم پہلو جانب حنجرہ میں محدود رہ سکتا ہے لیکن بالآخر اس کا مقامات ذیل تک پھیل جانا بھی ممکن ہے:۔ (الف) اگلے ملتقی کے آر پار۔ (ب) تحت المزمار خطے میں۔ (ج) اسبوجیات میں۔ ممکن ہے کہ بالآخر تمام حنجرہ ماؤف ہو جائے۔ آخری درجوں میں یہ متقرح ہو جاتا ہے، اسکے حاشیوں کے آس پاس روئیدگیاں پھوٹ نکلتی ہیں اور یہ بھی اپنی باری سے متقرح ہو جاتی ہیں۔ اکثر سطح پیپ سے یا دموی مخاطی پیپ (sanguineous muco-pus) سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے اور کبھی کبھی آزادانہ نزف ہو سکتا ہے۔ اُذیمائی التہاب حنجرہ اور التہاب گرد غضروفی (perichondritis) بطور نتیجہ بعد کیوں کے واقع ہوتے ہیں۔ اس میں شبہ نہیں کہ بعض اوقات بلعوم کے سرطانی سلعہ کے پھیلنے سے حنجرہ ماؤف ہو جاتا ہے (حنجرہ کا بیرونی سرطانی سلعہ)۔

علامات:۔ ابتدائی ترین علامت یہ ہے کہ آواز بیٹھ جاتی (huskiness) ہے یا بھرائی ہوئی ہوتی ہے۔ حنجرہ بین سے امتحان کرنے پر ایک رسولی نظر ہوتی ہے۔ ابتدائی ترین درجوں میں حبل صوتی اکثر حرکت پذیر ہوتی ہے لیکن جب بالیدہ پھیل جاتی ہے تو ثبت ہو جاتی ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ شدید درد اور ضیق النفس (dyspnoea) ہو۔ جوں جوں تقرح بڑھتا جاتا ہے تنفس بدبودار ہوتا جاتا ہے اور ممکن ہے کہ نزف واقع ہو جائے۔ تاوقتیکہ مرض کا آخری درجہ نہ ہو غدد کا ماؤف ہونا بہت شاذ ہے۔

تشخیص کا انحصار آخر الامر حیوی معائنہ (biopsy) پر ہوتا ہے۔

انذار۔ اگر اس حالت کی تشخیص ابتدائی ترین درجہ میں ہوگئی ہے تو انذار نسبتہً زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ اکاون مریضوں کے ایک سلسلہ میں جس میں حنجری انشقاق (laryngo-fissure) کے بعد رسولی نکالی گئی تھی، ایک سے تیرا سال بعد تک ۸۰ فیصدی میں نکس مرض نہیں ہوا، لیکن ان میں سے چوتھائی مریض دوسرے اسباب سے ہلاک ہو گئے۔ ۱۶ فیصدی میں مقامی نکس (local recurrence) واقع ہوا۔ فوری عملیتی ہلاکت نہایت تھوڑی تھی (+)۔

علاج ۔ یہ ہے کہ حنجری انشقاق (laryngo-fissure) کے بعد رسولی کا استیصال کردیا جاتا ہے۔ یا یہ کہ درتی جناح میں سے ایک دریچہ نما جزوی استیصال کیا جاتا ہے اور اس کی راہ سے بالید کے بیرونی رخ تک ریڈیم سوئیاں داخل کی جاتی ہیں۔

حنجرہ میں اجسام غریبہ

(foreign bodies in the larynx)

مختلف اوقات میں حنجرہ کے اندر کثیر التعداد اجسام غریبہ (foreign bodies) داخل ہو گئے ہیں۔ انھیں میں سے مٹر، پھلیوں کے بیج (beans) بٹن، سکے، ہڈیوں کے ٹکڑے، کوڑیاں، سنگریزے، مصنوعی دانت، ٹھوس غذا کے ٹکڑے، اور بچوں کے کھلونوں کے ٹکڑے ہیں۔

علامات کی تقسیم تین درجوں میں کیجا سکتی ہے:۔ (۱) ابتدائی تشنج (initial spasm) جو کہ کھانسی کے ایک شدید دورے کی شکل میں ہوتا ہے جس سے بالعموم داخل شدہ شئے نکل جاتی ہے۔ اگر یہ واقع نہ ہو تو ممکن ہے کہ تسدد فوراً مہلک ثابت ہو جائے۔ لیکن اگر ایسا نہ ہو تو اسکے بعد (۲) ایک زمانۂ سکون (quiescent period) واقع ہوتا ہے، جو چند گھنٹوں سے لیکر بہت برسوں تک قائم رہ سکتا ہے۔ علامات اتنے خفیف ہو سکتے ہیں کہ مریض یا اس کے احباب کو ہمیشہ یہ معلوم نہیں ہوتا کہ ایک جسم غریب اندر داخل ہو گیا ہے۔ (۳) ذات الحنجرہ التہاب، جو سرایت کے باعث ہوتا ہے، ثانوی علامات، آواز کا بیٹھ جانا (hoarseness) درد، کھانسی، وغیرہ پیدا کر دیتا ہے۔

208

ہر درجہ میں جسم غریب کی وضع کا تغیر دفعۃً موت پیدا کر سکتا ہے۔

علاج ۔ پہلے درجہ میں سر کو پکڑ کر نیچے جھکانا مفید ہے تاکہ جسم غریب اپنی جگہ سے ہٹ کر نکل جائے۔ اگر علامات خطرناک نظر آئیں تو قصبہ شکافی (tracheotomy) کا عملیہ کردینا چاہئے۔ دوسرے درجہ میں جسم غریب کا تعین مقام کرکے اُسے ایک دروں بین (endoscope) کی وساطت سے نکالدینا چاہئے۔ اگر جسم غریب لاشعاعوں (X-rays) کے لئے غیر شفاف ہے تو یہ بھی اسکے تعین مقام کیلئے

مفید ہوسکتی ہیں۔

عضلات حنجرہ کا شلل

چونکہ بازگرد حنجری عصب (recurrent laryngeal nerve) اپنے حنجرہ کا
تمام نظام ہوائی ایک غیر معمولی مخصوص مقام رکھتا ہے لہٰذا ان عضلات کا شلل بسا اوقات اس
سے بہت زیادہ تشخیصی اہمیت رکھتا ہے کہ جتنی ایک مقامی طور پر پیدا ہونے والی تکلیف
کا ہوتی ہے۔ لیکن یہ نہ صرف اعصاب حنجری کے ضررات سے بلکہ ان کے مبدار سے اوپر
عصب ثانیہ کے ضررات سے اور جہاں نواتے واقع ہیں وہاں نخاع مستطیل کے ضررات
سے بھی پیدا ہوسکتا ہے۔ چنانچہ حنجری شلل بصلی شلل (bulbar paralysis) کا جزو ہوتا
ہے یا اتفاق سے ہے اور سلعات سے جوکہ نخاع مستطیل کو اور پچھلے حجری حفرہ کے اہم حافیہ
کو متاثر کرتے ہیں، پیدا ہوتا ہے اور کبھی کبھی ہزال ظہری (tabes dorsalis) شلل عمومی
(general paralysis) نخاعی جوفیت (syringomyelia) اور منتشر تصلب
(desseminated sclerosis) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عصب ثانیہ گردن
میں کی رسولیوں اور بڑھے ہوئے غدد سے دب جائے، یا گولیوں کے زخموں یا چیر کوں
(cuts) سے جو حادثہ کا نتیجہ ہوں یا جراحی عملیہ کے دوران میں لگے ہوئے ہوں متضرر
ہوجائے۔ بازگرد حنجری اعصاب دو مقامات پر خطرے میں ہوتے ہیں، یعنے سینہ اور گردن
میں اور چونکہ بایاں عصب محراب اورطیٰ کے گرد خم کھاتا ہے اسلئے اسکے متضرر ہونے کا
زیادہ امکان ہوتا ہے، لیکن دایاں عصب زیر ترقوی شریان سے نیچے نہیں جاتا۔ مزمن
سلِ ریوی (chronic phthisis) میں راس شش پر کی لیفی وبازت کے اندر ان دونوں
میں سے کوئی بھی ماؤف ہوسکتا ہے، لیکن بایاں عصب محراب اورطیٰ کے اتورسماؤ اسطی سلعات
(mediastinal tumours) بڑھے ہوئے شعبی غدد اور مطـرالی تضیق (mitral
stenosis) کی اصابت میں ایک متسع بائیں اذین سے دب جانے کا خاص امکان رکھتا
ہے۔ گردن میں دونوں اعصاب حنجرہ کے طرف صعود کرتے ہوئے قصبۃ الریہ اور مری
کے درمیان واقع ہوتے ہیں، چنانچہ ممکن ہے کہ آخر الذکر کے سرطانی سلعہ میں دونوں بیک وقت
ماؤف ہوجائیں، یا بڑھے ہوئے تسمم درقی سے دب جائیں۔ شلل کا وقوع

ڈفتھیریا، انفلوئنزا، التہابِ رماوالدماغ (polio-encepalitis) اور دوسرے ساری امراض، مرض الکحلیت، اور سیسہ اور سنکھیا کے زہر کے باعث بھی ہو سکتا ہے۔

اِن تمام مثالوں میں شلل، سب سے پہلے احبال صوتی کے مبعِد عضلات کو متاثر کرتا ہے اور بعد میں مقرّب عضلات ماؤف ہوتے ہیں جب صرف مقرّب عضلات کا فعل زائل ہو تو عارضہ وظیفی (functional) یا ہسٹریائی ہوتا ہے (ملاحظہ ہول مابعد صفحات)

صوتی احبال کا مکمل شلل جب حبل صوتی کو حرکت دینے والے تمام عضلات مشلول ہو جاتے ہیں تو حبل، تقریب اور تبعید کے درمیان ایک وضع، جس کو جیفی وضع (cadaveric position) کہتے ہیں، اختیار کر لیتی ہے۔

ایسی صورت میں آواز کمزور ہوتی ہے، اور اگر زور سے بولنے کی کوشش کی جائے تو آواز کا ارتفاع (pitch) بلند ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے یہ دھیمی ہو کر سرگوشی کی سی ہو جائے۔ کھانسنا ناممکن ہوتا ہے، نیند کے دوران میں پر شور صرصرہ پایا جاتا ہے، حقیقت یہ ہے کہ ڈھیلے احبال کے باہم چپکے جانے کی وجہ سے جو اختصاص کا خطرہ ہے وہ قصبہ تراشی کی ضرورت لاحق کرتا ہے۔ یہ حالت مثالی طور پر ہزال ظہری (tabes dorsalis) میں دیکھی جاتی ہے۔

عضلاتِ مُبَعِّدہ کا شلل (paralysis of the abductors)- اگرچہ کہ باز گرد حنجری اعصاب میں، جو حلقی درقی عضلہ (crico-thyroid) کے سوائے حنجرہ کے تمام عضلات کو عصبی رسد پہنچاتے ہیں، عضلات مُقَرِّبہ (adductors) اور عضلات مُبَعِّدہ (abductors) دونوں کے لئے ریشے موجود ہونے چاہئیں، تاہم یہ حیرت ناک واقعہ ہے کہ اِن اعصاب کے جلی ترقی پذیر ضررات (سلعات یا اورام سے دباؤ کا ہونا) ابتداءً صرف عضلاتِ مُبَعِّدہ (abductors) (پچھلے حلقی طرجہالی عضلات = crico-artænoidei posterior) کا شلل پیدا کرتے ہیں۔ بیشتر یہ معلوم ہوتا ہے کہ داخلی عضلات ناشرہ (internal tensors) (درقی طرجہالی عضلات = thyro-arytænoidei) متاثر ہوتے ہیں اور سب سے آخر میں خاص

209 عضلات مقربہ (adductors) (حلقی مسوی جانبی عضلات = crico-arytænoidei laterales) ماؤف ہوتے ہیں۔ مبعّدہ ریشے ایک علیحدہ بنڈل بناتے ہیں، جو کہ کے بازگرد حنجری عصب میں مقرب ریشوں سے اندر کی طرف واقع ہوتا ہے (Risien Russell)۔ لیکن سارے عصب کو ماؤف کرنے والے ضربات سے اُن کے زیادہ ماؤف ہونے کے امکان کی وجہ جیسا کہ تجربہ سے بتلا دیا گیا ہے، بظاہر یہ ہے کہ وہ بیرونی اثرات کی مدافعت کی قوتیں نسبتہً کم رکھتے ہیں۔ عضلات مبعدہ کا تشلل نخاع مستطیل کے ضربات سے بھی پیدا ہوتا ہے، جہاں یہ خیال کیا جاسکتا ہے کہ اس کا انحصار بعض اوقات مبعدہ ریشوں کے نواتہ کی بُعد کا نہ ماؤفیت پر ہے، اگرچہ ایسے حالات کے تحت تنہا عضلات مقربہ کا تشلل کبھی نہیں پیدا ہوتا۔ عضلات مبعدہ کے اس طریقہ سے پیدا ہونے والے تشلل کے عام ترین متلازمات آتشک اور ہزال (tabes) ہیں۔ یہ نوٹ کرنا چاہیئے کہ عضلات مبعدہ کے کوئی فوق النواتہ (supra-nuclear) ضربات نہیں ہوتے۔ غالباً عضلات مبعدہ کا تشلل بعض اوقات ایک ایسے تغیر کا نتیجہ ہوتا ہے جو اولی طور پر عضلہ کے اندر واقع ہوتا ہے۔

ضرر کا یہ اثر ہوتا ہے کہ دوران تنفس میں حبل صوتی، چونکہ وہ کامل طور پر تبعید یافتہ (abducted) نہیں ہوتی، لہٰذا درمیانی وضع میں رہتی ہے، اور ابتداءً ہوا کے گذر کے لئے واز فضاء دیتی ہے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد مخالف العمل عضلہ، یعنے عضلہ مقربہ (adductor) منقبض ہو جاتا ہے اور حبل صوتی تقریب (adduction) کی وضع میں کھینچ آتی ہے۔ اس طرح عضلات مبعدہ کے دوجانبی تشلل میں احبال الصوت مستقلاً خط وسطی میں ایک دوسرے سے قریب آجاتے ہیں اور ان کا درمیانی فاصلہ ۱/۱۲ انچ سے کم رہجاتا ہے۔ تصویت کی کوشش کرنے پر وہ خط درمیانی میں پورے طور پر مل جاتے ہیں۔ شہیق کرنے پر وہ جدا نہیں ہوتے بلکہ ایک دوسرے سے قریب تر کھینچ آتے ہیں۔ زفیر کرنے پر وہ شاذ ہی حرکت کرتے ہیں، یا شہیق میں جو ان کی خفیف سی حرکت ہوتی تھی اس کے برعکس معنوں میں حرکت کرتے ہیں۔ اہم علامت بُہر (dyspnœa) ہے، جو مریض کی مستقل تنگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ نوماً دوران شہیق میں صفیر جس کو (stridor) ہوتا ہے، جو زور لگانے پر خراب تر ہوتا ہے، اور نیند میں اکثر نہایت بلند ہو جاتا ہے۔ آواز صاف، یا کسی قدر بھینچی ہوئی ہوتی ہے۔ کھانسنے کا عمل پورے طور پر انجام دیا جاسکتا ہے۔

جب صرف ایک حبل صوتی مشلول ہوتی ہے تو ہر صرف زور لگانے پر ہوتا ہے' اور صرصرہ کم یا غیر موجود ہوتا ہے۔ تقویت کرنے پر تندرست حبل صوتی مشلول حبل صوتی سے خط وسطی کیلیے آدھر مل جاتی ہے' اور آواز طبعی رہتی ہے۔

تشخیص۔ عضلات منقبضہ کا شلل ان حالتوں سے خلط ملط ہو سکتا ہے۔ عضلات مقربہ (adductors) کا تشنج 'تقریب کی وضع میں سوجیات کی جساوت (ankylosis)' اور احبال الصوت کا بگڑا ہوا فعل جس میں وہ دوران تنفس میں بجائے باہر کے طرف کے اندر کے طرف حرکت کرتے ہیں۔ جب سوجیہ جاسی (ankylosed) ہوتا ہے تو حبل صوتی بالکل ثبت شدہ ہوتی ہے' اور مفصل کے گرد و پیش عموماً کچھ دبازت ہوتی ہے۔

یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ وہ ضرر جو عضلات منقبضہ کا یک جانبی یا دو جانبی شلل پیدا کرتا ہے' دباؤ (انورسما' رسولی) سے یا ندبہ (cicatrix) (آتشک) کی وجہ سے ساتھ ہی قصبۃ الریہ کی تنگی بھی پیدا کر سکتا ہے' اور ایسی صورت میں آخر الذکر کی وجہ سے جو صرصرہ (stridor) اور بہر پیدا ہوتا ہے وہ غلطی سے اول الذکر کے ساتھ منسوب کیا جا سکتا ہے۔ قصبی تنگی عموماً زفیری اور شہیقی صرصرہ پیدا کر دیتی ہے۔ تاہم حنجری تنگی کی موجودگی میں ایک قصبی تسدد کو یقینی طور پر شناخت کر لینا کسی طرح آسان نہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 129)۔ اسکے بعد شلل کے بعید سبب کو' دوسرے علامات (مثلاً ہزال نخاع اور مرکزی عصبی امراض کی طرف اشارہ کرنے والے' یا صدری انورسما یا گردن اور سینہ کی رسولیوں کی طرف اشارہ کرنے والے علامات) پر غور کر کے تشخیص کرنا پڑتا ہے۔ بائیں حبل صوتی کے شلل کا ایک نہایت کثیر الوقوع سبب انورسما ہے۔ ممکن ہے کہ امتحان واز رمن اور راشعی تصاویر کا استعمال کرنا پڑے۔

انذار عموماً خطرناک ہوتا ہے۔ باستثناء اس صورت کے کہ جہاں آتشک سبب مرض ہو' شفایابی کی بہت کم امید ہے۔ جب دونوں طرف بعیدی شلل موجود ہو تو دم گھٹ کر موت کے واقع ہو جانے کا خطرہ ہمیشہ موجود رہتا ہے۔ اگر عضلات مقربہ (adductors) مدمیں مشلول ہو جائیں تو تنفس کے تسدد بیا کی واقع ہو جاتی ہے لیکن فقدان صوتی (aphonia) پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسے اولی ضرر مثلاً سرطان مری (oesophageal cancer) یا دو ہرے انورسما سے موت واقع ہو سکتی ہے یا پرانی طویل المدت

اصابتوں میں پچھلے حلقی سبوحی عضلات بالکل مذبول ہو جاتے ہیں۔

علاج ۔ اگر دو سرے شلل کا سبب مرکزی ہے' یا اگر آتشک اس کا سبب ہے تو مستعدی کے ساتھ دافع آتشک علاج کا انتظام کرنا چاہئے۔ لیکن اگر چند ہفتوں میں کوئی اصلاح نہ ہو' اور اگر یہ مستقل ہو' یا شاذ حملے واقع ہوتے ہوں' تو قصبہ شگافی کا عملیہ کر دینا چاہئے اور نلی ہمیشہ لگائے رکھنا چاہئے۔

210

یک جانبی شلل میں اختناق (asphyxia) کا خطرہ نسبتہً کم ہوتا ہے' اور علاج میں بالخصوص ازالہ سبب کا خیال رکھنا چاہئے۔

عضلات مقربہ کا شلل (paralysis of the adductors) یہ ایک فعلی اختلال ہے' اور تنہا ساخت کے ضررات سے اس کا وقوع شاذ ہوتا ہے۔ عضلات مقربہ یہ ہیں :۔ جانبی مقربات یعنی حلقی سبوحی جانبی عضلات (crico-arytænoidei laterales) اور مرکزی مقرب یعنی عضلۂ سبوحیہ حقیقی (arytænoideus proprius) ۔ عضلۂ ذرقی سبوحی (thyro-arytænoidei) کے اندرونی ریشے یعنی داخلی عضلات ناشرہ (internal tensors) بھی احبال الصوت کے اگلے حصوں کے مقرب کے طور پر عمل کرتے ہیں۔ عضلات مقربہ کی عام ترین قسم میں یہ سب ماؤف ہو جاتے ہیں۔ حنجرہ بین سے امتحان کرنے پر مزمار چوڑا کھلا ہوا دکھلائی دیتا ہے۔ بولنے کی کوشش کرنے پر احبال الصوت بمشکل حرکت کرتے ہیں' بلکہ حنجرہ کے جوانب میں ساکن رہتے ہیں۔ چونکہ احبال ایک دوسرے سے قریب نہیں لائے جا سکتے' لہٰذا مریض صرف سرگوشی میں بات کر سکتا ہے' اور کوئی حنجری آواز نہیں پیدا ہوتی' اگرچہ ممکن ہے کہ بعض اوقات زور لگانے سے احبال ایک لمحہ کے لئے متماس ہو جائیں۔ کھانسنا' جس میں غیر ارادی عکوس فعل کے ذریعہ احبال الصوت ایک دوسرے سے قریب لائے جاتے ہیں' عموماً کامل طور پر ہوتا ہے۔ اور مزمار کی کھلی ہوئی حالت کی وجہ سے ضیق النفس (dyspnœa) نہیں ہوتا۔ یہ فعلی یا ہسٹیریائی بے صوتی (functional or hysterical aphonia) کہلاتی ہے' لیکن یہ اکثر حنجرہ کی خفیف سی نازلت سے شروع ہو جاتی ہے' مثلاً سل ریوی کے ابتدائی ترین درجہ میں' یا خراش حلق سے' یا دوسری مقامی تکلیف سے' خواہ یہ واضح طور پر ہسٹیریائی اشخاص میں ہوں یا عدم دمویت یا عام کمزوری

دوسرے مریضوں میں۔ مدنی مزاولت میں یہ جذباتی صدمہ (emotional shock) کی وجہ سے نوجوان عورتوں اور لڑکوں میں واقع ہوتی ہے' اور فردخوف کی وجہ سے ساکت ہوجاتا ہے۔ میدانِ جنگ کے معذور الخدمت قرار دئے ہوئے سپاہیوں میں بے صوتی کی کثیر التعداد اصابتوں میں سے بیشتر کی توجیہ بھی یہی ہونی چاہئے' بالخصوص جبکہ وہ توپوں کی گولہ باری کی زد میں رہ چکے ہوں' یا دھماکوں کے بعد مدفون ہوگئے ہوں' یا کسی اور طرح سے براہِ راست زخمی ہوچکے ہوں۔ بعض اصابتیں ایسی ہیں کہ جن میں بچہ اُس انبوبۂ قصبہ شگافی (tracheotomy tube) کو نکال دینے کے بعد جبکہ وہ چند ہفتوں تک پہن چکا ہو' بولنے سے قاصر رہتا ہے' یہ بھی عضلاتِ مقرّبہ کے فعلی استرخاء (functional adductor paresis) کے باعث ہوتی ہیں۔

بعض اوقات عضلاتِ مقرّبہ کا شلل کم وسیع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ تنہا داخلی عضلاتِ ناشرہ (internal tensors) ہی ماؤف ہوں' چنانچہ تصویت کی کوشش پر احبال الصوت کا تماس پیدا نہیں ہوتا اور ہر حبلِ صوتی اپنے اگلے نصف میں خطِ وسطی کی سمت ایک مقعر حاشیہ پیش کرتی ہے۔ اور بعض اوقات مرکزی مُقرّب عضلہ (central adductor) مشلول ہوجاتا ہے' اور اس صورت میں احبال الصوت کے اگلے حصے متماس ہوتے ہیں' اور پیچھے سبوچی کُریوں کے درمیان ایک مثلثی فضا کھلی رہجاتی ہے۔ یہ آخری دو قسمیں نازلتی التہابِ حنجرہ (catarrhal laryngitis) کے دوران میں غیر عام نہیں۔ ممکن ہے کہ یہ دونوں ایک ساتھ واقع ہوں' اور اس طرح آگے اور پیچھے نقص تماس پیدا کردیں' اس حالت میں کہ صوتی زائدات (processus vocales) متماس رہیں۔ ان اصابتوں میں آواز کا جاتا رہنا اتنا مکمل نہیں ہوتا جتنا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

اِن حالتوں کی تشخیص حنجرہ بین (laryngoscope) سے بہ آسانی ہوجاتی ہے۔ بلکہ اِس کے بغیر بھی' مریض کی بے آوازی اور بہتر کھانسی اور نفث (expectoration) کی غیر موجودگی اور بالارادہ کھانسنے کی قوت کافی طور پر ممیّز ہیں۔ لیکن اگر نازلت کی کوئی مرئی شہادت موجود ہو تو اُس کے بنیادی نزدتی ضرر کے اِمکان کو فراموش نہیں کرنا چاہئے۔

اِنذار امید افزا ہوتا ہے' اور بہت برسوں کے مریضوں کا بالآخر شفایاب

ہو جانا ممکن ہے۔

علاج ۔ فعلی بے صوتی کو ہسٹیریا کی ایک علامت سمجھنا چاہئے اور اُسی کی طرح اُس کا علاج کرنا چاہئے۔ بیشتر اصابتوں میں وہ ایحاز (suggestion) اور باز تربیت (re-education) کے ذریعہ دُور کی جا سکتی ہے۔ بعض مثالوں میں پہلے یہ حقیقت سمجھا دینا چاہئے کہ یہ کمزوری کسی عضوی مرض کے باعث نہیں بلکہ کم و بیش ایک فراموش شدہ عادت کی قسم سے ہے، پھر مریض کو کھانسنے اور اس شور کو "آآ" ("a-a-h") کی شکل میں لمبا کرنے پر مائل کرنا چاہئے۔ اس سے اُسے حرف "اے" ("A") پر لیجاتے ہیں اور اسی طرح حروف علت سے شروع کرکے سارے حروف تہجی ختم کرا دئیے جاتے ہیں۔ اب مریض کی دلجمعی ہوتی ہے اور اس پر یہ روشن ہو جاتا ہے کہ وہ لفظوں اور جملوں کے بنانے میں ٹھیک طور پر تقویت کر سکتا ہے۔ اگر تدرن کا کوئی شبہ ہو تو یہ طریقہ نہیں استعمال کرنا چاہئے۔ دوسری اصابتوں میں باہر کے طرف حنجرہ کے قرب و جوار میں یا حلق کی پشت پر نیرادی رَو کا لگانا ایک اکھڑ ایحازی علاج (crude suggestive treatment) کے طریقہ کے طور پر مفید ہو سکتا ہے۔ اگر ایسے طریقوں سے علامت پر اثر نہ پڑے یا وہ عود کر آئے، یا اگر وہ ہسٹیریا کی دوسری شہادتوں کے ساتھ متلازم ہو تو مزید علاج اُن اصول پر اختیار کرنا چاہئے جن کی سفارش اس عنوان کے تحت کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 791)۔ 211

تشنج مزمار

(spasm of the glottis)

اس مرض میں عضلات مقربہ (adductors) تشنجی طور پر منقبض ہو کر مزمار کی کامل مسدودی واقع ہو جاتی ہے جو ہوا کے داخلہ کو روک دیتی اور اختناق (asphyxia) بلکہ موت پیدا کرتی ہے۔ یہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے لیکن شیر خواروں میں اس کی مندرجہ ذیل صورت بالخصوص کثیر الوقوع ہے۔

صریری تشنج حنجرہ (laryngismus stridulous) (تشنجی کروپ spasmodic croup : یعیب الطفل : childcrowing) یہ تین ماہ اور دو سال کی عمر کے درمیان واقع ہوتا ہے، اور لڑکیوں کی نسبت لڑکوں میں زیادہ عام ہے۔ اس میں

ناقص جسمی حالات مُمِد ہوتے ہیں، اور یہ غربا میں اور اُن بچوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے جنھیں اوپر کی غذا دی گئی ہو، یا جنھیں بیمار اور نیم فاقہ زدہ ماؤں نے دودھ پلایا ہو۔ اصابتوں کی غالب تعداد (۵۰ فیصدی) میں کساحت (rickets) کے آثار موجود ہوتے ہیں، اور یہ مرض اکثر اُن بچوں میں لاحق ہوتا ہے جو کُزاز (tetany) کے علامات رکھتے ہیں۔ صرصری تشنجِ حنجرہ کالی کھانسی کے بعد بھی واقع ہو جانے کا امکان رکھتا ہے۔ اسکے حملے شبانہ روز ہوتے ہیں، لیکن متعدد اسباب تشنج کی تحریک پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً رونا، چھاتی چوسنا، تیز حرکاتِ حنجرہ سے نیچے دودھ کا داخل ہو جانا، معدہ میں ناقابلِ ہضم غذا کی موجودگی، تسنین (dentition) کی خراشش، اور سخت غصہ میں آنا۔ لیکن اکثر بلا کسی ایسے نمایاں بیشرو کے حملے واقع ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بچہ خاصی اچھی صحت کی حالت میں ہو اور اسی وقت یہ دیکھنے میں آئے کہ وہ کبھی کبھی ایک خفیف نعیب نما آواز (crowing sound) نکالتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسا وقفوں کے ساتھ مکرر ہو اور کوئی اندیشہ نہ پیدا کرے، لیکن بتدریج ایسا زیادہ بار بار ہونے لگتا ہے۔ تنفس میں مداخلت، جو ابتداءً صرف نعیب سے ظاہر ہوتی تھی، کچھ عرصہ کے بعد زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے۔ سانس موقوف ہو جاتی ہے، سینہ مثبت، اور چہرہ شاحب اور کبود ہو جاتا ہے، سر پیچھے کو گر جاتا ہے، اور وجہی عضلات میں قدرے جھٹکے واقع ہوتے ہیں۔ تھوڑے عرصہ میں تشنج ڈھیلا پڑ جاتا ہے، اور ہوا ایک بلند نعیب نما شور کے ساتھ مزمار کی راہ سے اندر داخل ہوتی ہے جو اب بھی نامکمل طور پر ہی کھلا ہوا ہوتا ہے۔ بچہ اور چند ہی منٹ کے بعد اپنے کھلونوں میں پھر مشغول ہو جاتا ہے۔ شدید ترین اصابتوں میں مزمار کے تشنج کے ساتھ کُزاز (tetany) کے رسغی قدمی انقباضات (carpopedal contractions) بھی ہوتے ہیں۔ انگلیاں خمیدہ ہو کر ہتھیلیوں میں آجاتی ہیں، انگوٹھا انگلیوں کے اندر ہو جاتا ہے اور ہاتھ کلائی پر خمیدہ ہو جاتا ہے۔ ٹانگیں پھیل جاتی ہیں، پاؤں ٹانگوں پر خمیدہ ہو جاتے ہیں، تلوے اندر کی طرف مڑ جاتے ہیں، اور پاؤں کا انگوٹھا دوسری انگلیوں سے دُور ہٹ جاتا ہے۔ ان پر عمومی تشنجات (general convulsions) مستزاد ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی دَورے کے دوران میں تنفس بالکل موقوف ہو جانے کی وجہ سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ اور چونکہ نعیب درحقیقت اس امر کی علامت ہے کہ

تشنج ڈھیلا پڑ رہا ہے۔ لہٰذا یہ دیکھا جائے گا کہ مہلک اصابتوں میں موت نہایت خموشی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ علامات نہایت ممیز ہوتی ہیں اور کسی دوسرے مرض کے علامات سے بہ آسانی خلط ملط نہیں ہوتے۔ بخار کی غیر موجودگی حملہ کی قلیل المدتی، دوروں کے درمیانی حالت کا بالکل تندرست ہونا یہ سب اسے التہاب حنجرہ سے ممیز کرتے ہیں۔ جسم غریب کی موجودگی اس سے مشابہت پیدا کر سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 207)۔

انذار۔ بیشتر مریض کلی طور پر شفایاب ہو جاتے ہیں، لیکن کبھی کبھی موتوں کا اندراج ہوا ہے۔

علاج۔ اس پر مریض کی عام صحت اور حملوں کے وقوع کے لحاظ سے غور کرنا پڑتا ہے۔ بچہ کو فی الفور حتی الوسع بہترین حفظان صحتی حالات کے تحت رکھنا چاہئے۔ بچے تازہ ہوا خوب تر ویج دار کرے اور جہاں اس کی غذا ناکافی یا نامونوں ہو اس کی اصلاح کی جائیں (ملاحظہ ہو کساحتہ) اور آنتوں کی طرف توجہ کی جائے۔ دوا کے کاڈ مچھلی کا تیل (cod liver oil) یا کاڈ مچھلی کا تیل مع خلاصہ مالٹ (malt extract) کے نہایت مفید ہے۔ اور بوٹاسیئم برومائڈ بچہ کی عمر کے لحاظ سے ۲ تا ۵ گرین کی خوراکوں میں دن میں تین بار اور کلورل (chloral) کی تھوڑی مقداریں دی جا سکتی ہیں۔ اگر حملے خفیف ہوں تو بچہ کو سر سے پاؤں تک روزانہ دو یا تین بار بہ لحاظ موسم ٹھنڈے یا نیم گرم پانی سے اسفنج کر دینے سے وہ جلد رک جاتے ہیں۔ زیادہ شدید دوروں میں سر کو اٹھا ہوا رکھنا چاہئے، سرد پانی سے بھگوئے ہوئے تولیہ سے اس کے جسم کی سطح اور چہرے کو تھپکنا چاہئے اور نتھنوں کے قریب امونیا یا ایسیٹک ترشہ مقام رکھنا چاہئے، یا اسکے بدن کو گرم پانی میں ڈبو کر سر اور چہرے پر ٹھنڈا پانی ڈالنا چاہئے۔ انگلی ڈال کر اسکے برمزمار (epiglottis) کو آگے کی طرف کھینچ لینا چاہئے۔

212　　تشنج منزمار بالغوں میں، بیشتر زیادہ اکثر التہاب حنجرہ، اڈیمائی حنجرہ، شکلی حالتوں، یا اجسام غریبہ کی موجودگی کے تعلق میں واقع ہوتا ہے، نیز صرع (epilepsy)، داءالرقص (chorea)، کزاز (tetanus)، آب ترسی (hydrophobia) اور ہزال ظہری (tabes dorsalis) میں ایک خطرہ ہو سکتا ہے۔ آخر الذکر مرض میں یہ حنجری حرجہ

(laryngeal crisis) کی شدید ترشکل ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 679)۔ اور یہ ایک تندرست حنجرہ میں ہو سکتا ہے، یا ایسے حنجرہ میں ہو سکتا ہے جو کہ شلل سے پہلے ہی ماؤف ہو اور ایسی صورت میں شلل بالعموم منعقد قسم کا ہوتا ہے۔ حنجرہ کے اندر ریق، یا غذا یا مشروب کے چھوٹے ذرات کا داخلہ نہایت خطرناک تشنج پیدا کر سکتا ہے، اور اکثر حنجرہ کی مخاطی جھلی پر دوا آمیز محلولات کے لگانے سے بھی کسی قدر تشنج پیدا ہو جاتا ہے۔ تشنج بزمار اکثر ہسٹیریا کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی سے ملتا ہوا ایک فعلی تشنج (صوتی تشنج = phonic spasm یا صوتی صعوبت = mogiphonia) ہے جو بعض عصبانی اشخاص میں بولنے کی مشقت سے شروع ہو جاتا ہے اور بولنے کی کوشش چھوڑ دینے پر ڈھیلا پڑ جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ صرف ان لوگوں تک محدود ہو جو آواز کو عام مجمعوں میں استعمال کرتے ہیں جیسے کہ گانے والے اور پڑھانے والے۔

علاج۔ پہلی جماعت کی اصابتوں میں کلوروفارم (chloroform)، ایمیل نائٹرائٹ (amyl nitrite)، ویپر کونائنی (vapour coninæ)، یا جلتے ہوئے سٹرامونیم (stramonium) کا استنشاق کرانا چاہئے، بشرطیکہ یہ وقت پر میسر آ جائیں ورنہ ممکن ہے کہ تفعیہ شگافی کی ضرورت لاحق ہو۔ متوالی حملوں کے لئے برومائڈ (bromides) دیئے جا سکتے ہیں۔

ہسٹیریائی اصابتوں کے لئے ہسٹیریا کا عام علاج ضروری ہوتا ہے۔ اور دوسری فعلی حالتوں کا علاج بھی مریض کی عام حالت کے لحاظ سے نیز تنفسی ورزشوں (breathing exercises) اور تصویتی ورزشوں (exercises in voice production) سے کرنا چاہئے۔

پیدائشی حنجری صرصرہ
(congenital laryngeal stridor)

کبھی کبھی شیر خواروں میں ایک حنجری اختلال لاحق ہو جاتا ہے، جس میں سانس کے ساتھ ایک مخصوص و عجیب غرغوں کی آواز (croaking sound) سنائی دیتی ہے۔ عموماً یہ پیدائش کے بعد جلد ہی سنائی دیتی ہے، اور طویل عرصوں تک مستقل

سارے دن اور رات بھر جاری رہتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ ایک وقت میں چند گھنٹوں کے لئے غیر موجود ہو۔ یہ غرغون تنفس کے ساتھ واقع ہوتی ہے، اور یا تو ایک کرخت (rough) آواز ہوتی ہے، یا زیادہ صاف اور موسیقی۔ زفیر (expiration) خاموشی کے ساتھ ہوتا ہے۔ کھانسی اور بچہ کا رونا عموماً طبعی قسم کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بین الاضلاع فضائیں قدرے اندر کو کھنچی ہوئی ہوں، لیکن کوئی کبودی (lividity) شاذ ہی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ شور دوران خواب میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے اور بعض اصابتوں میں غیر موجود ہوتا ہے۔ جب بچہ ہشاش بشاش یا بھلا چنگا ہوتا ہے تو یہ عموماً زیادہ خراب ہوتی ہے۔ جوں جوں بچہ عمر میں بڑھتا جاتا ہے یہ کم ہوتی جاتی ہے، لیکن سر فریڈرک ٹیلر (Sir Frederic Taylor) نے اسے اڑھائی سال کی عمر میں بدستور موجود پایا۔ دیگر امور کے لحاظ سے بچہ بالکل تندرست نظر آتا ہے۔

دوران حیات میں اور موت کے بعد، دونوں وقت مزماری روزن نہایت تنگ نظر آتا ہے، برمزمار (epiglottis) اپنے اوپر دوہرا ہوا ہوا، اور سکڑا ہوا، برمزماری دوہرا و تقریباً متماس ہوتے ہیں۔ لیکن یہ شیر خوار بچہ کے حنجرہ کی طبعی حالت کی محض ایک مبالغہ آمیز حالت ہے، اور ڈاکٹر پیٹرسن (Dr. Patterson) نے پانچ مریضوں میں بلاواسطہ مشاہدہ سے بتلا دیا ہے کہ صرف سکڑا ہوا چیاکے اور تقبیبی بالائی کور یری ذہنیلی مخاطی جھلی کے ہر شہیق کے دوران میں حنجرہ میں کھنچ آنے اور اس کے جمع میں مرتعش ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

جوں جوں یہ حصے نمو یاب ہوتے ہیں، اس تشوہ (deformity) سے پیدا ہو جانے والا انسداد کم ہوتا جاتا ہے۔ کوئی راست علاج راس نہیں آتا۔ اگر اختناق سے زندگی خطرے میں ہو (جو ایک شاذ واقعہ ہوتا ہے) تو قصبہ شگافی کی ضرورت پیش آ سکتی ہے۔

حنجرہ کی عدم حسیت

(anæsthesia of the larynx)

یہ فتحصیریا بصلی شلل (bulbar paralysis)، ہزال ظہری (tabes dorsalis) اور شلل عمومی (general paralysis) میں اور عصب ثانیہ یا فوقانی حنجری عصب کے تضرر سے واقع ہو جاتی ہے۔ اسکی شناخت حنجری غشاء مخاطی کی عدم حاسیت

(insensibility) سے کی جاتی ہے' اس وقت جبکہ حنجرہ بین کی مدد سے ایک سلائی ڈالکر اسے چھوا جائے۔ اکثر اسکے ساتھ عسر البلع (dysphagia) اس وجہ سے ہوتا ہے کہ غذا کے ریزے حنجرہ کے اندر داخل ہوجاتے ہیں' جو میکنزی (Mackenzie) کی رائے میں ان عضلات کے شلل کا نتیجہ ہے جنھیں فوقانی حنجری عصب سے رسد پہنچتی ہے' یعنی وہ عضلات جو دوران ابتلاع میں پر مزمار (epiglottis) کو نیچے لاکر مزمار (glottis) کے بالائی روزن کو بند کردیتے ہیں۔ اس عدم حسیت کو جو دفتیریائی وجہ سے ہو عموماً شفا ہوجاتی ہے۔ انذار عموماً ترقی پذیر بصلی شلل (progressive bulbar paralysis) اور اس سے مماثل حالتوں میں خراب ہوتا ہے' کیونکہ اس کا امکان ہوتا ہے کہ غذا پھیپھڑوں کے اندر چلی جائے اور اس طرح ذات الریہ پیدا کردے۔

213

علاج گیلوانی اور فرادی لاسقات کے ذریعہ سے ہونا چاہئے۔ داخلی طور پر اسٹرکنیا (strychnia) دیا جاسکتا ہے' اور ممکن ہے کہ عسر البلع کی وجہ سے مریوی انبوبہ (œsophagial tube) یعنے انبوبہ مری سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔

کان

کان کے ضروری اجزا تین ہیں۔

(۱) آلۂ ایصال جس کے ذریعہ آوازیں۔

(۲) آلۂ ادراک یعنی حلزونیہ تک پہنچائی جاتی ہیں جو کہ اندرونی کان کی کثیف ہڈی میں واقع ہے۔ یہاں سے صوات۔

(۳) عصب سمعی (حلزونی شاخ) کے ذریعہ دماغ میں چلے جاتے ہیں۔

ایصالی آلہ میں صیوان (pinna) بیرونی سمعی منفذ' اور طبلی غشا جو کہ درمیانی اذن کی بیرونی دیوار ہے' شامل ہیں' اور درمیانی اذن میں استخوانچے یعنی مطرقہ (malleus) سندان (incus) اور رکاب (stapes) واقع ہیں۔ آخر الذکر ایک پانی بند جوڑ کے ذریعہ بیضوی کھڑکی (oval window) کے اندر جما ہوتا ہے جو کہ اندرونی اذن کے دو عظمی فتحات میں سے ایک ہے۔ دوسرا فتحہ' ایک گول کھڑکی ہے جو کہ ایک غشا کے ذریعہ

بند ہے۔ اندرونی اذن سیال سے بھرا ہوتا ہے۔ درمیانی اذن میں یوسٹیکیائی انبوبہ (Eustachian tube) کھلتی ہے جو کہ انفی بلعوم سے آتی ہے۔ بوقت ابتلاع یہ انبوبہ ایک لمحہ کے لئے کھل جاتی ہے تاکہ درمیانی اذن میں کا دباؤ باہر کے دباؤ کے برابر رہے اور اس طرح حرکت پذیر طبلی غشاء اپنی طبعی وضع قائم رکھتی ہے۔ سمعی صدمات بطور صوتی امواج بیرونی سمعی منفذ میں داخل ہو کر طبلی غشاء پر آپہنچتے ہیں۔ غشاء کے ارتعاشات اپنی باری پر مطرقہ، سندان اور رکاب کے ذریعہ منتقل ہو کر بیضوی کھڑکی پر آپہنچتے ہیں۔ ایک متبادل موج طبلی کی ہوا کے ذریعہ گول کھڑکی پر پہنچ سکتی ہے۔ ازاں بعد یہ امواج اندرونی اذن کے سیال کے ذریعہ حلزونیہ (cochlea) کے اندر کارٹی (Corti) کے ایک نہایت ہی مختص (specialised) عضو تک منتقل ہو جاتی ہیں۔ یہاں سے صدمات مرغولی عقدہ کی راہ سے حلزونی عصب تک اور اس طرح دماغ میں چلے جاتے ہیں۔ اس میکانیہ میں ذراسی مداخلت صمم پر منتج ہوتی ہے۔

صمم۔ بہرے پن کی تین قسمیں شناخت کی جاتی ہیں۔

(ا) ایصالی صمم۔ اس میں بیضوی اور گول کھڑکی کے مقام تک تمام اسباب شامل ہیں۔ اور اس کی مثالیں یہ ہیں: وسخ (wax) یا اجسام غریبہ جو منفذ میں متمکن ہوں۔ درمیانی اذنی نازلت کی تمام اقسام۔ درمیانی اذن کے حاد اور مزمن التہابات۔

(ب) ادراکی صمم۔ وہ اسباب جو کہ حلزونیہ، مرغولی عقدہ اور سمعی عصب کو ماؤف کرتے ہیں۔ اسکو اندرونی اذنی صمم بھی کہتے ہیں۔ ممکن ہے شیخوخی اسباب، آتشک، قرمزی تپ اور تپ محرقہ کا نتیجہ ہو۔ یا بعض پیشوں کا نتیجہ ہو مثلاً جوشارہ گروں یا عمال المغاص (caisson workers) میں، یا ریوالوروں (revolvers)، رائفلوں (rifles) یا بندوقوں کے فائر کی آواز سنتے رہنے کا نتیجہ ہو۔ یا بعض دوائیں خاصکر کونین (quinine) اور سیلسلیٹس (salicylates) لینے کا یا زیادہ تمباکو پینے کا نتیجہ ہو۔

(ج) عصبی صمم۔ خود سمعی عصب کے اور نیز اسکے مرکزی تعلقات کے ضررات۔ یہ ہمیشہ مکمل بہرا پن ہوتا ہے۔ یہ کبھی (۱) یک جانبی ہوتا ہے، اور اکلاف (mumps) یا حاد التہاب تیہ (labyrinthitis) کا، یا سلعات میں سمعی عصب کے ماؤف ہو جانے کا

نتیجہ ہوتا ہے۔ یا (۲) دو جانبی ہوتا ہے اور نخاعی دماغی التہاب اسیمہ کا یا خلقی آتشک (اس صورت میں اس کے ہمراہ ہمیشہ رختی التہاب قرنیہ اور دو جانبی سمی عصبی سلعات موجود ہوتے ہیں) کا نتیجہ ہوتا ہے۔

طنین (tinnitis) دوار (vertigo) اور "مینی ایر" (Meniere) کے مرض کیلئے ملاحظہ ہو "نظام عصبی کے امراض"۔

کان کا درد۔ کان میں یا کان کے گرد و پیش درد ہونا تقریباً ۹۵ فی صدی مثالوں میں مقامی التہاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بقیہ ۵ فیصدی مثالوں میں کوئی مقامی سبب دریافت نہیں ہوتا اور درد بعید السبب (referred) ہوتا ہے۔ ان مثالوں کو وجع الاذن (otalgia) کہتے ہیں۔

صیوان الاذن، بیرونی منفذ اور طبلی غشاء کا امتحان کرنے سے کوئی مقامی سبب دریافت ہو جاتا ہے جو کہ عام طور پر التہابی ہوتا ہے، مثلاً سرخ بادہ، منفذ میں دنبلات یا ایک سرخ اور ابھری ہوئی طبلی غشاء، اور ایسی صورت میں مناسب علاج کرنے سے درد کو تسکین ہو جاتی ہے۔ گاہے منفذ میں تقرحات یا درمیانی اذن کا سرطان پائے جاتے ہیں۔ جب کوئی مقامی سبب دریافت نہ ہو تو وجع الاذن کا سبب دریافت کرنے کیلئے تفتیش کا دائرہ بہت وسیع کرنا پڑتا ہے۔

درد، دوسرے حصص سے کہ جن کی رسد انہی اعصاب سے آتی ہے کہ جن سے کان کی آتی ہے محوّل ہو سکتا ہے (۱) سہ توامی (trigeminal) یہ ممکن ہے حقیقی وجع العصب ہو۔ وجع الاذن بسا اوقات بوسیدہ زیریں دانتوں اور غیر منتشر (unerupted) عقل کی داڑھوں سے جو کہ تقریباً ہمیشہ زیریں جبڑے میں پائی جاتی ہیں۔ زبان کے مرض، بالیدہ اور تقرحات سے۔ غدہ نکفیہ کے التہابات اور صدغی جانوی مفصل کے التہاب سے محوّل ہوتا ہے۔ (۲) لسانی بلعومی۔ ممکن ہے یہ حقیقی وجع العصب ہو۔ لیکن درد بوسیکیائی اتبوبہ، اور انفی بلعوم (سرطان) یا لوزہ، رمزمار، زبان کی پشت، سیوجی رمزماری ثنیہ اور نباتی تماحفرہ کے التہابی اور تقرحی ضررات سے بھی محوّل ہو سکتا ہے۔ (۳) اشو کی عنقی دوسرا اور تیسرا عصب۔ پچھلی جڑوں کا التہاب اور اسکے ساتھ جلد الراس اور صیوان پر قلّہ (herpes) شدید وجع الاذن کا باعث ہوتا ہے، اسی طرح عنقی ضفیرہ کو متاثر کرنے والے

214

اضطرابِ کیمی۔ (۳) عصب الثائیہ (vagus) کی اذنی شاخ، جوکہ بلا شبہ وجہی عصب کے رکبی عقدہ (geniculate ganglion) کے ساتھ قریبی تعلق رکھتی ہے جب اس عقدہ کا التہاب واقع ہوتا ہے تو اس رقبہ پر جوکہ اذنی شاخ سے رسد لیتا ہے نسلہ پیدا ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے اسکے ساتھ وجہی شلل اندر بہرا پن اور دُوار موجود ہو۔

تحت الحاد التہاب الاذن الوسطی

(sub-acute otitis media)

اس سے درمیانی اُذن کی خفیف سرایت مراد ہے کہ جس کے ساتھ یوسٹیکیائی انبوبہ کی نازلت موجود ہو۔ آخرالذکر مسدود ہوجانے کا رجحان رکھتی ہے کہ جس سے ہوا جذب ہوجاتی ہے اور ممکن ہے مصلی ارتشاح موجود ہو، اور طبلی غشا اندر کو کھنچی ہوئی ہوتی ہے۔

علامات۔ کان میں بے آرامی یا خفیف سادرد ہوتا ہے، اور بہرا پن پایا جاتا ہے، جو ممکن ہے بچوں میں نظر انداز ہوجائے۔ مریض کو سُر کے دوشاخہ (tuning-fork) کی درمیانی سرتیاں سنائی دیتی ہیں لیکن پست ترین اور بلند ترین سرتیوں کا ادراک جاتا رہتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ انفی جوفوں اور انفی بلعوم میں اگر عفونی ماسکات موجود ہوں تو ان کو دور کیا جاتا ہے، اور یوسٹیکیائی تسدد کا ازالہ کیا جاتا ہے اور بعض اوقات سیال کو نکالا جاتا ہے۔

حادریمی التہاب الاذن وسطی

سببیات۔ درمیانی اذن کی یہ سرایت تقریباً ہمیشہ ایک سبحہ نبقہ (streptococcus) کی وجہ سے ہوتی ہے اور بسا اوقات زکام، التہاب لوزتین، تپ قرمزی، کھسرا، انفلوئنزا کے بعد نمودار ہوتی ہے، یا عفونت الدم (septicæmia) کا جزو ہوتی ہے۔ ممکن ہے سارے کا سارا درمیانی اذن ماؤف ہو۔ جِش ومویت نمودار ہوتی ہے، اور اسکے بعد طبل کے اندر خون آلود مصل کا ارتشاح ہوتا ہے جوکہ ۲۴ گھنٹہ میں قیحی ہوجاتا ہے۔

علامات۔ کان کا درد بالعموم پہلی علامت ہوتی ہے، لیکن بچوں میں یہ اس قدر

خفیف ہوتا ہے کہ ممکن ہے نظر انداز ہو جائے' اور بالغوں میں ممکن ہے شدید درد سر ہو۔ بہرا پن ہمیشہ اور طنین (tinnitis) اکثر موجود ہوتا ہے۔ کسلمندی جو کہ ہر بخار کے ساتھ پائی جاتی ہے موجود ہوتی ہے۔ دُوار شاذ ہے۔ شیر خوار بچے بعض اوقات سر کو ادھر اُدھر پھیرتے ہیں اور ممکن ہے ان میں سحائیت (meningismus) نمو پاب ہو جائے۔ کان کا امتحان کیا جائے تو پہلے پہل مطرقہ کے دستے (handle) کے پیچھے ایک خط میں سُرخی نظر آتی ہے۔ پھر تشعبی عروق اس نقطہ سے غشاء کے محیط کی طرف جاتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ بعد ازاں سرخی منتشر ہو جاتی ہے' لیکن غشاء کا پچھلا نصف اگلے نصف کی نسبت ہمیشہ پہلے اور اس سے زیادہ متاثر ہوتا ہے۔ التہابی ارتشاح سے غشا ابھر آتی ہے اور ممکن ہے پچھلے نصف کا انثقاب واقع ہو جائے۔

پیچیدگیاں۔ بعض حالتوں میں غشا کا انثقاب ہو کر اور گا ہے اسکے بغیر صحت یابی ہو جاتی ہے۔ نا مکمل صحت یابی سے مندرجہ ذیل حالتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ (ا) صمم جو کہ بعد میں یوسٹیکیائی انبوبہ کی راہ سے درمیانی اذن کی تنفیخ کر کے کم کیا جا سکتا ہے۔ (ب) مسلسل اخراج مواد۔ بعض اوقات اسکی وجہ کوئی ارکہ (granulation) (سعدانہ polypus=) ہوتا ہے جو کہ انثقاب کے اندر بروز کئے ہوتے ہوتا ہے اور اس طرح سیلیت کو روکتا ہے۔ اگر مواد کا اخراج چار یا پانچ ہفتے تک جاری رہے تو غالباً حلمیہ سرایت زدہ ہو جائیگا۔ لیکن قبل اسکے کہ حلمیتی عملیہ انجام دیا جائے' ناک اور انفی بلعوم میں سرایت زدہ ماسکات خارج از بحث کر لینے چاہئیں۔ غدد دوہ (adenoids) کا استیصال تقیح کا خاتمہ کر سکتا ہے۔ (ج) وجہی شلل' فالوپی قنال (Fallopian canal) میں ایک خلقی روزن کی راہ سے ساتویں عصب پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے۔ (د) چھٹے جمجمی عصب کا شلل' جسکے ساتھ جبہی اور صدغی خطوں میں درد ہوتا ہے اور جو شاید ایک معلی التہاب سحائی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ (س) التہاب حلمیہ' جس کو ان علامتوں سے پہچانا جاتا ہے۔ کان کے پیچھے درد' حلمیہ اور خاصکر اس کی نوک پر دباؤ ڈالنے سے ایلمیت' اور اس ہڈی پر کی نرم بافتوں کا تورم۔ بیرونی سمعی منفذ کے عمیق ترین حصہ کا ابھار ایک قیمتی امارت ہے۔ ترقی یافتہ حالتوں میں اذنی زائدہ پر اور کان سے اوپر بہت تورم ہوتا ہے اور جلد سرخ ہوتی ہے۔ التہاب حلمیہ کی وجہ سے یہ حالتیں پیدا ہوتی ہیں۔ (س) جانبی جوف کے ام جافیہ پر پھوڑا جو کہ ممکن ہے جوف کو

مصفوطا کر دے اور بعد میں خلقیت کا موجب ہو۔ (ص) درمیانی حفرہ میں ایک بیرون جائی پھوڑا جو کہ شاذ ہے۔ (ط) دماغی پھوڑا جس کے متعلق معلوم ہے کہ یہ حلمیہ میں پیپ پیدا ہوئے بغیر بھی نمودار ہو سکتا ہے۔ (ع) قیحی التہاب سحایا۔

علاج۔ مریض کو بستر پر رکھا جاتا ہے۔ درد کو تسکین دینے کیلئے دوائیں مثلاً ایسیٹل سیلی سلک ایسڈ (acetyl salicylic acid) مرکب سفوف عرق الذہب (pulv. ipec. co.) اور بشرط ضرورت مارفیا دی جاتی ہے۔ دافع نبعقاست سیجہ۔ (anti-streptococcal) [دافع قرمزیہ (anti-scarlatinal)] مصل، دروں وریدی یا دروں عضلی طور پر دیا جاتا ہے۔ گلسرین اور کاربالک (carbolic) کے، یا آب کافور میں ۳ فیصدی کوکین کے قطرات کان میں ڈالے جاتے ہیں۔ کان پر ایک برقی طور پر گرم کی ہوئی گدی بارونی سے یا گرم پانی کی بوتل سے یا تکمیدات سے گرمی پہنچائی جاتی ہے۔ اس کے تبادل کے طور پر چھوٹی چھوٹی برف کی تھیلیاں حلمیہ پر مستقل طور پر رکھنے سے درد اور التہاب کو تسکین ہوتی ہے۔ ممکن ہے طبلی غشاء میں شگاف دینا قرین مصلحت ہو، بالخصوص حاد اصابتوں میں کہ جن میں بہت درد اور بلند تپش ہوتی ہے۔ التہاب حلمیہ کا علاج اس کتاب کے دائرۂ بحث سے باہر ہے۔

حوالجات

REFERENCES

1 E. P. Poulton and F. A. Knott .. 1936 *Practitioner*, January.

2 M. Hovel .. 1924 *Brit. Med. Journ.* i., p. 497.

3 Sir St. Clair Thomson. 1924 *Lancet*, ii., p. 948, and *Med. Res. Counc. Spec. Rep. Ser.* 83. ..

4 Sir St. Clair Thomson. 1922 *Lancet*, ii., p. 164.

216

امراض اعضائے دوران خون

طبعی قلب کے فعل کی انجام دہی میں دو قسم کی ساختیں حصہ لیتی ہیں، یعنے اُس کے کھوکھلوں کی انقباض پذیر عضلی دیواریں، جو خون کو دھکیلتی ہیں، اور مصراعات (valves) جو خون کے بہاؤ کے رُخ پر اقتدار رکھتے ہیں۔ متوازن انقباض کی قوت عضلۂ قلب کا فطری خاصہ ہے۔ گذشتہ چند سالوں کی تحقیقات سے ہم پر یہ چیز ظاہر ہو گئی ہیں، عضلۂ قلب (myocardium) کے اندر کے وہ نقاط جہاں انقباضی تہیجات عام طور پر آغاز پذیر ہوتے ہیں، وہ راستے کہ جن سے اُذین (auricle) سے بُطین (ventricle) تک تہیجات کا ایصال ہوتا ہے، اس ایصال کی طبعی یا معمولی شرح، اور یہ واقعہ کہ اگرچہ انقباض اکثر اُذین کے اندر شروع ہو کر بُطین میں پہنچ جاتا ہے، تاہم وہ بعض حالات میں بُطین کے اندر بھی آغاز پذیر ہو سکتا ہے۔ ہر بُطینی اِنکماش (ventricular systole) کے بعد ایک عرصۂ آرام ہے جس میں انقباض نہیں ہوتا اور یہ اُذین کے اِنکماش پر ختم ہوتا ہے اور اس کے بعد فی الفور بُطین کا اِنکماش واقع ہوتا ہے۔ اِس عمل میں تین ساختیں حصہ لیتی ہیں: اولاً عصبی بافت، عضلی ریشے اور خلیوں سے بنا ہوا ایک اطالت یافتہ چھوٹا تودہ جو اس جگہ جہاں فوقانی ورید اجوف اُذین کے ساتھ پیوستہ ہوتی ہے واقع ہوتا ہے اور جسے جوفی اُذینی گرہ (sino-auricular node) کہتے ہیں۔ ثانیاً ایک چھوٹا تودہ جو اُذینوں کے فاصل میں جوف اکلیلی (coronary sinus) کے فتحہ کے قریب واقع ہے، اور جسے اُذینی بطینی گرہ (auriculo-ventricular node) کہتے ہیں۔ ثالثاً عضلی ریشوں کا ایک خاص بند، جو اُذینی بطینی بنڈل (auriculo-ventricular bundle) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ یہ بند اُذینی بُطینی گرہ سے پیدا ہو کر نکلتا اور چوڑائی میں تقریباً ۵ء۲ ملی میٹر ناپ کا ہوتا ہے۔

یہ اُذینی بُطینی فاصل کے اندر چلا جاتا ہے، اور پہلے اس فاصل کے جزو غشائی (pars membranacea septi) کے نیچے واقع ہو کر یہاں دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے۔ چنانچہ ایک حصہ فاصل بُطینی کے اِس طرف اور دوسرا حصہ دوسری طرف واقع ہوتا ہے۔ داہنی شاخ بندِ معتدل (moderator band) کے اندر چلی جاتی ہے۔ ہر شاخ اپنی طرف کے بطین کی دیواروں میں وسیع طور پر توزیع یافتہ ہوتی ہے، اور ریشہائے پرکنجے (Purkinje's fibres) میں ختم ہو جاتی ہے، جو بُطینوں کے تقریباً ہر حصہ میں دروں قلبہ کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ اُذینی بُطینی گرہ اور اُذینی بُطینی بنڈل بعض اوقات الحاقی بافتوں (junctional tissues) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں۔ قلب کے طبعی فعل کی اثنا میں تہیج، جو جَوفی اُذینی گرہ (sino-auricular node) میں شروع ہوتا اور اُذینین میں منتقل ہوتا ہے، لہٰذا انقباضی موج حِس سے ذرا پہلے ایک برقی موج یعنی موجِ تحریک (excitation wave) پائی جاتی ہے۔ ج - ا گرہ (S. A. node) سے شروع ہوتی ہے، اور نصف قُطری یا شعاعی صورت میں پھیلتی، اور تمام سمتوں میں مساوی رفتار سے مسافت طے کرتی ہے۔ اس کے بعد ا - ب گرہ (A. V. node) مُتہیّج ہو جاتی ہے۔ ا - ب گرہ (A. V. node) سے تحریک پیدا ہو کر ا - ب (A.V.) بنڈل کی راہ سے اُس کے مختلف تفرعات میں چلی جاتی ہے، اور بُطینوں کے دروں قلبہ پر کنجے کے جال میں پھیل جاتی ہے۔ یہاں سے یہ زاویۂ قائمہ بناتی ہوئی بُطین کے عضل کے اندر پھیل جاتی ہے۔

عضلۂ قلب کو عصبی ریشوں کے دو رستوں سے رسد پہنچتی ہے:۔ (۱) عصبِ تائیہ سے (۲) عصبِ مشارکی سے۔ ان کا فعل ضرب میں ترمیم کرنا ہے۔ عصبِ مشارکی کے متعلق اس سے زیادہ کہ اُس کا ہیجان قلب کو تیز اور ضرب کو قوی کر دیتا ہے اور کچھ معلوم نہیں۔ عصبِ تائیہ کی شاخیں ج - ا (S.A.) اور ا - ب (A. V.) گرہوں دونوں میں مختتم ہوتی ہیں۔ اس کے ہیجان کا یا اثر ہوتا ہے موجِ تحریک کا مبداء (رفتار ساز) ج - ا (S A.) گرہ کے بالائی سرے سے اُسکے زیرین سرے پر منتقل ہو جاتا ہے۔ دوسرے اثرات بُطءُ القلب (bradycardia)

کے تحت بیان کیے گئے ہیں۔

امتحانِ قلب

پھیپھڑوں کی طرح قلب بھی آنکھ، ہاتھ اور کان سے امتحان کرنے کے لیے موزوں ہے۔ وہ پھیپھڑوں کے اگلے حاشیوں کے درمیان دیوار سینہ سے قریبی طور پر متماس ہوتا ہے، ایک ایسے رقبہ میں جو کہ خط وسطی سے بائیں طرف عظم القص

217

کے زیریں نصف، اور چوتھی اور پانچویں بائیں ضلعی کڑیوں کے اندرونی حصوں اور ان کے نیچے کی فضاؤں سے متناظر ہے۔ صَدمۂ القلب (impulse of the heart) معائنہ اور جس سے دریافت ہو سکتا ہے۔ پیش قلبی رقبہ (præcordial area) یعنے دیوار سینہ کا وہ رقبہ جو کہ قلب پر واقع ہے قرع کرنے سے معلوم کیا جا سکتا ہے، اور اصواتِ قلب کا مطالعہ استماع کے ذریعہ کیا جا سکتا ہے۔

معائنہ
(inspection)

تندرست اشخاص میں، جو زیادہ موٹے نہ ہوں، قلب ضرب لگاتا ہوا دیکھا جا سکتا ہے ایک ایسے رقبہ میں جو کہ پانچویں بین الاضلاع فضا میں اور تقریباً ½ انچ قطر کا ہوتا ہے، اور بعض سے اتصالاً نیچے کھینچے ہوئے ایک خط سے ½ انچ تا ایک انچ اندر کی طرف، یا ایک اوسط جسامت والے بالغ میں خط وسطی سے ½۳ تا ۴ انچ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ اس ضرب کو صَدمۂ القلب (impulse) یا ضربۂ الراس (apex beat) کہتے ہیں۔ بیماری میں بعض اوقات یا تو ضرب کی کمزوری کی وجہ سے یا اس وجہ سے کہ قلب کو شش ڈھانکے ہوئے ہو، صدمہ نہیں نظر آ سکتا۔ دایاں اذین جب وہ متسع (dilated) ہو، بعض اوقات عظم القص سے دائیں طرف کو ضرب لگاتا ہوا دیکھا جاتا ہے۔ قلب کی بڑی کلانی کی بعض مثالوں میں دیوار سینہ کا باہر ابھر آنا بھی

معائنہ سے ظاہر ہوتا ہے ۔

تندرست اشخاص میں بین الاضلاع فضاؤں کی ایک خفیف سی مرئی اِنقباضی بازکشیدگی (systolic retraction) ہونا عام ہے ۔ قلب کی بیش پرورگی (hypertrophy) کی حالت میں ایک زیادہ نمایاں بازکشیدگی واقع ہوتی ہے ۔

جَسّ

(palpation)

تصدم کا محل وقوع عموماً جَس سے اس سے زیادہ قریبی طور پر متعین کیا جا سکتا ہے کہ جتنا معائنہ سے ۔ وہ بائیں بُطین کی بیش پرورگی کی صورت میں باہر کو اور نیچے کی طرف ہٹا ہوا ہوتا ہے ، اور انتہائی اِتساع میں بغل میں محسوس کیا جا سکتا ہے ۔ ضرب قوی یا جاشی (heaving) اور سریع اور بے قاعدہ ہو سکتی ہے ۔ ممکن ہے کہ وہ بالکل جس پذیر نہ ہو ۔ لاشعاعی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ قلب کا بایاں کنارا بالعموم اس نقطہ سے متناظر ہوتا ہے جو کہ بائیں طرف سب سے زیادہ دور ہوتا ہے ، جہاں انگلیوں کو کسی چیز کے واضح طور پر سامنے کو اور اُفقی طور پر اُٹھنے کا احساس ہوتا ہے (63) ، نہ کہ اُس رقبہ کے بیرونی اور زیرین حصے سے کہ جس پر ارتعاشات محسوس کئے جا سکتے ہیں اور جس کے متعلق لاشعاعوں سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ قلب کے رقبہ سے باہر واقع ہوتا ہے ۔ ایک مثال میں جس کا کہ راقم نے مشاہدہ کیا بائیں بطین کے بالائی حصے سے چوتھی فضا میں ایک ظاہری تصدم پیدا ہو گیا تھا ۔ شراسیف پر ایک اِنقباضی صدمہ (systolic impulse) ایک بیش پرورده دائیں بُطین سے ، اور طی سے جبکہ یہ انورسمائی ہوتا ہے ، یا رسولی سے ایصال شدہ ہوتا ہے ، یا نابض جگر (pulsating liver) سے پیدا ہو سکتا ہے ۔ ممکن ہے کہ مُتسع دایاں اُذین عظم القص سے دائیں طرف ضرب لگاتا ہوا محسوس ہو ۔ اورطی انورسما کی بعض اصابتوں میں قاعدہ قلب پر رکھا ہوا ہاتھ ایک صدمہ محسوس کرتا ہے ، جس کو انبساطی صدمہ (diastolic shock) یا انبساطی بازگشت (diastolic rebound) کہتے ہیں ، جو بایں وجہ بآسانی محسوس ہوتی ہے کہ انورسما شش کو دھکیلتا ہے اور دیوار صدر سے قریب تر

تماس حائل کرلیتا ہے ۔

بہ مصراعی مرض کی بعض صورتوں میں ایک محدود رقبہ پر [جس میں سماع الصدر سے ایک خریر (murmur) سنائی دے سکتا ہے] ہاتھ سے ایک ذبذبہ (thrill) (fremissement cataire) محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے ساتھ عموماً ایک خریر موجود ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی یہ خریر غیر موجود ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ ارتعاشات اسقدر کرخت (coarse) (یعنے اسقدر شکست شرح رکھنے والے) ہوتے ہیں کہ وہ صرف محسوس کئے جاسکتے ہیں، سنائی نہیں دیتے۔ یہ بطسرانی ضیق (mitral stenosis) میں نہایت عام ہے، اور اُذینی انقباضی خریرات (auriculo-systolic murmurs) کی ایک بڑی تعداد کے ساتھ، اور بعض وسط انبساطی خریرات (mid-diastolic murmurs) کے ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے۔ دوسرے خریرات کے ساتھ ذبذبے نسبتہً بہت کم عام ہیں اور دوسرے مصراعی ضررات (valvular lesions)، جیسے کہ ریوی ضیق (pulmonary stenosis) (خلقی)، اورطی ضیق (aortic stenosis)، اور کبھی کبھی اورطی بازدوی (aortic regurgitation) اور بطرانی بازدوی (mitral regurgitation) میں واقع ہوتے ہیں۔ انورسما اور التہاب تامور (pericarditis) بھی حس پذیر ارتعاشات پیدا کرسکتے ہیں۔

قرع

(percussion)

گوکہ قرع کرنے پر سینہ کا بیشتر حصہ شش کی موجودگی کے باعث گمک دار (resonant) ہوتا ہے تاہم ایک چھوٹا رقبہ اوپری یا مطلق اصمیت کا بھی ہوتا ہے، جو قلب کی اگلی سطح کے اُس حصے سے متناظر ہوتا ہے جو شش سے ڈھکا ہوا نہیں ہوتا۔ اس رقبہ کے گرد ایک رقبہ عمیق یا اضافی اصمیت (deep or relative dulness) کا ہے، جس کی بیرونی حد قلب کے خاکہ سے متناظر ہوتی ہے اور اس طرح اُس کی حقیقی جسامت کا ایک نقشہ بناکر پیش کرتی ہے۔ اوپر کو یہ تیسری فضا تک پہنچتی ہے۔ بائیں طرف یہ صدمۃ القلب تک پہنچتی ہے۔ اور دائیں طرف

یہ اکثر عظم القص کے دائیں کنارے سے نصف انچ باہر تک شناخت کیا جا سکتی ہے عظم القص خود گمک دار ہوتی ہے۔ اضافی اصمیت متوسط طور پر جھکے قرع کی مدد سے بہترین حاصل ہوتی ہے۔ کمرے میں خاموشی ہونی چاہیے۔ لاشعاعی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ قلب کا کنارہ عموماً اُس نقطہ سے متناظر ہوتا ہے کہ جہاں اولاً آواز کی گمک میں معتدبہ تغیر واقع ہوتا ہے۔ اصمیت قلب کی زیرین حد جگر کی اصمیت سے ممتاز نہیں کی جا سکتی۔ اور یہ فرض کر لیا گیا ہے کہ قلب کا خاکہ صدم القلب اور اصمیت کے دائیں کنارے کے زیرین ترین نقطہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ 218

قلب کا محل وقوع کسی قدر مریض کی وضع قیام کے ساتھ بدل جاتا ہے۔ دیوار سینہ پر قلب کا رقبۂ برآمد (area of projection) انتصابی وضع میں اُس سے کسی قدر زیادہ پیچھے تک پھیلے گا اور نسبتہً کم چوڑا ہوگا کہ جتنا افقی وضع میں ہوتا ہے۔ جب پھیپھڑے متمدد ہوں، جیسے کہ نفاخ میں تو قرع کرنے سے جسامت قلب کا شناخت کرنا عموماً بالکل غیر ممکن ہوتا ہے، اور مزید براں صدم القلب اکثر اتنا کمزور ہوتا ہے کہ محسوس نہیں کیا جا سکتا۔ اضافی اصمیت کے رقبے کی زیادتی کا ایک اہم سبب تامور (pericardial sac) کا مائع سے پُر ہو کر متمدد ہو جانا ہے۔ استثنائی طور پر اس تامور میں ہوا کی موجودگی سے یہ رقبہ گمک دار ہو سکتا ہے۔ پیش قلبی اصمیت کے رقبہ کا، اوپر کی طرف، نیچے کو یا ایک جانب ہٹ جانا اس شئے کے سبب سے ہو سکتا ہے کہ جو قلب کو ان سمتوں میں ہٹا دے۔

استماع

(auscultation)

سماع الصدر سے سُننے پر قلب کی آوازیں "لب ڈپ" الفاظ (syllables) سے مشابہ معلوم ہوتی ہیں۔ پہلی آواز نسبتہً زیادہ دھیمی (duller) اور لمبی، اور دوسری آواز نسبتہً زیادہ تیز (sharper) و مختصرتر (shorter) ہوتی ہے۔ پہلی آواز کچھ تو عضلی انقباض اور کچھ اُذینی بطینی مصراعوں (auriculo-ventricular valves) کے بند ہونے کے بعد اُن کے یکایک تن جانے (streching)

کی وجہ سے ہوتی ہے' اور دوسری آواز نیم ہلالی مصراعوں (semilunar valves) کے بند ہونے کے بعد ان کے یکایک تن جانے کے سبب سے ہے۔ دونوں مصراعوں کا صورت میں جوں ہی کہ دہنوں کی راہ سے خون کا بہنا بند ہوتا ہے وہ ان معمولاً ساتھ ساتھ تن نے لگتے ہیں (I)۔ پہلی آواز راسِ قلب کے قریب بہترین' اور دوسری آواز قاعدہ پر بہترین سنائی دیتی ہے۔

ترمیماتِ اصوات ۔ قلب کی آوازیں مفخم (accentuated) یا بلندی میں مختلف' یا تعداد میں زیادہ ہو سکتی ہیں' یا ان کے زمانی تعلقات (time-relations) متغیر ہو سکتے ہیں۔

تفخیم (accentuation) متعدد اسباب سے پیدا ہو جاتی ہے' جن میں سے ایک سبب شُش کی بازکشیدگی (retraction) ہے' کہ جس سے قلب دیوار صدر سے قریب تر آ جاتا ہے۔ پہلی آواز کی تفخیم اور دھیماپن (dulling) یا غطا (muffling) بُطینی بیش پروردگی سے پیدا ہو جاتی ہے' لیکن تفخیم بغیر دھیمے پن کے (accentuation without dulling) مطراقی ضیق میں عام ہے۔ دوسری دائیں بین ضلعی فضا میں دوسری آواز کی تفخیم کی وجہ شریانی خون کے دباؤ کی زیادتی ہے' کہ جس سے مصراع بند ہونے کے بعد غیر معمولی قوت کے ساتھ تن جاتے ہیں [ملاحظہ ہو صفحہ ۱۰ ب (۲)] ۔ اسی طرح دوسری یا تیسری بائیں فضا میں دوسری آواز کی تفخیم حائل طور پر ریوی مصراعوں (pulmonary valves) سے پیدا ہو جاتی ہے۔

تخفیف اصوات (diminution of sounds) قلب کے کمزور فعل سے پیدا ہوتی ہے' یا اس وجہ سے کہ قلب شُش سے غیر معمولی طور پر ڈھکا ہوا ہو' جیسے کہ نفاخ میں' یا اس وجہ سے کہ وہ تاموری انصباب (pericardial effusion) سے گھرا ہوا ہو۔ اصواتِ قلب کی تخفیف اُس وقت بھی ہو سکتی ہے جبکہ مصراع ناکمل یا ناقص ہوں اور اس طرح خون کی بازروی (regurgitation) واقع ہو کر خریرات (murmurs) پیدا ہو جائیں۔

دوسری آواز کا تضاعف (reduplication) عموماً قاعدۂ قلب پر سنا جاتا ہے' بالخصوص ریوی رقبہ میں' اور بعض اوقات اُس کا ایصال راس تک

ہوتا ہے۔ وہ منرالی مرض کی ان اصابتوں میں واقع ہوتا ہے جن میں پھیپھڑوں کا
امتلاء ہوتا ہے اور ریوی دور (pulmonary circuit) میں دباؤ بڑھا ہوا ہوتا ہے۔
وہ اس واقعہ کے سبب سے ہوتا ہے کہ ریوی اور اورطی مصراعات بالکل ہمزماں طور پر
بند نہیں ہوتے۔ ممکن ہے کہ پہلی آواز کا تضاعف، جو راس پر سُنا جاتا ہے،
بعض اوقات اُذینی بُطینی مصراعات کی غیر ہمزماں مسدودی کے باعث ہو۔ حرور الکفل
(canter-rhythm) میں راس پر پہلی یا دوسری آواز کا ایک نہایت نمایاں تضاعف
ہوتا ہے، جس سے تہری لَے (triple rhythm) کی دو قسمیں نمودار ہوتی ہیں یعنے
ٹی ٹپ ٹپ اور لُپ ٹپ تی۔ حرور الکفل (canter-rhythm) کے سبب دو ہیں:۔ (۱) زائد یا فالتو
آواز (extra sound) اسی سبب سے پیدا ہوتی ہے جو اکثر اس مقام پر ایک عاجل
وسط انبساطی (early mid-diastolic) یا اُذینی انکماشی خرخر پیدا کر دیتا ہے یعنے وہ
مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی علامت ہے۔ (۲) یا وہ قلبی مسدودی (بے ملاحظہ
ہو) کے سبب سے پیدا ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ وہ در اصل بجنسہ وہی آواز ہو جو انقباض
اُذین کے سبب سے ہوتی ہے۔ معمولی حالات میں یہ اس وجہ سے نہیں سنائی دیتی کہ بطین
کے انقباض سے اس قدر قریب ہوتی ہے کہ آخر الذکر کی آواز اس کو ڈھانک لیتی ہے۔ قلبی مسدودی میں
اُذین بُطین سے کچھ پہلے منقبض ہوتا ہے، اور اُس کے انقباض کی آواز انبساط کے
دوران میں جلد یا دیر سے سنائی دیتی اور علی الترتیب دوسری یا پہلی آواز کو متضاعف
(reduplicated) بنا دیتی ہے (Lewis)۔

قلب جسقدر زیادہ سرعت سے ضرب لگاتا ہے اُسیقدر دوسری آواز اور
اس کے بعد کی پہلی آواز کے درمیان کا وقفہ زیادہ مختصر ہوتا ہے۔ اُس سریع فعل میں
جو قلبی خستگی (cardiac exhaustion) کی بعض قسموں کے ساتھ ہوتا ہے یہ دونوں
وقفے مساوی ہو سکتے ہیں۔ ضرباتِ قلب کمزور ہوتے ہیں، پہلی آواز دوسری آواز
سے تمیز نہیں کی جا سکتی، اور جنینی قلب کی آوازوں سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے۔
اِس حالت کو جنینی لَے (fœtal rhythm) یا جنینی قلب (embryocardia)
کہتے ہیں۔

تندرست اشخاص میں راس پر کی جو پہلی آواز ہوتی ہے وہ قاعدہ ورا دسلی

219

رقبہ کی دوسری آواز کے نسبت دُگنی شدت رکھتی ہے۔ عضلاتِ قلب کے انحطاط کی اصابتوں میں پہلی آواز جو راس پر سنی جاتی ہے اپنی شدت میں کم ہو جاتی ہے یہاں تک وہ قاعدہ پر کی دوسری آواز کی شدت سے مساوی یا اُس سے کمتر ہو جاتی ہے۔ اِن دونوں کا مقابلہ کرنے کے لئے ایک خاص قسم کا سماع الصدر ایجاد کیا گیا ہے لیکن عموماً ایک معمولی سماع الصدر کی مدد سے کان اِن کے فرق کو محسوس کر لینے کی پوری صلاحیت رکھتا ہے۔

مرض کے باعث مصراعی دہنوں پر خریرات۔ مصراع کی کوئی تنگی (narrowing) تضیق (stenosis) یا انسداد (obstruction) اُن کی رُو سے جانے والی خون کی رَو میں ارتعاشات پیدا کرےگا اور یہ ایک خریر (murmur) یا خرو (bruit) کے طور پر سنائی دینگے، جس کو ابتداءً نحو و متفاخی (bruit de souffle) کہتے تھے۔ بخلاف ازیں اگر وہ مصراع عدیم الکفایت (incompetent) ہے تو کچھ خون اُس کہفہ کے اندر باز ساو ہو جائے گا جس میں سے وہ آیا تھا، اور اس سے بھی ایک خریر سنائی دیگا۔ یہ خریرات غیر طبعی اصوات (adventitious sounds) ہیں جو طبعی اصواتِ قلب کی جگہ لے لیتے ہیں۔ اگر ایک یکساں سوراخ رکھنے والے نل میں سے مائع نہایت بلند رفتار سے بزور گذارا جائے تو نل کی دیوار پر رگڑ لگنے سے تلاطم انگیز حرکت پیدا ہوگی اور ایک آواز سنائی دیگی۔ نسبتہً کم رفتار ہو تو بہاؤ یکساں ہوتا ہے اور کوئی آواز نہیں پیدا ہوتی، اور یہی حالت اُس وقت بھی ہوتی ہے جبکہ مائع ایک زیادہ چوڑے نل میں سے نکل کر ایک نسبتہً چھوٹے نل میں جاتا ہے۔ لیکن جب مائع ایک چھوٹے نل میں سے ایک نسبتہً بڑے نل کے اندر، یا ایک تنگ ناؤ میں سے نکل کر اُس کے آگے نسبتہً چوڑی فضا میں جاتا ہے تو ایک آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ اِس کی توجیہ یہ ہے کہ پانی کی دھار (stream) ایک نسبتہً چھوٹے نل میں زیادہ بلند رفتار سے بہتی ہے اور اسی واسطے وہ ایک نسبتہً بڑے نل کے آہستہ حرکت کرتے ہوئے سیال کے اندر ایک سیلِ دھار (fluid vein) کی شکل میں آگے کو پھینکی جاتی ہے اور اِس کی رگڑ گرداگرد کے سیال پر لگنے سے وہ بھنور وں کی شکل میں پارہ پارہ ہو جاتی ہے۔ اِس سے پیدا ہو جانے والے ارتعاشات

بصورت آواز مسموع ہوتے ہیں ۔ اس اصول کی ایک مثال جو روزانہ دیکھنے میں آتی ہے ایک آبشار سے ملتی ہے ، لیکن جسم انسان پر اس کا اطلاق وسیع طور پر ہوتا ہے چنانچہ مصراعوں کی تنگی اور عدم کفایت (incompetence) سے پیدا ہونے والے خریرات کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے اگرچہ یہاں یہ بتلا دینا چاہئے کہ خریر کا ایک مزید سبب مصراعوں کی کوروں کے یا اُن کی روئیدگیوں (vegetations) کے وہ ارتعاشات بھی ہو سکتے ہیں جو جوئے خون کے اندر ہوتے ہیں ۔ منجد سیال (fluid vein) کے اصول سے اُن خریرات کی توجیہ بھی ہوتی ہے جو فاصل بطین (septum ventriculosum) کے کسی انثقاب میں سے خون کے گذرنے سے پیدا ہو جاتے ہیں ۔ طبعاً ، جبکہ خون بڑے شرائین میں سے چھوٹے شرائین کے اندر جاتا ہے کوئی آواز نہیں سنائی دیتی ۔ لیکن اگر شریان پر دبا ڈپڑے تو ایک آواز پیدا ہوگی ۔ فی الحقیقت انبساطی فشار (diastolic pressure) ایسے ہی ذرائع سے متعین کیا جا سکتا ہے ۔ اسی طرح اگر بڑے آورده پر دباؤ پڑے تو ایک خریر سنائی دیگا ، اور شریانی انورسما اور شریانی وریدی انورسما میں بھی ۔ بالآخر یہی اصول اُس وقت بھی کارفرما ہوتا ہے جبکہ دورانِ تنفس میں ہوا کی رَووں کی حرکت سے آوازیں پیدا ہو جاتی ہیں ۔ آوازیں منہ میں پیدا ہو سکتی ہیں جیسے کہ سیٹی بجانے میں ، نیز ناک کے اگلے یا پچھلے منخروں میں ، مزمار (glottis) میں یا تنفسی شعبیات اور ہوائی نالچوں کے درمیان ۔

خریرات قلب ایک دوسرے سے امور ذیل میں مختلف ہوتے ہیں ۔
(۱) بہ لحاظِ وقت ۔ (۲) قلب کے ذہنوں کے ساتھ اپنے تعلق میں ۔ (۳) آواز کی نوعیت میں ۔

خریرات کا وقت ۔ وہ خریرات جو پہلی آواز کے ساتھ سنائی دیتے اور اُس کے بعد ہوتے ہیں ، بطینوں کے انقباض کے دوران میں واقع ہوتے ہیں اور انقباضی (systolic) کہلاتے ہیں ۔ وہ جو دوسری آواز کے ساتھ ، یا اُس کے اور اُس کے بعد کی پہلی آواز کے درمیان سنائی دیتے ہیں ، اتساعِ بطین کے دوران میں واقع ہوتے ہیں اور انبساطی (diastolic) کہلاتے ہیں ۔ یہ خریرات انبساط میں اپنے محلِ وقوع کے لحاظ سے عاجل (early) ، وسطی (mid) اور

آجل (late) انبساطی کہلاتے ہیں۔ آخرالذکر کو زیادہ عام طور پر قبل انکماشی (pre-systolic) کہتے ہیں' اور جب وہ' جیسا کہ بیشتر اصابتوں میں ہوتا ہے' بائیں اُذین کے انکماش سے خون کے ایک تنگ فتحہ میں سے بزور گذرنے کی وجہ سے ہوتا ہے تو اُسے اُذینی انکماشی (auriculo-systolic) کہہ سکتے ہیں۔ کسی خاص خریر کے وقت کی تعیین کے لئے اُس کا محلِ وقوع ضربِ قلب کے لحاظ سے' یا غضروف درقی کے پاس سباتی شریان کی ضرب کے لحاظ سے نوٹ کرنا چاہئے۔ یہ دونوں ضربیں کافی صحت کے ساتھ بطین کے انکماش کی قائم مقام ہوتی ہیں' لیکن نبض کعبری (radial pulse) سباتی شریان کی نبض سے $\frac{1}{10}$ سکینڈ بعد واقع ہوتی ہے۔



شکل ۱۱۱۔ مطرانی ضیق کے خریرات کی توجیہ لوئیس (Lewis) کے مطابق۔
ھ۔م۔ ہلالی مصراعوں کی سدودی جو کہ دوسری آواز کا وقت اور انبساط کی ابتدا ظاہر کرتی ہے۔ ا۔ب۔ا۔ اُذینی بطینی مصراعات کا انفتاح۔ ۲۔ اُذینی انکماشی خریر کا محل وقوع ظاہر کرتا ہے۔ ۱۔ وسط انبساطی خریر ظاہر کرتا ہے۔ آخرالذکر حقیقت میں ایک غلط نام ہے کیونکہ یہ خریر وسط انبساط سے پہلے واقع ہوتی ہے' لیکن چونکہ یہ انبساط کے آغاز سے بعد شروع ہوتی ہے لہٰذا اِس کو عاجل انبساطی نہیں کہا جا سکتا۔ حقیقت میں یہ تاخیر پذیر عاجل انبساطی ہے۔

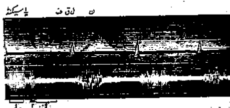
اُورطی دہنہ پر تسدّد کی حالت میں بطین کا انقباض، خون کو تسدّد کے پار بزور گذار کر ایک خریر پیدا کرتا ہے۔ اسی وجہ سے وہ ایک انکماشی خریر ہوتی ہے اور اگر قلب کی طبعی آوازیں "لب ڈپ" سے ظاہر ہوتی ہیں، تو اِس خریر کے ساتھ کی آوازیں "لَف ڈپ" ("luff-dup") سے ظاہر کی جاسکتی ہیں (صحفہ ۱۰، الف)۔

اُورطی دہنہ پر کی بازروی ارتخاءِ بطین کے دوران میں ایک خریر پیدا کردیتی ہے، جو دوسری آواز کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔ اسی واسطے وہ عاجل انبساطی (early diastolic) ہوتی ہے (صحفہ ۱۰، الف)۔

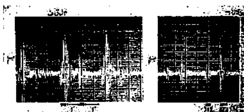
مطرانی دہنہ پر بازروی، بطین کے انقباض کے دوران میں ایک خریر پیدا کردیتی ہے۔ اسی واسطے ایک انکماشی خریر پیدا ہوجاتی ہے (صحفہ ۱۰ ب اور س)۔ مطرانی مصراع کے مقام پر تسدد ہونے سے ایک انبساطی خریر پیدا ہوجاتی ہے، جو اُس وقت واقع ہونے کا رجحان رکھیگی جبکہ خون اُذین سے بطین کی طرف اعظم شدت کے ساتھ بہ رہا ہو یعنے جب دباؤ کا فرق کبیر ترین ہو۔ قلبی دور کے دوران میں اُذین اور بطین کے دباؤ کے تغیرات کا علم ہمیں دوران انبساط میں دو ایسے مواقع ظاہر کرتا ہے جبکہ یہ حالت پائی جائیگی (ملاحظہ ہو شکل ۱)۔ پہلا موقع انبساط کے آغاز کے ذرا ہی بعد ہے، یعنی دوسری آواز کے بعد، جبکہ بطین کامل طور پر مرتخی لیکن خالی ہوتا ہے، اور اُذین اُس خون سے ممتلی ہوتا ہے جو پچھلے اُذینی انکماش کے وقت سے جمع ہوگیا ہے۔ دوسرا موقع خود اُذینی انکماش کے دوران میں ہوتا ہے، جبکہ دروں اُذینی فشار بہت بلند ہوتا ہے۔ اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مطرانی ضیق میں دو عام ترین خریرات میں سے ایک، تو وہ خریر ہے جو وسط انبساط کے اوائل میں ہوتی اور محض ایک وسطِ انبساطی خریر موسوم کی جاتی ہے (صحفہ ۱۰ ج، د اور س)، اور دوسری وہ قبل انکماشی یا اُذینی انکماشی خریر ہے جو انبساط کے خاتمہ کے قریب شروع ہو کر پہلی آواز میں ختم ہوجاتی ہے (ج اور د)۔ جب یہ خریرات مل کر ایک ہوجاتے ہیں تو کامل انبساطی (full diastolic) کہلاتے ہیں (ب اور ج)۔ اِس حقیقت کا تذکرہ پہلے ہی ہوچکا ہے کہ اِس پر ایک متضاعف دوسری آواز اکثر مطرانی ضیق کے باعث ہوتی ہے۔ وہ اُسی طریقہ سے پیدا ہوجاتی ہے جس طرح کہ ایک وسط انبساطی خریر پیدا ہوتی ہے۔ بعض اوقات

صحیفہ ١٠

اصوات قلب کی تسجیل اور برقی قلب نگارشیں

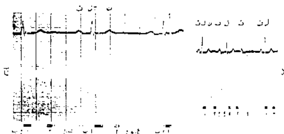


الف۔ اورطی بیشیں پسی تریرات۔ پہلی آواز کی بجائے ایک انکماشی خریر (١) موجود ہے اور دوسری آواز (٢) کے فی الفور بعد ایک کمزور انبساطی خریر (ا) ہے۔



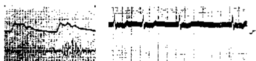
ب۔ مطرانی تضیق اور بازروی۔ ب میں آوازیں راس القلب (apex) کے ذرا اندر کی طرف تسجیل کی گئی ہیں۔ پہلی آواز بلند ہے اور ایک انکماشی خریر موجود ہے۔ دوسری آواز اور کامل انبساطی خریر بھی ظاہر کی گئی ہے۔ ج میں آوازیں ریوی رقبہ کے اوپر تسجیل کی گئی ہیں۔ پہلی آواز کمزور ہے اور دوسری آواز منقسم ہے۔

بالمقابل صفحہ 220



ج۔ مطرانی تضییق۔ ب۔ ا کوس انبساطی خریر۔ ا۔ ز ساعد انقباضی خریر۔ ح۔ و۔ ا عاجل وسط انبساطی خریر جس کے بعد ایک خاموش وقفہ ہے۔

د۔ مطرانی تضییق اور جزوی سدودی قلب۔ ف ل فاصلہ بتدریج بڑھ جاتا ہے یہاں تک کہ ایک ضرب ساقط ہو جاتی ہے۔ پہلی آواز میں ترسیم کے شروع اور آخر میں تخفیف ہو جاتی ہیں اور ایک چھوٹی سی انقباضی ساعد خریر موجود ہوتی ہے۔ دوسرے انکماش پر انقباضی خریر (؟) اور پہلی آواز ایک دوسرے سے جدا ہیں کہ ف ل فاصلہ طویل ہو گیا ہے۔ اسکے بعد جب چوتھی ضرب غائب ہوتی ہے تو انقباضی خریر تنہا موجود ہوتی ہے۔ آ۔ عاجل وسط انبساطی خریر۔



و۔ ایک مفتوح قناۃ شریانی کی اصابت میں مسلسل خرخراہٹ اور اصوات قلب کی تسجیل۔ ایک انکماشی خریر موجود ہے جو کہ انکماش کے ختم ہونے پر ختم نہیں ہوتی بلکہ مقابل تحرک اور انبساط کے بیشتر حصہ میں جاری رہتی ہے۔

س۔ ایک مطرانی تضییق اور بازوی اور انقباضی پیشگی انقباض کی اصابت میں انکماشی اور انبساطی خریرات۔ پہلی دو اور آخری دو ضربات کے ساتھ جو خریرات پائی جاتی ہیں وہ مسلسل ہوتی ہیں۔ جب ضربات کے درمیان وقفہ طویل ہو جاتا ہے تو دو انکماشوں کے درمیان خاموش وقفے درج کئے جاتے ہیں۔ (یہ تصاویر ڈاکٹر کرتن براونی کے اندراجات سے لی گئی ہے)

جبکہ قلب تیزی کے ساتھ ضارب ہوتا ہے مطرانی ضیق میں ایک عاجل انبساطی خریر سنائی دیتی ہے یعنے ایک ایسی خریر جو دوسری آواز کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔

وسط انبساطی خریر اپنی نوعیت میں نرم (soft) اور نفخی (blowing) اور بالکل مختصر (short) ہوسکتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ قرقری (rumbling) ہو اور انبساط کے بیشتر حصے میں جاری رہے، اور یہ ایک بلند درجہ کی ضیق کی علامت ہے۔ اُذینی انکماشی خریر بتدریج بلند تر ہوتی جاتی ہے، اور ایک مثقل (accentuated) پہلی آواز میں ختم ہوتی ہے۔ وہ "ر-ر-رپ" ("r-r-rup") سے ظاہر کی جا سکتی ہے۔ وسط انبساطی اور اُذینی انکماشی خریرات دونوں کا ایک ہی وقت میں موجود ملنا ممکن ہے (ج اور د)، یا ممکن ہے کہ ایک اُذینی انکماشی خریر ایک متضاعف دوسری آواز کے ساتھ ہو۔ 221

یہاں جو کچھ اورطی اور مطرانی مصراعات کے متعلق بیان کیا گیا ہے وہی بہ تبدیلی الفاظ ریوی اور مثلثی مصراعات کے متعلق کہا جا سکتا ہے۔

خریرات کا تعلق قلب کی لے کے ساتھ اور اُس میں سے خون کے بہاؤ کے ساتھ کیا ہے یہ ذیل میں بصورت جدول اِس طرح ظاہر کیا جا سکتا ہے:۔

دریچہ	ضرر	خریر
اورطی	تسدد	انکماشی
یا		
ریوی	بازروی	انبساطی
مطرانی	تسدد	انبساطی { عاجل، وسطی، آجل - (قبل انکماشی یا اذینی انکماشی)
یا		
مثلثی	بازروی	انکماشی

اِنمیں سے ریوی بازروی (pulmonary regurgitant) کے خریرات اور مثلثی تسدد (tricuspid osbtructive) کے خریرات نہایت شاذ ہیں۔ اور ریوی تسدد کے خریرات بقیہ پانچ کی نسبت نادرالوقوع ہوتے ہیں، تاہم ریوی شریان کے خطہ پر ایک انکماشی خریر کا، خون کی مقدار یا صفت کے تغیرات کے ساتھ پایا جانا

بالکل عام ہے، اور اُسے دَموی خریر (hæmic murmur) کہتے ہیں۔

یہ امر ظاہر ہے کہ مندرجہ بالا آٹھ امکانی خریرات (چار دہنوں میں سے ہر ایک کے تسدد یا بازروی) محض ان کے خریرات اور قلب کی آوازوں کے باہمی تعلق پر سے نہیں شناخت کئے جاسکتے۔ لیکن ہمیں پیش قلبی رقبہ کے اُن مختلف نقطوں سے جن پر وہ بہترین سُنے جاتے ہیں، اُن کے تمیز کرنے میں مدد ملتی ہے۔ یہ نقطے سطح کے نیچے مصراع کی اصلی جگہ سے نہیں متعین ہوتے، بلکہ دہنے سے گذر کر بہنے والے خون کی رَو کی سمت سے، اور اُس سمت سے جس میں صوتی ارتعاشات پیدا ہوتے ہیں متعین ہوتے ہیں۔ خون کا بہاؤ جو اُورطی میں وسطِ قص سے دائیں ترقوی ہڈی تک ریوی شریان میں قص سے اوپر کی طرف بائیں ترخ میں، اور قلب میں اُذین سے بطین میں ہوتا ہے، ہر خریر کو ایک خاص راستہ سے منتقل کرتا ہے۔ اور بازروی کے خریرات (regurgitant murmurs) کی صورت میں خون کی بازروی (reflux) اُورطی مصراعوں میں سے بطین میں، اور سطرانی مصراعوں میں سے اُذین میں، ایسے ہی طریقے سے عمل کرتی ہے۔ ان قبہ (area) کی اصطلاح (سطرانی رقبہ، اُورطی رقبہ) کا اطلاق اکثر پیش قلب (precordia) یا متصل دیوارِ صدر کے اُس حصہ پر کیا جاتا ہے جہاں ایک خاص خریر عموماً سُنی جاتی ہے، اور مصراعی مرض کے لئے استماع قلب کرتے وقت اِن رقبوں کا یکے بعد دیگرے امتحان کرنا چاہئے۔

اُورطی تسدد کے خریرات سب سے زیادہ شدت کے ساتھ دوسری دائیں ضلعی کرّی اور عظم القص کے مقامِ اتصال پر، اور دوسری دائیں بین ضلعی فضا کی ابتدا (اُورطی رقبہ) پر سنائی دیتے ہیں۔ اُن کا تعاقب اوپر کی طرف دائیں ترقوی ہڈی کے اندرونی نصف کی جانب، اور گردن کے عروق میں کیا جاسکتا ہے، اور بعض اوقات وہ دائیں فوق الشوکہ حفرہ (supraspinous fossa) میں سنائی دیتے ہیں۔

اُورطی بازروی کے خریرات اُورطی رقبہ پر سنے جاتے ہیں۔ نیچے اُن کا تعاقب عظم القص یا اُس کی بائیں ہاتھ والی جانب کے برابر برابر، راسِ قلب کے رُخ پر کیا جاسکتا ہے، یعنے خون کی بازرو دھار کے خط کے ساتھ ساتھ۔ وہ عموماً

علم القص کے بائیں جانب بلند ترین ہوتے ہیں، اور بعض اوقات صرف یہی وہ جگہ ہوتی ہے جہاں وہ سُنے جا سکتے ہیں۔

مطرانی تسدّد کے خریرات صدر کے ساتھ صدم القلب کا جو نقطہ ہے اس (مطرانی رقبہ) پر سب سے زیادہ بلند سنائی دیتے ہیں۔ گو بعض اوقات وہ اس نقطہ اور علم القص کے درمیان کم و بیش مسموع ہوتے ہیں، وہ راس پر ہمیشہ بہترین سنائی دیتے ہیں، اور اکثر ایک یا ڈیڑھ انچ کے رقبہ پر سختی کے ساتھ محدود ہوتے ہیں۔ سماع الصدر کو نہ صرف اُس مقام پر رکھنا چاہیئے کہ جہاں صدم کو طبعاً ملنا چاہیئے بلکہ ہمیشہ حقیقی ضربِ قلب پر رکھنا چاہیئے جو کہ امتحان سے معلوم ہوتی ہے۔ اگر صرف ہلکا دباؤ ہی کام میں لایا جائے تو وہ بہترین سنائی دیتے ہیں۔

222

مطرانی بازروی کے خریرات بیشتر راس قلب پر سب سے زیادہ شدت کے ساتھ سنائی دیتے ہیں، لیکن وہ عموماً پیش قلب پر سے علم القص اور قاعدۂ قلب کی طرف وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، اگرچہ بالعموم وہ بائیں جانب کو تعاقب کرتے پر زیادہ زور سے سنائی دیتے ہیں۔ بغل میں اکثر اُن کی بلندی جاتی رہتی ہے، لیکن وہ بائیں علم الکتف کے زاویہ پر پھر سنائی دینے لگتے ہیں۔

ریوی تسدّد کے خریرات بڑی شدت کے ساتھ دوسری بائیں بین ضلعی فضا میں اُس کے اندرونی سرے (ریوی رقبہ) پر سنائی دیتے ہیں، اور اُن کا تعاقب اُس فضا میں باہر کی طرف، اور اوپر بائیں ترقوہ کی طرف کیا جا سکتا ہے۔

ریوی بازروی کے خریرات تیسری بائیں ضلعی کری کے علم القص کے ساتھ اتصال کے مقام پر، اور وہاں سے نیچے کی طرف دائیں بطین پر، علم القص کے بائیں کنارے کے برابر برابر سنائی دیتے ہیں۔

مثلثی تسدّد کے خریرات بعض اوقات (مطرانی تسدّد کے خریرات کی طرح) ایک قبل انکماشی یا وسط انبساطی نے کے ساتھ علم القص کے بائیں جانب، اُس کے اوپر چوتھی ضلعی کری کے مقام اتصال پر سنائی دیتے ہیں۔

مثلثی بازروی کے خریرات علم القص کے زیریں نصف پر، اُس رقبہ پر سنائی دیتے ہیں جو قلب کے اُس حصے کے ساتھ خاص قریبی طور پر متناظر

ہوتا ہے جو دونوں پھیپھڑوں کے درمیان کھلا ہوا رہ جاتا ہے لیکن وہ اکثر مخصوص خبری کے فاصلے (مثلثی رقبہ) پر محدود ہوتے ہیں۔

قلب کے پیدائشی نقائص، دراوٹی انورسما کے باعث پیدا ہونے والے خریرات بعد میں بیان کئے جائیں گے۔

خریر کی نوعیت ۔ آواز کی نوعیت اکثر اوقات نفخی (blowing)، اور بعض اوقات ریلے جیسی (rushing)، آرہ چلانے جیسی (sawing)، یا ریتنے جیسی (raspi..) ہوتی ہے۔ بعض اوقات خریرات صریح موسیقی نوعیت رکھتے ہیں مصراع کے نیم علیحدہ شدہ ٹکڑے جو دموی رو میں کھیلتے ہوں، مصراعوں کے انشقاقات اور ذمیلے احبال وتری (chordæ tendineæ) بعض اوقات ایسے ہی خریرات پیدا کر دیتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں ایک خریر، جو گو موسیقی نہیں ہوتی، ایک نقطہ پر اس ارتفاع (pitch) کی نسبت ایک مختلف ارتفاع (pitch) رکھتی ہے جو کہ وہ ایک فاصلہ پر رکھتی ہے۔

غالباً خون کی رونوں کی رفتار (velocity) پر جاذبہ (gravity) کے اثر سے، خریرات مریض کی وضع کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ مثلاً لیٹی ہوئی وضع (recumbent position) میں اکثر اورطی مطراقی اور مثلثی انکماشی خریرات کی شدت میں ایک زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس کھڑی وضع اکثر مطراقی تسدد کے اور اورطی بازروی کے خریرات کی شدت کو بڑھا دیتی ہے۔ لیکن اس کے متعلق کوئی قطعی (hard and fast) قاعدہ مقرر نہیں ہے۔

خریرات کی اہمیت ۔ یہ ایک حیرتناک امر ہے کہ خون جس راستہ (اذینہ، اُذین، بطین، شریان) میں سے ہو کر گذرتا ہے اُس کے قطر یہ (calibre) میں بڑے تغیرات موجود ہونے کے باوجود قلب میں کوئی خریرات عموماً نہیں پیدا ہوتے یہ تصور کر لینا آسان ہے کہ کوئی چھوٹا تغیر جو کوئی امراضیاتی اہمیت نہ رکھتا ہو صورت حالات کو بالکل بدل دیتا اور ایک خریر پیدا کر دیتا ہے۔

دوران جنگ میں حاصل شدہ، خصوصاً لیوس (Lewis) اور اُس کے رفقائے کار کے تجربہ کی بنا پر خریرات کی اہمیت کے متعلق خیالات بہت کچھ بدل گئے

ہیں۔ دستور یہ ہے کہ جس شخص میں انبساطی خریرات موجود ہوں، اور اُدرطی بازروی یا مطرانی ضیق ظاہر کریں، اُسے ملازمت کے لئے زیادہ موزوں تصور نہ کیا جائے۔ تاہم انکماشی خریر کی موجودگی کو بالکل نظر انداز کر دینا چاہئے، کیونکہ یہ پایا گیا ہے کہ جو اشخاص بالآخر ناقابل ثابت ہوتے ہیں اُن کا تناسب انکماشی خریر رکھنے والوں میں بھی وہی ہوتا ہے جو کوئی خریر بالکل نہ رکھنے والوں میں ہوتا ہے۔ اِس کا سبب بلاشبہ یہی ہے کہ بظاہر تندرست اشخاص میں جو انکماشی خریرات سنائی دیتے ہیں وہ بعض اوقات برونِ قلبی ہو سکتے ہیں، لیکن جب حقیقی مطرانی بازروی موجود ہو تو بعض اوقات اِس ضرر کی تلافی اتنی اچھی ہوتی ہے کہ دوسرے علامات کی غیر موجودگی میں قلب کی کارکردگی میں کوئی قابلِ شناخت فرق نہیں پایا جاتا۔

وہ خریرات جو کہ چار مصراعی دہنوں میں سے کسی ایک کے حقیقی مرض پر منحصر نہیں ہوتیں۔ مندرجۂ بالا بیانات کا اِطلاق اُن آوازوں پر ہے جو چار مصراعی دہنوں پر تسددات اور تراوشوں (leakages) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن پیش قلبی رقبہ پر ایسی غیر طبعی آوازیں بھی سنائی دے سکتی ہیں جو دوسرے طریقوں سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ اِن میں سے بعض وظیفی خریرا (functional murmurs) کہلاتی ہیں، بہ مقابلہ اُن خریرات کے جو قلب کی ساخت کے مرض کے باعث ہوتی ہیں۔

دموی خریرات (hæmie murmurs)۔ عدیم الدم حالتوں میں جیسے کہ اخضریت (chlorosis) مُتلف عدم دمویت (pernicious anæmia) اور خون کے بڑے ضیاعات کے بعد رقبۂ قلب پر ایک انکماشی خریر سنائی دیتی ہے۔ یہ اپنی نوعیت میں اکثر کرخت (harsh) ہوتی ہے، اور دوسری بائیں بین ضلعی فضا میں بلند ترین سنائی دیتی ہے، اور اُس فضاء کے برابر برابر باہر کی طرف اور بائیں ترقوہ ہڈی کی طرف اِس کا تعاقب کیا جا سکتا ہے، یعنے ریوی شریان میں خون کے بہاؤ کی سمت میں۔ یہ خریر اکثر لیٹی ہوئی وضع میں بلند ترین ہوتی ہے، اور مریض کے کھڑے ہونے پر کم بلکہ بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ شدید عدم دمویت کی حالت میں بھی راس پر اور پیچھے بھی ایک خریر سنائی دے سکتی ہے۔ اِس کی ایک ممکن توضیح یہ ہے کہ عدم دمویت میں جوئے خون کی بڑھی ہوئی رفتار (جو بڑھے ہوئے دقیق حجم

"minute volume" کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے) ' ایک تلاطم انگیز حرکت یا خرخر پیدا کردیتی ہے۔

بیرون قلبی خریرات (exocardial murmurs)۔یہ نفخی نوعیت (blowing character) کی آوازیں ہیں 'جو اندرون قلب کے تغیرات سے نہیں بلکہ آواز کے اُن ارتعاشات سے پیدا ہوجاتی ہیں جو قلب سے باہر نمودار ہوتے ہیں۔ اِن میں سے بعض ہر ضرب کے وقت جسامت قلب کے بدل جانے کے باعث ہوتی ہیں' جس سے شش کے متصل حصہ میں ہوا کے حرکات نمودار ہوکر قلبی لَے کے ساتھ منتشر تنفسی آوازوں کا ایک سلسلہ قلبی ریوی (cardio-pulmonary) پیدا ہوجاتا ہے۔اِن میں سے عام ترین ایک مختصر بلند ارتفاع (high-pitched) کی انکماشی خریر ہوتی ہے 'جو اکثر راس تک محدود ہوتی ہے اور عصبی المزاج (nervous) گھبرائے ہوئے (excited) اشخاص میں اُن کے طبی امتحان کے وقت سنائی دیتی ہے۔ایسی خریر بعض اوقات پیچھے بائیں عظم الکتف (scapula) پر اور سامنے بھی سنائی دیتی ہے۔اگرچہ سماع الصدر کے سخت دباؤ سے غائب ہوجائے تو بعض لوگ اِس کے بیرون قلبی مبداء کو ثابت تصور کرسکتے ہیں۔لیکن تاموری فرک کی آوازیں (pericardial friction sounds) 'جو یقیناً قلب سے باہر پیدا ہوتی ہیں' اور غلطی سے اندرونی حروات (internal bruits) بھی جاسکتی ہیں' دباؤ سے اکثر زیادہ ہوجاتی ہیں۔ایک انکماشی راسی خریر' جو صرف تعلق شہیق (inspiration) میں سنائی دے یا صرف اُس وقت تک سنائی دے جب تک کہ شش پھیلا ہوا رہے' غالباً اکثر قلبی ریوی ہوتی ہے۔

دوسرے بُرون قلبی خریرات قلب کی غیر وضعیت (displacement) سے پیدا ہوجاتے ہیں' جیسے کہ اُس وقت جبکہ وہ پلیورائی انصباب سے یا تشوّہات (deformities) صدرسے مضغوط ہوجائے۔اور دوسرے بُرون قلبی خریرات قلب کے بالکل ہم پہلو اور زیادہ بائیں جانب پرشش اور پلیورا کی مرضی حالتوں سے پیدا ہوجاتے ہیں۔بعض اوقات جبکہ ایک بڑا ریوی کہفہ قلب کے قریبی تماس میں ہو' نہایت غیر معمولی خریرات سنائی دیتے ہیں' جس کی وجہ یہ ہے کہ ہر صدمہ القلب کے ساتھ ہوا کہفہ

یکایک بنا بر خارج ہوجاتی ہے۔

فرک کی آوازیں (friction sounds)۔ رگڑ (rub) یا فرک کی آوازیں بروں قلبی آوازیں ہیں، جو قلب کی حرکتوں کے دوران میں منتہب اور کھردری تاموری سطحوں کے ایک دوسری پر حرکت کرنے سے پیدا ہوجاتی ہیں۔ وہ اپنی نوعیت میں عموماً کرخت اور رگڑ دار (rough and grating) ہوتی ہیں، اور اسی واسطے متذکرہ بالا نفخی خررات سے بآسانی تمیز کی جاسکتی ہیں۔ تاموری رگڑ (pericardial rub) ایک منفرد آواز انکماش کے دوران میں ہوسکتی ہے، یا ایک دُوہری آواز، جبکہ ایک آواز انکماش کے دوران میں اور دوسری انبساط کے دوران میں ہوتی ہے۔ یا وہ ایک تہری (triple) آواز ہوتی ہے جیسی کہ پہلو بدلنے کی آواز (shuffling) ہوتی ہے، جو نہایت ممیز ہوتی ہے۔ وہ عموماً قلب کی آوازوں کے ساتھ ہم زماں نہیں ہوتی، وہ پیش قلبی رقبہ کے تقریباً کسی بھی حصے میں شروع ہوجاتی ہے اور اُس کے سارے حصے پر پھیل سکتی ہے۔ بعض اوقات وہ سماع الصدر کے دباؤ سے زیادہ بلند ہوجاتی ہے۔ پلیورائی تاموری فرک کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔

قلب کی قابلیتِ جہد کی تخمین

قلب کے تمام امتحانات میں سے اہم ترین، اُس کی محفوظ قوت کی تخمین ہے جس سے اُس کی اُس صحیت کا دریافت کرنا مراد ہے جو وہ ورزش و محنت کے بعد ظاہر کرتا ہے۔ یہ اپنی سادہ ترین شکل میں اِس پر مشتمل ہے کہ مریض سے کوئی ورزش یا محنت، جیسے کہ جلد جلد چلنے، لیول پر یا زینہ پر دوڑنے یا ڈمبلس (dumb-bells) سے کوئی سادہ ورزش کرنے کو کہا جائے، اور پھر یہ مشاہدہ کیا جائے کہ آیا اُسکی سانس غیر معمولی طور پر پھول گئی ہے، یا وہ اُس محنت کے بعد خستہ ہوگیا ہے، آیا وہ زرد پڑ گیا ہے یا اُس کا بشرہ تشویشناک ہوگیا ہے، یا اُسے ذبحی درد (anginal pain) پیدا ہوجاتا ہے۔ اِس تعلق میں مریض کی سرگذشت بھی نہایت اہمیت رکھتی ہے، مثلاً یہ کہ لڑکپن سے وہ مدرسہ کے کھیلوں میں حصہ لینے کے قابل کبھی نہ تھا، یا یہ کہ رتبتی بخار یا انفلوئنزا یا خناق وبائی کا حملہ ہونے کے بعد سے وہ دوڑنے کے قابل کبھی نہ ہوا یا یہ کہ

وہ ریل پر سوار ہونے کے لئے کبھی نہیں دوڑتا، کیونکہ اُس کی سانس پھول جاتی ہے یا یہ کہ وہ کبھی دوڑ کر زینہ پر نہیں چڑھتا، اور علیٰ ہٰذا القیاس۔

ورزش یا محنت کی بہ حیثیت خریرات کی بلندی سے کوئی تعلق نہیں رکھتی۔ یہ حقیقت فوج کے لئے رنگروٹوں کے امتحان کے وقت مشاہدہ میں آئی۔ بہت سے ایسے آدمیوں میں بلند ہیشیں قلبی خریرات پائے گئے، جو خود کو ہمیشہ تندرست سمجھتے رہے تھے، اور اُن کے قلوب نے ورزش کی بالکل طبعی بہ حیثیت ظاہر کی۔ اِس کے برعکس اُورطی بازروی کی اصابتوں میں شدید ترین اصابتیں اکثر نرم ترین خریرات ظاہر کرتی ہیں۔ قلب کی جسامت کی تخمین سے اُس کی شکل سے اور عضلۂ قلب کی بیشش پر دردگی کی مقدار سے تعویضِ طلب ضرر کی وسعت کا بہتر اندازہ حاصل ہوسکے گا۔ جسّ اور قرع سے کام لیا جاسکتا ہے، لیکن لاشعاعوں سے نہایت یقینی معلومات حاصل ہوسکتے ہیں۔ پیمائشیں صحیح دروں نگاری طور پر (orthodiagraphically) لینی چاہئیں۔ 224

مرحوم ڈاکٹر جی۔ ایچ ہنٹ (G. H. Hunt)، جنہوں نے ورزش کے پہلے اور اس کے بعد شرحِ نبض پر کثیر التعداد مشاہدات کئے، یقین رکھتے تھے کہ یہ مرض کی حالت میں قلب کی کارکردگی کی تخمین کے لئے مفید ہے۔ ایک معیّنہ مقدار کے کام کی موقوفی کے عین بعد، پہلے دو منٹوں کے دوران میں ضرباتِ قلب کی تعداد شمار کی جاتی ہے اور اُس کا مقابلہ بحالتِ آرام دریافت کردہ نبض کی شرح سے کیا جاتا ہے اور ایک نسبت قائم کی جاتی ہے۔ مثلاً یہ فرض کیا جائے کہ شرحِ نبض بحالتِ آرام ۷۰ تھی اور ورزش کے بعد ۱۶۰ ضربات شمار کئے گئے، تو نسبت ۲٫۲۹ ہوگی۔ ورزش ایک ۱۳ انچ بلند سیڑھی (قدم) سے چڑھنے اور اُترنے پر مشتمل ہوتی ہے۔ طبعی تربیت یافتہ افراد میں جب وہ اس ورزش کو فی منٹ تیس بار کے حساب سے تین منٹ تک انجام دیتے ہیں تو نبض کی نسبت تقریباً ۲٫۵ ہوتی ہے۔ مریض کے لئے یہ ورزش اسطح منتخب کی جاتی ہے (مثلاً دس، پندرہ، یا بیس سیڑھیاں فی منٹ، تین منٹوں کے لئے) کہ جس سے نبض کی نسبت ۲٫۵ پائی جائے۔ فرض کیجئے کہ شرح ۲۰ تھی، تو پھر کارکردگی ۲/۳ شمار کی جاتی ہے یعنے طبعی کی ۲/۳۔ لیکن اُس شرح کا لحاظ رکھنا بھی مناسب ہے کہ جس پر نبض ورزش کے بعد کم ہوجاتی ہے۔



الف۔ مستقل درجہ کا مٹرالی تنگی۔ ملاحظہ ہو کہ بائیں طرف اوسطی ورگیا کے نیچے قلب کا کنارہ سیدھا ہے۔



ب۔ ترقی یافتہ مٹرالی تنگی۔ ملاحظہ ہو کہ بائیں کنارے پر اوسطی ورگیا مفقود ہے اور ریوی قمع متسع ہے۔ دائیں کنارے پر دو ہالہ نما ہے ممکن ہے وہ دائیں طرف کو پھیلا ہوا بایاں اذین ہو۔ (یہ شعاع نگاشتیں مسٹر [illegible] کی ہیں)

لاشعاعوں کی مدد سے قلب کا امتحان

اِس ذریعہ سے جسامتِ قلب کی ٹھیک تعیین کی جاسکتی ہے۔ یہ طریقہ نفاخ کی اصابتوں میں خاص اہمیت رکھتا ہے، کہ جن میں قرع عموماً غیر معتبر ہوتا ہے۔ چونکہ شعاعیں ضد زیر برقیرہ (anticathode) سے منعکس ہو کر ایک نقطہ سے خارج ہوتی ہیں، لہٰذا وہ متوازی نہیں ہوتیں، اور اِس واسطے پردے پر کا سایہ اُس سے بڑا ہوتا ہے جتنا کہ قلب حقیقتہً ہے۔ اِس کی اصلاح کے لئے قلب کی پیمائش صحیح قُرول نگاری طور پر ("orthodiagraphically") کرنی چاہئے۔ ڈائفرام کو پیچھے روک دیا جاتا ہے، اور نلی کو اِدھر اُدھر حرکت دیجاتی ہے، جس سے قلب کی کورین پردے پر تنگ میدان کے وسط میں نظر آتی اور نمایاں ہوتی ہیں۔

دوسرا طریقہ یہ ہے کہ مریض کو نلی کے سامنے ۲ فیٹ پر رکھکر شعاع نگارش (radiogram) لی جائے۔ اِس فاصلہ پر شعاعوں کا انفراج اِسقدر ہوگا کہ کوئی شدید غلطی پیدا نہیں ہوسکتی۔

اگرچہ لاشعاعوں سے قلب کا امتحان ایک بہت وسیع موضوع ہے اور یہاں اُسکی پوری بحث درج نہیں کی جاسکتی، تاہم چند نسبتہً زیادہ اہم امور کا تذکرہ کیا جاتا ہے۔

شکل ۴۱ میں (۱) طبعی قلب کی شکل اور وضع نگارش تشریح ظاہر کرتی ہے دیکھو اُورطی محراب اوپر کو دائیں طرف بروز کرنے والا ایک نمایاں ڈگیا (knuckle) بناتی ہے۔

(۲) اسوقت جبکہ مریض دائیں اگلی ترچھی وضع میں ہو شعاعیں پشت سے سامنے آرہی ہوں طبعی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔

صفحہ ۱۱ (مترالی تضیق) میں شکل امر یہ ہے اُورطی ڈگیا جیسا کہ طبعی حالات میں ہوتا ہے کوئی نہیں ہے اِس سے ذرا نیچے جو اتساع ہے وہ بائیں آذینی ضمیمہ کے اتساع کی وجہ سے نہیں ہے جو کہ ہمیشہ بہت چھوٹا رہتا ہے، بلکہ یہ ریوی شریان کے قمع کی وجہ سے ہے جو کہ متسع ہوتا ہے اور اکثر ایک اُبھار پیدا کر دیتا ہے، لیکن بایاں بطین معمول کی نسبت چھوٹا ہے، لہٰذا راس نوکیلا ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے اور قلب کا بایاں کنارا

معمول کی نسبت زیادہ انقباضی ہے۔ اُذین قسیع ہوتے ہیں اور یہ امر بریم نکلنے کے بعد ترچھی وضع میں جیسا کہ (۲) میں بخوبی نظر آتا ہے۔ مری منحنی ہو جاتی ہے۔ بایاں اذین لمبا اور وقت بہت ہی قسیع ہوتا ہے (انور سماوی اتساع)، اور دائیں طرف اس سے زیادہ پھیلا ہوتا ہے کہ جتنا بایاں اذین۔

صفحہ ۲، الف میں جو تعویض یافتہ (compensated) اورطی بازروی کی ایک اصابت ظاہر کرتا ہے، بایاں بطین گول اور راس نیچے اور باہر کی طرف ہٹا ہوا ہے۔ راس پہ بکثرت نبضان ہے۔ اورطی قسیع ہے اور گرہ (knuckle) بہت ہی نمایاں ہے۔

خالص پیدائشی ریوی تنیق میں دایاں بطین بیش پرورد اور دایاں اذین قسیع، اور بایاں بطین باہر کی طرف ہٹا ہوا اور بالکل چھوٹا ہے (صفحہ ۱۲، ب)۔ اکثر ریوی شریان کا مبدا قسیع ہوتا ہے، لیکن اس کا سبب غیر واضح ہے۔ جب فاصل بھی نامکمل ہوتا ہے تو قلب کی شکل طبعی ہوتی ہے، اگرچہ وہ بڑی ہوتی ہے۔

اس کی تعیین میں بھی کہ آیا قلب غیر معمولی طور پر بڑا ہے، صحیح دروں نگاری پیمائشیں مفید ہیں۔ جو ایک معمولی لاشعاعی منصوب (X-ray installation) سے بالکل آسانی سے حاصل کی جاسکتی ہیں۔ بہترین پیمائش جولی جاتی ہے عرضی چوڑائی ہے جو کہ شکل ۱۲ (ز) میں دو ٹکڑوں د اور د سے بنی ہوئی ہے۔ مطلوبہ نقطوں کے مقام کی تعیین دشوار ہونے کی وجہ سے طولی پیمائش عموماً اتنی تسلی بخش نہیں ہوتی۔ طبعی حدوں کا انحصار فرد کے وزن پر رہتا ہے۔ رائل ایئر فورس (Royal air force) سے لئے ہوئے اٹھارہ اور چالیس سال کی عمروں کے درمیان بہترین نتائج کا حساب جدول میں خاص طور پر لگایا گیا ہے (63)۔ قلب کا عرضی قطر لانبے پتلے لوگوں میں چھوٹا ہوتا ہے کیونکہ وہ انتصابی طور پر پڑا ہوتا ہے اور اس کے برعکس فرض کرو کہ قطر اقل سے ذرا کم ہے، اور موضوع کا وزن، جیسا کہ اس کی لمبائی سے اندازہ لگایا گیا ہے (ملاحظہ ہو جدول صفحہ 472)، اوسط سے کم ہے، ایسی صورت میں موضوع کو طبعی سمجھنا چاہئے۔ جب موضوع کا وزن اندازہ لگائے ہوئے وزن سے زیادہ ہو تو اعظم کی صورت میں بھی ایسی ہی رعایت کرنی ضروری ہے۔

22

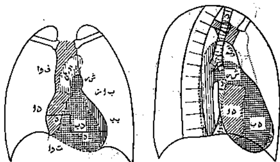


الف۔ اورطی بازروی۔ گول بطینی سایہ اور متسع اورطی ملاحظہ ہو۔
(شعانگاشتیں مسٹر لینڈ سے لاک نے لی ہے)



ب۔ خالص ریوی نفیق جس میں دائیں طرف اتساع اور بیش پروردگی ہے۔
(مصنف کی ایک اصابت)

المقابل صفحہ 225



شکل ۱۲

(۱) قلب کی شعاعیاتی تشریح۔ مقدم　　(۲) دائیں مقدم ترچھی (بے۔ پارکنسن)۔

ٹریڈگولڈ اور برٹن

(Treadgold and Burton)

وزن (پونڈوں میں)	قلب کی چوڑائی (د + ۵) اقل	اوسط	اعظم
۲۰۰	۱۲٫۳	۱۳٫۷	۱۵
۱۹۰	۱۲	۱۳٫۳	۱۴٫۶
۱۸۰	۱۱٫۶	۱۲٫۹	۱۴٫۲
۱۷۰	۱۱٫۳	۱۲٫۶	۱۳٫۸
۱۶۰	۱۱	۱۲٫۲	۱۳٫۵
۱۵۰	۱۰٫۷	۱۱٫۹	۱۳٫۱
۱۴۰	۱۰٫۴	۱۱٫۵	۱۲٫۷
۱۳۰	۱۰٫۱	۱۱٫۱	۱۲٫۳
۱۲۰	۹٫۷	۱۰٫۸	۱۲٫۰
۱۱۰	۹٫۴	۱۰٫۴	۱۱٫۶
۱۰۰ (قیاس کردہ)	۹٫۱	۱۰٫۱	۱۱٫۳

عروقِ دمویہ کا امتحان

نبض کعبری

(radial pulse)

نبضِ قلب کے فعل اور دورانِ خون کی حالت معلوم کرنے کا ایک اہم ذریعہ ہے۔ نبض کعبری پر مشاہدات کے لئے کلائی میں کعبری شریان (radial artery) نہایت عام طور پر کام میں لائی جاتی ہے۔ لیکن نبض کا امتحان دوسرے مقامات میں بھی کیا جاتا ہے، مثلاً زندی شریان (ulnar artery) میں کلائی میں، عضدی شریان (brachial artery) میں بازو میں، سباتی شریان (carotid) میں غضروفِ درقی (thyroid cartilage) کے پہلو میں، وجہی شریان (facial artery) میں اُس مقام پر کہ جہاں وہ نیچے کے جبڑے کے گرد گھومتی ہے، اوپری صدغی شریان (superficial temporal artery) میں کان کے اوپر، فخذی شریان (femoral artery) میں پوپارٹ کے رباط کے نیچے، پچھلی قصبیتی شریان (posterior tibial) میں اندرونی کعبیہ (internal malleolus) کے پیچھے، اور ظہری قدمی شریان (dorsalis pedis) میں پہلی بعد حارقی (metatarsal) ہڈی کے قاعدے کے قریب۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ کعبری شریان ہمیشہ ہی اپنے طبعی مقام پر نہیں رہتی، بلکہ بعض اوقات کعبرہ (radius) پر گھوم کر کلائی کے جوڑ سے ایک یا دو انچ اوپر کلائی کی پشت پر چلی جاتی ہے، اور ایسا ایک یا دونوں طرف ہونا ممکن ہے۔ نسبتہً شاذ مثالوں میں کعبری شریان غیر معمولی طور پر چھوٹی ہوتی ہے اور اسکی تعویض رفیق عصب وسطی شریان (comes nervi mediani) اپنی غیر معمولی جسامت سے کر دیتی ہے۔

نبض میں امور ذیل نوٹ کرنے کے قابل ہوتے ہیں:-

شرحِ نبض اور توازن۔ شرح نبض یا نبض کا تواتر اور اس کی لَے

یا نظم دونوں قلب کے فعل پر استقدر کلی طور پر انحصار رکھتے ہیں کہ اُن کے تغیرات پر اُسی وقت غور کرنا بہتر ہوگا جبکہ فعلِ قلب کی غیر طبعی حالتوں سے بحث ہوگی۔ یہاں اسی قدر بیان کردینا کافی ہے کہ طبعی طور پر قلب ایک منٹ میں تقریباً ستر بار منظم طور پہ ضرب لگاتا ہے، جس میں پیمائش اور انثی کے درمیان اختلافات ہوتے ہیں۔ یہ کہ نبض کعبری کی موج، صدمۃ القلب (impulse of the heart) سے نسبتہً معتدبہ عرصہ کے بعد محسوس ہوتی ہے۔ اور یہ کہ اگر کسی وجہ سے بُطین کے انقباضات اورطی کے مصراعوں کی راہ سے کوئی خون خارج نہ کریں تو نبض کی ضربات بُطین کے انقباضات کی نسبت، تعداد میں کم ہوجاتی ہیں۔

شکل ۱۳ الف۔ طبعی نرم نبض۔ دباؤ ۲ اونس۔ ب۔ خفریا کی صلب نبض۔

نبضان (pulsation) کی مقدار اور زرق (ضغط النبض

=pulse pressure)۔ اس کی تعیین کا طریقہ یہ ہے کہ شریان پر اُنگلی کا دباؤ بڑھاتے جائیں یہاں تک کہ اتم نبضان محسوس ہو۔ آخر الذکر ضغط النبض کا نمائندہ ہے۔ نبض سریع (pulsus celer) میں یہ دباؤ بہ سرعت نمویاب ہوجاتا ہے (ملاحظہ ہو اورطی بازروی =aortic regurgitation)۔ نبض بطی (pulsus tardus) میں یہ تاخیر کے ساتھ نمویاب ہوتا ہے (ملاحظہ ہو ضیق الاورطی aortic =stenosis)۔ ضغط النبض شریان کی جسامت کے ساتھ، خون کی اس مقدار کے ساتھ جو ہر ضربِ قلب کے ساتھ شریان کے اندر بھیجی جاتی ہے، اور اُس سرعت کے ساتھ کہ جس سے قلب خون کو اورطی کے اندر داخل کرتا ہے، اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ جب ضغط النبض قابلِ اطمینان ہو تو نبض کو بعض اوقات ممتلی (full)، کبیر (large) یا مشرف (bounding) کہتے ہیں۔ جب ضغط النبض کم درجہ کا ہو تو نبض کو صغیر (small) کہتے ہیں۔

ایک غیر منتظم نبض میں ضربات عموماً اپنے نبضان کی مقدار میں، نیز اپنے وقوع کے وقت میں اختلاف پذیر ہوتے ہیں، کیونکہ ایک طویل انبساطی (diastolic) موصہ سے بُطین کے اندر زیادہ خون جمع ہونے کے لئے وقت ملجاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر قلب اطمینان بخش طریقہ سے نبض لگا رہا ہے تو آئندہ ضرب کے ساتھ اورطی مصراع کی راہ سے زیادہ خون خارج ہوگا (ملاحظہ ہو شکل ۲۶ اور ۲۷ صفحہ 237 پر)۔

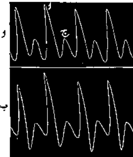
نبض متناقض (pulsus paradoxus) میں دوران تنفس میں نبض کی بہت تخفیف یا کلی غیر موجودگی ہوتی ہے۔ اگرچہ یہ شاذ ہوتی ہے، لیکن کئی حالتوں کے تحت واقع ہوسکتی ہے، جیسے کہ التہاب واسطی وتاموری (mediastino-pericarditis)، التہاب تاموری (pericarditis)، واسطی سلعہ، شدید کمزوری قلب، پلیورائی انصباب یا ہوائی گذرگاہوں کے تسدّد (obstruction) میں۔ نبض کے حجم کا تذکرہ صفحہ 223 پر کیا گیا ہے۔

22

شریانی دیوار۔ اگر نبض کو اُنگلی کے دباؤ سے روکا جائے اور خون سے خالی کر دیا جائے تو اُسے بحالتِ صحت شاذ ہی ایک جداگانہ ساخت کے طور پر محسوس ہونا چاہئے۔ لیکن اگر وہ شریانی تصلب (arterio-sclerosis) کی وجہ سے دبیز یا اُستوار ہوگئی ہے تو با آسانی محسوس ہوجاتی ہے۔ اور اگر اُس میں انتہا درجہ کی تکلیس ہوگئی ہے تو رگ کی لمبائی پر اُنگلی اوپر اور نیچے پھیرنے سے کلسی جماؤ کی ناہمواریاں محسوس کی جاسکتی ہیں۔

نبض کی سختی، شریانی دباؤ (arterial pressure)۔ اگر شریان پر اُنگلی بڑھتے ہوئے زور کے ساتھ دبائی جائے تو بالآخر خون کا بہاؤ موقوف ہوجاتا ہے۔ بہترین یہ ہے کہ شریان کو بائیں ہاتھ کی انگشتِ شہادت سے دبایا جائے، اور دوسرے ہاتھ کی انگشتِ شہادت نیچے رکھدی جائے تاکہ اُس سے معلوم ہوجائے کہ نبض کب رُکتی ہے۔ اِس ہاتھ کی دوسری اُنگلیاں شریان پر اور آگے بڑھ کر دبائی جائیں تاکہ شریانی تفممات (arterial anastomoses) کی وساطت سے نیچے سے کوئی نبض اوپر کو نہ آنے پائے۔ وہ نبضیں جن میں خفیف سا دباؤ کافی ہو لیّن (soft) یا ضغط پذیر (compressible) کہلاتی ہیں، اور وہ جن میں زیادہ دباؤ کی ضرورت ہو

صَلَب (hard) یا ضغط ناپذیر (incompressible)۔ انگلی کے دباؤ سے نبض موقوف ہو جانے کے بعد اگر انگلی کو آہستگی کے ساتھ اُٹھایا جائے تو نبض صَلَب کی حالت میں خون انگلی کے نیچے اس سے بہت زیادہ قوت کے ساتھ گذرتا ہوا محسوس ہوگا کہ جتنا وہ نبض لین کی حالت میں گذرتا ہے۔ صلابت نبض اور ضغط نبض ہاکی دوسرے پر منحصر ہوتے اختلاف پذیر ہوسکتے ہیں۔ اوسط انبساطی ضغط (mean diastolic pressure) کا اندازہ اُس ضغط یا دباؤ کو نوٹ کر کے کیا جا سکتا ہے جو اعظم نبضان حاصل کرنے کے لئے انگلی کو شریان پر لگانا پڑے۔



شکل ۱۴ الف ضرتیبی نبض تپ میں۔ تپش ۱۰۲ء۴۔ ب۔ ضرتیبی نبض تپ میں (تپ محرقہ)۔ تپش ۱۰۳ء۱۔

اگرچہ یہ امور ایک تربیت یافتہ طبیب کی انگلی سے ایک خاص حد تک شناخت ہو سکتے ہیں، تاہم زیادہ دقیق تفصیلات صرف آلات کے ذریعہ سے معلوم ہو سکتے ہیں یعنی نبض نگار (sphygmograph) اور ضغط النبض پیما (sphygmomanometer) کا استعمال عام ہے۔

نبض نگار (sphygmograph)۔ اس آلہ میں ایک ہلکی کمانی کعبری شریان کو دباتی ہے، اور شریانی دیوار کی حرکت ایک بیرم کو منتقل ہو جاتی ہے۔ اور اس میں ایک باریک نوک لگی ہوئی ہوتی ہے، جو تکبیر یافتہ (magnified) حرکات کی ترسیم ایک سیاہ کاغذ پر کر دیتی ہے، جو ایک گھڑی کل (clockwork) کے ذریعہ اُفقاً حرکت کرتا رہتا ہے۔ شریان پر کمانی کا ضغط (pressure) جو صحیح اندراج حاصل کرنے کے لئے ضروری ہے ہر حالت کے ساتھ مختلف ہوتا ہے، اور بہترین آلات وہ ہیں جو استعمال کردہ ضغط کی مقدار کی تسجیل اونسوں (ounces) میں کرتے ہیں۔

تواتر اور نظم (regularity) کے علاوہ، جو فی الفور محسوس کئے جا سکتے ہیں، اندراج کے دوسرے خصوصیات بھی ہیں جن کے لئے خاص مطالعہ کی ضرورت ہے۔

نبض شریانی کی ہر ضرب کی ترسیم میں (ملاحظہ ہو شکل ۱۳) ایک خط صاعد (upstroke) ہوتا ہے، جو غیر منقطع اور تقریباً انتصابی ہوتا ہے۔ اور ایک خط نازل (downstroke) جو ترچھا ہوتا ہے، اور ایک یا دو ارتفاعات سے منقطع (interrupted) ہوتا ہے جنکے درمیان نشیب حائل ہوتے ہیں۔

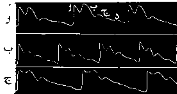
جزو صاعد (upstroke) دباؤ کی زیادتی کا نمائندہ ہے، جو بائیں بطین کے انقباض کے باعث ہوتی ہے، جبکہ وہ بطین اورطی کے اندر خون کو دھکیلتا ہے۔ دباؤ کی یہ موج بسرعت محیطی شرائین میں منتقل ہو جاتی ہے۔ اس جزو صاعد (upstroke) کے راس کو موج القراع (percussion wave) کہتے ہیں۔ اس کی بلندی بطینی انقباض سے خارج شدہ خون کی مقدار سے متناسب ہوتی ہے، اور انقباض کی سرعت یا فجائیت (suddenness) ضربی جزو (stroke) کے انتصابی تمر سے ظاہر ہوتی ہے۔ یہ بلندی اسوقت بھی زیادہ ہوتی ہے جبکہ شریانی دیوار ملائم (yielding) ہو، اور اسوقت کم ہوتی ہے جبکہ شریانی دیوار تنیدہ (tense) اور مدافع (resistant) ہو۔ اشکال ۱۳ الف اور ب اور ۱۴ الف اور ب کا اشکال ۱۵ الف، ب، ج سے مقابلہ کرو۔[1]

جزو نازل (downstroke) کے ممر پر کے ارتفاعات میں سب سے زیادہ مستقل ضربتینی موج (dicrotic wave) ہے (شکل ۱۳ الف ج شکل ۱۴ الف ج، شکل ۱۵ الف ج)۔ یہ بیشتر نبضوں میں موجود ہوتی ہے۔ جب یہ نہایت نمایاں ہو، جیسے کہ شکل ۱۴ میں، تو اس موج کو انگلی محسوس کر سکتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نبض متضاعف (reduplicated) معلوم ہوتی ہے، جو نام نہاد "دو ضربتین"

228

[1] یہ ارتسامات مارٹی کے نبض نگار سے لئے گئے تھے۔ ایک لمبا اور سریع جزو صاعد کھینچے کی طرف اسوجہ سے خمیدہ ہے کہ سوئی ایک لمبے بیرم کے سرے پر لگی ہوتی ہے، جو ایک ایسے نصاب (fulcrum) پر کام کرتا ہے، جس کا محور کاغذ کی حرکت کے خط سے عرضی رخ میں ہوتا ہے۔

("dicrotic") نبض ہے ۔ یہ ایک موج کے باعث ہے، جو مسدود اُورطی مصراعوں سے اور اُورطی کی دیواروں سے معکوس ہوتی ہے ۔ اس سے عین پہلے ایک نشیب ہوتا ہے، جس کا نام ضربتینی کٹاؤ (dicrotic notch) ہے، جو بُطینی انکماش (ventricular systole) سے متناظر ہوتا ہے، اور اُورطی مصراعوں کی مسدودی کا نمائندہ ہے ۔ اس طرح، موج القرع (percussion wave) کے آغاز اور ضربتینی کٹاؤ (dicrotic notch) کے پیندے کے درمیان کا فاصلہ، انکماشی عرصہ (systolic period) کہلاتا ہے ۔ جب ضربتینی کٹاؤ قاعدی خط تک پہنچ جاتا ہے (شکل ۱۴ الف) تو نبض کامل ضربتینی (fully dicrotic) کہلاتی ہے ۔ بعض اوقات وہ قاعدی خط سے نیچے واقع ہوتا ہے، اور پھر نبض بیش ضربتینی (hyperdicrotic) کہلاتی ہے (شکل ۱۴ ب) ۔ اس صورت میں دوسری ضرب کی موج القرع ضربتینی موج کے تمامتر گذر جانے سے پہلے آتی معلوم ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ فی الحقیقت یہ واقعہ ضربات کی بڑھی ہوئی سرعت کے باعث ہو ۔ ضربتینیت



شکل ۱۴ ۔ الف ۔ حاد مرض برائٹ ۔ دباؤ ۴ اونس ۔ ب ۔ حاد مرض برائٹ، ۵ ہفتے کی مدت ۔ دباؤ ۷ اونس ۔ ج ۔ مزمن مرض برائٹ ۔ دباؤ ۲ اونس ۔

(dicrotism) نبض لیّن (soft pulse) یعنے کم تناؤ والی نبض میں بہترین نمایاں ہوتی ہے، جبکہ شریانی دیوار ملائم ہوتی ہے ۔ وہ عرق حرکی شلل (vaso-motor paralysis) کا ایک عام نتیجہ ہوتی ہے، جیسا کہ طویل المدّت حموی اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے (شکل ۱۴)، اور امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کے استعمال سے فی الفور پیدا کی جا سکتی ہے ۔ وہ اُن حالتوں سے کم یا زائل ہو جاتی ہے جو نبض صلب (hard pulse) یعنے بلند تناؤ والی نبض پیدا کر دیں، جیسے کہ مرض برائٹ ۔ نیز وہ اُورطی بازروی (aortic regurgitation) سے، جو ایسی حالت ہے کہ جس میں

موج کا انعکاس نامکمل طور پر واقع ہوتا ہے، کم یا زائل ہو جاتی ہے۔

موج القرع اور ضربتینی موج کے درمیان، یعنے اُورطی کٹاؤ سے پہلے، اور اِسواسطے بُطین کے عرصۂ انکماش سے متناظراً، اکثر ایک موج ہوتی ہے جو خون کے اُس باہر کی طرف جانے والے بہاؤ سے منسوب کی جاتی ہے، جو موج القرع کے بعد ہوتا ہے۔ اُسے جزری موج (tidal wave) یا موج قبل الضربتین (predicrotic wave) کہتے ہیں (شکل ۱۴ الف ب شکل ۱۴ الف پ)۔ وہ صَلَب نبضوں میں بہترین دیکھی جاتی ہے (شکل ۱۵)، یعنے بلند شریانی تناؤ کی حالتوں میں، جبکہ یہ گمان ہو سکتا ہے کہ خون کے تموجات غیر معمولی طور پر عمدگی کے ساتھ منتقل ہونگے۔ بعض اوقات جزری موج اتنی اچھی نمایاں ہوتی ہے کہ نبض متضاعف معلوم ہوتی ہے، جیسے ضربتینی نبض سے (جس میں تضاعف مبالغہ آمیز ضربتینی موج کی وجہ سے ہوتا ہے) امتیاز کرنے کے لئے، نام نہاد طور پر دو ضربی نبض (pulsus bisferiens) کہتے ہیں۔ اِس کے برعکس نہایت لیّن نبضوں میں جزری موج، موج القرع میں غائب ہو جاتی ہے (شکل ۱۴ الف اور ب)۔ وہ نبض جس میں جزری موج موج القرع کی نسبت زیادہ بلند صعود کرتی ہے، شہوقی (anacrotic) کہلاتی ہے، کیونکہ اُسمیں موج القرع صعودی جزو (ascending limb) میں ایک ارتفاع بنا دیتی ہے، جو قاعدے اور بلند ترین نقطہ کے درمیان ہوتا ہے۔

کبھی کبھی موج القرع کے بعد ایک یا دو خفیف سے تموجات دیکھے جاتے ہیں (شکل ۱۵ الف د)۔ یہ صرف بلند تناؤ والی نبضوں کے ارتسامات میں واقع ہوتے ہیں۔

ضغط النبض پیما (sphygmomanometer)۔ بالائی بازو کے گرد ربڑ کی ایک چوڑی چپٹی تھیلی لپیٹ دی جاتی ہے، جو کسی غیر وسعت پذیر مادہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، اور جس میں ایک الحاقی ربڑ کی نلی کی راہ سے ایک ربڑ کے گولے اور مصراع کے ذریعہ ہوا زور سے بھری جا سکتی ہے۔ اِس تھیلی سے نکلنے والی ایک دوسری نلی ایک ضغط پیما (manometer) سے جوڑ دی جاتی ہے، اور ربڑ کی تھیلی کے اندر کا ضغط سیمابی ملی میٹروں میں ناپا جاتا ہے۔ بازو بند کے اندر ہوا پمپ کی جاتی ہے

یہاں تک کہ اُس کا دباؤ کلائی کی نبض کو روکنے کے لئے کافی سے زائد ہو جائے۔ پھر ہوا کو بتدریج باہر نکلنے دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ دباؤ گھٹ کر ایک ایسے نقطہ پر آجائے کہ جہاں نبض ذرا ہی محسوس ہوتی ہو۔ پیمانہ (scale) پر کا وہ عدد جہاں پارہ اِس وقت ٹھہرا ہوا ہے، انقباضی ضغط (systolic pressure) کا نمائندہ ہے، جس کی تعیین بذریعۂ جَس (palpation) ہوتی ہے۔

229　اوسط انبساطی ضغط (diastolic pressure) کی بہترین پیمائش استماع (auscultation) کے ذریعہ سے ہوتی ہے۔ سماع الصدر یا سماع الصوت (phonendoscope) کہنی کے خم کے مقام پر عضدی شریان کے اوپر لگائی جاتی ہے اگر نبض کو ضغط کے ذریعہ بالکل مطموس کر دیا جائے اور پھر اِس دباؤ کو بتدریج گھٹایا جائے تو آواز کی چار ہیئتیں (phases) علی الترتیب سنائی دیتی ہیں۔ پہلی ہیئت ایک دھیمی سی تپک (faint throb) ہے، جو ابتداءً ایسے دباؤ (استماع کے ذریعہ دریافت کردہ انقباضی ضغط) پر مشاہدہ میں آتی ہے جو جَس سے دریافت کردہ اعظم انقباضی ضغط سے چند ملی میٹر زائد ہوتا ہے۔ یہ ایک بلند مختصر سی خرخر میں تبدیل ہو جاتی ہے، جو دوسری ہیئت ہے۔ اور بھی کم دباؤ پر یہ خرخر متغیر ہو کر ایک بلند تپک (loud throb) بنجاتی ہے۔ یہ تیسری ہیئت ہے۔ پھر یہ یکایک بدل کر ایک نرم تپک (soft throb) بنجاتی ہے۔ یہ چوتھی ہیئت ہے۔ اوسط انبساطی ضغط (mean diastolic pressure) وہ دباؤ ہے جو تیسری ہیئت کے چوتھی ہیئت میں تبدیل ہونے کے ساتھ تناظر ہوتا ہے۔

کِل گور (Kilgore) نے سولہ اور چھتیس سال کے درمیان عمر کے اشخاص پر ایک وسیع سلسلۂ مشاہدات کیا ہے۔ اوسط انقباضی ضغط ۱۲۰ ملی میٹر تھا لیکن اِس کے اِدھر اور اُدھر ایک وسیع جولانی (range) پائی گئی، اور ۲ فیصدی مثالوں میں ضغط ۹۵ ملی میٹر سے نیچے، اور ۱۴۰ ملی میٹر سے اوپر پایا گیا۔ انبساطی ضغط کی پیمائش نے استماعی طریقہ سے ۸۰ ملی میٹر کی اوسط قدر (mean value) ظاہر کی، لیکن بہت سے مقروآت (readings) ۷۰ اور ۹۰ ملی میٹر کے تھے۔ ۱۰۰ سے کم کے دموی ضغط میں یہ ضروری نہیں ہے کہ کامل صحت موجود نہ ہو، اور موضوعات قلیل الوزن

ہونے کا رجحان رکھتے ہیں (67) ۔ یہاں یہ کہہ دینا بھی قرین انصاف ہے کہ ضغط النبض پیمائی کے متعلق اعتراضات پیش کئے گئے ہیں کہ یہ بہت بلند نتائج ظاہر کرتا ہے ۔(3)

اِستماعِ شرائین

اگر سباتی اور زیر ترقوی شریان کا اِستماع سماع الصدر سے بلا ضغط کیا جائے تو عموماً دو آوازیں (sounds) سنائی دیتی ہیں، یعنے ایک انکماشی آواز (systolic sound) جو عرق کے پھیلاؤ (expansion) کی وجہ سے ہوتی ہے، اور دوسری انبساطی آواز (diastolic sound) جو ایصال شدہ (conducted) اورطی دوسری آواز ہوتی ہے۔ بعض اوقات ان میں سے پہلی آواز نہیں موجود ہوتی۔ شکلی اورطی اور فخذی شریان پر بھی ایک انکماشی آواز مذکورہ بالا آواز جیسی سنائی دیتی ہے۔ دوسرے شرائین میں بالعموم جبتک کہ سماع الصدر سے دباؤ نہ لگایا جائے کچھ بھی سنائی نہیں دیتا۔

جب جسم کے کسی حصے یا جوارح میں کسی شریان کا تاکیسی اِتساع (saccular dilatation) یا اُنورسما واقع ہو جاتا ہے تو اکثر اوقات ایک انکماشی خسخسہ (systolic murmur) سنائی دیتی ہے، اور اِس کو منجدھار اور بھنور دن (fluid vein and eddies) سے منسوب کیا جاتا ہے جو خون کے دہنۂ شریان سے نکلکر ایک عریض تر فضا، یعنے تاجۂ اُنورسمائی میں، جانے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ چونکہ اُنورسما اکثر اُورطی کے قاعدہ اور ولیوار کے تعلق میں پنہجاتے ہیں، جو قلب کی قریبی مجاورت (close proximity) میں ہوتے ہیں، لہٰذا ممکن ہے کہ وہ پیش قلبی قبہ (præcordial area) میں خریرات پیدا کردیں، جو اُن خریرات سے، جو قلب کے دہنوں میں پیدا ہو جاتے ہیں، بمشکل شناخت ہو سکتے ہیں۔

نبضِ وریدی

(venous pulse)

جسم کی بڑی وریدوں میں کسیقدر نبضان ہونا ایک طبعی (normal)

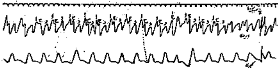
منظر ہے، اور بعض بالکل تندرست دوران خون والے اشخاص کی بیرونی اور اندرونی دونوں وداجی وریدوں میں ایک تموجی (undulating) یا نابض (pulsatile) حرکت دیکھی جاسکتی ہے۔ لیکن عموماً یہ مفقود ہوتی ہے یا نمایاں نہیں ہوتی۔ سادہ معائنہ سے نبض کعبری (radial pulse) کے حرکات کے ساتھ ان حرکات کا ایک تعلق شناخت کرلینا اکثر مشکل ہوتا ہے۔ بیرونی وداجی ورید ترقوی ہڈی سے عین اوپر دیکھی جاسکتی ہے، اور اس کے حرکات شریانی حرکات سے اس خصوص میں اختلاف رکھتے ہیں کہ ان کا پھیلاؤ (expansion) کم درجہ کا ہوتا ہے اور ان کا ہبوط (collapse) نسبتہً زیادہ ناگہانی اور کعبری شریان کے ارتفاعات (rises) کے ساتھ تقریباً متناظر ہوتا ہے۔

اندرونی وداجی ورید گردن کے اطراف پر جبڑے کے زاویہ اور قصی حلمی عضلہ کے درمیان ایک بڑی تموجی حرکت پیدا کردیتی ہے، جس کا ارتفاع سست اور آثار نسبتہً زیادہ سریع ہوتا ہے۔ اس حرکت کو سباتی شریان کے نبضان سے خلط ملط نہیں کردینا چاہئے۔

وداجی نبض پر ایک طنبور لگا کر اُس کے ذریعہ سے ترسیمات لیکر اور زیادہ صحیح معلومات حاصل کئے جاسکتے ہیں۔ طنبور کے حرکات ایک سوئی میں منتقل ہوجاتے ہیں، جو یا تو ایک طبل پر، یا ضغط النبض پیما کے دھوئیں کا غذ (smoked paper) پر ترقیم کرتی ہے اور یہ ترقیم ایک کعبری ترسیم (radial tracing) کے متوازی ہوتی ہے، جیسے کہ میکنزی کے کثیر نگار (polygraph) میں۔ وداجی نبض کے حاصل کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اس آلہ کے آ تھلے پیالہ کو وداجی بصلہ (jugular bulb) کے اوپر رکھدیا جائے یعنے ترقوی ہڈی کے قصی سرے سے قدرے اوپر اور ایک انچ باہر کو، بہتر ہے کہ دائیں جانب کو۔ اسی جانب کے قصی حلمی عضلہ کے ریشے مرخی (relaxed) کئے جاتے ہیں۔ عموماً جو ترسیم حاصل ہوتی ہے اُس میں تین موجیں (مثبت امواج) ظاہر ہوتی ہیں، جن کے درمیان لا شیب، نشیب (منفی امواج) بھی حائل ہوتے ہیں۔ پہلی مثبت موج (شکل ۱۶، ا) کعبری ترسیم (radial tracing) کے انکماشی زمانہ سے عین پہلے واقع ہوتی ہے اور اس کا دائیں اُذین کے انقباض کی وجہ سے ہونا سب کے نزدیک مسلّم ہے۔ حیوانی تجربہ سے ظاہر ہوگیا ہے کہ دوسری

230

مثبت موج (ج) اس وجہ سے ہوتی ہے کہ دائیں بُطین کے انقباض کے دوران میں اُذینی بُطینی مصراع (auricular-ventricular valve) یعنی سہ شاخہ (tricuspid=) دائیں اُذین کے اندر بروز کر آتا ہے۔ اس کے برعکس بہت سی انسانی ترسیمات میں وہ بلاشبہ بالخصوص سباتی شریان کے نبضہ کی وجہ سے ہوتی ہے۔ دونوں صورتوں میں وہ ایک بُطینی انقباض کا نمائندہ تسلیم کی جاتی ہے۔ اور ا اور ج کے درمیان کا فاصلہ اُس وقت کا ناپ سمجھا جاتا ہے کہ جس میں عضلی انقباض کی موج کا ایصال اذین سے بُطین تک ہوتا ہے۔ طبعی افراد میں اُسکی مدت تقریباً ۱/۵ سیکنڈ (ثانیہ) ہوتی ہے۔ تیسری موج (و) غالباً اُس تصادم (shock) کی وجہ سے ہوتی ہے، جو ریوی مصراعات کے مسدود ہونے کے بعد یکایک تن جانے (sudden stretching) سے پیدا ہوجاتا ہے، اور جو بُطین، اُذین، اور وریدوں کی راہ



شکل ۱۷۱۔ ایک کثیر نگاری منحنی (polygraphic curve) جو فعلیاتی وریدی نبض کی تین موجیں اوپر والی ترسیم میں ظاہر کرتا ہے، جو گردن کی وریدوں سے لی گئی ہے۔ نیچے والی ترسیم کُعبری شریان سے لی ہوئی ہے بُطین کے ہر انکماش کے ساتھ دو موجیں، ج اور و ہیں۔ ہر دور میں ج سے پہلے، اور بلحاظ وقت ایک پیش انکماشی (pre-systolic) ’موج ا‘، نظر آتی ہے، جو اُذینی انکماش کا نتیجہ ہوتی ہے (T. Lewis)۔

سے پیچھے کی طرف ایصال ہوتا ہے۔

وریدی نبض کی ایک اہم ترسیم وہ ہے جس میں موج ا غیر موجود ہوتی اور صرف ج اور و امواج واقع ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۲۴۳ صفحہ 243)۔ موج ا کی غیر موجودگی سے یہ مستنبط کیا جاتا ہے کہ اُذین طبعی طور پر منقبض نہیں ہورہا ہے اور اس واسطے مندرجہ امواج محض بُطین کے سبب سے ہیں۔ اسی بنا پر ایک طبعی وداجی ترسیم کہ جس میں تینوں امواج ہوتی ہیں

وریدی نبض کی ایک اُذینی شکل (auricular form) کا نمائندہ قرار دیجاتی ہے اور آخر میں جو ترسیم بیان کی گئی ہے وہ وریدی نبض کی بطینی شکل (ventricular form) یعنی اُذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کی نبض کا نمائندہ ہے۔

بعض اوقات محیطی وریدوں (peripheral veins) بالخصوص پشت دست اور پشت پا کی وریدوں میں ایک مختلف قسم کا نبضان دیکھنے میں آتا ہے، جو شریانی موج کے عروق شعریہ میں سے ہوکر وریدوں تک منتقل ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ یہ عروقی دیواروں کے انتہائی اِرتخاء (relaxation) کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے، جس کے ساتھ قلب کا فعل بھی بہت طاقتور یا ہیجان کے ساتھ ہو۔ مثلاً حُموی اصابتوں میں، موسم گرما کی گرمی میں، یا پیٹ بھر کھانے (full meal) کے بعد۔

استماعِ اُوردہ

اگر مسماع الصدر کو نہایت عدیم الدم (anæmic) اشخاص میں، اور تندرست بچوں میں، وداجی ورید کے حصۂ زیریں پر، اُس نقطہ پر رکھا جائے کہ جہاں قصی ملی عضلہ کی قصی چسپیدگیاں (sternal attachments) اُس کی تَرقوی چسپیدگیوں (clavicular attachments) سے جُدا ہوتی ہیں، تو ایک مسلسل بھنبھناہٹ دار (humming) یا ریلنے کی آواز (rushing noise) سنائی دیگی، جسے وریدی غنان (venous hum) یا حروخذروفی (bruit de diable) کہتے ہیں (ڈایابل "diable" ایک فرانسیسی کھلونا کا نام ہے، جس سے ایسی ہی آواز نکلتی ہے)۔ یہ خریر (murmur) اِنتصابی وضع میں بہترین سنائی دیتی ہے، اُسوقت جبکہ منہ اُس جانب سے جس کا امتحان کیا جارہا ہے، دوسری طرف پھرا ہوا ہو۔

فعلِ قلب کی غیر طبعی حالتیں

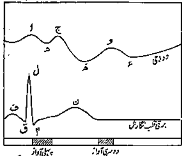
(ABNORMALITIES OF CARDIAC ACTION)

ضرب قلب کے طبعی میکانیہ پر پہلے غور ہو چکا ہے۔ یہ دریافت کرنے کے لئے کہ

اِس میکانیہ میں کوئی غیرطبعی حالت موجود ہے یا نہیں، اور اگر ہے تو وہ کیا ہے، طب میں عموماً دو مختلف طریقے مستعمل ہیں۔ اُن کی خاص منفعت یہ ہے کہ وہ اُذینی اور بُطینی دونوں قسم کے انقباضات ظاہر کر دیتے ہیں۔

پہلے طریقہ میں ایک کثیر نگار (polygraph) کے ذریعہ سے وداجی نبض اور ایک شریانی نبض، جیسے کہ کعبری، دونوں بہ یک وقت لی جاتی ہیں اور پھر اُن کا باہم مقابلہ کیا جاتا ہے۔ حاصل شدہ ترسیمات اُذینی انقباضات کی موجودگی یا غیر موجودگی، اور بُطینی انقباضات کے ساتھ اِن کا تعلق، اور اِن دونوں اقسام کے درمیان حائل ہونے والے وقت کی لمبائی ظاہر کرتے ہیں، اور اگر یہ وقت $\frac{1}{5}$ سیکنڈ سے زائد ہو تو جُزئی قلبی سدودی (partial heart-block) موجود ہے۔

231



شکل ۱۷۔ وداجی ورید اور برقی قلب نگاری ترسیم کا خاکہ، اور ایک ضربِ قلب سے متناظر اصواتِ قلب۔

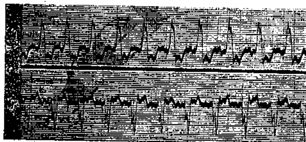
دوسرا طریقہ بذریعہ ایک برقی قلب نگار (electro-cardiograph) کے ہے، یہ ایک حسّاس مقناطیسی برق پیما (galvanometer) ہوتا ہے، جو ہر ضرب کے ساتھ قلب سے پیدا ہونے والی برقی رَووں کا اندراج کرتا ہے۔ اس آلہ میں کوارٹز (quartz) کا ایک باریک چاندی چڑھا ہوا ریشہ ایک طاقتور برقی مقناطیس (electro-magnet) کے قطبین کے درمیان معلّق ہوتا ہے۔ اِس ریشہ کا ہر سِرا مریض کے جوارح سے تین طریقوں سے جوڑ دیا جاتا ہے، جن کو تقویدیں (leads) کہتے ہیں۔ پہلی یا عرضی تقوید میں دونوں ہاتھ آلہ سے جُڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ دوسری یا محوری تقوید میں داہنا ہاتھ اور بایاں پاؤں استعمال کئے جاتے ہیں۔ تیسری، یا جپ جانبی (left lateral) تقوید میں بایاں ہاتھ اور بایاں پاؤں استعمال کئے جاتے ہیں۔ قلب سے پیدا ہونے والی برقی رَوئیں اِن تقویدوں کے ذریعہ مقناطیسی برق پیما تک چلی جاتی ہیں۔

گار کار اشہ حرکت کرتا ہے اور اُس کی جولت (excursion) ایک دوربین کے ذریعہ سے
تکبیر حاصل کر کے ایک ضیا نگار صحفہ یا ایک کاغذ پر تظلیل (projection) ہوتی ہے۔ نتیجۃً ایک
برقی قلب نگارش (electro-cardiogram) ہوتی ہے۔ ایک ضربِ قلب سے متناظر ترسیم
کا خاکہ شکل ۱۷ میں دکھلایا گیا ہے۔ وداجی ترسیم بھی دکھلائی گئی ہے، اور اصواتِ قلب کی
تقریبی جائے وقوع بھی۔ برقی قلب نگارش میں ایک موج ایسی ہے جو اُذینی انقباض سے
متناظر اور اُس سے کسیقدر پہلے واقع ہوتی ہے اور اُسے عموماً حرفِ ف (P)، سے ظاہر کیا
جاتا ہے۔ اِس کے بعد ایک نشیب ق (Q)، ایک نوکدار ارتفاع ل (R)، ایک ناگہانی
نشیب م (S)، اور ایک تدریجی ارتفاع ن (T) ہوتا ہے۔ ق ل م ن (QRST) کی
پیچیدہ شکل بطینی انقباض سے متناظر ہوتی ہے اور اُس کے عین سامنے شروع ہوتی ہے۔
جیسا کہ وداجی نبض (jugular pulse) کی حالت میں ہوتا ہے، ایک برقی قلب نگارش
اُن تعلقات کو ظاہر کرتی ہے جو اُذینی انقباضات بطینی انقباضات کے ساتھ رکھتے ہیں،
نیز اُس عرصۂ وقت کو جو اِن کے درمیان حائل ہوتا یعنی ف۔ل (P-R) فاصل۔ لیکن علاوہ ازیں
اِس بطینی ملائمیہ (ventricular complex) کی شکل سے بعض استنباطات بھی کئے جا سکتے
ہیں۔ اِس میں اُسوقت ترمیم پائی جاتی ہے جبکہ اُذینی بطینی بنڈل کی بعض شاخیں مسدود
(blocked) ہوجائیں (branch-bundle block) (ملاحظہ ہو شکل ۱۸)، یا جب ایک بطینی
انقباض اُذینی بطینی گرہ (auriculo-ventricular node) سے حسب طریقۂ معمولی بنڈل
سے نیچے آنے کے بجائے قلب میں کسی غیر معمولی جگہ سے پیدا ہونے لگے۔ (نیز ملاحظہ ہو قلب کی
بیش پرورگی (hypertrophy of the heart)۔ پھر تقویدہ ۱ اور ۲ میں ن (T) موج
کا متواتر انعکاس (inversion) جس سے موج کے بجائے ایک نشیب پیدا ہو جاتا یا تقویدہ ۳ میں گہرا نشیب جبکہ عالی ہو
یمنا ہر چڑھا ہوا اور طبی صعری مرض یا ڈیجیٹالس کے اثر (digitalisation) کی غیر موجودگی میں عضلۂ قلب کا مرض
(myocardial disease) ظاہر کرتا ہے (4)۔ قدرتی طور پر دونوں طریقوں میں ایک
صحیح وقت شمار (time-marker) استعمال کیا جاتا ہے، تاکہ مختلف حصوں کے صحیح زمانی
تعلقات ظاہر ہوجائیں۔

کثیر نگاری طریقہ کے فوائد یہ ہیں کہ اِس میں آلات قابلِ نقل و حمل اور سادہ ہوتے
ہیں۔ اِس کے برعکس یہ ہے کہ بعض اوقات کسی ترسیم کا حاصل کرنا اگر ناممکن نہیں تو

نہایت مشکل ضرور ہو جاتا ہے، اور گو نتائج تمام عملی اغراض کے لئے عموماً کافی ہوتے ہیں تاہم ان سے وہ تفصیلات نہیں حاصل ہوتے جو برقی طریقے سے حاصل ہو سکتے ہیں۔ برقی قلب نگاری طریقہ میں یہ قباحت ہوتی ہے کہ اُس میں آلات پیچیدہ نوعیت کے ہوتے ہیں۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ جب وہ تشفی بخش طور پر کام کرتے ہیں تو نتائج ہمیشہ نہایت آسانی کے ساتھ حاصل ہو سکتے ہیں اور مریض کو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، بلکہ ضرورت ہو تو وہ کسی دوسرے مکان میں بستر پر لیٹا رہ سکتا ہے۔ 232

یہ خیال نہیں کر لینا چاہئے کہ یہ وقت طلب طریقے اب قلب کی معمولی بیقاعدگیوں



شکل ۱۰۱۔ بائیں بنڈل کی شاخوں کی مسدودی۔ ق ل م (QRS) وقفہ چوڑا ہے، اور ل اور م کٹا ہُوا ہیں۔ اس قسم کی ترسیم بسا اوقات اورطی مرض یا مرض عضلۂ قلب کے ہمراہ ملتی ہے۔ (برقی قلب نگار شکلیں جے۔ ایم۔ ایچ کیمبل کی لی ہوئی ہیں)۔

کی تشخیص کے لئے ناگزیر ہیں۔ اِن کی وساطت سے تحقیقات کرنے کا یہ نتیجہ ہے کہ اب غالب مثالوں میں اِن حالتوں کو محض استماع اور نبض سے اور نبض نگار رشم (sphygmogram) کی مدد سے تشخیص کر لینا ممکن ہوتا ہے۔

جوفی بیقاعدگی

(sinus irregularity)

یہ حالت بچوں میں عام ہے۔ دورانِ شہیق میں ضربات قلب زیادہ کثیرالوقوع ہو جاتے ہیں، اور دورانِ زفیر میں اور زفیر کے اختتام پر یہ شرح پھر کم ہو جاتی ہے۔ برقی قلب نگاری امتحان نے ظاہر کر دیا ہے کہ یہ ضربات ہمیشہ کامل طور پر طبعی (normal) ہوتے ہیں، اور یہ کہ قلب کی شرح کا تغیر، اُس شرح میں تغیر ہو جانے سے ہوتا ہے جس سے جوفی اُذینی گرہ (sino-auricular node) اپنے صدمات (impulses) باہر بھیجتی ہے، اور یہ آخرالذکر شرح عصب تائیہ کے عمل (vagal action) سے متاثر ہوتی ہے۔ عصب تائیہ (vagus) کی تنش (tone) دورانِ شہیق میں کم ہو جاتی ہے۔ اِس تنفسی بیقاعدگی کو میکنزی (Mackenzie) نے "نو عمری کی بیقاعدگی" (youthful irregularity) کے نام سے موسوم کیا ہے، اور یہ ایک بالکل طبعی چیز ہے۔ بعض اوقات یہی منظر بالغوں میں پرسکون تنفس (quiet respiration) کے دوران میں مشاہدے میں آتا ہے۔ جب تنفس گہرا ہو تو یہ عملی طور پر ہمیشہ دیکھا جاتا ہے۔ بعض اوقات شرح میں ایسا ہی تغیر اسطرح بھی ہوتا ہے کہ اُسکے ساتھ سانس کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ جب شرح قلب بڑھی ہوئی ہو، جیسی کہ ورزش کے وقت ہوتی ہے، تو جوفی عدمِ توازن (sinus arrythmia) موقوف ہو جاتا ہے۔ اُس کی اہمیت صرف اتنی ہی ہے کہ وہ دوسری قسموں کی بےقاعدگیوں کے ساتھ خلط ملط ہو سکتا ہے۔ جب وہ شناخت میں آجائے تو اُسے ایک طبعی شے سمجھنا چاہئے اور کسی علاجی تدبیر کے آزمانے کی ضرورت نہیں۔

قلبی مسدودی اور ایڈم سٹوکس کا علامیہ

(heart block and Adams-Stokes syndrome)

قلبی مسدودی (heart block) کی وجہ اُذینی بطینی گرہ (auriculo-ventricular node)، اُذینی بطینی بنڈل، یا اُس کی شاخوں میں سے کسی شاخ کی قوتہائے ایصال میں کمی آجاتا ہے۔ وہ حاد امراض ساریہ، بالخصوص روماتزم میں، نیز

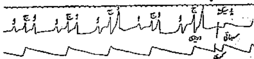
ڈیجیٹالس (digitalis) کے ذریعہ علاج کرنے کے بعد واقع ہوتی ہے - اِن مثالوں میں وہ عارضی ہوتی ہے - قلبی سدودی کی ایک مستقل حالت اُن قلبات میں واقع ہوجاتی ہے جو روماتزم یا آتشک سے مستقل طور پر نقصان رسیدہ ہوچکے ہوں، اور اُن بوڑھے لوگوں میں جنھیں عضلۂ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) ہو - وہ اور طبی صرع کے ساتھ متلازم ہونے کا رجحان رکھتی ہے - ممکن ہے وہ خِلقی ہو -

پہلی چیز جو واقع ہوتی ہے ف - ل (P-R) فاصلہ کا خفیف طور پر بڑھ جانا ہے (طبعی حالت میں ۱۲ء - ۱۸ء سیکنڈ یا ثانیہ کے برابر ہوتا ہے) - لہٰذا فاصلہ ۲ء سیکنڈ سے زائد ہوتا ہے - یہ صرف کبھی اتفاقاً ہی سے مریریاتی امتحان سے شناخت میں آتا ہے لیکن بعض حالات کے تحت اِس کی شناخت ہوسکتی ہے - طبعی حالات کے تحت سماع الصدر سے اُذینی انقباض نہیں سُنا جاسکتا، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ وہ بطینی انقباض کے استقدر قریب واقع ہوتا ہے کہ آخرالذکر کا شور اُسے ڈباکر بالکل غیر محسوس بنادیتا ہے لیکن جب اِن دونوں کے درمیان کا فاصلہ نسبتاً زیادہ ہوجاتا ہے تو اُذین کی آواز جداگانہ سنی جاسکتی ہے - ایسی حالتوں میں راس (apex) کو سنتے وقت ممکن ہے کہ ایک دوہری پہلی آواز سنائی دے، یا جب اُذینی اور بطینی ضربات کے درمیان کا فاصلہ اور بھی زیادہ ہو (یعنے جب اُذین انبساط کے آغاز میں، دوسری آواز کے بعد بہت جلد ہی ضرب لگاتا ہو) تو ایک دوہری دوسری آواز بھی اِسی مقام پر سُنائی دے سکتی ہے - یہ دونوں حالتیں حرکی لحن (canter-rhythm) کی قسمیں ہیں - پھر نوعمر بچوں میں کبھی کبھی پیش انقباضی (presystolic) یا ابتدائی انبساطی خریرات (early diastolic murmurs) قلبی سدودی کو ظاہر کرتے ہیں، نہ کہ مطرانی تضیق (mitral stenosis) کو - غالباً قلبی سدودی مریری طور پر اُس سے کہیں زیادہ موجود پائی جاتی ہے جتنا کہ عام طور پر خیال کیا جاتا ہے -

قلبی سدودی کے اور زیادہ ترقی یافتہ مدارج میں ف - ل (P-R) فاصلہ اور بھی زیادہ طویل ہوجاتا ہے، اور کبھی کبھی صدمہ بطین تک گذرنے میں ناکام رہتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطینی ضربات بالکل غائب ہوجاتے ہیں - (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۱) - یہ قلب کا استماع کرنے پر شناخت کیا جاسکتا ہے، جبکہ ایک طبعی لَے کے درمیان ایک پوری ضرب قلب بالکل غائب پائی جائے گی - نبض بھی قدرتی طور پر متوقف - نوعیت

(intermittent character) ظاہر کریگی۔ اِس سے بھی زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں بہیں وہ حالت مل سکتی ہے جسے ۲-۱ یا ۳-۱ قلبی سدودی کہتے ہیں، جس میں اُذین کی صرف ہر دوسری یا تیسری ضرب ہی ایک بُطینی انقباض کی تحریک پیدا کر دینے میں کارگر ہوتی ہے۔

ابتک ہم نے صرف اُسی قلبی سدودی پر غور کیا ہے جس میں اُذینی اور بُطینی انقباضات کے درمیان کا فاصلہ بڑھ جاتا ہے، یا جس میں بعض اُذینی انقباضات متناظر بطینی انقباضات کی تحریک نہیں پیدا کرتے۔ یہ سب جُزئی قلبی سدودی کی حالتیں ہیں۔ کامل قلبی سدودی میں اُذینی انقباضات میں کوئی انقباض بھی بُطین تک بالکل نہیں پہنچ سکتا۔ خوش قسمتی سے اِن حالات کے تحت بُطین اپنے آپ ضرب لگانا شروع کر دیتا ہے، لیکن اُس کا اپنا حقیقی



شکل ۱۹۔ ایک ۲-۱ قلبی سدودی کی حالت سے لیا ہوا کثیر نگاری منحنی۔ بالائی ترسیم گردن کی وریدوں سے ہے، اور زیرین ترسیم ریڈیل یعنے کعبری شریان سے۔ ہر کعبری ضرب کے ساتھ ایک اِنکماشی اِرتفاع ج ہے۔ منحنی میں باقاعدہ فاصلوں پر، ا نشان والی دوسری امواجیں بھی موجود ہیں جو اُذینی اِنکماش کی وجہ سے واقع ہوگئی ہیں۔ اُذین بُطین کی نسبت دوگونہ شرح سے منقبض ہوتا ہے۔ (بہ اتباع لیوس Lewis: صاحب)۔

قوازن نہایت سست، اور عموماً فی منٹ چالیس سے نیچے ہوتا ہے۔ برقی قلب نگارش اُذینی انقباضات کا ایک کامل طور پر باقاعدہ سلسلہ، اور بُطینی انقباضات کا ایک دوسرا باقاعدہ سلسلہ ظاہر کرتی ہے، لیکن یہ دونوں سلسلے ایک دوسرے سے بالکل متفرق ہوتے ہیں۔ لہٰذا ایسی حالت میں ایک فی منٹ چالیس سے کم والی منتظم نبض، کامل قلبی سدودی پر دلالت کرتی ہے، اگرچہ یہ بتلا دینا ضروری ہے کہ فی منٹ پینتیس تا چالیس کی شرح نبض والی حالتیں

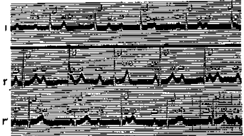
ایسی بھی ملتی ہیں، جن میں توازن طبعی ہوتا ہے۔ لیکن ایک دوسری اِمارت بھی ہے کہ جسے ابتداً گیلابن (Galabin) نے ۱۸۹۰ء میں بیان کیا، اور جو گائیز ہسپتال (Guy's Hospital) کی اُسی سال کی رپورٹوں میں شائع کی گئی۔ یہ پہلی رائے تھی کہ انسان میں اُذینی اور بُطینی توازنات (rhythms) کا کامل افتراق (dissociation) ہو سکتا ہے۔ اُس کے مریض میں شرحِ نبض فی منٹ بیس اور تیس کے درمیان تھی اور اُس نے بذریعہ استماع اُذینی انقباضات فی الحقیقت سُنے۔ وہ کہتا ہے کہ "یہاں ہم ایک ایسا قلب پاتے ہیں کہ جس کا اُذین، بُطین کے انکماش سے ذرا ہی پہلے منقبض نہیں ہوتا بلکہ دو بُطینی نبضانات (auricular pulsations) کے درمیانی وقفہ میں کبھی دوبار، اور کبھی ایک طویل وقفے (pause) کے دوران میں ایک ہی بار منقبض ہوتا۔ ایک اور اِمارت ہے جس کا انحصار اس واقعہ پر ہوتا ہے کہ اُذینی ضرب سُنی جا سکتی ہے، اور اِس پر کہ وہ دَوریہ میں مختلف نقطوں پر واقع ہوتی رہتی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ کسی وقت ایک بظاہر متضاعف (reduplicated) دوسری آواز موجود ہو، دوسرے وقت ایک متضاعف پہلی آواز ملے، اور کسی اور وقت پہلی آواز اپنی شدت (intensity) میں بہت بڑھی ہوئی ہو یعنے اُس وقت جبکہ اُذن اور بطین بیک وقت منقبض ہوں۔ اس آخری حالت میں ممکن ہے کہ گردن کی وریدوں میں ایک ناگہانی بڑی موج ہم زمان طور پر نظر آئے۔ یہ اِس حقیقت کی وجہ سے ہے کہ اُذینی انقباضات خون کو آگے دھکیل کر بطین کے اندر نہیں پہنچا سکتے اسوقت جبکہ وہ منقبض ہو رہا ہو۔ اِسی واسطے اُذین میں سے خون پیچھے کی طرف دھکیلے جانے کا رجحان رکھتا ہے۔

234

ایڈمس سٹوکس کا علائمیہ (Adams-Stokes syndrome)

۱۸۲۷ء میں آر۔ ایڈمس (R. Adams) اور ۱۸۴۶ء میں ڈبلیو۔ اسٹوکس (W. Stokes) نے مشاہدہ کیا کہ غیر معمولی طور پر سست نبض والے مریض غشیان (syncope) کے بے ہوشی یا تشنجات کے حملوں میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔ اسٹوکس نے تو یہاں تک مشاہدہ کیا کہ گردن کی وریدیں کُعبری نبض (radial pulse) کی نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ ضرب لگا رہی ہیں۔ اور ان ابتدائی اصابتوں میں سے دو میں قلب کا شحمی انحطاط موجود تھا، جس میں ا۔ ب بنڈل (A.V. بنڈل) جو اُسوقت نامعلوم تھا، ماؤف ہوا ہوگا۔ اِسپنس (Spens) نے ایسا ہی ایک مریض ۱۹۱۲ء میں دیکھا (Lea)۔

یہ حالت دماغی عدم دمویت (cerebral anæmia) کے باعث ہوتی ہے جو قلبی مسدودی کے سبب سے دورانِ خون کا ناگہانی فشل (sudden failure) ہوجانے سے پیدا ہوجاتی ہے۔ اگرچہ قلبی مسدودی عام ہے، تاہم یہ علامتیہ (syndrome) نادرالوقوع ہے۔ یہ اُن بوڑھے لوگوں میں واقع ہوتا ہے جو قلبی مسدودی کے زیادہ شدید درجوں میں یا کامل مسدودیٔ قلب میں مبتلا ہوتے ہیں۔ بُطَین دفعتہً نہایت سست رفتاری سے ضرب لگانے لگتا ہے، یا کچھ عرصہ کے لئے بالکل رُک جاتا ہے۔ علامات کا انحصار اس مدت پر ہوتا ہے کہ جس تک دورانِ خون ناکافی رہتا ہے۔ ایک بوڑھے شخص کا مشاہدہ



شکل ۲۰۔ کامل قلبی مسدودی کی برقی قلب نگارش۔ اُذین اور بطین کے توازنات مفترق (dissociated) ہیں اور اب بُطَین اُذین کی تبعیت نہیں ظاہر کرتا۔ بطینی انکماش ل (R) اور ن (T) غیر وضعیتیں پیدا کرتا ہے۔ اُذینی انکماشات ف (P) حرکات پیدا کر دیتے ہیں، جو ترسیم میں یکساں طور پر پھیلے ہوئے ہیں، اور بطینی حرکات سے کوئی مستقل تعلق نہیں رکھتے۔ اور وہ اُن کی نسبت تقریباً دُگنے بار ہوتے ہیں۔

(بہ اقتباع رسیل ویلس، Russel Wells)

کیا گیا، جس میں ہر دومنٹ کے بعد چالیس سیکنڈ تک قلب کی کامل مسدودی ہوجاتی تھی۔ چنانچہ اس امر کا کہ علامات ٹھیک کس طرح ترقی کرتے ہیں بار بار مشاہدہ کرنے کا موقع تھا (5)۔

قلب کے بند ہوجانے پر فی الفور شحوب (pallor) اور ساتھ ہی خفیف کبودی طاری ہوگئی۔
دو یا تین سیکنڈ کے بعد اُس نے بولنا موقوف کردیا اور ایک آہ (groan) کے ساتھ پیچھے
چکرا کر گر گیا۔ پانچ سے سات سیکنڈ کے اندر بے ہوشی طاری ہوگئی۔ پھر مختلف عضلات کے
انقباضات اور جوارح کے غیر ارادی حرکات دیکھے گئے۔ سانس بتدریج زیادہ گہری اور زیادہ
تشنجی (convulsive) ہوگئی، اور تنفس کے معین عضلات بھی کام کرنے لگے۔ تقریباً بیس سیکنڈ
میں وہ چوالیس فی منٹ کی شرح سے اور نہایت گہری سانس لے رہا تھا۔ تنفس اُس ہانپنے
(panting) سے مشابہ تھا جو صرف سخت ترین عضلی محنت کے بعد دیکھا جاتا ہے۔ وہ کبود
اور شاحب پڑ گیا تھا۔ قرنیہ اور روشنی کے معکوسات (corneal and light reflexes)
موقوف ہوگئے تھے۔ جب قلب پھر جاری ہوا تو پہلے دو یا تین ضربات کے بعد چہرہ شوخ سرخ
رنگ سے تمتما اُٹھا۔ پسینہ اور دمعی افراز کثرت کے ساتھ ہوا اور ملتحمات (conjunctivæ)
ممتلی (congested) ہوگئے۔ پھر اُس کی شکل و ہیئت بہ سرعت از سرِ نو طبعی حالت پر آگئی۔

اِنذار۔ قلبی مسدودی کی اہمیت مختلف حالتوں پر منحصر ہوتی ہے۔ خلقی قلبی
مسدودی جو کہ ابتدائے عمر میں ابطائے نبض کا موجب ہوتی ہے اور جس کے ساتھ بسا اوقات
خلقی مرض قلب ہوتا ہے اور جو ایڈم اسٹوکس کے حملے واقع کرتی ہے، بالعموم بچپن میں ہی
موت واقع کردیتی ہے۔ سب سے معمر مریض جس کا زندہ رہنا معلوم ہے تینتیس سال کا ہے۔
اُن عارضی حالتوں میں، جو روماتزم جیسے ساری امراض کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں، اس کے
یہ معنے ہوتے ہیں کہ عضلۂ قلب واضح طور پر ماؤف ہوگیا ہے، گو غالباً شفایابی واقع ہوجائیگی۔
اسی واسطے آرام اور احتیاط ضروری ہیں۔ مستقل اصابتوں میں قلبی مسدودی عموماً بذات خود
مہلک نہیں ہوگی، مگر وہ اس حد تک اہم ہوتی ہے کہ اُس سے بحیثیت مجموعی عضلۂ قلب
کی تندرستی (healthiness) کا پتہ چلتا ہے۔ اگر اذینی بطینی بنڈل میں کوئی ضرر موجود ہے تو
ممکن ہے کہ عضلہ کے سارے طول و عرض میں پھیلے ہوئے ضررات موجود ہوں، لہٰذا عضلۂ قلب
کے انحطاط کی شہادت تلاش کرنی چاہئے، اور ممکن ہے کہ یہی فشل قلب (heart-failure)
کا سبب ہو۔ جب دَورے ہوں تو انذار زیادہ تشویشناک ہوجاتا ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ
یہ دَورے بجائے خود مہلک ہوجائیں۔

علاج۔ قلبی مسدودی کی اصابتوں میں علاج قلب کی عام حالت کے لئے ہونا

چاہئے۔ اس خوف سے کہ مبادا ڈیجٹالس قلبی سدودی کا درجہ اور بڑھا دیگا، اس کے استعمال سے اجتناب کرنے کی کوئی وجہ نہیں، بشرطیکہ وہ اوزیما وغیرہ کے کم کرنے کے لئے دوسری طرح ضروری سمجھا جائے۔ بعض اشخاص، جنھیں قلبی سدودی کی شکایت تھی، محنت و مشقت کی زندگی بسر کر سکے ہیں، لیکن بیشتر حالتوں میں محنت اور مشقت سے اجتناب کرنا چاہئے۔ دوروں کی حالت میں ایڈرینالین (adrenalin) (۵، ۱۰ یا ۱۵ قطروں کی مقداروں میں) کامیاب ثابت ہوا ہے، کیونکہ وہ بطینی تشنج کو بڑھا دیتا اور قوتِ ایصال (conduction) کو زیادہ کر دیتا ہے (6)۔ ایٹروپین (atropine) ۱/۱۰۰ گرین جو اکثر اوقات دیا جاتا ہے، شاذ ہی کارگر ہوتا ہے۔ آتشکی اصابتوں (syphilitic cases) میں پارہ اور آیوڈائڈ کا استعمال کرنا نہایت اہم ہے۔ ایک مریض میں چند گھنٹوں تک آکسیجن سانس میں لینے سے مکمل سدودی قلب قائم ہو کر ایڈمز سٹوکس حملے موقوف ہو گئے۔ نیز بیریم کلورائیڈ (barium chloride) ۱/۲ ۔ ۱ گرین دن میں تین مرتبہ، اور اس کے ساتھ ایفی ڈرین (ephidrine) ۱/۲ گرین دن میں تین مرتبہ، حملے بند کرنے کے لئے کامیابی کے ساتھ دیا گیا ہے۔

جوفی اذینی سدودی (sino-auricular block)۔ یہ ایک نادر الوقوع حالت ہے۔ یہ بعض اوقات ایک حادثوی بخار کے دوران میں پیدا ہو جاتی ہے، اور دوسری حالتوں میں عضلۂ قلب کے مرض (myocardial disease) کے امارات موجود ہوتے ہیں۔ نبض سست اور غیر منتظم ہوتی ہے، کیونکہ اذین جوفی اذینی گرہ کی تحریک کی بالکل مجیبت ظاہر نہیں کرتا اور ایک ضربِ قلب بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسا متواتر کئی بار ہو جائے، اور قلب ایک وقت میں کئی سیکنڈ تک ضرب نہیں لگاتا۔ یہ حالت کثیر نگاری یا برقی قلب نگاری ترسیمات کے ذریعہ قلبی سدودی سے متفرق کی جا سکتی ہے، کیونکہ اس میں اذین اور بطین دونوں کا تواتر کم ہو جاتا ہے۔ ایک مریض میں یہ حالت دورانِ ورزش میں دور ہو گئی، لیکن جب نبض سست ہوئی تو پھر نمودار ہو گئی (7)۔

پیش از وقت ضربات متزاد انکماشات

(premature beats; extra systoles)

قلبی بے قاعدگیوں کی یہ قسم سب سے زیادہ عام ہے۔ یہ عورتوں کی نسبت مردوں

میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ غالباً ایسے بہت سے اشخاص میں جو ادھیڑ عمر یا بڑھاپے کی عمر تک پہنچتے ہیں، کسی نہ کسی وقت متزاد انکماشات ہوتے ہیں۔ معمولی مزاولت کے دوران میں یہ اُن لوگوں میں سب سے زیادہ عام پائے جاتے ہیں جو مرض قلب کے آثار ظاہر کرتے ہوں لیکن اکثر دوسرے اشخاص میں بھی نمودار ہوجاتے ہیں۔ یہ عموماً اُسوقت موقوف ہوجاتے ہیں جبکہ قلب تیز ہوجائے، جیسا کہ ورزش میں ہوتا ہے، اور قلب کے پھر سست پڑجانے پر اکثر پھر پیدا ہوجاتے ہیں۔

پیش از وقت ضربات کی تکوین قلب کے بعض حصوں کی بیش تحریک پذیری (over-excitability) کے باعث ہوتی ہے، جو ٹھیک وقت سے پہلے ہی متزاد ضربات شروع کرادیتے ہیں۔ اِس پیش از وقت ضرب کے وقوع کے بعد ایک تعویضی وقفہ (compensatory pause) ہوتا ہے، یہاں تک کہ قلب اپنا طبعی توازن پھر اختیار کر لیتا ہے۔ [illegible] مریض متناظر احساسات محسوس کرتا ہے۔ یہ پیش از وقت ضرب [illegible] محسوس ہوتی ہے اور کبھی نہیں ہوتی۔ طویل وقفہ محسوس کیا جاتا ہے [illegible] کا احساس پیدا کر دیتا ہے۔ یہ سینے میں ایک ناگہانی دھکے (bump) یا [illegible] (shock) کے ساتھ [illegible] ہوتا ہے اور قلب اپنا معمولی توازن پھر از سر نو حاصل کر لیتا ہے۔ [illegible] احساسات میں سے ہیں جن کو اختلاج (palpitations) کہتے ہیں۔

236

تحقیقات سے ظاہر ہوتا ہے کہ [illegible] [illegible] node) کے مقام [illegible] [illegible] پذیری (over-excitability) ہے [illegible] [illegible] (electrocardiograph) [illegible] [illegible] ("homotopic") [illegible] [illegible] (heterogenetic) [illegible]

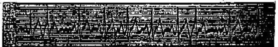


شکل ۲۱۔ شکل جو مستزاد بُطینی اِنکماش ظاہر کرتی ہے۔ اِس واقعہ سے اُذینی شرح میں خلل نہیں واقع ہوتا، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب کا اصلی توازن بعد میں پھر واقع ہو جاتا ہے۔ یہ ب ۔ ج فاصلہ ا ۔ ب سے ٹھیک دُگنا ہونے سے ظاہر ہوتا ہے (بہ اِتباع لیوس Lewis:)۔

شکل ۲۲۔ شکل جو مستزاد اُذینی اِنکماش ظاہر کرتی ہے۔ چونکہ اِس بےقاعدگی میں اُذین حصہ لیتا ہے، لہذا اُس کے توازن میں خلل واقع ہو جاتا ہے۔ دوسری ضرب اِس سے کسیقدر جلد ہی آتی ہے کہ جتنی شکل ۲۱ میں آتی ہے۔ یہ اِس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ب ۔ ج فاصلہ ا ۔ ب کے دو گنے سے کسیقدر کم ہوتا ہے (بہ اِتباع لیوس)۔



شکل ۲۳۔ دو متماثل المقام (homotopic) مستزاد اُذینی اِنکماشات، جن میں ف ۔ موجیں اور ف ۔ ل فاصلے طبعی ہیں، اور خفیف سے تعویضی وقفے (compensatory pause) ہیں۔ یہ خاکہ ایک بوڑھے شخص سے لیا گیا ہے جسکے خون کا دباؤ بلند تھا طبعی ضربات کی ف ۔ موجیں کسیقدر مچھوٹی تھیں۔



شکل ۲۴۔ دو متماثل المقام مستزاد اِنکماشات جو اُذین میں نیچے پیدا ہوتے ہیں، اور ایک نوجوان عورت سے لئے گئے ہیں جس میں مرض قلب کی کوئی شہادت نہ تھی مستزاد انکماش کی ف ۔ موج منعکس (inverted) ہے، ف ۔ ل فاصلہ طبعی ہے، اور ایک مکمل طور پر تعویضی وقفہ (compensatory pause) موجود ہے۔



شکل ۲۵۔ گرہی متزاد انکماشش (nodal systole) (متناظر المقام =homotopic)' ایک بوڑھے اتھیرومائی (atheromatous) شخص سے لیا ہوا معمولی سلسلہ کی ف موج (ف) پیش از وقت مُطیعنی موج یا متزاد انکماش (م ک) کے بالکل بعد ہی نظر آتی ہے۔ [برقی قلب نگارشیں جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیا مبیل (J. M. H. Campbell) کی لی ہوئیں]۔

کہتے ہیں۔ اِس صورت میں برقی قلب نگار پر کے منحنی کی شکل غیر طبعی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۸ ۔ ۲۹)۔ اس میں شبہ نہیں کہ اِن اختلافات کو محض اِستماع سے پہچان لینا ناممکن ہے ایک کھیری ترسیم اس بات کے دریافت کرنے میں مدد ہوسکتی ہے کہ آیا یہ اپنے مبداء میں اذینی ہیں یا بُطینی' کیونکہ آخر الذکر حالت میں متزاد انکماش کے ہر ایک جانب پر دو ضربات کے درمیان فاصلہ' طبعی فاصلہ کی نسبت دگنے کے برابر ہوگا لیکن اول الذکر حالت میں اُس سے نسبتاً کم ہوگا (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۶ اور ۲۷)۔ بعض حالتوں میں یہ ضربات کثیر الوقوع ہوتے ہیں۔ اگر ہمیں ایک سلسلہ ملے کہ اُس میں طبعی اور پیش از وقت ضربات متبادل طور پر واقع ہوں' تو اِس حالت کو "نبض دو توامی (pulsus bigeminus)" کہتے ہیں' تاکہ یہ "نبض متبادل" ("pulsus alternans") سے متمیز ہوسکے۔ ممکن ہے کہ ایک طبعی ضرب کے بعد باقاعدگی کے ساتھ دو متزاد انکماشات واقع ہوں۔ ایسی صورت میں تگنی (triple rhythm) مشاہدہ میں آئیگی (نبض سہ توامی = pulsus trigeminus)۔

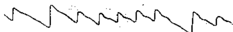
237

پیش از وقت ضربات نبض پر دو اثرات پیدا کرسکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ متناظر موج نبض چھوٹی ہو اور اُس کے بعد ایک تعویضی وقفہ ہو' یا ممکن ہے کہ ایک ضرب کی بجائے نبض کا کلی توقف (intermission) واقع ہوجائے (اشکال ۲۶ اور ۲۷)۔ مسلح العقد سے پیش از وقت ضربات بآسانی پہچانے جاسکتے ہیں۔ اِختلافات اِس لحاظ سے واقع

ہوتے ہیں کہ قلب کی متزاد ضرب قوی ہے یا ضعیف یعنے آیا وہ اورطی مصراعوں کو



شکل ۲۶۔ ایک گھیری نبض کی ترسیم جو کہ (X) کے مقام پر ایک قبل از وقت ضرب ظاہر کرتی ہے، جو کہ غالباً بطینی ہے۔



شکل ۲۷۔ متوقف گھیری نبض کی ترسیم، جبکہ قبل از وقت ضرب کلائی تک پہنچنے نہیں پاتی۔ غالباً یہ بطینی ہے۔

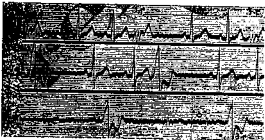
اُٹھاکر کچھ خون باہر دھکیلنے کے لئے کافی ہے یا نہیں۔ اول الذکر حالت میں چار آوازوں کا ایک گروہ سنائی دیگا، جو طبعی اصوات قلب کے ایک سلسلہ کے وسط میں ایکدوسرے سے



شکل ۲۸۔ کثیر الوقوع مختلف المقام (heterotopic) متزاد انکماشات (م۔ک)، جو اس واقعہ سے ظاہر ہوتے ہیں کہ اس تقوید (lead) میں لہر [illegible] موج، م موج کی نسبت بڑی ہے۔ یہ انکماشات ایک بوڑھے ایتھیرومائی [illegible] شخص میں بائیں بطین کے اندر پیدا ہوئے (جے۔ ایم۔ ایچ کیمپبیل)۔

قریب پائی جائیں گی ۔ یہ چار آوازیں "لب" ("lub") "ڈپ" ("dup") "ٹم" ("tum") "ٹی" ("ti") کے الفاظ (expressions) سے ادا کی جاسکتی ہیں ۔ "لب ڈپ" طبعی ضرب کی دو آوازوں کی نمائندگی کرتا ہے ۔ اِس گروہ کی تیسری آواز یعنے "ٹم" متزاد بطینی انقباض کی آواز کی' اور "ٹی" اورطی صماموں کی مسدودی کی قائم مقام ہے ۔ جب متزاد انکماش اِتنا قوی نہ ہو کہ اورطی صماموں کو اُٹھا سکے' وہاں اِس گروہ کی چوتھی آواز یعنے ٹی ("ti") غیر موجود ہوتی ہے ۔ ایسی صورت میں تین آوازوں کا ایک گروہ ایک ساتھ سنائی دیگا' جسے "لب" "ڈپ" "ٹم" کے الفاظ سے ظاہر کیا جاتا ہے ۔

238 ایک نوعمر شخص میں متزاد انکماشات' فاعلی التہاب قلب (active carditis)



شکل ۲۹ مختلف المقام (heterotopic) متزاد انکماشات (م ک) جنہوں نے بائیں بطین سے پیدا ہو کر (م تقوید ۱ میں اور ل تقوید ۲ میں زیادہ واضح ہے) نبض سہ توامی (pulsus trigeminus) پیدا کردی' ایک ایسی لڑکی میں جس میں مرض قلب کی کوئی شہادت نہ تھی (جے ۔ ایم ۔ ایچ ۔ کیامبیل) ۔

کا ایسا کرتے ہیں ۔ لیکن بیشتر بالغوں میں وہ کوئی اِنذاری مفہوم نہیں رکھتے ۔ تاہم دوری سرعت قلب (paroxysmal tachycardia) کی نسبتہً زیادہ خطرناک حالت اِن سے کسی حد تک تعلق رکھتی ہے' اور اِس حالت کے طاری ہوجانے کے اِمکان کو پیش نظر رکھنا چاہیے ۔ اِس کا زیادہ ثبوت نہیں موجود ہے کہ یہ اکثر واقع ہوتا ہے ۔ جب مرض قلب والے شخصوں میں

متزاد انکماشات ہوں تو انذار کی تخمین میں ضربات کی نوعیت کا لحاظ رکھنا چاہئے اور متزاد انکماشات کی موجودگی انذار کو بدتر نہیں بنا سکتی ۔ جب وہ بالکل تندرست اشخاص میں واقع ہوں تو مریض کو اُن کی عدم اہمیت کے متعلق اطمینان دلانا چاہئے ۔

عام طور پر یہ تعلیم دیجاتی ہے کہ کسی حالت میں بھی کوئی علاج خاص طور پر نہیں شروع کرنا چاہئے ' اور نہ مریضوں کو بیرون خانہ کھیلوں سے ' بلکہ فی الحقیقت کسی بھی ورزش سے جو وہ بصورت دیگر کر سکیں ' محترز رہنے کا مشورہ دینا چاہئے ۔ جب متزاد انکماشات مصراعی مرض کے ساتھ متلازم ہوں تو ایسی تعلیم دینا گویا مناسب حد سے بہت تجاوز کرنا ہے ۔ روماتزمی مبداء کے ہلکے اَورطی اور مترالی مرض (mild aortic and mitral disease) والا ایک مریض ' جسے راقم الحروف جانتا ہے ' حد سے زیادہ سخت عضلی محنت کیا کرتا تھا اور اُسے اکثر اوقات متزاد انکماشات محسوس ہوا کرتے تھے اگرچہ ورزش سے اُس کی سانس کبھی نہیں پھولتی تھی ۔ بالآخر اس کو ذبحۂ صدریہ (angina pectoris) ہو گیا ۔ زیادہ آرام کی حالت کی زندگی دوبارہ اختیار کرنے پر اُس نے محسوس کیا کہ متزاد انکماشات علاً غائب ہو گئے ۔ پہلے موقعہ پر اُن کی موجودگی اس امر کی دلیل سمجھی جا سکتی تھی کہ ورزش حد سے بہت زیادہ تھی ۔ اِس کے برعکس راقم الحروف کو ایسے تندرست طلباء ملے ہیں جن میں کسی وجہ سے اپنی باقاعدہ ورزش موقوف کر دینے کے بعد متزاد انکماشات نمویاب ہو گئے ۔ ورزش پھر شروع کر دینے پر یہ متزاد انکماشات غائب ہو گئے ۔

قلب کا کثیر الوقوع فعل

سرعتہ القلب

(tachycardia)

مختلف حالات میں قلب ' اور اُسی کے ساتھ نبض معمول کی نسبت زیادہ بار بار ضرب لگاتی ہے ۔ محنت کرنے پر قلب کی سرعت طبعی تواتر (normal frequency) کی نسبت دگنی سے زیادہ ہو جائے گی ' لیکن محنت کی موقوفی کے ساتھ چند ہی منٹ میں نبض اپنی طبعی شرح پر پھر آ جاتی ہے ۔ عصبی اثرات کے تحت بھی یہ شرح بڑھ جاتی ہے ۔ جذبات کے

متاثر کرنے والے اسباب (emotional causes) کی وجہ سے قلب کے فعل کی سرعت واقع ہونا کافی مشہور ہے۔ اور عصب تائیہ (vagus) کے شلل سے بھی سرعتِ فعل پیدا ہو جاتی ہے، جیسی کہ بعض اوقات التہابِ اعصابِ متعددہ (multiple neuritis) میں دیکھا جاتا ہے۔ شاذ مثالوں میں افراد شرح قلب کو بالارادہ بڑھانے یا گھٹا دینے کی طاقت رکھتے ہیں۔ سرعتِ ضربات قلب کی ایک عام قسم، جس میں اکثر ایک جذباتی عامل (emotional factor) حصہ لیتا ہے، اختلاج کی ایک قسم ہے کہ جس کی شکایت اکثر ہوا کرتی ہے۔ حالتِ مرض میں نبض کے تواتر کی زیادتی کا ایک نہایت عام سبب حموی تعامل (febrile reaction) ہوتا ہے۔ اور یہ تغیر ایک حد تک اُن سمیات سے منسوب کیا جا سکتا ہے جو بخار پیدا کر دیتے ہیں، اگرچہ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ تنہا بلا واسطہ حرارت، جیسی کہ ایک گرم غسل یا گرم کی ہوئی ہوا میں محسوس ہوتی ہے، قلب کو تیز کر سکتی ہے۔ سرعتِ قلب (tachycardia) مرضِ گریوز (Grave's disease) کا اہم مظہر ہے، جو خیال کیا جاتا ہے کہ درقی غدے کے باطنی افراز کی زیادتی یا ترمیم کے باعث ہوتا ہے۔ سرعتِ قلب ایٹروپین اور بعض دوسرے زہروں سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ اِن تمام مثالوں میں برقی قلب نگاری امتحان سے ظاہر ہوا ہے کہ یہ بڑھا ہوا تواتر قلب کے طبعی رفتار ساز کی تحریک کا نتیجہ ہوتا ہے۔ خود ضربِ قلب کی ترقیم طبعی ہوتی ہے۔ 239

دوسرا سبب قلب کی ساخت کا مرض ہے، خواہ یہ عضلۂ قلب کا ہو یا مصراع کا، کیونکہ ایسی صورت میں ہر واحد ضرب کی کارناکردگی (inefficiency) کی وجہ سے کافی دورانِ خون پیدا نہیں کیا جا سکتا تاوقتیکہ ایک معین وقت کے اندر ضربات کی تعداد زیادہ نہ ہو جائے۔ اِن تمام اسباب کے علاوہ وقتاً فوقتاً ایسی حالتیں بھی واقع ہو جاتی ہیں، جنہیں ضربیت القلب میں ایک دوری سرعت واقع ہو جاتی ہے، اور جن پر اب غور کیا جائیگا۔

سادہ دَوری سرعت القلب

(simple paroxysmal tachycardia)

سادہ دَوری سرعت القلب سے وہ حالت مراد ہے جس میں قلب کی طبعی ترتیب کا خاتمہ ہو کر اس کی بجائے دفعتہً سریع اور باقاعدہ ضربات کا ایک سلسلہ پیدا ہو جاتا ہے،

جوفی منٹ ۱۵۰ اور ۲۰۰ کے درمیان ہوتے ہیں۔ یہ ضربات ایک نئے مرکز کے باعث ہوتے ہیں، جو قلب میں پیدا ہوجاتا ہے، اور جو بطورِ خود ضربات کا آغاز کرتا ہے، جبکہ طبعی قارساز (normal pacemaker) کا وظیفہ عارضی طور پر منسوخ ہوجاتا ہے۔ لہٰذا یہ ضربات اپنے مبداء میں مختلف المقام (heterotopic) ہوتے ہیں اور انھیں متزاد انکماشات کا ایک سلسلہ سمجھنا چاہئے۔ یہ نیا مرکز یا تو (۱) اُذین کے اندر ہوسکتا ہے، یعنی جوفی اُذینی گرہ کے قریب، اُذین کے عضلی نظام (general musculature) میں، اُذینی بُطینی گرہ (auriculo-ventricular node) میں (گرہی توازن = nodal rhythm، جیسے کہ شکل ۳۲ میں)، یا گرہ سے آگے خاص بنڈل کے اندر، یا (۲) دائیں یا بائیں بطین کے اندر ہوسکتا ہے، جہاں ضربات غالباً پرکنجے کے جال (Purkinje's network) میں پیدا ہوتے ہیں۔ ان قسموں میں برقی قلب نگار کے ذریعہ تفریق کی جاسکتی ہے۔ سادہ دَوری سرعت القلب کی اُذینی قسم دونوں قسموں میں سے زیادہ عام ہوتی ہے۔ جب ضربات اُذین میں پیدا ہوں تو یہ طبعی طور پر بُطین تک پھیل جاتے ہیں، لیکن جب وہ بُطین میں شروع ہوتے ہیں، تو وہ پیچھے کو اُذین کی جانب ایک ایسے رُخ میں پھیل جاتے ہیں جو کہ طبعی کے برعکس ہوتا ہے۔

یہ حالت ہر عمر میں واقع ہوتی ہے۔ طبعی اشخاص (normals) میں بھی یہ تقریباً اُسیقدر عام ہے جتنی کہ بوڑھے روماتزمی مریضوں میں اور عضلۂ قلب کے انحطاط (myocardial degeneration) والے مریضوں میں۔

اِس حالت کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ اس کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے۔ اِس کا حملہ چند سیکنڈ سے لیکر دو ہفتہ کے درمیان کسی عرصہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ قلب تیز اور باقاعدہ ہوتا ہے، اور مریض کی وضع (posture) سے متاثر نہیں ہوتا۔ یہ امر اسے سرعت القلب کی دوسری قسموں سے ممتاز کرنے میں مدد دیتا ہے۔ اصواتِ قلب ٹِک ٹیک (tic-tac) نوعیت کے ہوتے ہیں، اور اگر کچھ خریرات (murmurs) موجود نہ ہوں تو وہ غائب ہوجاتے ہیں۔ نبض منتظم ہوتی ہے۔ دَورے کا خاتمہ اُسیقدر دفعۃً ہوتا ہے جتنا کہ اِس کا آغاز، اور نبض پہلے پہل غیر طبعی طور پر سست ہوجاتی ہے اور ممکن ہے کہ اپنا طبعی توازن دوبارہ حاصل کرنے سے پہلے متزاد انکماشات

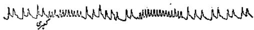
ظاہر کرے۔

علامات ۔ اگر حملے قلیل المدت ہیں، اور خاصکر اگر مریض اُن کا عادی بنگیا ہے تو ممکن ہے کہ کوئی علامات پیدا نہ ہوں ۔ اگر وہ کچھ عرصہ تک جاری رہتے ہیں تو عموماً تکلیف (distress) ہوتی ہے ۔ سینہ میں پھڑپھڑاہٹ (fluttering) کی شکایت ہوتی ہے، اور گردن میں ضربان (beating) کی ۔ مزید علامات قلب کی برآمد (output) کی تقلیل (دقیق حجم) کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو ایک اصابت میں ثابت ہوئی کسلمندی تھکنگی (exhaustion) اور جوارح کی برودت موجود ہوتے ہیں، اور پسینہ آنے لگتا ہے ۔ سوء ہضم کے علامات نمودار ہوجاتے ہیں، یعنے ریحیت (flatulence)، کثرت ریق (salivation)، متلی اور قے ۔ ممکن ہے کہ ذبحی (anginal) علامات بھی موجود ہوں، یعنے سینہ میں تنگی کا احساس اور تحت القصی درد ۔ ازاں بعد ممکن ہے کہ قلب بعلت فعل کی وجہ سے گرانبار ہوجائے (embarrassment of the heart) اور اس طرح فشل القلب (cardiac failure) کے امارات پیدا ہوجائیں، جن کے ساتھ اتساع قلب اور گردن کی جڑ کی وریدوں کا احتقان (engorgement)، جگر کی کلانی اور البیمیت عمومی آزیما وغیرہ پائے جاتے ہیں ۔ دورہ موقوف ہوتے ہی یہ تمام علامتیں فی الفور غائب ہوجاتی ہیں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اگر حملہ شدید ہوا ہے تو مختلف درجہ کی تھکنگی (exhaustion) باقی رہے۔

تشخیص ۔ اِس کا انحصار مریض کے باحتیاط امتحان پر ہوتا ہے، جبکہ ساتھ یہ دریافت کرنا بھی ضروری ہے کہ آیا ایسی ہی نوعیت کے دوسرے حملے پہلے بھی ہو چکے ہیں ۔ بعض اوقات ان اصابتوں کی تشخیص مثقوب معدی قرحہ (perforated gastric ulcer) کے طور پر کی گئی ہے اور جراحی عملیہ بھی کردیا گیا ہے ۔ نیز "حاد اتساع قلب" ("acute dilatation of the heart") کے طور پر بھی تشخیص کیا جا چکی ہے ۔ 240

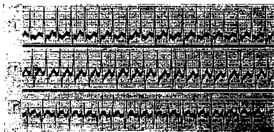
اِنذار ۔ انذار کے خاص نکات یہ ہیں :- (۱) عضلۂ قلب کس حد تک متعلق رہا ہے، کیونکہ ممکن ہے حملے خالصتہ عصبی فعل کا نتیجہ ہوں اور عضلۂ قلب تندرست ہو ۔ (۲) حملوں کی شدت، اور خاصکر فشل القلب کے امارات ۔ نوعمر اشخاص میں ایک یا دوسرے سمی سبب سے ایک دو انفرادی حملوں کا ہوجانا غیر عام نہیں، اور یہ عود نہیں کرتے

جب عضلۂ قلب تندرست ہو، بالخصوص اُن نوعمر اشخاص میں جنہیں حملے نوبتی (periodical attacks) ہوتے ہیں تو ایسی صورت میں زندگی کا طول بالکل نہیں گھٹتا، اور ان حملوں سے



شکل ۳۰۔ دَوری سرعت القلب (paroxysmal tachycardia) کے ایک مریض سے لی ہوئی شریانی ترسیم۔ دو مختصر دورے دکھلائے گئے ہیں جن میں سے ہر ایک تقریباً پانچ سیکنڈ جاری رہا۔ دوروں کے درمیان نبض غیر منتظم ہے (بعد اتباع لیوئس)۔

نجات ملنے کا اچھا خاصا موقع ہوتا ہے۔ اگرچہ اکثر دورے زائل ہو جاتے ہیں تاہم ایک لمبے دورے میں ہلاکت واقع ہو گئی ہے۔ اگر طبیب کو کسی حملے کے دوران میں مریض نے



شکل ۳۱۔ دَوری سرعت القلب تقوید ۲ میں کی نبض تبادل غیر معمولی ہے (جے۔ ایم۔ ایچ کیامبیل)۔

بلایا ہے تو مریض یا اُس کے دوستوں کو یہ یقین دلانا تقریباً یقینی طور پر صحیح ہوگا کہ وہ اس

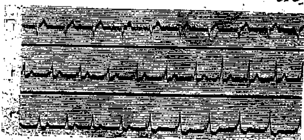
مخصوص دورے سے شفایاب ہوجائے گا۔

علاج ۔ احتیاط کے ساتھ سوال کرنے سے بعض اوقات حملوں کا واضح سبب معلوم ہوجاتا ہے، جیسے کہ تیز کافی (coffee)، کثرتِ تمباکو نوشی، شراب، جذبہ (emotion)، سرایت جیسے کہ حاد زکام، ناگہانی بار پڑنا۔ ان سب سے بچنا چاہئے۔ لیوس (Lewis) بیان کرتا ہے کہ سو کر اٹھنے سے پہلے ایک چوڑا اشکم بند (abdominal binder) لگا کر اسے دن بھر پہنے رہنا چاہئے، کیونکہ ایسا کرنے سے حملے رکے رہتے ہیں۔ بعض اوقات ڈیجیٹالس (digitalis) یا کوئینی ڈین (quinidine) کا ایک پورا انصاب (full course) مفید ہوتا ہے۔ بہت سے طریقے ایسے ہیں جن سے خود حملے ہی بند کردئے گئے ہیں، جیسے کہ ایک خاص حیثیت (attitude) اختیار کرنا، مثلاً سر کو گھٹنوں کے درمیان رکھکر جھکنا، ہاتھوں اور گھٹنوں کے بل رینگنا، یا مرکبی مرفقی وضع میں ٹھہرے رہنا یا چت (supine) لیٹنا۔ قے کرانا، رحیت دور کرنا، پیش قلبہ (præcordium) پر برف یا شکم کے گرد ایک تنگ بندش لگانا، گردن میں اعصاب تائہہ (vagi) کو دبانا، ڈیجیٹالین (digitalin) یا اسٹروفینتھین (strophanthin) کا وریدی اشراب کرنا، گہرے شہیق اور زفیر جلد جلد کرکے تنفسی کوشش کرنا، یہ سب کامیاب ہوئے ہیں۔ بعض اوقات مریض خود اپنے لئے کوئی ایسی چیز دریافت کرلیتے ہیں جس سے وہ حملے کو بالارادہ روک سکتے ہیں۔ کوئینی ڈین (quinidine) ممکن ہے کامیاب ثابت ہو، اور ۰.۲ گرام سے شروع کی جاتی ہے، اور دو گھنٹے کے بعد دہرا دی جاتی ہے، پھر تین تین گھنٹوں کے وقفہ سے پانچ خوراکیں دیجاتی ہیں۔ ڈیجیٹالس (digitalis)، ایگل اسٹن (Eggleston) کے طریقہ سے آزمائی جاسکتی ہے، جیساکہ اذینی ریشکی انقباض کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

طویل حملوں کے دوران میں یہ ضروری ہے کہ مریض کو بہ آرام رکھا جائے اور اگر ضرورت ہو تو افیون کے مرکبات (opiates) کے ذریعہ سے نیند پیدا کردی جائے۔ قریب الوقوع فشلِ قلب کے امارات کے لئے مناسب علاج کی ضرورت ہوگی۔ افتصاد (venesection) مفید ہوسکتا ہے۔ اگر کوئی عملیہ ضروری ہو تو حملوں کی سرگذشت، ایک عمومی معدم حس (general anæsthetic) کے استعمال کو خارج از بحث

241

نہیں کرتی۔



شکل ۲۲۔ کریبی توازن (nodal rhythm)۔ ق موجیں (ف) بطینی ملاتیوں (ventricular complexes) سے بہت قریب ہیں۔ یہ بعض برقی قلب نگار نوشتوں میں منعکس (inverted) ہوتی ہیں (ر۔ جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیا مبیل)۔

اُذینی رفرفہ (پھڑپھڑاہٹ)
(auricular flutter)

یہ نام سرعت القلب کی اُس شکل کو دیا گیا ہے، جس میں اُذین نہایت جلد جلد منقبض ہوتا ہے، یعنے مختلف مثالوں میں ۲۳۰ سے لیکر ۳۵۰ بار تک، لیکن بطین عموماً اِس سے آدھے یا چوتھائی تواتر کے ساتھ ضرب لگاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ کسی حد تک اُذینی بطینی مسدودیٔ قلب قائم ہو جاتی ہے۔ صرف ہر دوسرے، تیسرے یا چوتھے اُذینی انقباض کا ایصال بطین تک ہوتا ہے۔ کبھی کبھی محض قلیل عرصوں کے لئے قلبی مسدودی موجود نہیں ہوتی، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطینی شرح بھی فی منٹ ۳۲۰ ہو جاتی ہے، اور مریض عموماً غشی کی حالت میں ہوتا ہے۔ لیکن ۲ کے پیچھے ۱ والی قلبی مسدودی کی صورت میں بعض کھبری کی شرح تقریباً ۱۶۰ سے اُوپر نہیں ہوتی، چنانچہ بہ استثنائے بعض مثالوں کے اگر شرح نبض اس قدر سے اوپر ہو تو اُذینی پھڑپھڑاہٹ کو خارج از بحث سمجھا جا سکتا ہے۔

اِس کے برعکس اگر بطینی شرح آذینی شرح سے صرف چوتھائی ہے تو یہ صاف واضح ہے کہ نبض، جو فی منٹ صرف ستر یا اسی ہے، سرعت القلب کی موجودگی کا کوئی شبہ نہیں پیدا کرے گی۔ تاہم ایک پست ارتفاع کی آواز جو فی منٹ ۳۰۰ کی لَے رکھتی ہے، سنی جا سکتی ہے (62)-ایسی حالت میں مرض، جو صرف اذینوں کی سرعت القلب ہے، محض وریدی نبض کی ترسیم سے شناخت میں آسکتا ہے، یا برقی قلب نگارش سے، جس میں ہر بطینی ضرب (ل = R) کے پیچھے اُذینی ضربات (ف = P) دو یا چار ہونگے لیکن یہ باقاعدگی ہمیشہ نہیں قائم رہتی، اور ممکن ہے کہ غیر منتظم نبضیں واقع ہونے لگیں۔ یہ سرعت القلب دفعۃً شروع اور ختم ہوتی ہے، اور مریض کی وضع اور ورزش سے اُسی طرح متاثر ہوتی ہے جس طرح کہ دَوری سرعت القلب کی زیادہ عام شکلیں۔ لیکن یہ حالت طویل عرصوں تک جاری رہنے کا نسبتہ بہت زیادہ رجحان رکھتی ہے، اور کبھی اوقات ایسا ہوتا ہے کہ یہ عارضی ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۳۳)۔ اگر نبض سریع ہے تو برقی قلب نگار کے ذریعہ تشخیص کرنا مشکل ہو سکتا ہے۔ ایسی صورت میں سباتی جوف (carotid sinus) پر مضبوط دباؤ ڈالکر قلب کو سست کیا جاسکتا ہے، جس سے موجوں کا سرعت سے عود کرنا ظاہر ہوجاتا ہے، جیسا کہ شکل ۳۳ کی تقوید ۲ اور ۳ میں ہے۔ ڈیجیٹلیس کے زیر اثر لانے اور اسطرح قلب کو سست کرنے سے بھی تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ اُذین کی پھڑپھڑاہٹ پُرانے روماتزمی مریض کی نسبت اُس مریض میں زیادہ تواتر کے ساتھ ہوتی ہے جسے شریانی تصلّب (arteriosclerosis) یا خون کے دباؤ کی زیادتی کی شکایت ہو۔

242

امراضیات۔ اگر اُذین میں سے ایک عضلی حلقہ کاٹ کر نکال لیا جائے اور اِسے ایک نقطہ پر تہییج کیا جائے تو اِس نقطہ سے انقباض کی دو موجیں شروع ہوتی ہیں جو مخالف سمتوں میں مساوی رفتار سے چکر لگاتی ہوئی حلقہ کی مخالف جانب پر پھر مل جاتی ہیں۔ چونکہ عضلہ اُن کے ملنے کے وقت منقبض ہو رہا ہے لہٰذا وہ حالت گریزی (refractory) میں بھی ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ موجیں ایک دوسرے کو عبور نہیں کر سکتیں اور ضائع ہو جاتی ہیں (Mines)۔ اُذین کی طبعی قلبی ضرب کے متعلق یہ سمجھ لینا چاہئے کہ یہ اسی قسم کے ضربات کا تواتر (succession of beats) ہے، جو اُذین کے گرد چکر لگا کر ایک دوسرے سے دوچار ہوتے ہیں اور وہاں ضائع ہو جاتے ہیں۔

اب فرض کیجئے کہ اصلی ملقہ میں ایک ناگہانی عارضی سدِ ردی (block) پیدا ہوجائے اور اس طرح موج صرف ایک ہی سمت میں چکر لگا سکے، تو ایسی صورت میں وہ اسی سمت میں بار بار چکر لگاتی رہے گی کیونکہ اب مخالف سمت میں کوئی موج نہیں رہی ہے جو عضلہ کو گریزی بنا کر اسے روک دے۔ اس کے چکر لگانے کا سلسلہ لامتناہی طور پر جاری رہے گا۔ اُذین کی پھڑپھڑاہٹ میں صورتِ حال ایسی ہی ہوتی ہے، موج اُذینی عضلہ کے گرد چکر لگاتی رہتی ہے، اور برقی قلب نگارش کی ف موج ایک ایسے مکمل چکر سے متناظر ہوتی ہے (لیوس)۔ جب یہ موج تحریک چکر لگاتی ہے تو یہ شاخیں (offshoots) نکالتی جاتی ہے جو سارے



شکل ۳۳۔ جحوظ العینی غوطر (exophthalmic goitre) کی اصابت سے حاصل شدہ اُذینی پھڑپھڑاہٹ (auricular flutter)۔ اُذین کی شرح فی منٹ ۳۲۰ ہے، اور ۸۰ ضربات کی منظم نبض کے ساتھ ۴ : ۱ سدِ ردی موجود ہے (عموماً تقوید ا میں پھڑپھڑاہٹ واضح نہیں ہے)۔ (جے ۔ ایم ایچ کیامبیل)

اُذینی عضلہ میں پھیلکر انقباض پیدا کر دیتے اور بطینوں کو متہیج کر دیتے ہیں۔ تاہم کسی قدر اُذینی بطینی سدِ ردی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہو جاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطین صرف ہر دوسری، تیسری یا چوتھی اُذینی ضرب کی تجیبیت ظاہر کرتے ہیں۔
علاج ۔ یہ پایا گیا ہے کہ ڈیجیٹالس (digitalis) اُن اصابتوں میں مفید اثر

رکھتا ہے جن میں شرح نبض ۱۳۰ تا ۱۷۰/ اور اُذینی ضرب کی شرح اِس سے دُگنی ہوتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ دوا اِس مزاحمت کو زیادہ کردیتی ہے جو کہ صدمات کو اُذینی بطینی بنڈل کی راہ سے گذرنے میں پیش آتی ہے۔ اور اِس طرح بطینی شرح گھٹ جاتی اور نبض سست ہوجاتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں ڈیجیٹالس، اُذین کے منظم گو سریع انقباض کو درہم برہم کردیتا اور اسطرح اُذین کا ریشکی انقباض پیدا کردیتا ہے۔ اب اگر ڈیجیٹالس موقوف کردیا جائے تو ممکن ہے کہ قلب اذینی پھڑپھڑاہٹ کی طرف رجوع کرنے کی بجائے اپنا طبعی فعل اختیار کرلے۔ اِس کے بدل کے طور پر (alternatively) کیونیڈین (quinidine) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، یا تو اولاً پھڑپھڑاہٹ کو روکنے کے لئے یا اُس ریشکی انقباض (fibrillation) کو روکنے کے لئے جو ڈیجیٹالس کے علاج سے پیدا ہوگیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 246)۔

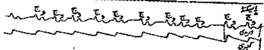
اذین کا ریشکی انقباض
(auricular fibrillation)

اِس حالت کی اہمیت اِس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ کسی شفاخانۂ عام میں جو مریض فشلِ قلب کے لئے داخل کئے جاتے ہیں اُن میں سے نصف سے زائد ایسے ہوتے ہیں جو اذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اذینی ریشکی انقباض کا ایک کثیرالوقوع پیشرو مادرروماتزم ہے، اور سرسری طور پر کہا جاسکتا ہے کہ شفاخانہ میں اذینی ریشکی انقباض کی جتنی اصابتیں ملتی ہیں اُن سب میں سے نصف ایسی ہوتی ہیں جو مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی ہوتی ہیں۔ روماتزمی گردہ بھی مزاولت میں چنداں کثیرالوقوع نہیں، کیونکہ مادرروماتزم نسبتہً کم عام ہے۔ دوسرے اسباب تصلبِ شریان (arteriosclerosis) گوئٹر (goitre) بشمول جیش درقیت (hyperthyroidism) ہیں۔ اور چند اصابتوں میں مریض بظاہر طبعی حالت میں رہتا ہے الّا یہ کہ اِسے ریشکی انقباض ہوتا ہے۔ اذینی ریشکی انقباض جب ایک مرتبہ مُحَوّیاب ہوجاتا ہے تو پھر وہ عموماً مریض کی بقیہ زندگی بھر قائم رہتا ہے۔ تاہم ریشکی انقباض دوروں کی صورت میں بھی واقع ہوتا ہے اور چند سیکنڈ سے لیکر ایک یا دو ہفتے جاری رہتا ہے۔ ایسے مریضوں

243

کے تجزیہ سے ظاہر ہوا کہ ۴۵ فیصدی شریانی تصلب والے تھے، ۲۵ فیصدی روماتزمی تھے، ۱۵ فیصدی کو درقیہ کا مرض تھا، اور ۱۵ فیصدی یا تو طبعی تھے یا تمباکو، الکحل وغیرہ سے با سرایت سے مسموم لیکن سرایت غالباً ابتدائی تر اقسام کے بہت سے مریضوں میں موجود تھی (9)۔

امراضیات ۔ انسانی موضوع میں اذینی ریشکی انقباض ابتداءً سنہ ۱۹۰۹ء میں راتھ برجر (Rothberger) اور ونٹربرگ (Winterburg) نے جداگانہ طور پر، اور پھر اِس ملک میں لیوِس (Lewis) نے بیان کیا ۔ سریریاتی حالت ابتدائی ترین زمانہ سے معلوم تھی، اور اِس میں نبض کو دائمی غیر منتظم نبض (pulsus irregularis perpetrus)



شکل ۴۴ ۔ ایک کثیر نگاری ترقیم ایک ایسے مریض سے جس میں قلب کی کامل بے نظمی تھی ۔ بطین کے ہر انکماش کے ساتھ بالائی یا وریدی منحنی میں ج (c) اور و (v) موجیں ہوتی ہیں ۔ معمولی پیش انکماشی موج و (a) بالکل غائب ہوتی ہے ۔ اُ (a) کی غیر موجودگی اور بے نظمی کی موجودگی اذین کے ریشکی انقباض (fibrillation) سے منسوب کی جاتی ہے ۔ (بہ اتباع لیوِس)۔

کہتے تھے ۔ میکنزی (Mackenzie) نے مشاہدہ کیا کہ وداجی ترسیمو (jugular tracings) میں موج و (a) غائب تھی اور اُس نے سب سے پہلے اِسے شللِ اذین کا نتیجہ سمجھا ۔ اِس سریریاتی حالت کی حقیقی نوعیت اُسوقت پہچانی گئی جبکہ مریضوں کی برقی قلب نگارشوں (electrocardiograms) اور وداجی نبض کی ترسیمو (jugular pulse tracings) کا مقابلہ اُن کتوں سے لی ہوئی ترسیموں سے کیا گیا جنھیں فرادی رو سے تہییج کے ذریعہ اُذین کے ریشوں میں انقباض (fibrillation) پیدا کیا گیا تھا ۔ لیوِس اور اُس کے رفقائے کار کے تازہ تجربات نے اِس حالت کی امراضیات (pathology) پر مزید روشنی

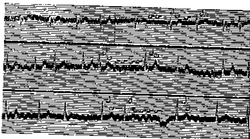
ڈال ہے - یہ پہلے ہی بتا دیا گیا ہے کہ اُذینی پھڑپھڑاہٹ ایک موج انقباض کے باعث ہوتی ہے جو اُذین کے گرداگرد بار بار چکر لگاتی ہے - ریشکوں کا انقباض بھی ایک چکر لگانیوالی موج کے باعث ہوتا ہے، لیکن اِس حالت میں یہ موج فی منٹ تقریباً ۴۰۰ گردشوں (revolutions) کی رفتار سے سفر کرتی ہے، دائرہ کا محیط نسبتہً چھوٹا ہوتا ہے موج کا راستہ زیادہ بے قاعدہ ہوتا ہے، اور اُذینی دیوار پر اُس کی شاخیں بھی بہت بے قاعدہ ہوتی ہیں - اِس کا سبب یہ ہے کہ جب موج اسقدر سرعت کے ساتھ سفر کر رہی ہوتی ہے تو وہ اُذینی عضلہ جس پر سے یہ موج سفر کرتی ہے جزءً گریزی حالت (refractory state) میں ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ محض چند ریشے ایسے ہوتے ہیں جو کہ ایصال صدم کی قابلیت رکھتے ہیں، اور یہ اسوقت جبکہ چکر لگانے والی موج پھر واپس آتی ہے بدل جاتے ہیں، اور اسطرح انقباض کے راستہ میں انتہائی بیقاعدگی پیدا ہوجاتی ہے - اُذینی بطینی گرہ (A. V. node) میں بھی بقیہ عضلہ کی طرح بیقاعدہ تحریکات اُٹھتی ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطین بھی بیقاعدگی کے ساتھ ضرب لگانے لگتا ہے - لیکن چونکہ کسیقدر اذینی بطینی سدودی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہوجاتی ہے، لہذا بطین ہر صدمہ کی جیبیت نہیں ظاہر کرتا - لیکن اس کے باوجود ایک علاج نہ کی ہوئی اصابت میں بطین کی شرح سریع اور غیر منتظم ہوتی ہے -

تشخیص - اذین کے ریشکی انقباض کی شناخت بیشتر اصابتوں میں مقابلتہً آسان ہوتی ہے - ضربتہ الراس (apex beat) اور نبض دونوں کسی غالب تجے ازان کی کامل غیر موجودگی ظاہر کرتے ہیں - ضربات اپنی قوت اور شرح دونوں میں بالکل غیر منتظم ہوتے ہیں - اگر ایک کعبری ترسیم اِس بے نظمی کو بخوبی ظاہر کرے، تو یہ دیکھنے میں آئیگا کہ ایک طویل تر وقفہ کے اختتام پر بجائے اُس قوی ضرب کے جس کی توقع ہوسکتی ہے ایک نسبتہً کمزور ضرب ملتی ہے - اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک مختصر وقفہ کے بعد ایک قوی ضرب دیکھی جائے (ملاحظہ ہو شکل ۳۴) -

اُسوقت جبکہ قلب کی شرح تیز ہو ضرب قلب کا مقابلہ جیسی کہ وہ بذریعہ استماع سُنی جاتی ہے، نبض سے کیا جاتا ہے، اور یہ دیکھا جاتا ہے کہ قلب کے بہت سے ضربات کلائی تک منتقل ہونے میں سرا سر ناکام رہتے ہیں - مطرانی ضیق کی اصابتوں میں

244

حقیقی اُذینی انکماشی خریر (auriculo-systolic murmur) کبھی نہیں ہوتی ، کیونکہ اُذین نے ضرب لگانا موقوف کر دیا ہوتا ہے۔ اگر خریر کبھی سُنائی بھی دے ، تو وہ ہمیشہ ابتدائی انبساطی یا وسط انبساطی (mid-diastolic) ہوگی۔ بعض اوقات وہ بظاہر پیش اِنکماشی (presystolic) ہوتی ہے ، لیکن یہ ایسی صرف اسی وجہ سے ہوتی ہے کہ قلب بعض اوقات انبساطی خریر کے ختم ہونے سے پہلے ہی منقبض ہو جاتا ہے۔ جب وقفہ اتنا کافی طویل ہو کہ وسط انبساطی خریر پورے طور پر ختم ہو جائے ، تو حقیقی اُذینی اِنکماشی خریر کبھی نہیں سُنائی دیتی۔



شکل ۵۰۳۔ اُذین کے ریشکی انقباض کی برقی قلب نگارش کیلینی ل (R) اور ن (T) موجیں نہایت بیقاعدگی کے ساتھ واقع ہیں ، اور اذینی ف موجیں (P-waves) غیر موجود ہیں ، لیکن اُن کی جگہ کثیر التعداد چھوٹی چھوٹی موجوں س (F) نے لے لی ہے ، جو منحنی میں منتشر ہیں۔ [بہ اِتباع رسیل ویلس (Russel Wells)]۔

جب قلب بے قاعدگی کے ساتھ ، اور ایسی شرح سے ضرب لگاتا ہو کہ جو فی منٹ ۱۲۰ سے زائد ہو ، تو یقیناً یہ اذین کے ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کی اصابت ہے۔ لیکن جب قلب سستی کے ساتھ ، یا یوں کہئے کہ ۱۰۰ سے کم بار ضرب لگاتا ہو ، اور اُس کی بیقاعدگی بھی چنداں زیادہ نہ ہو تو شناخت زیادہ مشکل ہوتی ہے۔ تاہم ایک مزید قیمتی امارت یہ ہے :۔ مریض سے کسی ہلکی قسم کی ورزش کے لئے جیسے کہ

اوپر نیچے جھکنے، یا بستر میں ایک دوبار اُٹھ کر بیٹھنے اور پھر لیٹنے کو کہا جاتا ہے۔ اگر اذینی ریشگی انقباض موجود ہے تو اس ورزش سے قلب اور بھی زیادہ غیر منتظم ہو جائے گا۔ دوسری اصابتوں، مثلاً متنوّاد انکماشات یا قلبی سسدوی میں ورزش کرنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نبض زیادہ باقاعدہ اور منتظم ہو جاتی ہے۔

انذار ۔ اذینی ریشگی انقباض ایک خطرناک حالت ہے۔ دس سال سے زائد زندہ رہنے والے مریض زیادہ نہیں ہوتے۔ فوری انذار کا بیشتر انحصار شرح نبض کو ۹۰ سے نیچے رکھنے کی قابلیت پر ہے، جو ایک امید افزا امارت ہے، اور وہی علاج کا بڑا مقصد بھی ہے۔ قلب جتنا بڑا ہوگا انذار اتنا ہی خراب ہوگا۔ اس کے برعکس جب امتلائی فشل ہو تو ریشگی انقباض والی اصابتوں میں بمقابلہ ان اصابتوں کے کہ جن میں ریشگی انقباض نہیں ہوتا عارضی صحت یابی ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے (20)۔ کیونئی ڈین، تقریباً ۵۰ فیصدی اصابتوں میں، اکثر اوقات صرف عارضی طور پر شفا بخش ثابت ہوتی ہے۔

علاج ۔ امراض قلب میں ڈیجیٹالس (digitalis) کو جو بڑی شہرت اور ناموری حاصل ہے اُس کا دار و مدار خاص کر اسی امر پر ہے کہ وہ اس حالت کے علاج میں کامیاب ثابت ہوتی ہے۔

سب سے پہلے ۱۷۷۵ء میں برمنگھم کے ایک طبیب ولیم وِدرنگ (William Withering) نے طب کو ڈیجیٹالس سے روشناس کیا۔ اُس نے استسقا کے کامیاب علاج کا ایک خاندانی نسخہ حاصل کیا، جو شراپ شائر کی ایک ضعیفہ نے عرصۂ دراز تک صیغۂ راز میں رکھا تھا اور جس سے اُس نے اُن مریضوں کو اچھا کر دیا تھا جن کے علاج میں نسبتہً زیادہ باقاعدہ اطبا عاجز رہ گئے تھے۔ اس دوا میں بیس یا زائد مختلف بوٹیاں تھیں لیکن وِدرنگ نے اُن میں سے کف الثعلب (fox-glove) کو بحیثیت ایک فعّال جزو کے منتخب کر لیا۔ اُس کی کتاب میں ۱۶۳ مریضوں کا حال درج ہے، لیکن وہ استسقا کے غائب ہو جانے اور متناظراً اُدرار پر بہ نسبت اُس اثر کے جو قلب پر ہوتا ہے زیادہ توجہ دیتا ہے، اگرچہ چند مریضوں میں قلب پر کے اثر کا بطور خاص تذکرہ کیا گیا ہے۔ تاہم وہ مندرجہ ذیل نوٹ کرتا ہے: "قلب کی حرکت پر اسے اس درجہ کا اقتدار حاصل ہے جو ابتک کسی دوسری دوا میں مشاہدہ میں نہیں آیا۔"

اگر نبض ۱۰۰ سے زائد ہو تو مریض کو بستر میں رکھکر اس کا علاج سفوف ڈیجیٹالس (pulv. digitalis) $1\frac{1}{2}$ تا ۱ گرین، جو کہ معیاری صبغیہ (tincture) کے ۱۰ ۔ ۱۵ قطرات کے برابر ہوتا ہے، دن میں تین یا چار مرتبہ دے کر کرنا چاہئے، یا تازہ خیساندہ (infusion) استعمال کیا جا سکتا ہے ۔ اگر نبض کی رفتار میں کمی نہ ہو، تو اس کی مقدار خوراک کو بڑھایا جاتا ہے، یہاں تک کہ ڈیجیٹالس کے تسمم کے واضح علامات ظاہر ہونا شروع ہوں ۔ وہ علامات یہ ہیں: ۔ متلی، قے، اسہال، اور دردِ سر ۔ اب ان علامات کو دور کرنے کے لئے مقدار خوراک کو کافی گھٹا دینا چاہئے، اور اسے مطلوبہ اثر حاصل ہونے تک جاری رہنے دینا چاہئے ۔

حاد یا نہایت خطرناک اصابتوں میں اسٹروفینتھین (strophanthin) $\frac{1}{۲۰۰}$ گرین، طبعی ملح (normal saline) میں ملا کر دروں وریدی طور پر دیسکتے ہیں، اور یہی مقدار مکرر دیجا سکتی ہے ۔ اسے تحت الجلدی یا دروں عضلی راہ سے بھی دیسکتے ہیں ۔ دروں وریدی اسٹروفینتھین چنداں خالی از خطر نہیں، کیونکہ مفید ترین علاجی اثر حاصل کرنے کے لئے دوا کی جو مقدار ضروری ہوتی ہے وہ زہریلی مقدار خوراک کے قریب ہوتی ہے ۔ زیادہ دیر تک پڑا رہنے پر اس کی قوت تاثیر میں کمی ہو جاتی ہے ۔ اذینی ریشکی انقباض کی حاد اصابتوں کے علاج کا ایک زیادہ خالی از خطر طریقہ ایگلسٹن (Eggleston) کا ہے، جس نے بتلا دیا ہے کہ جب ایک سریع اور کامل اثر پیدا کرنا ضروری ہو تو اذینی ریشکی انقباض اور فشل القلب والے مریضوں میں، ڈیجیٹالس کی اُن مقداروں کی نسبت جو عموماً استعمال کی جاتی ہیں، بہت زیادہ بڑی خوراکیں براہِ دہن دیجا سکتی ہیں ۔ یہ ضروری ہے کہ ڈیجیٹالس کی ایک معقول طور پر معیاری بنائی ہوئی تجہیز (standardized preparation) استعمال کی جائے ۔ امریکہ میں ڈیجیٹالس کے علاج کی اکائی (unit for digitalis therapy) "گربہ اکائی" ("cat unit") ہے، یعنی ڈیجیٹالس (کے سفوف کئے ہوئے پتوں کی ملی گراموں میں ظاہر کی ہوئی) وہ اقل مقدار جو دروں وریدی اشراب کرنے پر بلی کے لئے مہلک ثابت ہو ۔ اس ملک میں ڈیجیٹالس کی بیشتر عمدہ تجہیزوں کی "گربہ اکائی" سفوف کردہ پتوں کے ۱۰۰ ملی گرام کے برابر ہوتی ہے ۔ ان حالات میں ڈیجیٹالس کی وہ مجموعی مقدار جو ایک مریض کو دیجاتی ہے ذیل کے ضابطہ میں دی گئی ہے: ۔

صبغۂ ڈیجیٹالس کے کعب سنٹی میٹروں کی تعداد = ۰٫۱۵ × جسم کا وزن

رطلوں میں -

سفوف کردہ پتوں کے گراموں کی تعداد = ۱۵.۰ x جسم کا وزن رطلوں میں۔ مریض کے جسم کے طبعی وزن سے کام لینا چاہئے ' اور اس کی تخمین مریض کے حقیقی وزن سے گرنے میں کسی اوڈیما کا جو موجود ہو لحاظ رکھنا چاہئے۔ جسمانی طول پر سے قیاس کردہ وزن کام میں لایا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 472)- آخر الذکر کی پیمائش قمۃ الراس (vertex) اور عظم الورک کے حدبیات (ischial tuberosities) کے درمیان اُسوقت کرنا چاہئے جبکہ مریض بستر پر لیٹا ہوا ہو۔ شاید زیادہ خالی از خطرہ یہی ہے کہ اندازہ کردہ مقدار کا ¾ ہی کام میں لایا جائے۔ یہ تخمین کرنے پر ایک بالغ کے لئے عموماً صبغیہ کی ۳ ڈرام پائی جاتی ہے۔ بہترین یہ ہے کہ یہ تین یا چار خوراکوں میں چھ چھ گھنٹوں کے فاصلہ سے دی جائے اسطرح پر کہ مجموعی مقدار کے نصف سے شروع کیا جائے ' پھر ¼ ' پھر ⅛ ' پھر $\frac{1}{16}$ - شرح نبض کم کرنے میں اعظم اثر ایک دو گھنٹے میں اسطرح حاصل کیا جاسکتا ہے کہ ڈیجیٹالس کے پتوں سے ایک خالص گلوکوسائیڈ ڈگاکسن (glucoside digoxin) کا دروں وریدی انثراب کیا جائے ' خوراک ۵.۰ ملی گرام اور ۵.۱ ملی گرام کے درمیان ' جس کے الکحلی محلول کو اگلا مائع کے ساتھ ہلکا لیا جاتا ہے۔ بیجوں سے ڈیجیٹالینم ویرم (digitalinum verum) کا بھی اشراب کیا جاسکتا ہے ' خوراک ۵ ملی گرام جو کہ ۵.۰ ملی گرام ڈگاکسن (digoxin) اور معیاری صبغیہ کے ۵۰ قطرات کے معادل ہوتی ہے۔ ڈگاکسن براہ دہن بھی فعال ہوتی ہے۔ دونوں زیر جلدی بافتوں کے لئے خراش آور ثابت ہوتے ہیں (60)-

ڈیجیٹالس علاج کا مقصد یہ ہے کہ جب مریض بستر پر لیٹا ہوا ہو تو اس کی نبض ۸۰ اور ۹۰ کے درمیان رہے۔ جب یہ مقصد حاصل ہو جائے تو مریض اُٹھ سکتا ہے ' اور پھر یہ مقدار بتدریج گھٹا دیجاتی ہے اور پھر عموماً یہ دیکھا جائے گا کہ نبض اب بھی سست رہتی ہے۔ اِس کے لئے جو اقل مقدار ضروری ہے اُس کا تعین کر لیا جاتا ہے ' اور مریض کو اس مقدار کو اپنی باقی زندگی بھر لیتے رہنا چاہئے۔ لیکن اگر ڈیجیٹالس کے علاج کے باوجود شرح نبض بدستور بلند رہے تو اس قسم کی دوا سے اس سے زیادہ نہیں کیا جاسکتا۔ دوسرے مقتضیات (indications) یہ ہیں کہ بے انتہا محنت سے احتراز کیا جائے ' مراریت ' حمسل اور قبض سے بچا جائے ' اور حتی الامکان تندرست رہا جائے۔ عموی معدہ جس

(general anæsthetics) صرف اُسی وقت دینے چاہئیں جبکہ ایک عملیہ سے مریض کی زندگی بہت زیادہ بڑھائی جا سکے، یعنے جب عملیہ علاجاً ناگزیر ہو۔

قلب کو سست کر دینے میں ڈیجیٹالس کا فعل قلبی سسدودی پیدا ہو جانے کے باعث ہوتا ہے، جو اس درجہ کی ہوتی ہے کہ اُن کثیر التعداد صدمات کو روکنے کے لئے کافی ہوتی ہے جو اذینوں سے پیدا ہو کر بطین پر یورش کر دیتے ہیں۔ یہ قلبی سسدودی غالباً عضلۂ قلب پر راست فعل کے باعث ہوتی ہے، جو غالباً اذینی بطینی بنڈل (auriculo-ventricular bundle) میں کسی مقام پر یا اذینی بطینی گرہ (A. V. node) پر ہوتا ہے۔ تندرست قلوب میں ڈیجیٹالس کا فعل عصب تائیہ کا امتناع (vagal inhibition) پیدا ہو کر ہوتا ہے۔ جب ڈیجیٹالس کا استعمال حد سے زائد جاری رکھا جائے تو ممکن ہے کہ تسمم کی دوسری علامتوں کے علاوہ "ڈیجیٹالسی مزدوجیت" ("digitalis coupling") واقع ہو جائے (شکل ۳۰)۔ نبض سست ہو جاتی ہے، اور قلب قبادلا قوت کے ساتھ اور کمزوری کے ساتھ ضرب لگاتا ہے۔ جب یہ واقع ہو جائے تو ڈیجیٹالس کو عارضی طور پر حذف کر دینا چاہئے۔ یہ خطرے کی امارت ہے۔

۱۹۱۸ء میں فرے (Frey) نے اُذین کے ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کے علاج کے لئے طب کو کیونیڈین (quinidine) سے روشناس کیا۔ یہ اذینی عضلہ پر دو طریقوں سے عمل کرتی ہے:۔ (۱) یہ گریزی عرصہ (refractory period) کو طویل بنا دیتی ہے۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ اذین کے ریشکی انقباض میں اذین کے گرد ایک تیز رسی حرکت ہوتی ہے، اور مزید براں یہ موج تقریباً پورے دور میں پھیل جاتی ہے؛ اس طرح کہ بڑھتی ہوئی موج کے سر اور اس کی بھاگتی ہوئی دُم کے درمیان صرف ایک چھوٹا فصل تحریک پذیر عضلہ کا رہ جاتا ہے۔ جب گریزی عرصہ زیادہ ہو جاتا ہے تو اس چھوٹے فصل میں کا عضلہ تحریک ناپذیر ہو جاتا ہے اور وہ حرکت موقوف ہو جاتی ہے۔ (۲) کیونیڈین اذین کی قوت ایصال کو کم کر دیتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ موج نسبتۃً سست رفتاری سے سفر کرتی ہے۔ یہ فعل سابق الذکر فعل کے خلاف ہے اور موج کا استمرار پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے، کیونکہ تحریک پذیر عضلہ کا فصل زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیونیڈین کے اثر کا انحصار اس پر ہے کہ ان دونوں افعال میں سے کون سا فعل زیادہ قوی ہے۔ اگر

پہلا فعل قوی ہو تو اذینی ریشکی انقباض موقوف ہوجائے گا، اور قلب اپنا طبعی توازن اختیار کرلے گا۔ ایسا تقریباً نصف اصابتوں میں ہوتا ہے۔ بقیہ نصف میں یہ دوا بیکار ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ یہ دوسرے فعل کے غالب رہنے کی وجہ سے ہو۔

کیونیڈین کا علاج کرنے سے پہلے بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض کو بستر میں رکھکر ڈیجیٹالس کے علاج کا ایک ابتدائی نصاب دیا جائے اور بطینی شرح کو ۷۰ اور ۸۰ کے درمیان گھٹا کر اسکی حالت میں اصلاح کرلی جائے۔ اگر اس سے مریض میں کوئی اصلاح نہ پائی جائے تو یہ اصابت کیونیڈین کے لئے ناموزوں ہے، کیونکہ مریض کی اصلی حالت کا



شکل ۹۴۔ ڈیجیٹالسی مزدوجیت (digitalis coupling)۔
(جے۔ ایم۔ ایچ کیامبیل)۔

سبب کوئی غیر طبعی توازن نہیں ہے بلکہ زیادہ تر خود قلب میں نقائص ہیں۔ اذینی ریشکی انقباض کی وہ اصابتیں بھی کیونیڈین کے علاج کے لئے چنداں موزوں نہیں، جن میں ڈیجیٹالس دئے بغیر ہی بطینی شرح سست ہو۔ تازہ سدادیت (embolism) کی سرگذشت بھی کیونیڈین کے استعمال میں مانع آتی ہے، کیونکہ اگر اذین میں ایک علقہ (thrombus) موجود ہے تو اسوقت جبکہ اذین پھر طبعی طریقہ سے ضرب لگانا شروع کرے، ممکن ہے وہ آزاد ہوکر سدادیت پیدا کردے۔

اگر کیونیڈین سے علاج کرنے کا فیصلہ کرلیا گیا ہے تو ڈیجیٹالس موقوف کردیا جاتا ہے

اور دوسرے دن کیونیڈین سلفیٹ کے ۲۰۰ گرام کی ایک ابتدائی خوراک برداشت دی جاتی ہے، یہ دیکھنے کے لئے کہ اس دوا کے خلاف کوئی خاص مزاجی خصوصیت (idiosyncrasy) تو موجود نہیں ہے۔ پھر یہ جیلاتین کے کیسول کے اندر ۴۰۰ گرام کی خوراکوں میں دی جاتی ہے، پہلے تو دن میں ایکبار، پھر روزانہ دوبار، اور پھر دن بھر میں تین یا چار بار۔ نبض کی شرح اور اس کے نظم پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھی جاتی ہے، اور دوا کے اثر کی مزید توضیح برقی قلب نگارشوں کے ذریعہ کی جا سکتی ہے۔ بطینی شرح ابتداءً زیادہ ہو جاتی ہے لیکن

247

اذینی شرح کم ہوتی ہے۔ کبھی کبھی کیونیڈین سے شری (urticaria) گردشی دوران سر، اختلالات بصارت، متلی، قے اور ارتفاع تپش پیدا ہو جاتے ہیں۔ اگر فشل قلب کے امارات ظاہر ہوں تو اس دوا کو یقیناً موقوف کر دینا چاہئے۔ جب اذینی ریشکی انقباض رفع ہو جائے تو چند ہفتوں تک کیونیڈین کی تھوڑی تھوڑی خوراکیں (روزانہ ۲۰۰ گرام) جاری رکھنا مناسب ہے۔ یہ مقدار بتدریج کم کر کے بالآخر اس دوا کو موقوف کر سکتے ہیں۔ نکس (relapse) کا ہونا شاذ نہیں اور اس کا علاج بھی اسی اصول پر کرنا چاہئے۔

قلب کا توازن طبعی ہو جانے پر مریضوں کو عموماً زیادہ آرام محسوس ہوتا ہے اور اسی وجہ سے کیونیڈین کو ڈیجیٹالس پر، جو ریشکی انقباض کو رفع نہیں کرتا، فوقیت حاصل ہے۔ دائمی اور نوبتی دونوں قسم کے اذینی ریشکی انقباض میں کیونیڈین دی جا سکتی ہے۔ درقی سمی ریشکی انقباض (thyro-toxic fibrillation) کی اصابتوں پر کیونیڈین کا اچھا اثر اسی وقت ہوتا ہے جبکہ بیش درقیت (hyper-thyroidism) کا معقول علاج کیا جا چکا ہو۔ کیونیڈین اور ڈیجیٹالس کو ساتھ ساتھ نہیں دینا چاہئے۔

نبض متبادل

(pulsus alternans)

قلب کی غیر طبعی ضرب کی اس قسم میں چھوٹے اور بڑے ضربات نظم کے ساتھ متبادل ہوتے ہیں، لیکن نبض دو توأمی (pulsus bigeminus) یا مزدوج ضربات کے برعکس (جس میں ایک چھوٹی ضرب کے بعد کا وقفہ اس سے بڑا ہوتا ہے کہ جتنا ایک بڑی ضرب کے بعد کا وقفہ) شروع سے آخر تک وقفے تقریباً ٹھیک طور پر یکساں ہوتے ہیں اگر

ایک چھوٹی اور بڑی ضرب نبض کے درمیان کا فرق زیادہ نمایاں نہو تو ممکن ہے کہ وہ اُنگلی سے شناخت میں نہ آئے اور اِس حالت کو بتلانے کے لئے نبض نگار (sphygmograph) کی ضرورت پڑے۔ اگر فرق نمایاں ہے، یعنے اگر متبادل کمزور ضربات نہایت چھوٹے ہیں، تو ممکن ہے کہ اُنھیں انگلی محسوس نہ کرے، اور ایسی نبض غیر معمولی طور پر سست سمجھ لی جائے، یعنے وہ دراصل جتنی ہے اُس سے نصف سست۔ ضغط النبض پیما (sphygmomanometer) سے خون کا دباؤ لینے سے بھی یہ حالت پہچانی جاسکتی ہے۔ دباؤ کے ایک خاص درجہ پر کمزور ضربات غائب (eliminated) ہوجاتے ہیں اور کلائی کی نبض بظاہر اپنی اصلی شرح سے نصف کم ہوجاتی ہے۔ نبض تبادل کی تشخیص برقی قلبی نگارش (electro-cardiogram) کے ذریعہ چنداں آسانی کے ساتھ نہیں ہوتی۔ لیکن صفحہ 240 پر کی شکل ۳۱، نقویہ ۳ میں وہ موجود ہے، جیسا کہ ل۔م۔ بولٹ (R. S. excursion) کی تبادل تخفیف سے ظاہر ہوتا ہے۔

یہ غیر طبعی حالت یقیناً عضلۂ قلب کی ناقص انقباض پذیری (contractility) یا خستگی (exhaustion) کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ورزش سے بڑھ جاتی یا نمایاں ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عارضی ہو اور غائب ہوجائے۔ لیکن اگر مسلسل رہے تو اِس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ قوتِ انقباض پذیری (contractile power) کے نقص کا سبب مستقل یا دائمی (persistent) ہے، مثلاً عضلۂ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration)۔ تجربہ ظاہر کرتا ہے کہ اِس کی شدید اصابتیں (pronounced cases) شاذ ہی دو سال سے زائد تک موجود رہتی ہیں، اور ناگہانی طور پر موت کا وقوع شاذ نہیں۔ اِنذار اُس وقت اور بھی خراب تر ہوتا ہے جبکہ تبادل نبض بطی (slow pulse) کے ساتھ دیکھا جائے۔ اگر یہ حالت محض اُسی وقت ظاہر ہو جبکہ قلب سرعت کے ساتھ ضرب لگاتا ہو تو اِنذار چنداں خراب نہیں ہوتا۔

علاج۔ قلب کی قوت کو محفوظ رکھنے کے لئے اُسے سکون و آرام دینا چاہئے۔ ڈیجیٹالس اُن اصابتوں میں مفید پایا گیا ہے جن میں نبض تیز ہو، بالخصوص جبکہ اُذینا بھی موجود ہو۔ اِس کے استعمال سے نبض بطی ہوکر تبادل رفع ہوجاتا ہے۔

قلیل الوقوع فعل

بُطءُ القلب (= bradycardia)

اگرچہ نبض کبری اور قلب کا طبعی تواتر اکثر ستر فی منٹ سمجھا جاتا ہے، تاہم ساٹھ فی منٹ کی نبض بالکل عام ہے۔ بعض اشخاص میں پچاس کی نبض طبعی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ان بطئ النبض (slow pulsed) اشخاص میں آدھی رات کے سرد گھنٹوں میں یا علی الصباح نبض کی شرح گھٹ کر اڑتالیس ہو جائے۔ فاقہ کشی (starvation) اور قلتِ تغذیہ (under nutrition) میں بھی نبض کی شرح سست پائی جاتی ہے اور بلاشبہ نبض کی یہ سستی تحوّل کی تخفیف کی وجہ سے ہے جو کہ واقع ہو جاتی ہے۔

اِس حالت کے لئے امتحان کرتے وقت بلاشبہ قلب اور نبض کبری دونوں کا مشاہدہ کرنا ضروری ہے، کیونکہ کئی حالتیں ایسی ہوتی ہیں جن میں ممکن قلب کی ضرب کلائی تک نہیں پہنچ سکتی، مثلاً نبض متبادل (pulsus alternans) یا نبض توامی (pulsus bigeminus)۔ اگر صرف نبض ہی دیکھی جائے تو بطء القلب (bradycardia) کا شبہ ہوتا ہے، گو کہ قلب طبعی شرح سے ضرب لگا رہا ہوتا ہے۔

بطء القلب کی بہت سی حالتیں عصب تائیہ کے ہیجان (vagal stimulation) کے باعث ہو سکتی ہیں، جو معکوس طور پر پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ وہ نبض بطی جو کہ ضغطۃ الدماغ (cerebral compression)، یرقان، انفلوئنزا اور دوسرے حاد امراض ساریہ کے بعد کی نقاہت (convalescence) سے ظہور میں آتی ہے اسی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہی الفاظ پورے قلب کی سست رفتاری کے متعلق کہے جا سکتے ہیں کہ جس سے بے ہوشی کا وہ حملہ ہو جاتا ہے جس کا عام سبب جذبہ (emotion) یا دیر تک کھڑا رہنا ہے یا ممکن ہے کہ بے ہوشی کے وہ حملے پیدا ہوں جو اوعیی مرض میں ہوتے ہیں۔

248

دورانِ تنفس میں قلب کا متبادلاً سست اور تیز ہو جانا (جو فی حد ذاتہ عدم توازن جیبی : sinus arrhythmia) بھی عصب تائیہ کے فعل کے سبب سے ہے، نیز وہ کسی قدر غیر عام "ایئتی بےقاعدگی" ("phasic irregularity")، بھی جس میں تنفس کے تعلق کے بغیر

اور بلا کسی ظاہری سبب کے پورا قلب نوبی طور پر سست پڑ جاتا ہے۔

ایک دوسری غیر عام حالت جو بُطأ القلب (bradycardia) پیدا کر دیتی ہے جوفی اُذینی مسدودی (sino-auricular block) ہے' لیکن نور جوفی اذینی مسدودی کا عصب تائیہ کے ہیجان کے باعث ہونا ممکن ہے۔ طویل المدت بطء القلب کا ایک خاصہ عام سبب اذینی بطینی مسدودی ہے' بالخصوص اس وقت جبکہ یہ مسدودی کامل درجہ کی ہو۔

بطین کا ریشگی انقباض

(ventricular fibrillation)

برقی قلب نگار کی وساطت سے ریشگی انقباض کا وقوع بطین میں اسی طرح ہوتا دیکھا گیا ہے کہ جس طرح اذین میں۔

بالعموم یہ موت سے فوراً پہلے دیکھا جاتا ہے' گو یہ ضروری نہیں ہے کہ یہ موت کا سبب ہو۔ لیکن جانوروں میں' اور شاذ موقعوں پر انسان میں بھی' یہ کچھ عرصہ کے بعد موقوف ہو کر شفایابی واقع ہو گئی ہے۔ صعقہ (lightning stroke) میں موت کا سبب یہی معلوم ہوتا ہے' اور بعضوں کا یقین ہے کہ عدم حسیّت کلوروفارم کی بعض مہلک واردانوں کی توجیہ بھی اسی سے ہوتی ہے۔

قلب کی تعویض

مرض میں قلب بسا اوقات کسی قدر از کار رفتگی کے تحت فعل کرتا ہے۔ جب قدرتی اعمال کے ذریعہ قلب کی طاقت بڑھ کر اس از کار رفتگی پر غلبہ حاصل ہو جاتا ہے' تو قلب کو تعویض یافتہ کہا جاتا ہے۔ قلب کی طاقت اسطرح بڑھ سکتی ہے کہ عضلی دیواروں کی دبازت بڑھ جائے۔ اس کو بیش پرورش کہتے ہیں' جس کے ہمراہ ممکن ہے کہفوں کا اتساع پایا جائے یا ممکن ہے نہ پایا جائے۔

جب یہ از کار رفتگی کہ جس کے تحت قلب فعل کرتا ہے ادنیٰ درجہ کی ہو تو بیش پرورش اس حد تک واقع ہو جائے گی کہ قلب سے خواہ کوئی کام بھی انجام دینے کا

مطالبہ کیا جائے، اس کی مجیبیت اتنی ہی موثر ہو گی جیسی کہ کسی طبعی شخص میں۔ چنانچہ شدید ترین قسم کی عضلی ورزش کے بعد بھی مریض معمول سے زیادہ گسستہ نفس نہیں ہوتا ایسی از کار رفتگی کو مکمل طور پر تعویض یافتہ کہتے ہیں۔

اگر یہ از کار رفتگی بلند تر درجہ کی ہی ہو، تو مریض کو آرام کی حالت میں یا ہلکی ورزش کے دوران میں تو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، لیکن جب ورزش شدید تر ہو تو وہ طبعی سے زیادہ گسستہ نفس ہو جاتا ہے، اور گسستہ نفسی کچھ مدت تک قائم رہتی ہے۔ اس صورت میں گویا قلب ہلکی ورزش کے لئے تعویض یافتہ ہے، لیکن شدید تر ورزش کے لئے تعویض نایافتہ ہے۔ ایسی صورت کے لئے جزوی یا نامکمل تعویض کی اصطلاح کا استعمال کیا جا سکتا ہے۔

اس سے بھی شدید تر اصابتوں میں، جبکہ قلب کا فشل ہو رہا ہوتا ہے، مریض بستر پر آرام کی حالت میں پڑا ہوا بھی گسستہ نفسی اور دیگر علامات ظاہر کرتا ہے۔ اس صورت میں تعویض کا کمل فشل ہو چکا ہے، اور قلب کے مختلف کوشک اس سے زیادہ متسع ہو چکے ہیں کہ جتنے وہ تعویض کے فشل سے قبل تھے۔

بیش پرورش

(hypertrophy)

قلب کی بیش پرورش، جسم کی قدرتی مجیبیت ہے جو کہ قلب پر پڑے ہوئے زائد کام کی وجہ سے ظہور میں آتی ہے، اور جو اسی وقت تک واقع ہو سکتی ہے جب تک کہ خون کی ایک معقول رسد پہنچ کر قلب کے تغذیہ کو بخوبی قائم رکھے۔ جب بطینوں کی بیش پرورش، متناظر کہفوں کے ازدیاد (اتساع) کے بغیر واقع ہو تو اسکو ہم مرکز بیش پرورش کہتے ہیں، اور اس امر کے پیش نظر کہ زائد کام قلب کی کس جانب پر پڑتا ہے، یہ چپ جانبی یا راست جانبی ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ دونوں جانبین مساوی طور پر متاثر ہوں۔ چپ جانبی بیش پرورش جب بائیں بطین کے اتساع کے بغیر ہو تو اس کے اسباب حسب ذیل ہیں۔ (۱) اورطی مصراعوں کا مرض، جبکہ اس سے دہنہ کی تنگی واقع ہو۔ (۲) نہایت شاذ طور پر اورطی کی پیدائشی تنگی۔ (۳) بڑھا ہوا شریانی تناؤ۔ (۴) قلب کا مسلسل سریع فعل۔

جیسا کہ جحوظی گھیگے (exophthalmic goitre) میں ہوتا ہے۔ (۵) انضمامات تاموری جو حرکات قلب میں مزاحم ہو کر قلب پر زائد کام کا بار ڈال دیتے ہیں۔

دائیں بطین کی بیش پرورش، ریوی دوران خون میں تسدد ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ تسدد :۔ (۱) ریوی دہنہ پر واقع ہو سکتا ہے، بوجہ مصراعات کے پیدائشی تشوہات (malformations)، دہنہ کی پیدائشی تضییق، ریوی مصراعوں کے اکتسابی مرض، یا شریان ریوی کے قاعدہ پر اورطی انورسما کے دباؤ کے۔ (۲) پھیپھڑوں میں واقع ہو سکتا ہے، بوجہ نفاخ، مزمن شعبی التہاب، تمدد الشعب (bronchiectasis)، اور گاہے بوجہ مزمن سل ریوی کے۔ اور (۳) قلب کے بائیں جانب کے اوّلی مرض کی وجہ واقع ہو سکتا ہے، جس سے بایاں اذین اور ریوی دوران خون محتقن (engorged) ہو کر پھیپھڑوں میں خون کا دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔

اورطی بازروی اور دیگر بازرو ضررات میں، جیسا کہ بعد میں بیان کیا جائے گا، تعویض ہمیشہ اسطرح واقع ہوتی ہے کہ وہ کہفہ کہ جس میں اور جس سے خون بازرو ہوتا ہے اولی (تعویضی) طور پر متسع ہو جاتا ہے، اور بیش پرورش اتساع کے بعد ثانوی طور پر ہو جاتی ہے۔ اس کو منحرف المرکز (excentric) بیش پرورش کہتے ہیں، اور یہ اصطلاح اورطی بازروی میں بائیں بطین کے متعلق خاص طور پر استعمال کیجاتی ہے۔

اذینوں کی بیش پرورش، شاذونادر ہی اتساع کے بغیر واقع ہوتی ہے لیکن مطرانی ضیق میں بائیں اذین میں بیش پرورش کا غلبہ ہوتا ہے۔ یہ اذینی بطینی مصراعوں کے تضیق یا عدم کفایت سے پیدا ہوتی ہے۔

مرضی تشریح - اورطی بازروی (aortic regurgitation) ہی میں بیش پرورش سب سے اعلیٰ درجہ کی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ بطینی دیوار اپنی طبعی دبازت کی نسبت دگنی ہو جائے۔ ایسی صورتوں میں ہمیشہ بطین کا اتساع ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے اور دوسرے کہفوں میں بھی متناسب تغیرات ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب کا وزن ۶۰۰ اور ۱۳۰۰ گرام کے درمیان کہیں نہ کہیں ہوتا ہے۔ ایسی مثالوں کو قلب الثور (cor bovinum) کہتے ہیں۔ دائیں بطین کی بیش پرورش میں اس کا راس اپنی حد سے تجاوز کر کے راس قلب میں متداخل ہوتا ہے، اور نمایاں اصابتوں میں جب سامنے سے قلب کو

دیکھا جائے تو بایاں بطین بشکل نظر آتا ہے۔ دایاں بطین دائیں جانب کی طرف بھی اس سے زیادہ دور آگے تک پھیل جاتا ہے کہ جہاں یہ معمولی طور پر ہوتا ہے۔

طبیعی امارات ۔ راست و چپ جانبی بیش پرورش کے طبیعی امارات جو کہ عام طور پر مسلّم ہیں بسا اوقات زیادہ اعتقاد کے قابل نہیں ہوتے۔ وہ حسب ذیل ہیں:۔

چپ جانبی بیش پرورش کی حالت میں صدمۃ القلب (impulse) جاشی (heaving) ہوتا ہے اور ایک وسیع رقبہ پر محسوس ہو سکتا ہے، درحقیقت ممکن ہے کہ کلائی یا فتہ قلب سینہ کو مستقلاً باہر کو ابھرا ہوا بنا دے۔ جب بائیں بطین کا توسیعی اتساع بھی موجود ہو تو صدم کا محل وقوع طبیعی حالت کی نسبت زیادہ نیچے کو اور باہر کی طرف ہٹا ہوتا ہے، اور پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) متناظر طور پر بائیں طرف کو بڑھی ہوتی ہے۔

ہم مرکز بیش پرورش میں پیش قلبی اصمیت کی زیادتی خفیف ہوتی ہے یا بالکل نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ کلائی یافتہ قلب پھیپھڑوں کے نفاخ سے بلکہ چھپ جائے مستقل طور پر زیادہ بڑھا ہوا خون کا دباؤ ہمیشہ یہ معنے رکھتا ہے کہ بایاں بطین بیش پرورد (hypertrophied) ہے۔ اسی طرح بیش پرورش ان دیگر اسباب کی موجودگی سے بھی مستنبط کی جا سکتی ہے جو کہ اوپر بیان کئے جا چکے ہیں۔

دائیں بطین کی بیش پرورش کے امارات چپ جانبی بیش پرورش کے امارات سے مماثل ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ شراسیف (epigastrium) پر ایک انکماشی صدم (systolic impulse) نظر آئے، بچوں اور دبلے پتلے افراد میں جب ہاتھ کو شراسیف میں اور بائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے رکھ کر اوپر کو گھسایا جاتا ہے تو دایاں بطین حقیقتاً اسکے پاس ضرب لگاتا ہوا محسوس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ضربۃ الراس (apex beat) بھی کسی قدر بائیں طرف کو منتقل ہو گئی ہو اور پیش قلبی اصمیت بڑھ گئی ہو۔

استماعی امارات پر غور ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 218)۔

دائیں اور بائیں بطین کی اضافی بیش پروردگی کے متعلق غالباً صحیح ترین معلومات برقی قلب نگار سے حاصل ہو سکتے ہیں (ملاحظہ ہوں اشکال ۳۷ اور ۳۸)۔ راست جانبی قلبیہ میں سم انصراف (S. deflection) پہلی تقوید (Lead I) میں، اور رل انصراف (R. deflection) تیسری تقوید میں بڑھ گئے ہیں، چنانچہ اشکال کے اندر بطینی علاکیات

(ventricular complexes) "ایک دوسرے کی طرف رُخ کئے ہوئے ہیں" (شکل ۳۷)۔ چپ جانبی غلبہ میں اس کے برعکس حالت ہوتی ہے اور" علامات ایک دوسرے سے مُنہ پھیرے ہوئے ہیں" (شکل ۳۸)۔ لیوس (Lewis) اور کاٹن (Cotton) نے بیش پرورش کے اس طریقۂ تخمین کی صحت اس وقت ثابت کردی جب کہ اس نے موت کے بعد قلب کی تقطیع احتیاط کے ساتھ کرکے دائیں بطین کو بائیں بطین سے علیحدہ کرنے کے بعد دونوں کے وزنوں کا مقابلہ کیا۔ طبعی مثالوں میں بائیں بطین اور دائیں بطین کے درمیان تناسب ۸ء۱ بمقابلہ ۱ تھا۔ نمایاں سطرانی تنگی (mitral stenosis) میں وہ ۲۵ء۱

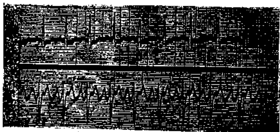


شکل ۳۷۔ سطرانی ضیق (mitral stenosis) کے ایک مریض سے حاصل شدہ راست جانبی غلبہ۔ (جے۔ ایم۔ ایچ کیا میبل)۔

250 بمقابلہ ۱ تھا، جس سے دائیں بطین کا غلبہ ظاہر ہوتا ہے۔ اور طبی مرض میں آٹھ اصابتوں میں چپ جانبی غلبہ تھا، اور سات اصابتوں میں دائیں جانب کی بیش پرورش بھی اُسیقدر نمایاں تھی جسقدر کہ بائیں جانب کی۔ رخنکی التہاب گردہ (interstitial nephritis) کے ہمراہ پائی جانے والی بیش پرورش میں عموماً خفیف سا چپ جانبی غلبہ تھا، جسکی نسبت اوسطاً ۰۰ء۲ بمقابلہ ۱ تھی۔

لاشعاعی امتحان سے ممکن ہے کہ ایک زور سے فعل کرتا ہوا بیش پرورد بایاں بطین نظر آئے یا زیریں دائیں حصہ قلب پر ایک ہیضان نظر آئے جو کہ ایک بیش پرورد

دائیں بطین کی طرف اشارہ کرتا ہے، لیکن قلبی سایہ کی جسامت اورشکل بیش پرورش اور اتساع کے درمیان امتیاز کرنے کا موقعہ نہیں دیتی۔ اس قسم کے ذرائع سے دریافت ہوا ہے کہ قلب کی جسامت، بیٹھ کر کام کرنے والوں کی نسبت پہلوانوں میں زیادہ ہوتی ہے، اور انڈرگریجویٹس (undergraduates) کے ایک گروہ میں یہ پایا گیا کہ



شکل ۲۱۔ اورطی تضیق اور بازرفتی (aortic stenosis and regurgitation) کے ایک مریض سے حاصل شدہ جیب جانبی غلبہ۔

جب وہ باقاعدہ مشقت آمیز ورزش کے عادی ہو گئے تو ان کے قلب کی جسامت بڑھ گئی جسامت کی یہ زیادتی غالباً بیش پرورش کے باعث تھی۔

اِتساع

(dilatation)

بحث اسباب۔ اِتساع کی اصطلاح کا اطلاق، قلب کے کہفوں کی جسامت کی زیادتی پر کیا جاتا ہے جو دوران انبساط (diastole) میں واقع ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ بعض امراضیاتی حالتوں میں بطین اپنے ما فیہ پر کلی طور پر منقبض نہ ہو سکے، جس کا نتیجہ یہ ہو کہ کچھ پس ماندہ خون (residual blood) باقی رہ جائے، لیکن اس کے متعلق انسان میں ہم کو یقینی طور پر کچھ بھی نہیں معلوم ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ "قلب کششی تجہیز

("heart lung preparation") میں یہ تجربۃً واقع ہو جائے (Starling)۔
امراضیات ۔ اتساع کی دو قسمیں ہیں۔ (۱) اورطی اور مطرانی بازروی (aortic and mitral regurgitation) کا تعویضی اتساع (compensatory dilatation)، جو اس وجہ سے ہوتا ہے کہ قلب کا وہ خاص کوشک خون کی طبعی مقدار کے علاوہ (جو اس میں کشش سے آتی اور عام دوران خون میں آگے بھیجی جاتی ہے) بازرفتہ خون کی فاضل مقدار کو بھی اپنے اندر جگہ دے دیتا ہے۔ یہ حالت اس امر کے متناقض نہیں ہے کہ عضلۂ قلب بالکل تندرست ہو۔ (۲) پھروہ اتساع ہے جو دباؤ کے باعث طبعی دیواروں کے ڈھیلا ہو جانے کی وجہ سے ہوتا ہے، جس کا شکل تعویض ایک لازمی نتیجہ ہے اور جس کے ساتھ اکثر عضلی قلبی مرض پایا جاتا ہے (جو لاحظہ ہو اسٹارلنگ (Starling) کے تجربات سے مترشح ہوتا ہے کہ اتساع کی یہ دوسری قسم ایک تعویضی میکانیت ہو سکتی ہے، جو قلب کو زیادہ زور کے ساتھ ضرب لگانے کی قابلیت بخشتی ہے، کیونکہ قلب کے عضلی ریشہ کا ارتخا (relaxation) جتنا زیادہ ہو، ضرب اتنا ہی زیادہ قوی ہوگی۔ اسے "قانون قلب" ("Law of the Heart") کہتے ہیں۔
قلب کا خفیف سا اتساع عضلی ورزش کے دوران میں طبعی طور پر بھی ہوتا ہے، اور اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ہر ضرب کے ساتھ خون کی برآمد زیادہ ہو جاتی ہے۔ لیکن لاشعاعی شہادت کی بنا پر یہ بالکل یقینی ہے کہ ورزش کے فوراً بعد قلب طبعی طور پر سکڑ جاتا ہے اور اس کی جسامت بہ نسبت اس کی سکونی جسامت کے کسیقدر چھوٹی ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس، یہ پایا گیا ہے کہ آغاز پذیر فشل قلب کی اصابتوں میں قلب عضلی ورزش کے بعد اتساع ظاہر کرتا ہے۔
مرضی تشریح ۔ قلب کی جسامت اور شکل پر جو اثرات پیدا ہوتے ہیں وہ کیفیۂ متعلقہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ عمومی اتساع میں قلب زیادہ گول ہو جاتا ہو کر عرضاً چوڑا ہو جاتا ہے۔ متسع بایاں بطین بائیں جانب کی طرف بڑھ جاتا ہے۔ جب دایاں بطین زیادہ متسع ہوتا ہے تو قلب کی شلثی شکل جاتی رہتی ہے، وہ زیادہ گول ہو جاتا ہے، اور راس تمامتر بائیں بطین سے بننے کے بجائے جزءً دائیں سے بھی بنتا ہے۔ دیواروں کی دبازت کا انحصار اس پر ہوگا کہ اتساع کے ساتھ بیش پرورش بھی موجود ہے یا نہیں۔

اِتساع کے ساتھ دیواروں کا پتلا پن موجود ہو تو بطینی دیواریں گھٹکر ½ انچ کے برابر، اور راس پر اِس سے بھی کم ہوسکتی ہیں، لہٰذا راس عموماً سب سے زیادہ پتلا حصہ ہوتا ہے۔ اذینی بطینی دہنے اِتساع میں شرکت کرتے ہیں، اور اکثر اِن کے مصراعوں کی عدم کفایت (incompetence) پیدا ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اذینوں میں بھی بہت زیادہ اِتساع واقع ہوجائے، اور اِس کے ساتھ اکثر اذینی دیواروں کی کسیقدر بیش پرورش موجود ہوتی ہے۔

طبیعی امارات ۔ قلب کی بڑھی ہوئی جسامت، [جیسی کہ پیش قلبی اہمیت (præcordial dulness) کی زیادتی سے یا لاشعاعوں سے پیدا شدہ قلبی چھائیں کی کلانی سے ظاہر ہوتی ہے] بیش پرورش، یا اِتساع، یا اِن دونوں کے امتزاج کے باعث ہوسکتی ہے، لیکن اغلب یہی ہے کہ اگر اِن طریقوں سے کوئی بہت بڑی کلانی مشاہدہ میں آئے تو وہ خاصکر اِتساع کے باعث ہوتی ہے۔ کوئی کلانی جو عظم القص سے دائیں جانب ہو اذینی اِتساع کے باعث ہوتی ہے، کیونکہ اذینی دیوار، اگرچہ وہ بیش پرورد بھی ہو، تاہم بالکل پتلی ہوتی ہے۔ اور یہ تقریباً ہمیشہ دائیں اذین کا اِتساع ہوا کرتا ہے لیکن سطرانی مرض کی متعدد اصابتوں میں، جن میں بائیں اذین کی بے انتہا کلانی ہوتی ہے، بائیں اذین نے حقیقتاً قلب کا دایاں کنارا بنا دیا ہے (11)، کیونکہ بایاں اذین ہمیشہ دائیں طرف ہی کلانی یافتہ ہوتا ہے۔ بین الاضلاع فضاؤں میں قسیع اذین پر انگلیاں رکھکر اکثر ضرب قلب کو محسوس کرلینا ممکن ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بائیں اذین کا اِتساع مری پر دباؤ ڈالکر عسر البلع (dysphagia) پیدا کردے، اور بائیں حجابی عصب (phrenic nerve) پر دباؤ ڈالکر بظاہر بائیں حجاب حاجز کا استرخاء بھی پیدا کردے، جو راقم الحروف نے ایک مریض میں دیکھا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بائیں شُشش کے زیریں حصے کو یا بائیں شعبة کو دباکر پچکا دے، یا بائیں حبل الصوت (vocal cord) کا تختل پیدا کردے۔ جب مریض لاشعاعی ٹیوب (آنبوبہ) کی طرف منہ کرکے اور اپنا دایاں شانہ مشاہد کی طرف رکھکر ترچھی وضع میں کھڑا ہوتا ہے تو اُس کے بائیں اذین کا مشاہدہ لاشعاعی پردے پر کیا جاسکتا ہے۔ اگر بیریم (barium) سے مری کا خاکہ حاصل کیا جائے تو یہ اپنی جگہ سے ہٹی ہوئی نظر آئے گی۔

بُطینوں کا اتساع، پیش قلبی اصمیت (praecordial dulness) اور لاشعاعی چھاؤں کی زیادتی عظم القص (sternum) کے بائیں طرف پیدا کر دیتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں یہ چھاؤں سینہ کی بائیں دیوار تک پہنچ جاتی ہے اور صدمۃ القلب بغل میں محسوس کیا جا سکتا ہے، لیکن ممکن ہے یہ منتشر اور کمزور ہو۔ بائیں بطین کے اتساع کے ساتھ اکثر ایک انکماشی خریر (systolic murmur) موجود ہوتا ہے، جو مطرانی بازروی (mitral regurgitation) کے باعث ہوتا ہے، اسی طرح دائیں بطین کا اتساع اکثر ثلثی بازروی (tricuspid regurgitation) پیدا کر دیتا ہے۔ 252

تعویض (compensation) کا فشل

فشل تعویض، قلب کی دونوں جانبوں میں بیک وقت ہوتا ہے، یا راست جانبی یا چپ جانبی ہوتا ہے۔ آخر الذکر نسبتہً حال ہی میں دریافت ہوا ہے۔

امراضیات۔ تندرست موضوع پر لاشعاعی مشاہدات کرنے پر یہ ثابت ہوا ہے کہ شہیق کے ختم پر قلب اور پھیپھڑوں میں اس سے زیادہ خون ہوتا ہے کہ جتنا زفیر کے ختم پر، نیز یہ کہ مزمار بند کر کے زور دار شہیق کی کوشش کرنے پر قلب اور پھیپھڑے خون لئے محتقن ہو جاتے ہیں [مُلر (Muller) کا تجربہ]، حالانکہ مزمار بند کر کے زور دار زفیر کرنے پر یہ خون سے خالی ہو جاتے ہیں [والسلوا (Valsalva) کا تجربہ] جیسا صفحہ نمبر ۳۱ میں دکھایا گیا ہے۔ ان مشاہدات کی واحد توجیہہ یہ ہے کہ بائیں اور دائیں بطینوں کے درمیان ایک عارضی ناہم آہنگی واقع ہو جاتی ہے۔ طبعی حالات میں ایک دی ہوئی مدت کے اندر، پھیپھڑوں میں دائیں بطین کی برآمد اور نظامی دوران خون میں بائیں بطین کی برآمد مساوی ہوتی ہیں، اور اگر یہ دونوں برآمدیں مساوی نہ ہوں تو پھیپھڑے خون سے محروم یا محتقن ہو جاتے ہیں۔ والسلوا کے تجربہ میں یہ خون سے محروم ہو جاتے ہیں اور اس کی وجہ یہ ہے کہ دائیں بطین کو پھیپھڑوں کے اندر ایک بلند ثبت دباؤ کے خلاف فعل کرنا پڑتا ہے اور بائیں بطین کے مقابلہ میں اس کا عارضی طور پر فشل ہو جاتا ہے۔ مُلر کے تجربہ میں دائیں بطین کو منفی دباؤ سے مدد ملتی ہے اور پھیپھڑوں میں اس سے زیادہ خون پمپ (pump) ہوتا ہے کہ جتنا بائیں بطین کے ذریعہ خارج



الف۔ سینہ طبعی شہیق کے ختم پر۔ (والسلوا کا تجربہ)۔ سانس کو روک کر تسدد کے خلاف زور دار زفیر کرنے کی انتہائی کوشش کی جاتی ہے۔ نبض کلائی پر محسوس نہیں کی جاسکتی تھی۔ لیکن پردہ پر سایہ ڈالتے پر قلب خفیف حرکات کرتا ہوا دکھائی دیا۔



ب۔ سینہ طبعی شہیق کے ختم پر۔ سانس کو روک تسدد کے خلاف شہیق کرنے کی انتہائی کوشش کی جاتی ہے۔ (جی۔ پی کروڈن G. P. Crowden) کا مشاہدہ جو مجلہ شفاخانہ گائی سے طبع کیا گیا)۔

بالمقابل صفحہ 252

ہوسکتا ہے۔ یہ احتقان اضافی چپ جانبی فشل ظاہر کرتا ہے۔
عضلی قلبی انحطاط کے ایک مریض پر ایک سدرو دوری تنفسی آلہ کے ذریعہ مشاہدات کرنے سے یہ ثابت ہوا ہے کہ قلب اور ریوی دَور کا ایسا احتقان، جو کہ حاد چپ جانبی فشل کا نتیجہ تھا، عضلی محنت کی اثناء میں پیدا ہوا اور آرام کے پہلے ایک دو منٹ کے اندر غائب ہوگیا، اور اس صورت حالات کو آکسیجن کے ذریعہ تسکین ہوئی (10)۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ اس نوعیت کا حاد چپ جانبی فشل مقابلتہً بہت عام ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر تائیجی فعل (vagal action) کے ذریعہ معکوس طور پر شعبتوں کا تشنج واقع ہوتا ہے، اور انتہائی اصابتوں میں، جبکہ امتلاء کے بعد اُزیما واقع ہوجاتا ہے، چھوٹے چھوٹے شہیقی ہانپوں (gasps) سے منقطع ہونے والا الا لمالت پذیر گفتگو وار زفیر واقع ہوتا ہے۔ یہ ایک محافظ میکانیہ ہے کیونکہ الالت پذیر زفیر، پھیپھڑوں کے اندر دباؤ کو زیادہ کردیتا ہے اور اسطرح بیش فعال دائیں بطین کو روکتا ہے، نیز درون ریوی دباؤ کی تخفیف کا نہایت ہی خطرناک عرصہ حد تک چھوٹا ہوجاتا ہے۔
مرضی تشریح ۔ چپ جانبی فشل میں پھیپھڑے متاثر ہوتے ہیں ابتدائی درجوں میں محض پھیپھڑے کے وریدی اصلیات (venous radicles) کی زائد امتلائی (fulness) ہوتی ہے۔ مزید برآں اکثر ہوائی حویصلات اور دقیق شعبی انبوبیات کے اندر مصل کا عبرارتشاح (transudation) ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شش کو تراشنے پر اُس سے زردی مائل یا تقریباً بے رنگ جھاگدار رتح کی ایک مقدار نکلتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں شش کے ماؤف ترین حصے ٹھوس، لوچدار، بے ہوا، خون زادوں کی موجودگی کی وجہ سے رنگ میں بھورے اور یکساں طور پر چکنے ہوجاتے ہیں۔ اِس حالت کو قلبی شُشش (heart-lung) یا بھورا تصلّب (brown induration) کہا جاتا ہے۔ بھورا تصلب اور معمولی اُزیما دونوں بالخصوص زیریں لختوں کے قاعدوں کو ماؤف کرتے ہیں۔ دورانِ خون میں مقامی مداخلت ہونے کی وجہ سے اکثر بلیورائی کہف کے اندر سیّال کا کسیقدر عبرارتشاح (استسقائے صدر=hydrothorax) واقع ہوجاتا ہے، اور شعبی التہاب، ذات الریہ، یا ذات الجنب کی شکل میں شش کے التہابی ضررات کا میلان پیدا ہوجاتا ہے۔ اِن اثرات میں کوئی اثر ایسا نہیں جو کہ لازماً

دو جانبی ہو۔ ارتشاحات اکثر اس جانب کو متاثر کرنے کا رجحان رکھتے ہیں کہ جدھر مریض لیٹتا ہے۔

داست جانبی فشل میں زیر جلدی بافتوں کا عمومی اُذیما ہوتا ہے، جو کہ استسقائے کلی کہلاتا ہے۔ افقی وضع میں ممتلی شدہ اور استسقائی رقبہ دھڑ میں شروع ہوتا ہے اور خون کے حجم کے ازدیاد کے ساتھ ساتھ مکمل طور پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔ استسقائے مراق اور باریطونی استسقاء بھی موجود ہوتے ہیں۔ ایستادہ وضع میں دھڑ کی وریدیں، جاذبہ کے اثر کے تحت، مجتمع خون سے کسی حد تک خالی ہو جاتی ہیں جو کہ ٹانگوں کے صَرف سے واقع ہوتا ہے، چنانچہ ٹانگیں ممتلی رقبہ کا جزو بن جاتی ہیں، اور ٹخنے بڑھی ہوئی برآمد کی وجہ سے پھول جاتے ہیں۔ سر اور بالائی حصے بڑھے ہوئے

253

لمفی انجذاب کی وجہ سے سکڑ جاتے ہیں۔ اسی طرح اگر سر اور بازو نیچے کو لٹکے ہوئے ہوں تو یہ حصے متورم ہو جاتے ہیں اور ٹانگیں سکڑ جاتی ہیں۔ ایک نہایت ہی ترقی یافتہ اصابت میں ممتلی شدہ رقبہ اوپر ٹانگوں میں پھیل جاتا ہے، اور اس طرح دونوں ٹانگیں ساری کی ساری، اور دیوار شکم بے حد متورم ہو جاتے ہیں۔ حقیقت یہ ہے کہ تقریباً تمام جسم کی وریدیں اسطرح متاثر ہو سکتی ہیں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ جسم یہ طریقہ اس لئے استعمال کرتا ہے کہ وہ اپنے عروق کو کثرت الدم (plethora) سے محفوظ رکھنے کے لئے فاضل سیال کو ذخیرہ رکھے، کیونکہ گردے اپنی اختلالی حالت کی وجہ سے اس کو خارج نہیں کر سکتے (54)۔

کبدی وریدیں تحتانی وریدا جوف کے اندر دائیں اذین سے اسقدر قریب واہوتی ہیں کہ مرضِ قلب کا اثر جگر کے دورانِ خون پر بآسانی سمجھ میں آسکتا ہے۔ جگر بہت بڑا ہو جاتا ہے، اور رنگ میں نسبتہً زیادہ سیاہ ہوتا ہے، اور ترقی یافتہ اصابتوں میں سرخ، زرد، اور سپید دھبوں کا ایک عجیب منظر اختیار کر لیتا ہے، جس پر جوزہی جگر (nutmeg liver) کے نام کا اطلاق کیا گیا ہے۔ تراشنے پر ہر لختک میں ایک بڑھی ہوئی کبدی ورید کی بیخک (rootlet) جا گزیں نظر آتی ہے، جو عرضاً کٹ گئی ہے، اور لختک کا متصلہ مرکزی منطقہ سیاہ سرخ یا ارغوانی ہوتا ہے۔ اس سے باہر ایک زرد رنگ کا منطقہ ہے، جو اس کے اندر صفراء محبوس ہونے کی وجہ سے

ایسا ہے۔ لیکن لنگ کا بیرونی منطقہ سپید یا رادی رنگ کا ہے، جو خوردبین کے نیچے ایسے خلیوں پر مشتمل نظر آتا ہے جو ترقی یافتہ شحمی انحطاط کی حالت میں ہیں۔
گردہ۔ یہ متلی ہوتے ہیں اور اسیوجہ سے نسبتۃً بڑے اور سیاہ رنگ کے۔
لیکن ممکن ہے کہ طویل المدت امتلاء کی وجہ سے لیفی بافت کی کچھ مقدار نمو یاب ہوجائے، اور وہ اپنی بیقاعدہ توزیع اور انقباض سے سطح کی ذراتی حالت پیدا کردے۔

طحال سخت اور معمول سے زائد سیاہ ہوجاتی ہے، اور اگرچہ اس کی جسامت مختلف ہوتی ہے لیکن اکثر وہ چھوٹی ہوتی ہے۔ معدے اور آنت کا امتلاء، طحال کے امتلاء کی طرح، بلاشبہ جگر کے امتلاء سے ثانوی طور پر ہوتا ہے کیونکہ ان احشاء سے ماخوذ وریدیں خود کو بابی ورید (portal vein) کے اندر خالی کرتی ہیں۔ غشائے مخاطی متلی ہوجاتی ہے، اور ممکن ہے کہ موت کے بعد عروق کا بڑا تمدد، اور بعض اوقات غشائے مخاطی کے جرم کے اندر نزفات نظر آئیں۔

عضلۂ قلب کے امراض

التہابِ عضلۂ قلب

(myocarditis)

التہابِ عضلۂ قلب یا تو حاد ہوسکتا ہے یا مزمن۔ مزمن التہاب عضلۂ قلب (chronic myocarditis) محض لیفی تغیر کے آخری درجہ میں شناخت ہوسکتا ہے، اور اس کا ذکر لیفی انحطاط کے بیان میں شامل ہے (ملاحظہ ہو اگلا صفحہ)۔

حاد التہاب عضلۂ قلب (acute myocarditis) بیشتر حمّی روماتزمی کے جزو کے طور پر التہاب تامور (pericarditis) یا التہاب بطانۂ قلب (endocarditis) کے تعلق میں واقع ہوتا ہے، اور بعد میں بیان کیا جائے گا۔ لیکن عضلۂ قلب کسی بھی حاد بخار میں ماؤف ہوسکتا ہے، اور خناق وبائی (ملاحظہ ہو) میں علامات سب سے زیادہ نمیز

ہوتے ہیں۔ عضلۂ قلب کا ایک زیادہ مقامی التہاب اکلیلی علقیت اور خبیث التہاب دُرونِ قلب (malignant endocarditis) سے پیدا ہو جاتا ہے، جس میں ایک مصراع کا تقرح اُس کے قاعدے تک پھیل کر پھر عضلہ پر حملہ آور ہو جاتا ہے۔ یا جس میں نابتات یعنی روئیدگیاں (vegetations) یا نیم جُدا شدہ ریزے فرک یا تماس کے ذریعہ دسعلِ قلب کے متصل حصّوں میں تقرح پیدا کر دیتے ہیں، اور یہ عضلۂ قلب کو مأوف کر دیتا ہے۔

ایک تیسری قسم تقیحی التہابِ عضلۂ قلب (suppurative moyocarditis) ہے، جو عام طور پر تقیح الدم کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جرم قلب میں چھوٹے چھوٹے پھوڑے سے ہو جاتے ہیں، جو زیادہ تر بائیں بطین کی دیواروں میں ہوا کرتے ہیں، اور یہ ناسور سے اسقدر قریب پہنچ سکتے ہیں کہ اُس کے کہفہ کے اندر پھوٹ کر حاد التہاب تامور پیدا کر سکتے ہیں۔ اِس قسم کا التہاب عضلۂ قلب اکثر حاد التہاب نُسبۂ عظم (acute osteomyelitis) کے بعد ثانوی طور پر ہوا کرتا ہے، اور اس کا علاج وہی ہوتا ہے جو کہ اولی مرض کا ہے، لیکن انذار تقریباً ہمیشہ یاس انگیز ہوتا ہے۔

انحطاطِ عضلۂ قلب

انحطاطِ لونی (pigmentary degeneration)۔ (بھورا ذبولِ قلب = brown atrophy of the heart)۔ قلب معمول کی نسبت چھوٹا ہوتا ہے، اور اُس کے عضلی ریشے بجائے کال سُرخ رنگ کے ہونے کے دُھندلا بھورا سا سُرخ رنگ رکھتے ہیں، اور قدرتی حالت کے مقابلہ میں زیادہ نرم اور زیادہ خستہ (friable) ہوتے ہیں۔ خُردبین کے نیچے ریشکوں (fibrillæ) کے اندر متعدد باریک زرد ذرّات نظر آتے ہیں۔ انحطاطِ لونی شیخوخی (senile) اور ضعفی (cachectic) حالتوں میں واقع ہوتا ہے، اور دوسرے اعضا کے مرضِ خبیث کی مہلک اصابتوں میں عام ہے۔

254

شحمی انحطاط (fatty degeneration)۔ عضلی ریشوں کے اس تغیر کی تفریق چربی کے اُس جماؤ سے کرنی چاہیئے جو قلب کے گرد ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں تامور کے نیچے معمولی شحمی بافت کا جماؤ ہو جاتا ہے، اور یہ عضلی ریشوں پر انبوہ سے حملہ آور ہوتی ہے کہ ان ریشوں کے درمیان کی توصیلی بافت کے بجائے چربی سے

ٹکڑے ٹکڑے ہوجاتے ہیں۔ اول الذکر حالت یعنے حقیقی شحمی انحطاط میں عضلی ریشک خورد دقیق شحمی ذرات کا مسکن ہوجاتے ہیں، جو حقیقی لحمی عناصر (sarcous elements) کی جگہ لے لیتے اور عضلہ کی اتنی ہی انقباض پذیر بافت کو تلف کر دیتے ہیں۔ یہ حقیقی شحمی انحطاط مختلف شکلوں میں واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ عضلی دیوار یکساں طور پر ماؤف ہوجائے، یا شحمی تغیرات ایک چھوٹی چکتی تک محدود ہوں یا اس تہ تک جو تامور کے نیچے واقع ہے، جیسا کہ التہاب عضلۂ قلب (myocarditis) میں بیان کیا گیا ہے یا یہ انحطاط قلب کی اندرونی سطح پر دھاریوں اور خطوط کی صورت میں ہو۔ جب یہ عارضہ عمومی ہوتا ہے تو قلب کا قوام نسبتہً زیادہ نرم ہوجاتا ہے وہ زیادہ آسانی کے ساتھ دریدہ (lacerated) ہوجاتا ہے، اُس کا رنگ پھیکا گلابی یا زرد ہوتا ہے، اور ماؤف شدہ عضلی بافت کے ڈھیلا پڑجانے کی وجہ سے وہ معمول کی نسبت کسیقدر زیادہ بڑا ہوجاتا ہے۔ جب چربی خطوط یا دھاریوں کی صورت میں جمتی ہے تو اس سے ایک ممیز شکل پیدا ہوجاتی ہے، اور پھیکے زرد رنگ کے خطوط نسبتہً زیادہ سیاہ سُرخ عضلہ پر اکثر ایک چت کبری بلی کے نشانات کی طرح مرتب ہوتے ہیں۔ یہ زیادہ تر عضلات حلیمیہ (musculi papillares) پر دونوں بطینوں کی پچھلی دیواروں پر، اور دائیں بطین میں فاصل پر دیکھے جاتے ہیں۔ شحمی انحطاط بیش پرورده قلوب پر عام ہوتا ہے، اور اسوقت بھی موجود ہوسکتا ہے جبکہ عضلہ طبعی رنگ کا ہو۔

بحث اسباب۔ قلب کے شحمی انحطاط کے اسباب عمومی اور مقامی ہوتے ہیں۔ ممکن ہے یہ انحطاط کے ایک ایسے عام رجحان کا نتیجہ ہو، جیسا کہ زیادہ عمر میں واقع ہوا کرتا ہے، اور اس کے ساتھ آتھیروما (atheroma) یا آتشکی تغیرات کے باعث اکلیلی شرائین (coronary arteries) کا تسدد ہوتا ہے، جس سے دیوار قلب کا تغذیہ کم ہوجاتا ہے۔ اس کے برعکس شحمی انحطاط متلف عدم دمویت (pernicious anaemia) میں ہمیشہ، اور عدم دمویت کی دوسری قسموں میں اکثر، پرپورا (purpura) اور اسکروی (scurvy) میں، اور ضعفی حالتوں، جیسے کہ سل ریوی اور سرطان میں دیکھا جاتا ہے، نیز فاسفورس، اور بعض معدنی اشیاء (سیسہ، سُرمہ، سنکھیا) کے تسمم میں اور مزمن الکحلیت میں۔ بیشتر حاد عمومی امراض میں، عضلی ریشوں کی

ایک وقیق ذراتی حالت کی وجہ سے، قلب کا قوام متبدل ہو جاتا ہے، اور یہ حالت خالی شحمی انحطاط سے جداگانہ نہیں۔ تپ معویہ اور ٹائفس (typhus) میں زردہ بخار، خناق وبائی، چیچک اور کسرا میں یہی حالت ہوتی ہے۔ شحمی انحطاط التہاب عضلۂ قلب (myocorditis) سے بھی پیدا ہو جاتا ہے، اور طویل المدت معدامی مرض اور گردے کے مرض کے تعلق میں دیکھا جاتا ہے۔

قلب کی شحمی بیش بالیدگی یا درپختگی، سابق میں یہ ایک جداگانہ مرض کے طور پر بیان کی جاتی تھی۔ اس میں نہ صرف قلب کا بیرون شحم سے لدا ہوا ہوتا ہے، بلکہ شحمی دھاریاں عضلی دیواروں کے اندر گھسی ہوئی نظر آتی ہیں۔ یہ قوتوں کی امتیازی خصوصیت ہے اور اسی عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے۔

لیفی انحطاط (fibroid degeneration) انحطاط کی اس قسم میں قلب کی بجائے سپیدہ لیفی یا توصیلی بافت لے لیتی ہے۔ بیشتر مثالوں میں یہ تغیر جزئی ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلی جرم کی گہرائی میں سپید، زردی مائل سپید، یا بھورے رنگ کی دھاریاں اور چکتیاں نظر آتی ہیں۔ یہ بطین کے زیریں ایک ثلث، فاصل کے زیریں ایک ثلث، عضلات حلیمیہ، اور بعض اوقات مرضی مصراعات کے قاعدوں کو ماؤف کرتا ہے۔ صرف کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ بطین تقریباً تمام تر لیفی ساخت میں مُستبدل ہو جاتا ہے، لیکن ایسی صورت میں بھی خُردبینی امتحان کرنے پر عضلی ریشہ کے کچھ آثار نظر آجاتے ہیں۔ لیفی مرض میں مبتلا شدہ قلب عموماً بیش پرورده ہوتا ہے، اور ممکن ہے تسع بھی ہو، یا ملتصق تامور (adherent pericardium) رکھتا ہو۔ دیوار قلب کا ماؤف شدہ حصہ اکثر معمول سے زیادہ پتلا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ باہر کو اُبھر کر ایسا نکلا ہوا ہو کہ ایک نمایاں انورسما بنا دے۔

بحث اسباب ۔ لیفی انحطاط اکثر روماتزمی التہاب عضلۂ قلب (rheumatic myocarditis) کا نتیجہ ہوتا ہے، اور زیادہ نمایاں احاطیوں میں اس کے ساتھ تاموری (pericardial) یا دروں قلبی (endocardial) قرأت کی موجودگی بعض اوقات اس کے التہابی مبدا کو ظاہر کر دیتی (مزمن التہاب عضلۂ قلب = chronic myocarditis، زخمکی التہاب عضلۂ قلب = interstitial

(myocarditis) اس کے برعکس تلیّف قلب (fibrosis of the heart) اکثر اکلیلی شرائین کی مسدودی کے بھی باعث ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ شحمی انحطاط کے ساتھ متلازم ہو۔ اِن حالات میں خون کی رسد فاعلی عضلہ کے تغذیہ کے لئے ناکافی ہوتی ہے۔ آخرالذکر عضلہ مذبول ہوکر اُس کی جگہ شحمی یا لیفی بافت لے لیتی ہے۔ اگر اکلیلی شرائین کی مسدودی خاصی تیزی کے ساتھ واقع ہوجاتی ہے تو شحمی انحطاط پیدا ہوجاتا ہے لیکن اگر مسدودی زیادہ مزمن ہو تو لیفی تغیر کا غلبہ ہوتا ہے۔ قلب میں تلیّف اکلیلی علقیت یا انعدام (infarct) کا ایک ثانوی نتیجہ بھی ہوسکتا ہے۔ نیز وہ عموماً مزمن شعبی التہاب نفاخ (chronic bronchitis) مرض برائٹ، اور شریانی صلابت (arterio-sclerosis) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ یعنی انحطاط الکحلیت یا طویل المدت اِمتلاء (congestion) کی وجہ سے ہوسکتا ہے۔

آتشک۔ اِس مرض کے ضررات التہاب شریانی (arteritis) یعنی مدباّت (آتشکی التہاب عضلۂ قلب=syphilitic myocarditis)، یعنی تودوں، یا واضح صمغیہ (gumma) کے طور پر واقع ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ صمغیہ جبنی (cheesy) ہو، اور یہاں تک ممکن ہے کہ مرکز میں نرم ہورہا ہو، اور قلب کے عضلی جرم کو اُسی طرح ماؤف کرے جس طرح کہ اِرادی عضلات کو اور آس پاس کسیقدر التہاب پیدا کرے۔ صمغیہ (gumma) عموماً بطینوں کی دیواروں میں واقع ہوتا ہے۔ ماسوائے اُن علامات کے جو عضلۂ قلب کے انحطاط کے عنوان کے تحت بیان ہوچکے ہیں، وہ اور کوئی ممیز علامات نہیں پیدا کرتا۔ بعض اوقات اذینی بطینی بنڈل (A. V.-bundle) ماؤف ہوکر علائیہ ایڈم اِسٹوکس (Adams-Stokes' syndrome) پیدا کردیتا ہے۔

تدرّن (tubercle)۔ التہاب تامور کے تعلق میں درنوں کا بننا شاذ نہیں۔ جب ایسا ہوتا ہے تو وہ سپیدی مائل رمادی، یا زردی مائل اُربیات (granulations) کے طور پر بیشتر تاموری کہفہ کی تہوں کو جوڑنے والے تاموری لمف یا غشائے کاذب کے جرم میں، یا بعض اوقات حقیقتہً حشائی تامور (visceral pericardium) کی تہ کے نیچے پائے جاتے ہیں۔ وہ عمومی تدرّن کے دوران میں واقع ہوسکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ دوسری جگہ ترقی یافتہ ثانوی تدرّن موجود ہو۔ ان حالات میں تشخیص صرف التہاب تامور

پیدا ہو جانے سے ہو سکتی ہے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اس کے علاوہ ایک التہابِ تپ دموز جو تدرنی نہیں ہوتا، سلِ ریوی کے دوران میں پیدا ہو سکتا ہے۔ ذرے کے جدا جدا جماؤ (isolated deposits) نہایت شاذ ہیں۔

انحطاطِ عضلۂ قلب کے علامات۔ ابتدائی اصابتوں میں مریض محنت پر سانس کے پھول جانے کی شکایت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ بیش قلبی درد موجود ہو، جو ورزش کے بعد معلوم ہو، یا واضح ذبحی حملے (anginal attacks) ہوں۔ ممکن ہے کہ مریض دماغی حملوں (cerebral attacks) میں مبتلا ہو جائیں، جن کے ساتھ بے ہوشی اور تشنجات ہوں، لیکن یہ حملے غالباً قلبی میکانیت کی کسی ایسی غیر طبعی حالت کے باعث ہوتے ہیں، جیسے کہ قلبی مسدودی (heart-block)، یا عصبِ تائہہ کا ہیجان (vagal stimulation)۔ اشتہا ہمیشہ کم ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ مریض سوءِ ہضم کی شکایت کرے۔ بعض اوقات صرف انہیں علامات کی شکایت ہوتی ہے، اور دریافت کرنے پر محنت کرنے پر سانس پھولنے کی سرگذشت سے پتہ چلتا ہے کہ معدی علامات کا اولی سبب قلب ہے۔

طبیعی امارات جو عضلۂ قلب کے انحطاط سے منسوب کئے جاتے ہیں یہ ہیں:

کمزور صدمۃ القلب، جس کے ساتھ قلب کی پہلی آواز دھیمی ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ اُورطی رقبہ پر دوسری آواز کی شدت کے برابر یا اُس کی نسبت کم ہو جائے۔ شدت آواز کی اس کمی کی وجہ سے سماع الصدر کے ذریعہ امتحان کرنے پر آوازیں ایک ٹک ٹک نوعیت کی (tic-tac character) ہو جاتی ہیں اور ان کی یہ نوعیت انبساطی وقفہ کے اضافی قصر سے اور بھی زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے کیونکہ وہ آوازوں کو زیادہ مساوی الفصل (more evenly spaced) بنا دیتا ہے۔ قلب وسیع پایا جاتا ہے۔

حال ہی میں عضلۂ قلب کے تغیرات ظاہر کرنے والے مریضوں کے ایک گروہ میں علامات (symptomatology) کا نہایت غور و فکر کے ساتھ مطالعہ کیا گیا ہے (12)۔ یہ اصابتیں نہایت عام طور پر پائی جاتی ہیں۔ مریض زیادہ عمر والے ہوتے ہیں۔ انہیں سانس پھولنے کی شکایت ہوتی ہے، جو ابتداءً محنت کرنے پر پیدا ہوتی ہے لیکن بعد میں وہ کم و بیش مستقل طور پر تبہور (dyspnoeic) ہو جاتے ہیں۔ بعض مریضوں میں چین اسٹوکس کا تنفس (Cheyne-Stokes breathing) ہوتا ہے اور بعض دوسرے

مریضوں میں یہ انتہاگستہ نفسی کے ناگہانی حملے ہو جاتے ہیں، جو خاص کر رات کے
وقت ہوتے ہیں، اور جو ایک اصطلاح قلبی دمہ (cardiac asthma) کے نام سے
بیان کئے جا سکتے ہیں۔ دوری بُہر کے یہ حملے بسا اوقات ایک کسیقدر بے قاعدہ
چین اسٹوکس تنفس کی بُہری ہیئت ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ انتصابی تنفس (orthopnœa)
موجود ہو یا نہ ہو۔ زراق ممتاز طور پر غیر موجود ہوتا ہے، اور اگر موجود ہو بھی تو اُس کی مقدار
اتنی نہیں ہوتی کہ جو بُہر کی توجیہ کے لئے کافی سمجھی جائے۔ قلب کی شرح عموماً زیادہ ہو جاتی
ہے۔ ممکن ہے کہ ضرب کی میکانیت طبعی ہو، لیکن عام بیتاعدگیاں، جیسی کہ وہ جو قلبی
سدودی، اذینی رشیکی انقباض (auricular fibrillation)، متزاد انکماشات،
اور تبادل (alternation) کی وجہ سے ہوتی ہیں، موجود ہو سکتی ہیں۔ قلب جسامت
256
میں زیادہ ہو جاتا ہے۔ خریرات (murmurs) موجود ہو سکتے ہیں۔ جسمانی تپش درجۂ طبعی
سے نیچے (subnormal) ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ فشل قلب کے ترقی یافتہ امارات
جیسے کہ استسقائے کلی (anasarca)، پھیپھڑوں اور جگر کا امتلاء، موجود ہو سکتے ہیں۔
خون میں یوریا (urea) کا کسیقدر احتباس (retention) ہوتا ہے، لیکن اُس کی
قدریں (values) انتہائی نہیں ہوتیں، یعنے زیادہ سے زیادہ ۰.۱ فیصدی اور عموماً
۰.۰۵ فیصدی (طبعی قدر ۰.۰۳ ہوتی ہے)۔ البیومن بولیت معہ سانچک (casts)
کے موجود ہو سکتی ہے، اور تاوقتیکہ وریدی رکود (venous stasis) کے امارات موجود
نہ ہوں، قارورہ حجم میں زیادہ ہو جاتا ہے۔ امتحان بعد الممات ظاہر کرتا ہے کہ قلب کی
ترقی یافتہ اکلیلی صلابت (coronary sclerosis) موجود ہے، اور ممکن ہے کہ شحمی انحطاط
بھی موجود ہو۔ گُردے عروق کی رہانت اور کسیقدر تلیف (fibrosis) ظاہر کرتے
ہیں، جو اکثر ایک چکتی دار نوعیت کا ہوتا ہے۔ گُوکیں (glomeruli) اکثر مختلی اور
بعض زجاجی ہوتی ہیں، لیکن گوکیوں کا وسیع انطماس نہیں ہوتا جیسا کہ مزمن زمختی التہاب گُردہ
میں اسوقت ہوتا ہے جبکہ مریض تسمم بولی (uræmia) سے مر گیا ہو۔ بعض اوقات
اِن مریضوں کو قلبی کلوی اصابتوں (cardio-renal cases) کے نام سے بیان کیا جاتا
ہے، لیکن یہ صاف معلوم ہوتا ہے کہ اگرچہ گُردے ہمیشہ کچھ تغیرات ظاہر کرتے ہیں،
اور شیخوخی شریانی صلابتی گُردے (senile arteriosclerotic kidneys) کہلاتے

ہیں، تاہم یہ مرض کا اہم سبب نہیں ہوتے۔ احتباس یوریا، ۳۰۰ یا ۴۰۰ فیصدی کے کامل تسمم بولی عارضتاً کبھی نہیں پہنچتا۔ لہٰذا ان کو یہی کہنا بہترین ہے کہ یہ اختلاط عضلۂ قلب کی اصابتیں پیچ کہ قلبی دمہ یا دوری بہر پیدا کرتی ہیں۔

تیہورشالوں میں شریانی خون کے اندر CO_2 زیادہ ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ شریانی خون کا آکسیجن نافیہ کم ہو جائے۔ اسی واسطے یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ تیہر، جو ممکن ہے کہ انتہائی درجہ کا ہو، تشنج سے پیدا ہو جاتا ہے (14)۔ اس رائے کی بنا پر اس قسم کی اصابت کے لئے دمہ (asthma) کی اصطلاح استعمال کی جا سکتی ہے۔ لیکن خالص قلبی تیہر، مثلاً مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں زیادتیٔ تنفس کی وجہ سے CO_2 کم ہو جاتی ہے (41)، اگرچہ بعض اصابتوں میں CO_2 قدرے بڑھی ہوئی اور آکسیجن گھٹی ہوئی ہوتی ہے اور اس کی وجہ ریوی امتلا ہے جو کہ پھیپھڑوں میں گیسوں کے باہمی تبادلہ میں مزاحم ہوتا ہے۔ حالیہ تجربی شہادت ظاہر کرتی ہے کہ دورہ، کم از کم بعض اصابتوں میں، اس وجہ سے ہوتا ہے کہ بائیں بطین کے اضافی فشل سے ریوی امتلا اور تہیج واقع ہو جاتا ہے (13)۔

علاج پر صفحہ 276 پر غور کیا گیا ہے۔

انشقاقِ قلب

(rupture of the heart)

یہ تضرر کے علاوہ زیادہ تر شحمی انحطاط یا لیفی تغیرات کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اکلیلی علقیت (coronary thrombosis) جو کہ عضلۂ قلب میں نزف کا باعث ہو کر قلب کی دیوار کا کچھ حصہ تلف کر دیتی ہے موجود ہو۔ اصابتوں کے ایک نہایت قلیل تناسب میں ایک پھوڑا، خبیث التہاب دروں (malignant endocarditis) یا اینورزم اس کا سبب ہوتا ہے۔ یہ بوڑھے آدمیوں میں ہوتا ہے، اور علی العموم مشقی محنت کے بعد ہوا کرتا ہے۔ درج شدہ اصابتوں میں سے تین چوتھائی میں مقام انشقاق بایاں بطین تھا۔ مریض پر یکایک درد قلب کا حملہ ہو جاتا ہے، جس کے بعد جلد ہی تحوّل (pallor)، بے ہوشی، چند تشنجی جھٹکے (convulsive twitchings) جو کہ موت واقع

ہوجاتی ہے۔ شاذ و نادر اصابتوں میں کچھ گھنٹوں بلکہ دنوں تک زندگی قائم رہی ہے، جس کے ساتھ شحوب (pallor)، ٹھنڈے پسینے، کمزور نبض، اور تنفس آہ کے طور پر (sighing) ہوتا ہے۔

قلب کا انورسما

قلب کے انورسمے حاد یا مزمن ہوسکتے ہیں۔

حاد انورسمے دیوار بطین کے تقرحی التہاب دروں قلب (ulcerative endocarditis) کی وجہ سے اس طرح پیدا ہوجاتے ہیں، کہ جس طرح عنقریب التہاب دروں قلب (malignant endocarditis) کے تحت بیان کیا جائے گا، اور یہ فاصل کے جزو غشائی (pars membranacea septi) یا فضائے غیر محفوظ، نیز مصراعات کے انورسما کا کسی قدر اکثر الوقوع سبب ہے۔ جزو غشائی کے انورسما بعض اوقات پیدائشی ہوتے ہیں۔ تمام صورتوں میں تاچہ انورسمائی بائیں بطین کی طرف کھلتا ہے۔ یہ حالت دوران زندگی میں شناخت کے قابل نہیں۔

قلب کے مزمن انورسمے عموماً لیفی انحطاط کے سلسلہ میں پیدا ہوجاتے ہیں۔ ماؤف شدہ کہفہ، اپنے عضلی ریشے کے لیفی بافت میں یوں تبدیل ہوجانے کی وجہ سے ایک مقام پر کمزور پڑجاتا ہے، اور خون کے دباؤ سے متسع ہوکر ایک تاچہ بن جاتا ہے۔ بایاں بطین انورسماؤں کا عام محل وقوع ہے، اور دوسرے تین کہفوں کے انورسماؤں کی صرف چند ہی مثالوں کا اندراج ہوا ہے۔ تین اصابتوں میں سے دو میں یہ راس پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ گول تاچے بنا دیتے ہیں، ممکن ہے ان تاچوں اور بطین کے درمیان کا راستہ اسی جسامت کا ہو جو خود تاچہ کی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ راستہ نسبتہً بہت چھوٹا ہو۔ جب یہ راس پر پیدا ہوجاتے ہیں تو اول الذکر قسم زیادہ اکثر الوقوع ہوتی ہے، یعنی یہ کہ انورسما کہفۂ بطین کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ آخر الذکر قسم، جو زیادہ تاچہ دار (sacculated) ہوتی ہے، زیادہ اکثر بطین کے پہلو پر باقاعدے میں واقع ہوتی ہے۔ جسامت میں ان کا مقابلہ خشک سپاریوں (nuts)، مرغی کے انڈوں، یا چھوٹے سنگتروں سے کیا گیا ہے۔ چند اس سے بہت زیادہ بڑے پائے گئے ہیں۔ انکی

257

دیواریں عموماً بہت پتلی اور بعض اوقات کلسی مادّے سے در ریختہ ہوتی ہیں۔ اِن میں درون قلبہ کا استر ہوتا ہے، اور اِن کے اندر بیشتر فائبرینی ترویہ (fibrinous coagulum) موجود ہوتا ہے۔ یہ بارہ سال کی عمر سے اوپر ہر عمر میں پا ئے گئے ہیں، اور عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ تر۔ شاذ موقعوں پر اکلیلی شہرائین کے انورسمے بھی ملے ہیں۔ یہ غالباً ایک سداد (embolus) کے پیچھے شریان کے نرم ہو جانے اور پھر نتیجۃً اُس کی کلائی واقع ہو جانے سے پیدا ہو جاتے ہیں (15)۔

علامات اگر موجود ہوں تو اُن اصابتوں میں جہاں انورسما عضلۂ قلب کے انحطاط کے بعد ثانوی طور پر واقع ہوا ہو، اِسی انحطاط کے ہوتے ہیں۔ لاشعاعی امتحان تشخیص کا ایک مفید ذریعہ ہے۔ اصابتوں کے نہایت بڑے تناسب میں تارمور کے اندر انورسما کا دفعۃً انشقاق ہو جانے سے موت واقع ہو گئی ہے۔

نو بالیدگیاں اور طفیلیات

نومایہ (neoplasm)۔ قلب پر اِس کا حملہ مختلف شکلوں میں ہوتا ہے، بالخصوص لمفی سلعہ (lymphoma) لحمی سلعہ (sarcoma) اور میلانینی (melanotic) سرطانی سلعہ کی صورت میں۔ اکثر اوقات واسطی غدد کے لحمی سلعہ یا لمفی سلعہ کے نتیجہ کے طور پر قلب ماؤف ہو جاتا ہے، ایسی صورت میں یہ سلعہ براہ اور دہ پھیل کر اذینوں پر حملہ آور ہوتا ہے اور تارمور کے نیچے گرِ کی ارتفاعات کے طور پر نمایاں ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ سلسلہ جسم کے کسی دوسرے حصے میں ایسی ہی بالیدگی کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔ قلب میں ایک منفرد اوّلی جاؤ کا ہونا نہایت شاذ ہے۔ ایک اصابت میں، جس میں سلعہ دائیں بطین اور ریوی فتحہ پر حملہ آور ہو کر اُن کو جزءً ملوّث کر چکا تھا، مسلسل شدید زراق موجود تھا، جس کے ساتھ سرخ خلیوں کی زیادتی نہ تھی [چنانچہ کثرت خلیات احمر (polycythaemia rubra) خارج از بحث تھی] اور سلف ہیموگلوبن دمویت (sulphaemo-globinaemia) کی بھی کوئی شہادت موجود نہ تھی، لیکن اکثر اوقات ایسے علامات جو اِس حالت کے ممیز ہوں نہیں موجود ہوتے۔ بعض اصابتوں میں اس کا استنباط محض ایک درون صدری بالیدگی کی موجودگی پر سے

کیا جا سکا ۔ والشے (Walshe) ایک مریض کی حالت کا اندراج کرتا ہے جس میں اُذن اُیمن اذین کی اگلی دیوار کے سرطان میں مبتلا ہو جانے کے باوجود ایسی کوئی سریریاتی شہادت موجود نہ تھی جو قلب کی طرف اشارہ کرے ۔

طفیلیات ۔ کبھی کبھی جرم قلب کے اندر کیستی دویرے (hydatid cysts) نمو پا کر اپنی بالیدگی کے دوران میں یا تو تامور کی سمت میں یا کسی ایک کہفہ کے اندر اُبھر آتے ہیں ۔ یہ دویرے منفرد ہوتے ہیں یا ممکن ہے کہ اِن کے اندر دختر دویرات (daughter-vesicles) موجود ہوں ۔ قلب پر اُن کے اثر کا انحصار باالّتبع اس امر پر ہے کہ وہ بڑھ کر کتنی جسامت اختیار کر لیتے ہیں ۔

خنزیری فیتیہ (tænia solium) کا بنان ذنبیہ (cysticercus) بھی بعض اوقات قلب کی دیواروں میں پایا جاتا ہے ۔

حمّیٰ روماتزمی

(RHEUMATIC FEVER)

حاد اور تحت الحاد روماتزم

(acute and subacute rheumatism)

تپ روماتزمی ایک حموی مرض ہے، جس میں یا تو مفاصل کا، یا قلب اور اُس کی جھلیوں کا، یا ان دونوں قسم کے مقامات کا ایک ساتھ حاد التہاب واقع ہو جاتا ہے۔ روماتزمی عوارض جو حاد اور تحت الحاد روماتزم اور رقص (chorea) پر مشتمل ہیں، بوجہ اُس تضرر کے جو اُن سے قلب کو پہنچ جاتا ہے، بچوں کے لئے

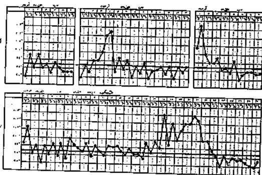
لے ۔ روماتزم اور روماتک کے الفاظ ایک یونانی لفظ آر ہے ماخوذ ہیں جس کے معنی بہا لے کے ہیں، اور جو ایک دوسرے یونانی لفظ کتّار (نزلت) سے تعلق رکھتا ہے ۔ روماتک گٹھیا یا حاد روماتزم کو ان مزمن روماتک امراض سے تمیز کرنا چاہئے جو کہ بعد میں بیان کی گئی ہیں ۔

نہایت شدید خطرہ کا باعث ہوتے ہیں۔

بحث اسباب - یہ مرض دونوں صنفوں میں اور تقریباً ہر عمر میں ہوتا ہے' لیکن پچاس سال کی عمر کے بعد اور شیرخواروں میں نہایت شاذ ہوتا ہے - یہ مرفہ الحال اشخاص میں نادرالوقوع ہے' اور نہایت مفلوک الحال اشخاص کو بھی غیر متاثر رکھنے کا رجحان رکھتا ہے - یہ آبرودار کاریگروں کی جماعت' چٹھی رسانوں اور ریل کے ملازموں وغیرہ میں عام ترین ہے - یہ ایک ماحولی (environmental) مرض ہے نہ کہ موروثی' کیونکہ جب ان کے بچوں کی تشذید (segregation) مدارس صنعت و حرفت میں کر دی جاتی ہے تو ان پر اس کا حملہ نہیں ہوتا' اگرچہ بورڈنگ اسکولوں وغیرہ میں وبائیں دیکھی گئی ہیں (49)۔ ماحولی عوامل میں سے سب سے زیادہ شک غذا پر پڑتا ہے' اور چونکہ غریبوں کی غذا میں حیوانی شحمیں نمایاں طور پر مفقود ہوتی ہیں' لہٰذا اس سے حیاتین الف اور د کی قلت مستنبط ہوتی ہے - اس بنا پر حادِ روماتزم کساحت (rickets) کے ساتھ مماثلت رکھتا ہے' چنانچہ اول الذکر مرض تقریباً اس عمر میں شروع ہوتا ہے کہ جس میں کساحت ختم ہوجاتی ہے (48)۔ پھر بعض تازہ تحقیقاتیں سردی اور نمی کی طرف اشارہ کرتی ہیں' اور سرمائی مہینوں میں اس مرض کا ورود عام ترین ہے - ممکن ہے کہ وہ حرارت جو نہایت غریب اور نادار اشخاص میں اژدحام سے پیدا ہوجاتی ہے ان عوامل کو بے اثر کر دے - مدارس میں حادِ روماتزم شاذ ہے - چونکہ یہ مرض عموماً براہِ حلق داخل ہوتا ہے' یہ پایا جانا تعجب خیز نہیں کہ یہ حمیٰ قرمزیہ (scarlet fever) کے بعد عام ہے۔

امراضیات - اس بیان کی بہت کچھ تائید کی جا سکتی ہے کہ روماتزمی تپ کا سبب عامل ایک خون پاش نبقہ سبحیہ ہے - یہ ایسی رائے ہے جس کا منبع پائنٹن (Poynton) اور پین (Payne) کا کیا ہوا کام ہے - کبھی کبھی نبقاتِ سبحیہ تحت الجلدی گرہوں سے' رقص (chorea) کی مہلک اصابتوں میں دماغی نخاعی سیال سے' اور خون سے علیحدہ کئے گئے ہیں - حال ہی میں غیر معمولی خصائص کے نبقاتِ سبحیہ کی طرف توجہ مبذول ہوئی ہے' جو حادِ روماتزم اور کوریا میں حلق سے علیحدہ کئے گئے ہیں - ان کو قلبی مفصلی التہابی نبقاتِ سبحیہ (streptococcus cardioarthritidis) کا نام دیا گیا ہے - ان اصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں مفصلی سیال اور خون کا کشت

کرنے پر عقیم پائے جاتے ہیں، چنانچہ اِسی وجہ سے زمانۂ ماضی میں اِس مرض کے جرثومیاتی مبداء کے متعلق بے اعتمادی تھی۔ خون پاش نبقۂ سبحیہ اور حاد روماتزم کے درمیان قریبی رشتہ ہونے کا ایک زیادہ اہم ثبوت، ہسپتالوں اور اسکولوں میں متعدی سوزش حلق کے عواقب (sequelæ) کے مطالعہ سے حاصل ہوتا ہے۔ اگر سبب عامل ایک خون پاش نبقۂ سبحیہ ہی ہو، اور دوسرے عضویات مثلاً نبقۂ عنبیہ، خرد نبقہ، نازلیتی وغیرہ نہ ہوں تو مریضوں کو ۷ سے لیکر ۲۱ دن تک کی مدت کے بعد حاد روماتزم ہوجاتا



شکل ۳۹۔ تین لڑکوں کے نقشے کہ جن کو خون پاش نبقۂ سبحیہ کی وجہ سے سوزش حلق تھی۔ ب نقشہ ایک لڑکے کا ہے، اس کو بھی نبقۂ سبحیہ کی وجہ سے سوزش حلق تھی، اور بعد میں تیتی سبحی التہاب شعبی پیدا ہوگیا۔ ایک خاموش وقفہ کے بعد پندرھویں دن حاد روماتزم نمودار ہوگیا (ڈبلیو۔ ایچ۔ بریڈلے W. H. Bradley; کے مریضوں سے)۔

ہے۔ اتنی مدت گویا "خاموش وقفہ" ہے (47) کہ جس میں علامات رجعت قہقری کرتے ہیں، اگرچہ، جیسا کہ شکل ۳۹ سے ظاہر ہے، تپش ہمیشہ بالکل طبعی لیول تک نہیں آتی۔

259

ابتدائی سوزش حلق کے وقت، جو کہ نقشہ میں پہلے دن دکھائی گئی ہے "نبقہ سبحیہ جو خون میں داخل نہیں ہوا" اور ۱۲ ویں دن جب کہ حاد روماتزم شروع ہوتا ہے نبقہ سبحیہ حلق سے غائب ہو گیا ہے، اگرچہ التہاب گرد قلبہ کی ہلک اصابتوں میں یہ طحال اور گرد قلبی لمفی غدد سے کاشت کیا گیا ہے (50)۔ واقعات کی یہ ترتیب زمانی اس نظریہ کے مطابق ہے کہ حاد روماتزم ایک حادحساسیتی منظر ہے جو کہ ابتدائی سبحی حملہ کے دوران میں "حساس گری" کا نتیجہ ہے۔ لیکن ایک اور استدلال جو کیا جا سکتا ہے یہ ہے کہ خون یا نسج میں نبقہ سبحیہ بطور خود حاد روماتزم کا اولی سبب نہیں ہے، بلکہ یہ ایک ثانوی حملہ آور، مثلاً ایک ماورائے خوردبینی قشب کے ادخال کو سہل بناتا ہے اور وہی مرض کا براہ راست سبب ہے۔ حال میں اس کی شہادت حاصل ہوئی ہے۔

مرضی تشریح۔ روماتزمی تپ کے خاص ساختی تغیرات التہاب قلب (carditis) کثیر مفصلی التہاب (polyarthritis) رقص (chorea) اور تحت الجلدی گرہیں ہیں۔ ان تمام شالوں میں رد عمل دراصل ایک ہی جیسا ہوتا ہے، یعنے ایک التہابی گرہ بنجاتی ہے جو اس کے منظر کا انحصار مقام ماؤف کی نوعیت پر ہوتا ہے۔ اس رد عمل کا مطالعہ قلب میں نہایت آسانی سے کیا جا سکتا ہے۔

عضلۂ قلب کا التہاب حاد (acute myocarditis)۔ اولین تغیر ایک شریانک میں واقع ہوتا ہے۔ ایک نقطہ پر استرکار (lining) خلیے پھول کر تعداد میں بڑھ جاتے اور تیز التہاب کا مرکز بنجاتے ہیں، جس کے ساتھ گول خلیوں کی دررزیرش (round cell infiltration) ہوتی ہے، جو اصغر کثیر الاشکال (polymorphs) ہوتے ہیں۔ یہ شریانک تھکّے کے باعث سربمہر ہو کر تلف ہو جاتی ہے۔ ازاں بعد گول خلیوں کی دررزیرش غائب ہو جاتی ہے اور بالآخر ہمیں فائبرین کے پس منظر میں بڑے کثیر ذواتی خلیوں کا ایک گروہ مفروش ملتا ہے، جو آشاف کی گرہ (Aschoff's node) بناتا ہے۔ یہ خلیے لیفی ناہض (fibroblast) ہوتے ہیں اور بعد میں متغیر ہو کر معمولی لیفی بافت بنجاتے ہیں، جس سے ایک مستقل لیکن غیر ممتاز ندبہ (scar) بنجاتا ہے۔ عضلی ریشہ کے خلیوں میں شحمی ذرات اور قطیرات (droplets) سب سے پہلے فوراً کے قریب نمودار ہو جاتے ہیں، اور ازاں بعد ایک محدود المقام تنخر (localised necrosis)

واقع ہوجاتا ہے۔ ہوسکن ہے کہ کسی الاصل ہو یا شریانک کے تلف ہوجانے یہ دموی رسد کے انقطاع کے سبب سے ہوگیا ہو۔ یہ گرہیں نہایت عام طور پر اور ٹلی کی جڑ اور حلقہ مطرانی (mitral ring) کے قریب بائیں بطین میں عضلہ میں گہری مدفون نمودار ہوتی ہیں۔

دروں قلبیہ کا التہاب حاد (acute endocarditis)۔روماتزمی التہاب دروں قلبیہ میں اسی گرہی التہاب ("nodal" inflammation) کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُس سے مطرانی شرفہ (mitral cusp) کے اذینی جانب یا اور طی شرفہ (aortic cusp) کے بطینی جانب پر مصراعوں کی کور کے قریب زیر دروں قلبی بافت (subendothelial tissue) کے نہایت خفیف اورام پیدا ہوجاتے ہیں، جس سے تسبیح کے دانوں جیسے متعدد ارتفاعات بنجاتے ہیں جنھیں عموماً رو ئیدگیوں (vegetations) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اور یہ ابتداءً اُس خط پر واقع ہوتی ہیں جہاں مصراع مسدود ہونے پر اپنے رفیق کو چھوتا ہے، نہ کہ مصراع کی آزاد کور پر۔ بعد میں ملتہب رقبہ پر مصراعوں کا درحلہ ڈھیلا پڑجاتا ہے، اور بطینی خون سے فائبرین اور کثیرالاشکال نواتی سپید خلیے تہ نشین ہوجاتے ہیں۔ التہاب کم ہونے پر خفیف سا اندمال (scarring) واقع ہوجاتا ہے۔ لیکن طویل عرصہ تک جاری رہنے والے التہاب میں یا متواتر حادحملوں کے بعد مصراعوں کا بڑا تشوہ (deformity) واقع ہوجاتا ہے، جس کا بیان دروں قلبیہ کے التہاب مزمن (chronic endocarditis) کے باب میں درج کیا گیا ہے۔ التہاب تامور (pericarditis) کے مناظر بھی بعد میں بیان کئے گئے ہیں۔

التہاب مفاصل (arthritis)۔ہلاک اصابتوں میں مفصلوں کے اندر گدلا زلالہ (synovia) اور فائبرین کی دھجیاں پائی گئی ہیں۔ سپید خلیات موجود ہوتے ہیں لیکن سیال کبھی ریمی نہیں ہوتا۔ خود غشائے زلالی عروقی اور لیف کی ایک تہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جب ایسی سریع کی، جیسی کہ اکثر دیکھی جاتی ہے واقع ہوجاتی ہے تو زلالی تغیرات اس کی نسبت اور بھی زیادہ خفیف ہوتے ہیں۔ وتری غلافوں کے اندر غیرشفاف مُصل اور سبزی مائل زرد لمف پایا گیا ہے۔

زیر جلدی روماتزمی گرہ، جو روماتزم کی ایسی ممتاز خصوصیت ہے، اس کی پیدائش بالکل ویسی ہی ہے جیسی کہ پہلے قلب کے لئے بیان ہو چکی ہے، لیکن اس کی نسبت زیادہ بڑے پیمانہ پر ہوتی ہے۔ وہ مرکزی ثمرباتی التہاب سے شروع ہوتی ہے۔ پھر کثیر نواتی لیفی ناہضی دررپزش (multi-nucleated fibroblastic infiltration) ہوتی ہے۔ جو ترقی کرتی ہوئی چند ہفتوں کے دوران میں ایک چھوٹا ندبہ بن جاتی ہے۔

علامات۔ اکثر ایک یا زائد حلوں کی ماسبق سرگذشت پائی جاتی ہے۔ اور لوزتین بڑھے ہوئے نظر آتے ہیں، یا اُن میں عمیق طاقچے (crypts) موجود ہوتے ہیں، یا دبانے سے پیپ خارج ہوتی ہے، یا غدد وفہ (adenoids) موجود ہوتے ہیں۔ روماتزم کی ابتدائی علامات کثیر مفصلی التہاب (multiple arthritis) یا زلالی التہاب (synovitis) کے ہوتے ہیں، یہ ضررات نمایاں ہوتے ہیں کیونکہ ان کے ساتھ درد اور تپ موجود ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں، اور خاصکر بچوں میں، پہلا ضرر قلبی مصراعات یا عضلۂ قلب یا تامور کا التہاب ہوتا ہے (روماتزمی التہابِ قلب)، جو ممکن ہے بکلی مخفی (latent) ہو، اگر جس کے ساتھ مبہم سے دردوں [جنکو شاید درد ہائے بالیدگی (growing pains) کہتے ہیں] کی سرگذشت ملتی ہے، اور یہ درد ایسے ہوتے ہیں کہ بچہ ان کی وجہ سے فرش نہیں ہوتا۔ بعض اوقات ایک ایسے بچہ میں، جس پر مفصلی قسم کی روماتزم کا حملہ ہوا ہو، ایسا قلبی ضرر پایا جاتا ہے جو زمانہ ماضی کا ہوتا ہے اور موجودہ زلالی التہاب پر منحصر نہیں ہوتا، مگر اس کے ساتھ کسی گذشتہ زلالی التہاب کی سرگذشت بھی نہیں ملتی، یا ممکن ہے کہ رقص (chorea) کی سرگذشت ہو (آگے ملاحظہ ہو)۔

مفاصل بالکل دفعتًہ ماؤف ہو سکتے ہیں۔ پہلے اکثر گھٹنے پر حملہ ہوتا ہے، اور پھر ٹخنے پر، اور دوسری حالتوں میں کلائی یا کندھے پر۔ خواہ پہلے کسی بھی مفصل پر حملہ ہو، مرض جلد ہی جسم کے دوسرے مفاصل میں پھیل سکتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کندھا، کہنی، اور کلائی، کولہا، گھٹنا، اور ٹخنہ سب کے سب ایک ہی وقت میں یا یکے بعد دیگرے مبتلائے التہاب ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی بالغوں میں ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے مفاصل یا قصی ترقوی مفصل (sterno-clavicular joint) یا فقری

260

مفاصل تک ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مرض کی وسعت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ایک مریض میں صرف دو یا تین جوڑ ملتہب ہو سکتے ہیں، اور دوسرے میں بہت سے۔ اور روماتزمی تپ کا ایک اہم خاصہ یہ ہے کہ اس میں جب بعض ملتہب مفاصل بسرعت شفایاب ہو جاتے ہیں، تو دوسرے مفاصل ماؤف ہوتے جاتے ہیں۔ اور جب یہ آخر الذکر مفاصل اچھے ہو جاتے ہیں تو تازہ مفاصل مبتلا رہتے ہیں، یا پہلے ماؤف شدہ مفاصل پھر مبتلائے التہاب ہو جاتے ہیں۔

جس مفصل پر روماتزمی تپ کا حملہ ہوا ہے وہ متورم، گرم، چھونے سے الیم (tender)، اور دردناک ہوتا ہے۔ سب سے زیادہ نمایاں ورم گھٹنے میں (جہاں انصباب بآسانی پہچانا جا سکتا ہے)، اور ٹخنہ میں اور کلائی میں ہوتا ہے۔ اُس کا رنگ تیز گلابی ہو سکتا ہے، جو شاذ ہی سارے ورم پر پھیلا ہوا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ چکتیوں یا دھبوں کی صورت میں ہو۔ الیمیت (tenderness) بعض اوقات انتہائی درجہ کی ہوتی ہے، چنانچہ بستر پر ذرا سا دھکا لگنے سے یا جوڑ کو بیڈ مینگے پن سے ہاتھ لگانے سے شدید درد ہو جاتا ہے۔ اس قسم کا درد خود بخود پیدا ہونے والے درد کے بند ہو جانے کے بعد بھی جاری رہ سکتا ہے۔ کندھے، کولھے اور کہنی کے جوڑوں میں درد اور الیمیت ہی روماتزم کے خاص مظاہر ہیں، کیونکہ خفیف سا ورم بآسانی شناخت نہیں ہوتا اور سرخی عموماً غیر موجود ہوتی ہے۔ التہاب مفاصل مختصراً بچوں کی نسبت بالغوں میں زیادہ دردناک ہوتا ہے۔ جوارح کے عضلات کا جس کرنے پر الیم ہونا کافی عام ہے، جس کی وجہ غالباً وہ عضلی التہاب (myositis) ہے جو اپنی نوعیت میں عضلۂ قلب کے التہاب (myocarditis) سے مماثل ہوتا ہے۔ فی الحقیقت ایک لڑکے میں، جو راقم الحروف کے زیر نگرانی تھا، شدید عضلی الیمیت بلا مفاصل کی کسی ماؤفیت کے موجود تھی۔

اصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں نزلابی التہاب زائل ہونے پر سابق التہاب کی کوئی امارت نہیں چھوڑتا۔ لیکن کبھی کبھی، بالخصوص اُس وقت جبکہ ایک ہی جوڑ پر متواتر حملے ہو چکے ہوں، دائمی تغیرات کا دیکھا جانا ممکن ہے جن میں عضلات کی لاغری بھی پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تغیرات روماتزمی گرہوں کے ہمراہ پائے جائیں اور

وہ حاد روماتزم آسا مفصلی التہاب (acute rheumatoid arthritis) سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ نسیجیاتی نقطۂ نظر سے روماتزم آسا مفصلی التہاب کے ضررات حاد روماتزم کے ضررات سے ناقابل تمیز ہوتے ہیں، چنانچہ یہ ممکن ہے کہ یہ بالآخر ایک ہی مرض کے مختلف مظاہر ثابت ہوں۔ بیان کیا گیا ہے کہ روماتزمی تپ میں بعض اوقات غضروفی مفصلات (synchondroses) بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اس میں شاذ نہیں کہ بعض مفاصل کے گرد و پیش کے وتروں کے غلاف اکثر ملتہب ہو جاتے ہیں، بالخصوص وہ جو کلائیوں اور ٹخنوں کے گرد کے ہوتے ہیں۔ اور ممکن ہے کہ پشت پا اور پشت دست پر پھیل جانے والی نرمی کا کچھ حصہ انھیں کے التہاب کے باعث ہو۔ ایک لڑکے میں، جسے راقم الحروف نے دیکھا تھا، جانہ (mandible) کے گرد زیر گرد غلظی گرہیں (subperiosteal nodes) موجود تھیں۔

اس کثیر مفصلی التہاب کے ہمراہ کچھ تپ (pyrexia) بھی موجود ہوتی ہے، جو مفصل کا التہاب کم ہونے کے ساتھ کم ہو جاتی اور التہاب مفصل کے عود کے ساتھ پھر ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات تپ مفرط (hyperpyrexia) ہوتی ہے۔ پسینہ کثرت کے ساتھ آنا بھی روماتزم کا ممیز خاصہ ہے۔ اکثر عرقی مسامات کے دہنوں پر صاف کیسکوں کے اندر پسینہ دیکھا جا سکتا ہے، جنھیں عرق دانے (sudamina) کہتے ہیں۔ جب ان کیسکوں میں ریم کا ایک نقطہ موجود ہوتا ہے اور یہ ایک گلابی بالیدہ سے گھرے ہوئے ہوں تو انھیں دخنیات (miliaria) کہتے ہیں۔ اس تپ کے ساتھ عموماً دماغی اختلال زیادہ نہیں ہوتا، اور غیر پیچیدہ روماتزمی تپ میں ہذیان کوئی نمایاں منظر نہیں ہے۔ زبان فردار ہوتی ہے اور امعاء میں قبض ہوتا ہے۔ قارورہ مقدار میں تھوڑا، گہرے رنگ کا (high coloured) اور ترشئی ہوتا ہے۔ صرف کبھی کبھی اس میں البیومن کی خفیف سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

روماتزمی التہاب قلب (rheumatic carditis)، مفصلی التہاب کے ساتھ شروع ہونے والی روماتزمی تپ کی اصابتوں کے ایک بڑے تناسب (۳/۱ اور ۲/۱ کے درمیان) میں قلب التہاب درون قلبیہ (endocarditis) اور التہاب عضلۂ قلب (myocarditis) ہیں اور نسبتہً قلیل الوقوع اصابتوں میں التہاب برِ (pericarditis)

طبیعی ابارات کا سبب مطرانی مصراع کی راہ سے خون کا زور سے بہہ کر جانا بھی ہو سکتا ہے، جیسا کہ ذیل میں بیان کیا گیا ہے۔ روماتزمی تپ میں بچوں میں ایک نسبتاً کم عام خریر، جو راس پر ہی سنائی دیتا ہے بہ لحاظ وقت بین انبساطی (mid-diastolic) ہوتا ہے۔ یہ یقیناً تمام اصابتوں میں مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی وجہ سے نہیں ہوتا، کیونکہ امتحان بعد الممات میں ایک سے زائد موقعوں پر یہ مصراع درست حالت میں پایا گیا ہے۔ یہ غالباً "اضافی ضیق" ("relative stenosis") کی وجہ سے ہوتا ہے، یعنے ایک طبعی مصراع کے ایک متسع بطین کے اندر کھلنے اور لیکنی رگ (fluid vein) اور بھنور (eddies) پیدا کر دینے کے باعث۔ یہ فلنٹ (Flint) کے اُس مشہور خریر کے مشابہ ہے جو اورطی بازروی میں ہوتا ہے۔ بچوں میں اس خریر کی موجودگی عموماً ایک شدید درجہ کی سرایت ظاہر کرتی، اور سالہائے مابعد میں ایک مکمل نمو یافتہ مطرانی ضیق پیدا کر دیتی ہے۔ اگر اورطی مصراع ماؤف ہوا ہے تو ممکن ہے کہ دوسری آواز نامکمل ہو اور ایک انبساطی خریر نمویاب ہو جاتا ہے، لیکن دوسروں کی نسبت یہ ضرر بہت قلیل الوقوع ہے۔

التہاب پلیورا (ذات الجنب = pleurisy) - جب قلبیہ بہ شدت ماؤف ہو، اور بالخصوص جب التہاب تامور (pericarditis) بھی موجود ہو تو یہ اکثر پایا جاتا ہے۔ ایک رگڑ (rub) سنائی دیتی ہے، اور ممکن ہے کہ درد بھی موجود ہو۔ جب ذات الجنب تاموری اور رئتی پلیورا کے درمیان ہو تو پلیوری تاموری فرک (pleuro-pericardial friction) کا موجود ہونا ممکن ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 127)۔ عموماً ارتشاح (exudation) اتنا کافی نہیں ہوتا کہ جس کے بزل (tapping) کی ضرورت لاحق ہو۔ لیکن گاہ بگاہ ممکن ہے کہ وہ وسیع ہو کر بائیں قاعدے پر ویسے ہی طبیعی ابارات پیدا کر دے جیسے کہ بائیں شش پر ایک تاموری انصباب کے دباؤ سے پیدا ہوتے ہیں، یعنے آواز کی کمی (impairment of note)، ناقص جوفیری خریر، یا کمزور بلند ارتفاعی (high-pitched) شعبی تنفس۔ حاد ریوی اُذیما (acute pulmonary oedema) اور شعبی ذات الریہ کبھی کبھی بچوں میں ہو جاتے ہیں (Poynton)۔ عام طور پر التہاب گردہ بھی ہم زمان طور پر ہو جاتا ہے۔

عرق دانوں (sudamina) اور دخنیات (miliaria) کے علاوہ، جو پہلے بیان ہوچکے ہیں، شری (urticaria) اور مختلف قسموں کا احمرار (erythema) بھی واقع ہوسکتا ہے، بالخصوص احمرار کثیر الاشکال (E. multiforme) اور پرپیرا [کلاحت روماتزمی (peliosis rheumatica)] - احمرار گرہ دار (E. nodosum) بھی روماتزم کے ساتھ پایا جاتا ہے - وہ بعض اوقات کسی ماخذ کا ہوسکتا ہے (ملاحظہ ہو آگے) لیکن زیادہ عام طور پر تدریجی ہوتا ہے۔

تحت الجلدی کرانب (subcutaneous nodes) بالغوں کی نسبت بچوں میں زیادہ عام ہیں، اور مفاصل کے قریب وجوار میں، اور عظمی حیود اور ابھاروں پر پائے جاتے ہیں، جہاں جلد اور ہڈی کے درمیان زیادہ چربی حائل نہیں ہوتی، مثلاً کہنیوں اور گھٹنوں پر - وہ دردناک نہیں ہوتے اور شاذ ہی الیم ہوتے ہیں - انہیں جلد کے نیچے آزادانہ، اور ان کے نیچے والی لیفی ساختوں پر خفیف سی حرکت دیجا سکتی ہے۔ وہ چند ہی ہفتوں میں غائب ہوجاتے ہیں۔

مآل - اگر علاج نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ مفاصل کے علامات دس سے چودہ دنوں تک جاری رہیں، اور پھر وہ اکثر دفع ہوجائیں گے۔ اگر سیلی سیلیٹس (salicylates) کے ذریعہ علاج کیا جائے تو درد اور بخار اکثر ایک ہفتہ کے اندر غائب ہوجاتے ہیں۔ لیکن بہرحال روماتزم نکس (relapse) کا بڑا رجحان ظاہر کرتی ہے، جس میں دو دن سے لیکر دو ہفتوں کے ایک خالی از تپ اور خالی از درد وقفہ کے بعد مفاصل بالکل اسی طریقہ سے ماؤف ہوجاتے ہیں - کبھی کبھی ایک جوڑ کا التہاب ہفتوں یا مہینوں قائم رہنے کی وجہ سے شفایابی میں تاخیر ہوجاتی ہے - درد، ورم، اور کرختگی (stiffness) نمایاں تکالیف ہوتے ہیں، اور جوڑ کا علاج بالآخر آرام، جبیرات (splints) اور سقائی معالجہ سے کرنا پڑتا ہے - نقیہیت (convalescence) میں تاخیر کا ایک دوسرا سبب التہاب دروں قلبیہ (endocarditis) کی سریع ترقی ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریض روماتزم سے گذر کر نمایاں مرض قلب میں مبتلا ہوجاتا ہے، جس میں اورطی یا مترالی مرض کے خبرات، عضلۂ قلب کا فشل (failure) بلکہ التہاب تامور موجود ہوتا ہے۔ روماتزمی حملہ کے دوران میں موت التہاب قلب سے، اور نہایت ہی شاذ طور پر

262

مفرط تپ سے ہو سکتی ہے ۔

تشخیص ۔ اس میں عموماً کوئی دقت نہیں پیش آتی ' کیونکہ درد مفاصل کا دفعتہ وقوع اور ساتھ ہی مفاصل کی سرخی اور ورم ' بخار اور کثرت پسینہ یہ سب بڑی حد تک فیصلہ کن ہوتے ہیں ' بالخصوص اگر یہ نوعمر اشخاص میں واقع ہو ' جن کی صحت پہلے اچھی تھی ' یا جو اس کے برعکس ' روماتزمی تپ یا مرضِ قلب کی ماسبق سرگزشت رکھتے ہوں ۔ جہاں صرف ایک ہی منصل ماؤف ہو وہاں حاد التھاب مفرِ استخوان کے متعلق غور کرنا چاہئے ۔ اس میں بنیوی (constitutional) علامات زیادہ شدید ہوتے ہیں ۔ الیمیت بہت زیادہ ہوتی ہے ' خاصکر جبکہ ہڈی کو دبایا جائے ۔ حاد تقیحی الدّم (acute pyæmia) جس کے ساتھ تقیحی التہاب مفصل (suppurative arthritis) ہو ' غیر عام ہوتا ہے ' اور اس میں عموماً سرایت کا کوئی صریح مرکز موجود ہوتا ہے جیسے کہ زچگی کے بعد عفونی رحم ۔ جب مفاصل پر حملہ ہوتا ہے تو اُن کے شفایاب ہونے میں طویل عرصہ لگتا ہے ۔ سوزاکی زلالی التہاب بھی روماتزمی تپ کی نسبت زیادہ دیرپا ہوتا ہے ' اور اُس کے ساتھ قلبی پیچیدگیاں شاذ ہی ہوتی ہیں ' اور التہاب بالخصوص رداؤں (fasciæ) کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتا ہے ۔ لیکن ممکن ہے کہ ابتدائی درجوں میں اُسے بآسانی غلطی سے حاد روماتزم سمجھ لیا جائے ۔ حاد کثیر منصلی التہاب (acute multiple arthritis) بہت سی نوعی سرایتوں ' مثلاً تپ محرقہ ' سرخباد ' اور نبقی ریوی سرایتوں ' تپ ناکسہ ' وغیرہ میں بھی واقع ہو سکتا ہے ۔ وہ تعامل جو مریض سیلی سیلیٹس دینے پر ظاہر کرتا ہے ' حاد روماتزم کی مفید دلالت ہوتا ہے ۔ نقرس سے تشخیص اُس مرض کے بیان میں درج کی جائیگی ۔

ایک ایسے بچے میں جسے کہ منصلی التہاب نہ ہو چکا ہو ' روماتزم کی تشخیص کا انحصار خراش حلق یا عفونی لوزتین اور ایک قلبی ضربانی فن (chorea) کی شناخت پر ہوگا ۔ حاد التہاب دروں قلبہ اور التہاب عضلۂ قلب کی تشخیص کے لئے کسی قدر احتیاط کی ضرورت ہے ' کیونکہ تازہ حاد التہاب دروں قلبیہ اور التہاب عضلۂ قلب کا خلط ملط پرانے مصرانی ہر مرض کے غیرات کے ساتھ اور تازہ موروثی فرک کی آواز کے ساتھ ہو سکتا ہے ۔ نوٹ کرنے کے قابل خاص امر یہ ہے کہ یہ زیرِ بحث عوارض اپنی نوعیت

میں گوگانزم، اور بہ لحاظِ وقت انکماشی، اور ملطرانی رقبہ پر سختی کے ساتھ محدود ہوتا ہے۔
ممکن ہے کہ سرعتِ ضرباتِ قلب (tachycardia) موجود ہو اور دوسری ریوی آواز
مغمّم (accentuated) ہو سکتی ہے۔ ایک فعلی (functional) یا دموی خریر (haemic
murmur) عموماً ریوی شریان پر بلند ترین، اور اُس کی صفت اکثر درشت (harsh)
ہوتی ہے۔ مزمن مصراعی مرض کا خریر اکثر بلند یا درشت ہوتا ہے، جو ایک بڑے
رقبہ پر سنا جاتا ہے، اور اُس کے ساتھ قلب کی جسامت یا شکل کا کچھ تغیر بھی ہوتا ہے۔

انذار۔ حاد روماتزم کی شرح اموات تھوڑی ہوتی ہے۔ امکانی خطرات
اوپر بیان کئے جا چکے ہیں۔ اِس امر کی کہ آیا مرض ہنوز فعال ہے، تپش، اور شرح نبض
اور تبدیلیٔ خریرات بہترین سریری رہنما ہیں۔ خلیات احمر کی تثفلی شرح سے مزید مدد
حاصل ہوتی ہے۔ ویسٹرگرین (Westergren) کا طریقہ استعمال کرنے پر اگر خلیات
پہلے گھنٹے میں ۱۰ ملی میٹر سے زیادہ یا دو گھنٹے میں ۲۰ ملی میٹر سے زیادہ گریں، تو مرض
ہنوز فعال ہے (42)۔

تحریز۔ عموماً چکنی مٹی کی زمین روماتزم کی استعداد پیدا کرنے والی سمجھی
جاتی ہے، اور دریائی وادیوں کے نشیبی مقامات سے احتراز کرنا چاہئے۔ روماتزمی
بچوں کو چاہئے کہ اگر اُن کا لباس تر ہو جائے تو اُسے بدل ڈالیں۔ اہم ترین امر
یہ ہے کہ تمام ممکن منابع سرایت کا علاج کرنا چاہئے۔ اِس سلسلہ میں ناک اور جوفِ
اور حلق کا احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہئے، بالخصوص بچوں میں، لیکن بالغوں
میں خاص کر دندانی سرایت کی تلاش کرنی چاہئے۔ روماتزمی مظاہر والے بچاسی بچوں
پر عمل میں لائی ہوئی لوزہ برآری (tonsillectomy) کے موضوع پر ایک تحقیقات
پیش کی گئی ہے (43)۔ بیشتر اصابتوں میں لوزتین ایک سے زائد بار التہاب میں مبتلا
ہو گئے تھے، اور تمام اصابتوں میں لوزی لمفی غدد بڑھے ہوئے تھے۔ لوزہ برآری کے بعد
اوسطاً ساڑھے تین سال سے زائد تک اِن اصابتوں کا تتبع کیا گیا۔ ۹۵ فی صدی
اصابتوں میں لوزی غدد ناقابلِ جس ہو گئے۔ جن مریضوں کو روماتزمی تپ ہوتی تھی
اُن میں سے ۴۰ فیصدی میں نکس بالکل نہیں ہوا۔ جہاں تک زفن کا تعلق ہے
۵۰ فیصدی اصابتوں میں نکس واقع نہ ہوا۔ التہابِ عضلہ (myositis) اور دردِ مفاصل

کے متعلق یہ ہے کہ ۲۷ فیصدی اصابتوں میں کسی واقع نہ ہوا۔ چند اصابتوں میں لوزتین کو کامل طور پر نکالنے کے لئے ایک دوسرے عملیہ کی ضرورت واقع ہوئی۔ اس کے خلاف گریٹ آرمانڈ سٹریٹ (Great Ormond Street) میں ۴۲۸ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں کہ جن میں زرفن بھی شامل تھا، لوزہ برآری کے منفعت بخش نتائج بہت مشکوک تھے (45)، اور یہ دیگر ارباب سند کی رائے کے مطابق ہے (47)۔ 263

مندرجۂ بالا سے حسب ذیل نتائج مستنبط کئے جا سکتے ہیں۔ روماتزمی بچوں میں جب لوزتین کی سرایت زدگی بچہ کی صحت کو خراب کر رہی ہو، اور بار بار سوزش حلق ہو اور مزمن غدی کلائی موجود ہو تو انقاف (enucleation) کے ذریعہ لوزتین کو بکلیہ نکال دینا مناسب ہے۔ اس عملیہ کو حاد سرایت رفع ہو جانے کے بعد عمل میں لانا چاہئے۔

علاج۔ روماتزم کی خفیف اصابتوں کے موثر علاج کے لئے بھی بستر میں کلی آرام کرنا ضروری ہے یہاں تک کہ مفاصل کا درد اور ورم غائب ہو جائے اور قلبتیا فاعلی التہاب رفع ہو جائے۔ لیکن اس کا یقینی طور پر جاننا مشکل ہے کہ یہ نتیجہ کب ظہور میں آتا ہے، چنانچہ خطرہ کے سدّباب کے لئے مریضوں کو (بالخصوص اگر وہ بچے ہوں) بہت ہفتوں تک بستر پر لٹائے رکھنا چاہئے۔ بہر حال جبتک کہ نبض اور تپش کم ہو کر طبعی نہ ہو جائیں اور کچھ دنوں تک ایسی نہ رہیں مریض کو اُٹھنے کی اجازت نہ دینی چاہئے۔ ایک دوسری مفید دلالت غریرات کی نوعیت ہے۔ جبتک کہ یہ روز بروز کوئی تغیر ظاہر کریں اس کے یہ معنے ہیں کہ فاعلی التہاب موجود ہے۔ سرایت کے ممکن مرکزوں کو تلاش کر کے اُن کا تدارک کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 276)۔ لوزہ برآری پر اوپر غور کیا جا چکا ہے۔

شدید اصابتوں میں مفاصل اسقدر دردناک ہونگے کہ مریض کو سوائے چپ چاپ لیٹے رہنے کے کوئی چارہ نہیں ہوتا۔ مفاصل کو تضرر کے ہر خطرہ سے محفوظ رکھنا چاہئے۔ بعض اوقات بستری کپڑوں کو جوارح سے ایک خاطیہ کے ذریعہ اٹھا کر رکھنا چاہئے۔ مفاصل کو نرم روئی میں، جس پر شدید اصابتوں میں تھوڑی سی مسکن دوا (anodyne)، مثلاً لفاح، یا افیون کا مروخ، چھڑک لی جائے لپیٹ دینے سے درد میں قدرے مقامی تخفیف حاصل ہو سکتی ہے، یا متصل پرشتل پیلی سلیٹ

(methyl salicylate) (ونٹر گرین کا مصنوعی تیل) پھیلا کر اُسے گٹا پرچا ٹیشو (gutta-purcha tissue) سے ڈھانک سکتے ہیں۔ گذشتہ زمانہ میں خالص دودھ کی غذا تجویز کی جاتی تھی، لیکن عام اصول کی بنا پر مختلف الاقسام غذاؤں کی اجازت دینا نسبتہً بہت بہتر ہے، جیسا کہ دوسری حموی حالتوں میں کیا جاتا ہے۔

جو دوا اب تقریباً عالمگیر طور پر کام میں لائی جاتی ہے وہ سوڈیم سیلی سلیٹ (sodium salicylate) ہے۔ جب مریض کامل طور پر اس کے زیر اثر ہو جاتا ہے تو درد غائب ہو جاتے ہیں، مفاصل کی سرخی اور ورم میں تخفیف ہو جاتی ہے، اور تپش دو یا تین درجہ کم ہو جاتی ہے، بلکہ ممکن ہے کہ طبعی درجہ پر آجائے۔ اگر اب اس دوا کی مقدار کم کر دی جائے یا اس کا استعمال جاری نہ رکھا جائے تو بہت ممکن ہے کہ درد عود کر آئیں۔ اگر پوری مقدار خوراک قائم رکھی جائے تو روماتزم اُسی وقت سے علاً شفایاب ہو جائے گی۔ لیکن علاج کو دوا اور غذا ہر دو کے ذریعہ سے دس یا زیادہ دنوں تک جاری رکھنا پڑے گا، اور اس مدت کے اختتام پر کسیقدر ڈھیل دیجا سکتی ہے۔ سیلی سلک ایسڈ یا اُس کے سوڈیم والے نمک، دونوں کی موثر مقدار خوراک ۲۰ گرین ہے، اور سیلی سین کی مقدار خوراک ۳۰ گرین ہے، جو پہلے چوبیس یا چھتیس گھنٹوں میں ہر چوتھے گھنٹے دینی چاہیے۔ لیکن کم شدید اصابتوں میں اس سے چھوٹی مقدار کافی ہو سکتی ہے۔ بعض طبیب ابتدائی چار یا پانچ گھنٹوں میں ایک نسبتہً چھوٹی خوراک ہر گھنٹے دیتے ہیں، اور پھر اس تواتر کو گھٹا کر ہر دوسرے گھنٹے دیتے ہیں۔ اگر حملہ نہایت شدید ہے تو ممکن ہے کہ پہلے دن ۲۰ گرین کی خوراک ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے دینا مناسب ہو۔ اگر بہت زیادہ مقدار دی جائے تو مریض دردسر، بہرے پن، طنین الاذن (tinnitus aurium) اور خفیف ہذیان میں مبتلا ہو جاتا ہے، لیکن دوا کو موقوف کر دینے پر یہ علامات موقوف ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی قے، سُستی یا غیر منتظم نبض، البیومن بولیت، رُعاف (epistaxis)، دم بولیت، یا اُسرالبول (suppression of urine) اور تسمم بولی (uræmia) واقع ہو گیا ہے۔ عام طور پر ابتدائی سمی علامات درد دول کے رفع ہونے کے ساتھ ہمزبان ہوتے ہیں۔ لیکن تخفیف درد حاصل ہو جانے کے بعد دوا کی مقداروں کے تواتر کو کم کر کے روزانہ چار یا تین بار کر دینا چاہیئے اور

آخری درد یا آخری غیر طبعی تپش کے بعد پانچ یا چھ دن گذر جانے کے بعد تک اسی مقدار کو جاری رکھنا چاہئے اور پھر یہ دوا بالکل موقوف کر دیجائے۔

روماتزم پر ان تین زیر غور دواؤں کے اثرات میں کوئی بین فرق نہیں عموماً سوڈیئم والاتمک پسند کیا جاتا ہے، اور اکثر اس کے ساتھ سوڈیئم بائی کاربونیٹ کی ساوی مقدار شامل کر دی جاتی ہے۔ بعض اوقات یہ دوائیں چنداں کامیاب نہیں ہوتیں۔ درد کم ہو کر جاری رہتے ہیں، یا نکس (relapses) اکثر ہو جایا کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایسی حالت میں سیلی سلیٹ آف کوئین (salicylate of quinine) (۲ تا ۲ گرین) مفید ہو۔ یا قدیم قلوی علاج کیا جا سکتا ہے یعنے پوٹاسیئم بائی کاربونیٹ یا ایسیٹیٹ ۲۰ گرین ہر چار گھنٹے دینا، یا پوٹاسیئم بائی کاربونیٹ کوئین کے ساتھ دینا۔ حاد روماتزم کے دردوں پر سیلی سلک ایسڈ شامل رکھنے والے مرکبات، مثلاً سیلال (salol) سیلوفین (salophen) اور ایسیٹل سیلی سلک ایسڈ (ایسپرین) کچھ اثر رکھتے ہیں۔ آخرالذکر ۱ یا ۱۵ گرین کی خوراکوں میں برشانہ (cachet) میں بہت مستعمل ہے۔

264

ابھی یہ معلوم نہیں کہ سیلی سلیٹس کسطرح عمل کرتے ہیں۔ بہت سے ماہرین کا یقین ہے کہ یہ خود سرایت پر کوئی نوعی اثر نہیں رکھتے۔ فی الحقیقت یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ تپ اور درد مفاصل کو دور کرنے میں ایک گونہ نقصان ہے، کیونکہ اس سے قلب میں ایک ایسی دلالت، جو کہ سرایت کی رفتار ظاہر کرتی ہے ہاتھ سے جاتی رہتی ہے، اور کسیقدر تپ کا موجود رہنا سرایت کے خلاف ایک مفید مدافعت ہے۔

شدید ارتفاع حرارت (hyperpyrexia) کا علاج فوری اور مستعدی کے ساتھ ہونا چاہئے جیسا کہ ضربۃ الحرارت (Heat Stroke) کے بیان میں درج کیا گیا ہے۔

زفن (داءالرقص)

(chorea)

(Sydenham's chorea, chorea minor)

داءالرقص کی میز خصوصیت جسم کے مختلف حصوں کی بیقاعدہ غیر ارادی حرکات

ہیں - اس کا منقبول عوام مرادف "سینٹ وائٹس کا رقص" رقصی ماناکی اُن وباؤں کی طرف اشارہ کرتا ہے' جو ازمنہ وسطیٰ میں واقع ہوتی تھیں' جبکہ مریض سینٹ وائٹس کے مزار کی زیارت سے شفایاب ہوجاتے تھے - اسی بنا پر اس مرض کا نام "سینٹ وائٹس کا رقص" (Chorea Sancti Viti) ہوگیا - لیکن جو شکایت اُن وباؤں میں ہوا کرتی وہ کسیقدر ہسٹیریا کی سی کیفیت رکھتی تھی' اور اگرچہ داءالرقص کا نام اب بھی بعض اوقات غیرطبیعی حرکت کی بعض دوسری قسموں کو ظاہر کرنیکے لئے استعمال کیا جاتا ہے' تاہم وہ عموماً اُسی عارضہ کے لئے محفوظ رکھا جاتا ہے جو اب بیان کیا جائے گا -

اسباب - داءالرقص حاد روماتزم کی ایک قسم ہے' اور اسی واسطے اُس کے اسباب بھی وہی ہیں جو اس کے ہیں - وہ بیشتر طفلگی کا مرض ہوتا ہے' تقریباً نصف اصابتیں پانچ اور دس سال کی عمروں کے درمیان ہوتی ہیں' اور دوسری ایک تہائی دس اور پندرہ سال کے درمیان ہوتی ہیں - وہ لڑکوں کی نسبت لڑکیوں میں زیادہ اکثرالوقوع ہے' دو یا تین اور ایک کی نسبت میں - ڈر یا دماغی صدمہ یا بار' جیسے کہ مدرسہ کے امتحانات کے لئے محنت کرنا' اس مرض کو بڑھانے والا سبب ہوسکتا ہے - بالغ مریضوں میں حمل ایک عام پیش رو سبب ہے - اِن میں سے بعض کو بچپن میں روماتزم اور دوسروں کو داءالرقص ہوچکا ہوتا ہے -

مرضی تشریح - دماغ میں بیش دمویت پائی جاتی ہے - لیکن تغیرات اتنے زیادہ نہیں ہوتے کہ یہ ظاہر کریں کہ داءالرقص کا سبب جراثیمی حملہ ہے - قطنی کوچکے (lumbar puncture) سے لف خلیات میں کوئی زیادتی شاذ و نادر ہی دریافت ہوتی ہے -

امراضیات - داءالرقص کے ایک روماتزمی سرایت ہونے کی تائید اِن واقعات سے ہوتی ہے :- التہاب درون قلب کا اکثرالوقوع' اور مہلک حالتوں میں اُس کی تقریباً ہمیشہ موجودگی - دوران حیات میں اس کا تلازم روماتزمی تپ اور اُس کے مختلف مظاہر کے ساتھ -

پہلے جو نظریہ مانا جاتا ہے یعنی یہ کہ داء الرقص دماغ پر ایک جراثیمی حملہ ہے، یہ ضروری معلوم ہوتا ہے کہ اب اس کو ترک کردیا جائے، اِلّا چند خراب ترین اصابتوں میں (جنونی داء الرقص) کہ جن میں نبقہ سبحیہ کاشت کیا گیا ہے۔ حالیہ تحقیقات سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ یہ مرض، جسم میں اور خاصکر دماغی نخاعی سیال میں ایونی کیلشیم (ionic calcium) کا اغلباً گھٹ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے یعنی یہ ۵ ملی گرام فیصدی سے کم ہوجاتا ہے، اور جب بچہ صحت یاب ہوجاتا ہے تو ۵ ملی گرام سے زیادہ ہوجاتا ہے (51)۔ اس نظریہ کی رو سے داء الرقص کزاز (tetany) سے ایک قریبی رشتہ رکھتا ہے۔ تکزز کی طرح اس میں بھی یہ دیکھا جاتا ہے کہ عضلات کی برقی ہیجان پذیری بڑھ جاتی ہے۔ چنانچہ اقل محرک رو جو کہ ایک طویل بطحی (supinator longus) میں فعال برقیرہ کو عضلے کے حرکی نقطہ پر لگانے پر ایک مرئی جھٹکا پیدا کرسکتی ہے، ۲ ملی ایمپیئر (milliamperes) سے کم ہے، حالانکہ طبعی اس عدد سے زیادہ ہے (52)۔

علامات۔ داء الرقص کے علامات تنہا موجود ہوسکتے ہیں، یا اُن کے ساتھ حاد روماتزم کے وہ مظاہر بھی ہوسکتے ہیں جو پہلے بیان کئے جاچکے ہیں۔ اس مرض کا نمایاں ترین ناقصہ عضلات کا فعل ہے، وہ (۱) غیر ارادی حرکت، (۲) عدم اتساق (ataxy) یا ناہم آہنگی (inco-ordination)، اور (۳) خفیف درجہ کی حقیقی کمزوری یا اِسترخا (paresis) کی حالت میں ہوتے ہیں۔ مریض ایک مستقل حرکت کی حالت میں ہوتا ہے، خواہ وہ لیٹا ہو، بیٹھا ہو یا کھڑا ہو۔ اور یہ حرکات، جو جسم کے تقریباً تمام عضلات میں پائے جاتے ہیں، جھٹکے دار، بے قاعدہ اور بے غایت ہوتے ہیں۔ اُنگلیاں کھولی اور بند کی جاتی ہیں، کلائی کو یکایک پھیلایا یا خم کیا جاتا ہے، یا کندھا اُٹھا دیا جاتا ہے۔ چہرے کے عضلات کو جھٹکا لگتا ہے، بھویں یکایک اونچی کرلی جاتی ہیں، سر یا آنکھیں ایک جانب کو گھمائی جاتی ہیں اور ٹھوڑی اونچی یا نیچی کرلی جاتی ہے۔ جوارح زیرین میں حرکات اکثر کم ہوتے ہیں۔ پاؤں کی انگلیوں کو جھٹکا لگتا ہے، یا ایک گھٹنا گر پڑتا ہے۔ دھڑ کے عضلات میں ہیں جسم ایک یا دوسری طرف آدھا گھوما ہوا نظر آتا ہے، اور شکم کی ناگہانی بارکشیدگی

265

یا تنفسی عضلات کا جھٹکے دار فعل دیکھنے میں آتا ہے۔

ارادی حرکات کے وقت یہ بیقاعدگی اور زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ اگر ہاتھ سامنے باہر پھیلاوئے جائیں تو بچہ اُنھیں مضبوط تھامے رکھنے کے بالکل ناقابل ہوتا ہے۔ زبان باہر نکالنے پر وہ ایک جھٹکے کے ساتھ باہر نکالی جاتی اور شاید یکایک اندر کھینچ لی جاتی ہے، اور ساتھ ہی جبڑوں کے عضلات بیقاعدگی کے ساتھ متحرک ہوتے ہیں۔ چلنے میں ٹانگیں اِدھر اُدھر پھینکی جاتی ہیں، جسم کو جھٹکے کے ساتھ چکر دیا جاتا ہے، اور کندھے اوپر اٹھا لئے جاتے ہیں۔ اِسیطرح یہ بھی دیکھنے میں آسکتا ہے کہ عضلات بڑی تیزی کے ساتھ ڈھیلے پڑجاتے ہیں۔ کسی چیز کو پکڑ لینے کے بعد ایک یا دو انگلیاں جلد ڈھیلی ہوجاتی ہیں اور جلد ہی وہ ہاتھ یا بازو گر جائے گا۔ اگر مریضہ کو غور سے دیکھتے رہیں یا اگر وہ جوش کی حالت میں ہوجائے تو یہ حرکات زیادہ ہوجاتے ہیں۔ نیند میں حرکات موقوف ہوجاتے ہیں۔

اس مرض میں بچی کے مزاج میں تغیر ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ مریضہ زود رنج، چڑچڑی، متلوّن المزاج، یا برانگیختہ ہوجاتی ہے، اور دماغی طور پر اُس کا حافظہ کمزور ہوجاتا ہے اور وہ اپنی توجہ کو قائم نہیں رکھ سکتی۔

اقسام ۔ بعض اوقات علامات نہایت خفیف ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ تک ایسے ہی رہتے ہیں۔ انگلیوں کو صرف قدرے جھٹکا لگتا ہے، بیقاعدہ حرکات شاذ ہی دیکھنے میں آتے ہیں، لیکن بچی جن چیزوں کو لیجانے کی کوشش کرتی ہے اُنکو گرا دیتی ہے۔ بعض اصابتوں میں حرکات ایک ہی جانب کے ہاتھ یا پاؤں تک محدود ہوتے ہیں (رقص نصفی: hemichorea)۔ دوسری اصابتوں میں قطعی فالج ہوتا ہے، اور رقصی حرکات خفیف ہی ہوتے ہیں۔ بازو پہلو میں لٹکا ہوا رہتا ہے، اور دقت کے ساتھ اٹھایا جاسکتا ہے۔ انگلیوں کو کبھی کبھی جھٹکا لگتا ہے اور اُن کی گرفت نہایت کمزور ہوتی ہے (شللی رقص: paralytic chorea)۔ ممکن ہے کہ رقصی نصفی فالج (choreic hemiplegia) ہوجائے۔ شاذ اصابتوں میں چاروں جوارح ماؤف ہوجاتے ہیں اور بچی بالکل بے بس پڑی رہتی ہے، اور اگر اُسے اٹھایا جائے تو ہر جارحہ ایک لکڑی کے کندے کی طرح نیچے گر پڑتا ہے۔ کبھی کبھی بے کلامی، ذہنی کمزوری

مانیائی اور مالیخولیائی حالتیں بھی واقع ہو جاتی ہیں اور یہ عموماً عارضی ہوتی ہیں۔
استثنائی طور پر حرکات نہایت تند ہوتے ہیں۔ کھڑا رہنا یا بیٹھنا ناممکن
ہوجاتا ہے، اور مریضہ صاحب فراش ہو جاتی ہے، اور خود کو بستر میں نہایت
تند و تیز پیچ و تاب کے ساتھ ادھر اُدھر پھینکتی پٹکتی ہے، ہاتھ اور بازوؤں کو
پلنگ کی جانبوں یا سرھانے پر مارتی ہے، اور کہنیوں، شانوں، سرینوں
کولہوں، گھٹنوں اور ایڑیوں کو اس طرح رگڑتی ہے کہ جس سے جلد کی خطرناک
خراشیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ ایسے غذا پہنچانا مشکل یا ناممکن ہو جاتا ہے،
کیونکہ ہر چیز جو مریضہ کے منہ کے پاس رکھی جائے دھکا دیکر ہٹا یا گرا دی جاتی ہے،
بلکہ اگر وہ مریضہ کے منہ میں پہنچ بھی جائے تو ممکن ہے کہ بلع میں ہم آہنگی عضلات
نہ ہونے سے وہ پھر نکل جائے۔ یہ اصابتیں (رقص خطرناک : chorea gravis)
بعض اوقات نہایت تیزی کے ساتھ ترقی کر جاتی ہیں، مریض لگاتار حرکت اور
کافی غذا نہ پہنچنے کی وجہ سے خستہ معلوم ہوتا ہے۔ سریع لاغری واقع ہو جاتی
ہے، چہرہ سرخ ہو جاتا ہے، آنکھیں جیٹھ جاتی ہیں لیکن چمکدار ہوتی ہیں، لب
اور زبان خشک ہو جاتے ہیں، نبض سریع ہوتی ہے، اور بالآخر موت واقع
ہو سکتی ہے، اور اس سے پہلے اکثر تپش کسیقدر بلند، اور حرکات موقوف
ہو جاتے ہیں۔ حقیقتاً ممکن ہے کہ مریض موت سے پہلے چند گھنٹے تک بالکل سکون
کے ساتھ پڑا رہے اور یہ خیال پیدا کرے کہ نقیہت شروع ہوگئی ہے۔ بعض
اصابتوں میں ذہن شدید طور پر ماؤف ہو جاتا ہے اور مریض ہذیانی بلکہ وحشیانہ
طور پر مانیائی ہو جاتا ہے۔ ایسی تند حالتیں پندرہ اور پچیس سال کے درمیان
کی عمروں میں نسبتہً زیادہ کثیر الوقوع ہیں، اور ان کا بڑا تناسب حاملہ عورتوں
میں ہوا کرتا ہے۔

مدت۔ داء الرقص کی مدت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ اصابتوں
کی غالب تعداد چھ ہفتوں سے لیکر تین ماہ تک قائم رہتی ہے۔ ایسا بھی بارہا ہوتا
ہے کہ مرض کے شدید مظاہر رفع ہونے کے بعد خفیف جھٹکے بہت ہفتوں تک
تک ہوتے رہے ہیں، اور علامات کچھ عرصہ کے بعد پھر شدت کے ساتھ ہو جاتی ہیں

بالآخر زیادہ تر مریض شفایاب ہوجاتے ہیں۔ تندوتیز حالتیں عموماً قلیل المدت ہوتی ہیں۔ اگر موت واقع ہوتی ہے تو وہ اکثر پہلی علامت سے ٢ یا حرکات کے تند ہونے کے وقت سے دو یا تین ہفتوں کے اندر واقع ہوجاتی ہے۔ جب شفا ہوتی ہے، تو حرکات چند ہفتہ کے بعد سُست تر پڑجاتے ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ کامل شفایابی میں کچھ عرصہ کی تاخیر ہوجائے۔ داءالرقص کُلّی طور پر رفع ہوجانے کے بعد بھی نُکس کا احتمال رکھتا ہے۔ دوسرے یا تیسرے حملے اکثر ہوجایا کرتے ہیں۔ لیکن یہ پہلے حملہ کی نسبت قلیل تر مدت کے ہوں، لیکن دیگر خصوص میں اُس سے مختلف نہیں ہوتے۔

عواقب مرض۔ اس مرض کے بعد بعض اوقات مریض کے یکایک چونک اٹھنے (sudden starts) کی قابلیت باقی رہ جاتی ہے، جو چھینوں کے عرصہ میں رفع ہوجاتی ہے۔ صرع (epilepsy) بھی شاہدے میں آئی ہے، اور شفایابی کے بعد ایک تقلص (tic) کا باقی رہ جانا ممکن ہے۔

تشخیص۔ اس میں شاذ ہی کوئی وقت پیش آتی ہے۔ داءالرقص سے قریبی مشابہت رکھنے والے حرکات ہسٹیریا کے جزو کے طور پر واقع ہوسکتے ہیں۔ وہ عموماً زیادہ متوازن اور زیادہ محدود المقام ہوتے ہیں اور بہ سرعت شفایاب ہوسکتے ہیں۔ عادی تشنج (habit spasm) بچوں میں موجود ہوسکتا ہے اور متذکرۂ بالا سے قریبی مماثلت رکھتا ہے۔ اُس کے حرکات محدود المقام، اور نوعیت میں ارادی ہوتے ہیں، اور داءالرقص کے حرکات کی نسبت زیادہ قابل ضبط اور کم متسقل ہوتے ہیں۔ فریڈرک کے عدم اِتّساق (Friedriech's ataxia) میں حرکات جھٹکے دار ہوتے ہیں۔ لیکن چال مختلف، اور سرگذشت نہایت طویل ہوتی ہے، اور دوسرے امارات موجود ہوتے ہیں۔

انذار۔ یہ بچوں میں زیادہ امید افزا ہوتا ہے، قطع نظر قلب کی حالت کے۔ نوعمر بالغوں میں یہ نسبتہً زیادہ غیر یقینی ہوتا ہے۔

علاج۔ حاد روماتزم کا علاج دیکھنا چاہئے۔ بچی کو بستر میں سکون کے ساتھ رکھنا، اور اسے پریشان یا ناراض کرنے والی ہر امکانی چیز سے دور رکھنا چاہئے۔

غذا سادہ، مقوی اور بافراط ہونی چاہئے کیلشیم ایسپرین (۷ تا ۱۰ گرین) اور کلوروٹون (۵ گرین) دن میں تین بار نفع بخش ہوتے ہیں۔ آرسینک (سم الفار) عموماً دیا جاتا ہے، لیکن اس کا کوئی ثبوت نہیں ہے کہ اس سے کوئی نفع حاصل ہوتا ہے۔ نہایت تند اصابتوں میں ممکن ہے کہ ایک انفی نلی (nasal tube) کی مدد سے غذا دینی پڑے۔ حال ہی میں پیراتھارمون (parathormone) کے اشرابات سے جو کہ دماغی نخاعی سیال میں کیلشیم کو بڑھا دیتے ہیں، موافق نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ دس سال کے بچہ کے لئے اس کے ۵ قطرے شب کو اور صبح دئے جاتے ہیں، اور تین سال کے بچہ کے لئے ۳ قطرے دئے جاتے ہیں۔

التہاب دروں قلبیہ

(ENDOCARDITIS)

التہابِ دروں قلبیہ، دوسرے بہت سے التہابی اعمال کی طرح، ہمیشہ دقیق عضویوں یا اُن کے سموم کے فعل کے باعث ہوا کرتا ہے۔ عام طور پر وہ حصے جو کہ پہلے ماؤف ہوتے ہیں قلب کے بائیں جانب کے مصراع ہوتے ہیں؛ ضرر اکثر اُن ہی تک محدود ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بالکل زائل ہو جائے، یا اگر کوئی خفیف سے آثار باقی رہتے ہیں تو وہ مصراعی ساخت کا نقصان ہوتا ہے، جس کے آخری نتائج تمام تر اُس مصراع کے میکانی فعل پر منحصر رہتے ہیں۔ یہ سادہ حاد التہاب دروں قلبیہ (acute endocarditis) ہے، اور مزمن التہاب دروں قلبیہ (chronic endocarditis) کی اصطلاح کا اطلاق مصراعوں کے اُن مستقل تشوہات اور تغیرات پر کیا جاتا ہے جو ایک سادہ حاد التہاب دروں قلبیہ کا نتیجہ ہوتے ہیں اور جو ممکن ہے کہ مابعد حاد حملوں سے زیادہ خراب ہو جائیں۔ لیکن یہ اصطلاح اس التہابی عمل کے لئے بھی استعمال کی جاتی ہے جو ابتدا ہی سے مزمن ہو۔ دوسری اصابتوں میں مصراعوں میں اس سے زیادہ وسیع تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، نیز دقیق عضویے موجود ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ جوئے خون کے ذریعہ جسم کے دور افتادہ حصوں تک پہنچ جائیں

اور اسطرح مرض کے تازہ مرکز پیدا کردیں ۔ اس کو خبیث التہابِ دروں قلبہ (malignant endocarditis) کہتے ہیں ۔

حاد التہابِ دروں قلبہ

(acute endocarditis)

اسباب ۔ حاد التہابِ دروں قلبہ، مریضوں کی نہایت غالب تعداد میں، ایک سرایت ہے جو حاد وروماتزم کے قشب کے باعث ہوجاتی ہے جس پر بحث کیجاچکی ہے ۔ عموماً التہابِ عضلۂ قلب اس کے ساتھ متلازم ہوتا ہے ۔ حمیٰ قرمزیہ، خناق وبائی، تپ محرقہ اور دوسرے ساری امراض میں بھی حاد التہابِ دروں قلبہ واقع ہوجاتا ہے ۔ کبھی کبھی وہ مرض برائٹ، آتشک اور دوسرے مزمن امراض کی ترقی کے دوران میں واقع ہوسکتا ہے ۔ وہ مقامی تضررات، جیسے کہ سگماما مصراع کے یا احبال وتری کے انشقاق کے بعد، اور قلب کے ایک حصہ کی دوسرے حصے پر غیر فطری رگڑ لگنے سے بھی واقع ہوسکتا ہے ۔ غیر طبعی روزنوں میں سے خون کی رَووں کا گذرنا دروں قلبہ کا مقامی التہاب پیدا کرسکتا ہے ۔ کسی ساری مرض سے مرجانے والے مریضوں کے مصراعوں، بالخصوص اُورطی مصراعوں پر دقیق روئیدگیوں کا نظر آنا نہایت عام ہے، اور اس سے جو ٹے خون کی انتہائی سرایت ظاہر ہوتی ہے ۔ حاد التہابِ دروں قلبہ کے جداگانہ بیان کی ضرورت نہیں کیونکہ حاد روماتزم اور دوسرے ساری امراض کے تحت اس پر بحث ہوچکی ہے ۔

مزمن التہابِ دروں قلبہ

(chronic endocarditis)

(قلب کا مزمن مصراعی مرض)

مصراعی ضررات کا اضافی تواتر ۔ التہابِ دروں قلبہ کا قلب کی دونوں جانبوں کے ساتھ کیا تعلق ہے، یہ امر بہت بڑی اہمیت رکھتا ہے ۔ اگر التہاب دروں قلبہ جنینی زندگی کے دوران میں ہو تو یقین کیا جاتا ہے کہ وہ ریوی یا مثلثی مصراعوں

پر حملہ آور ہوگا، لیکن یہ امر بہت شاذ ہے کہ دوران زندگی میں اکتسابی طور پر ہونے والا التہاب دروں قلبیہ صرف قلب کے دائیں جانب کے مصراعوں پر حملہ آور ہو۔ شفاخانہ گائی (Guy's Hospital) کے ۲۰،۰۰۰ امتحانات بعدالممات میں ایسی مثال صرف ایک تھی۔ اِس کے برعکس دائیں جانب کے التہاب دروں قلبیہ کا بائیں جانب کے التہاب دروں قلبیہ کے ہمراہ واقع ہونا اسقدر غیر عام نہیں ہے (18)۔ عام ترین واقعہ یہ ہے کہ بائیں جانب کے مصراع تنہا ماؤف ہوا کرتے ہیں۔ مطرانی مصراع کا مرض اس سے زیادہ عام ہوا کرتا ہے کہ جتنا اورطی مصراع کا مرض، کیونکہ روماتزمی تپ جو کہ مطرانی مصراع پر خاص طور پر حملہ آور ہوتی ہے، مصراعی مرض کی عام ترین پیش رو ہے۔ بازروی (regurgitation) بذات خود، جیساکہ ایک ایسی انکماشی خریر سے ظاہر ہوتا ہے، مطرانی دہنہ پر نہایت اکثر الوقوع واقعہ ہوتی ہے، اگرچہ اس میں شبہ ہے کہ یہ بازروی نرخوں مصراع کی وجہ سے ہوتی ہے یا ایک تسع مطرانی حلقہ کی وجہ سے۔ تسدد اور بازروی کا اجتماع تواتر کے لحاظ سے اِس کے بعد آتا ہے، اور خالص سددودی سبب سے قلیل الوقوع ہوا کرتی ہے۔ لیکن کسی بھی قسم کے مطرانی مرض کی اصابتیں جو امتحان بعدالممات کے لئے آتی ہیں ان کی اکثریت میں ضیق پائی جاتی ہے۔ یہ اِس واقعہ کی وجہ سے ہے کہ ضیق مطرانی مصراع کے طویل المدت التہاب کا قدرتی نتیجہ ہوتی ہے۔ اُورطی دہنہ پر بازروی اس سے بہت زیادہ عام ہوتی ہے کہ جتنی سددودی۔ روماتزمی اصابتوں میں اُورطی مرض عموماً مطرانی مرض کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ حمی قرمزیہ کے بعد ہونے والی اصابتوں میں اس سے زیادہ تعداد میں اُورطی مرض ہوتا ہے کہ جتنا حاد روماتزم کے بعد ہونے والی اصابتوں میں۔ خالص اُورطی مرض آتشک کے باعث ہوتا ہے اور شاذ طور پر حاد روماتزم کی وجہ سے ہوتا ہے۔ قلب کے دائیں جانب پر ثلثی بازروی جو بالکل عام طور پر ملتی ہے وہ عضلی حلقہ کے اُس اتساع کے باعث ہوتی ہے جو حبیاتی فشل کے بعد ثانوی طور پر ہوتی ہے، اور اِسوجہ سے وہ فی الحقیقت ایک مصراعی مرض ہے ہی نہیں۔

تعویقی اتساع اور بیش پرورش اولاً قلب کے اُس مخصوص کہفے کو ماؤف کرتے ہیں جس کے ساتھ ماؤف شدہ مصراع تعلق رکھتے ہیں۔ تاہم جب

تعویض کا فشل واقع ہوتا ہے تو قلب کے دوسرے کہفے بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مثلاً اگر بایاں بطین متسع ہو جاتا ہے تو وہ عضلی حلقہ بھی جس سے مطرانی مصراع معلق ہے اس اتساع میں شریک ہو جاتا ہے۔ اس سے مطرانی بازروی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کے نتیجہ کے طور پر بائیں اُذین کا اور پھیپھڑوں کا احتقان پیدا ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی ریوی خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ اب اس مزاحمت کو دفع کرنے کے لیے دایاں بطین بیش پرورده ہو جاتا ہے۔ اگر اس کہفہ کا اتساع واقع ہو جائے تو اس سے مثلثی بازروی اور ساتھ ہی شکلی احشاء کا احتقان پیدا ہو جاتا ہے۔ مصراعی مرض کے ساتھ اکثر عضلۂ قلب کا شحمی اور لیفی آسا انحطاط متلازم ہوتا ہے۔ یہ انحطاط اُسی سبب سے ہو سکتا ہے کہ جس نے ابتدائی مصراعی مرض پیدا کر دیا ہو' مثلاً روماتزمی تپ' آتشک وغیرہ' یا یہ عضلۂ قلب کے تغذیہ کی کمی کا راست نتیجہ ہو سکتا ہے۔ آج کل اس خیال کی طرف رجحان ہو رہا ہے کہ مصراعی مرض میں فشل قلب پیدا کر دینے والا جو سب سے زیادہ اہم عامل ہے وہ عضلۂ قلب کی حالت ہے۔ اگرچہ ایسا مصراعی مرض جس کے ساتھ عضلۂ قلب کے تغیرات نہوں ورزش کے بعد سانس پھولنے اور خستگی کے علامات پیدا کر سکتا ہے' جس سے تعویض کا اضافی فشل ظاہر ہوتا ہے' تاہم غالباً یہ صحیح ہے کہ اگر عضلۂ قلب تندرست ہے تو تعویض کا کامل فشل واقع ہونے کا امکان بمشکل ہوگا۔ اس کے ساتھ ہی یہ ضروری ہے کہ قلب پر بحیثیت مجموعی غور کیا جائے۔ فی الحقیقت یہ ناممکن ہے کہ مصراعی مرض کے اثر کو عضلۂ قلب کے تغیرات کے اثر سے جدا کیا جائے اس وقت جبکہ یہ دونوں ایک ساتھ موجود ہوں۔

اُورطی مرض

مرضی تشریح۔ اورطی مصراع کے مرض کے دو خاص اسباب ہیں۔ اولاً' عادروماتزم ہے۔ یہاں اُورطی مصراعوں کا مرض ۶۲ فیصدی اصابتوں میں مطرانی مصراعوں کے مرض کے ساتھ متلازم تھا۔ ۳۸ فیصدی میں اورطی مصراع تنہا ماؤف تھے۔ ثانیاً' آتشک ہے۔ یہ مرض عموماً اولاً التہاب اورطی پیدا کرتا ہے' اور اسی

عمل میں آورطی مصراع بھی ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن مطرانی مصراع عموماً بخیر متاثر رہتے ہیں ۔ ۲۹۶ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں حاد روماتزم ۵ء۶۷ فیصدی میں وجہ مرض تھا، جن میں مرد اور عورتیں تقریباً مساوی تناسب میں تھیں آتشک (تین آدمی ایک عورت کے پیچھے) ۶ء۱۸ فیصدی میں - اتھروما (تمام معمر مرد تھے) ۸ء۶ فیصدی میں - دیگر اسباب ۱ء۷ فیصدی میں -

مرضی تشریح - اورطی مصراعوں میں یہ تغیرات ہوتے ہیں کہ اُن کے پٹوں کے قاعدوں کی طرف لیفی بافت سے دبازت پیدا ہو جاتی ہے، اُن کی آزاد کور نسبتہً کم حد تک دبیز ہو جاتی ہے، اور اُن کے نیم قطری ناپ چھوٹے ہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پٹ دہنہ کو ڈھانکنے کے لئے باہم مل نہیں سکتے - قلب کی بیش پرورش بھی ملاحظہ ہو -

چونکہ تینوں پٹ جُدا جُدا ہوتے ہیں، لہٰذا مزمن التہاب انھیں ایک دوسرے سے علیحدہ طور پر سُکیڑ دیتا ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اورطی بازروی پیدا ہو جاتی ہے تیز بازرو جونے خون کی رگڑ کی وجہ سے دروں قلبیہ کی دبازتیں واقع ہو جاتی ہے - اورطی کی دیوار پر اُس جگہ جہاں مصراعی فلقے باہم ملتے ہیں اُن تین نقطوں پر کسیقدر دبازت واقع ہو سکتی ہے اور یہ فلقے عموماً اِن تین نقطوں پر کسیقدر چپکے ہوئے ہوتے ہیں لیکن اتنے کافی نہیں چپکتے کہ جس سے فتحہ کی ضیق پیدا ہو جائے - مصراعوں کے لئے یہ کسیقدر شاذ ہوتا ہے کہ وہ باہم اتنے پیوستہ یا اتنے کلس یا عظمی جماؤں سے اتنے دبیز ہو جائیں کہ خون کے بہاؤ میں مزاحمت پیش کریں (مطرانی مصراع کی صورت اس سے بالکل متضاد ہے) - لیکن جب ضیق موجود ہوتی ہے تو عموماً کسیقدر بازروی بھی ہوتی ہے - استثنائی طور پر یہ التصاق (fusion) اتنا مکمل ہوتا ہے کہ اورطی کے اندر خون کے گذرنے کے لئے صرف ایک چھوٹا فتحہ رہ جاتا ہے، اور پھر بھی مصراع بخوبی بند ہو سکتا ہے - دوران خون پر متواتر اور مسلسل زور پڑتے رہنے سے، بالخصوص ہاتھوں کے زیادہ استعمال سے، جیسا کہ آہنگروں، آرہ کشوں، اور محنتی پیشہ کرنے والے دوسرے اشخاص میں واقع ہوتا ہے، ممکن ہے کہ ضرات زیادہ شدید ہو جائیں - بعض اوقات ایک مصراع کا اسوقت جبکہ

وہ التہاب سے نرم پڑ گیا ہوتا ناگہانی انشقاق واقع ہوجاتا ہے۔

اُورطی ضیق

(aortic stenosis)

امراضیات ۔ کونہیم (Cohnheim) کے اُن تجربات میں جو جانوروں پر کئے گئے، اورطی کے گرد ایک بندش لگا کر اُسے بتدریج کس دیا گیا۔ اِس ضرر کی تعویض بطین کے عضلی انقباضات کی طاقت بڑھ جانے سے واقع ہوئی، بالفاظ دیگر قلب کی فی منٹ برآمد، اور شریانی اور وریدی دباؤ وہی رہے، لیکن دروں بطینی دباؤ بہت زیادہ بڑھ گیا، شرح قلب سست ہوگئی، اور قلب کی اُس کوشش میں جو وہ اپنے مافیہا کو اِس مصنوعی طور پر بڑھی ہوئی مزاحمت کے مقابلہ میں باہر نکالنے میں صرف کرتا ہے، بطین کے انقباض کی حقیقی مدت زیادہ ہوگئی۔ قلب کا ناگہانی فشل صرف اُسی وقت واقع ہوا جبکہ ضیق ایک خاص حد تک پہنچ گئی۔

بالکل یہی حالات مرض سے پیدا شدہ اورطی ضیق میں بھی موجود ہوتے ہیں، بہ استثناء اِس کے کہ یہاں ضرر بتدریج ہوتا ہے، جس سے قلب کو توافق حاصل کر لینے کا وقت مل جاتا ہے۔ وہ زائد کام جو قلب کے ذمہ عائد ہوجاتا ہے بائیں بطین کی اوّلی بیش پرورش پیدا کر دیتا ہے۔ ایک غیر ترقی پذیر ضرر کی حالت میں یہ بیش پرورش خود اتنی کافی ہوتی ہے کہ ہر انکماش کے وقت بطین کو تنگ فتحہ کی راہ سے مکمل طور پر خالی کر دے۔ صرف اسوقت جبکہ تعویض کا فشل واقع ہونا شروع ہوتا ہے، بطین کا اتساع ہوتا ہے، اور یہ اتساع قلب کے دوسرے کہفوں میں پھیل جاتا ہے۔

علامات ۔ خالص اورطی ضیق میں، جو بیان کردہ وجوہات کی بنا پر ایک استثنائی حالت ہے، خرخر انکماشی ہوتا ہے، جو دوسری دائیں بین الاضلاع فضا میں عظم القص کے قریب سنائی دیکر اوپر کو دائیں ترقوہ ہڈی کی طرف تعاقب ہوتا اور سباتی شریانوں میں سنائی دیتا ہے، اور اُس کے ساتھ عموماً اُسی مقام پر ایک کرخت انکماشی ذبذبہ محسوس ہوتا ہے۔ نبض اکثر ایک ممیز خاصہ کی ہوتی ہے

خون کی رو میں ایک رکاوٹ حائل ہونے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نظامی شرائین کے دموی عمود پر بطینی انقباض کا پورا اثر نہیں پڑ سکتا، اور یہ محسوس کیا جا سکتا ہے کہ نبض کی ناگہانی مفقود ہوگئی ہے اور وہ بالکل آہستہ آہستہ اُٹھتی ہے۔ ایسی حالت میں ترسیم نبض شماوقی ہوتی ہے، یعنے قرعی موج اپنے بعد کی جزری موج کی نسبت نیچی ہوتی ہے اور جز و صاعد پر ایک ارتفاع کے طور پر ظاہر ہوتی ہے۔ اس شکل کی انتہائی قسم میں یہ موج گول بنجاتی ہے یا بالکل غیر موجود ہوتی ہے، اور اس کی ترسیم اُس ترسیم سے مشابہ ہوتی ہے جو صفحہ 308 پر شکل ام الغین کہلائی گئی ہے۔ جس کرنے پر یہ نبض غیر کثیرالوقوع اور سست رفتار (نبض بطی = pulsus tardus) ہوتی ہے۔ جب اورطی ضیق کامل طور پر تعویض یافتہ ہو تو ممکن ہے کہ مریض میں کوئی علامت نہو۔ دوسری اصابتوں میں سینہ میں درد اور ضیق کا احساس دیکھنے میں آسکتا ہے۔ جب تعویض کا فشل ہونا شروع ہوتا ہے تو سانس کا پھولنا اور وریدی امتلاء کے آمارات مشاہدے میں آتے ہیں۔

اورطی بازروی

(aortic regurgitation)

امراضیات۔ اگر کسی جانور میں ایک اورطی مصراع کو تجربتہً منقر کیا جائے تو جیسا کہ اورطی ضیق میں ہوا کرتا ہے، تعویض فی الفور واقع ہو جاتی ہے۔ قلب کی برآمد غیر متأثر رہتی ہے، اور وریدی دباؤ غیر متغیر رہتا ہے۔ تاہم انکماشی دباؤ بہت زیادہ اور انبساطی دباؤ بہت کم ہو جاتا ہے، اور ان دونوں دباؤں کے درمیان کا اوسط تقریباً اُتنا ہی رہتا ہے جتنا کہ پہلے تھا۔ 269

یہ پایا گیا ہے کہ قلبی انسانی قلب بحالت آرام شریانی نظام کو فی منٹ خون کے تقریباً ۲ لیٹر (یا تقریبی طور پر فی ضرب ۸۰ سی۔سی) پہنچاتا رہتا ہے۔ یہ وہ مقدار ہے جو خود قلب، دماغ اور دوسرے اعضاء کے تغذیہ کے لئے ضروری ہے۔ دوران ورزش میں فی منٹ ۱۲ لیٹر قلب کے اندر ہو کر گذرتے ہیں۔ فرض کر لیجئے کہ اورطی مصراع کی عدم کفایت (incompetence) کا نتیجہ یہ ہو کہ باہر بھیجے ہوئے

خون میں سے آدھا خون ہر انبساط کے دوران میں بائیں بطین کے اندر واپس چلا جاتا ہو۔ ایسی صورت میں چونکہ تعویض یافتہ ضربوں میں قلب کی شرح وہی رہتی ہے، لہذا قلب کے ۶ لیٹر فی منٹ خون کی رسد قائم رکھنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ ہر ضرب پر اورطی مصراعوں کی راہ سے ۱۶۰ سی۔سی باہر بھیجے جائیں۔ اس کے یہ معنے ہیں کہ بائیں بطین کو بجائے ۸۰ سی۔سی کے ۱۶۰ سی سی کی گنجائش مستقلاً رکھنی چاہیئے۔ اسی واسطے اورطی بازروی میں بائیں بطین کا اوّلی اتساع واقع ہوجاتا ہے۔ لیکن اسی کے ساتھ عضلی دیوار کی ایک ثانوی بیش پرورش بھی واقع ہو جائیگی، کیونکہ بائیں بطین کا کام بڑھ گیا ہے اور اب اُسے شرائین میں کے دباؤ کے مقابلہ میں اورطی مصراع کی راہ سے بجائے ۸۰ سی۔سی کے ۱۶۰ سی۔سی خون باہر بھیجنا پڑتا ہے۔



شکل ۴۰۔ الف - اورطی بازروی کی نبض - دباؤ ۳ اونس - ب - اورطی بازروی کی نبض - دباؤ ۴½ اونس -

دورانِ ورزش میں نہ صرف قلب زیادہ سرعت کے ساتھ ضرب لگاتا ہے بلکہ خون کا حجم جو ہر ضرب کے ساتھ باہر نکلتا ہے وہ بھی زیادہ ہوجاتا ہے۔ فرض کیجئے کہ ہر ضرب کے ساتھ کی برآمد دوگنی ہوجاتی ہے، تو ایسی صورت میں بازروی کی اصابتوں میں قلب کو ہر ضرب کے ساتھ بجائے ۱۶۰ سی۔سی کے جو طبعی حالت میں باہر نکلتے ہیں، اب ۳۲۰ سی۔سی نکالنے پڑینگے۔ یہ عارضی اتساع امراضیاتی حالتوں میں غالباً اس سے بہت زیادہ ہے جتنا ایک قلب میں اس کی گنجائش ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب خون کی یہ مطلوبہ مقدار بہم پہنچانے کے ناقابل ہوجاتا ہے۔ اس سے ایسے ضررات میں قلب کی محفوظ قوت کے ضیاع کی مثال ملتی ہے جو بحالتِ سکون کامل طور پر تعویض یافتہ ہوتے ہیں۔

طبیعی امارات ۔ اورطی بازروی کی اصابتوں کی ممیز خصوصیت وہ خریر ہے جو پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 221)۔ بعض اوقات یہ خریر صرف ایک چوبی سماع الصدر کی وساطت سے یا دیوار سینہ پر کان کو راست لگانے سے سنا جا سکتا ہے ۔ کبھی کبھی یہ بالکل سنائی نہیں دیتا ۔ ایک اورطی انبساطی خریر کے ساتھ نہایت عام طور پر اورطی رقبہ میں ایک انکماشی خریر ہوتا ہے جو اوپر کو گردن میں تعاقب پذیر ہوتا اور نام نہاد پیش پینی خریر بناتا ہے ۔ اس سے یہ مراد نہیں کہ متلازم ضیق بھی موجود ہے ، تا وقتیکہ اس کے دوسرے امارات نہ ہوں ، مثلاً ایک ذبذبہ ، یا ایک شہوقی یا دوضربی نبض (bisferiens pulse) کیونکہ کرخت یا نا ہموار مصراع دوران انکماش میں ایک منجد ہار (fluid vein) اور گردابی رَوئیں پیدا کر سکتے ہیں ، بلا اس کے کہ کوئی ضیق موجود ہو اورطی بازروی کا مثالی خریر اکثر اوقات ایک انبساطی یا قبل انکماشی خریر کے ساتھ بھی متلازم ہوتا ہے ، جو راس پر سنا جاتا ہے ، حالانکہ مطرانی مصراع بالکل تندرست ہوتا ہے ۔ ممکن ہے کہ اس خریر کے ساتھ ایک ذبذبہ بھی ہو ۔ اس تلازم کو فلنٹ (Flint) نے ۱۸۶۲ء میں بیان کیا تھا ، چنانچہ یہ خریر اسی کے نام سے منسوب ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 261)۔ اورطی بازروی میں قلب قسیع اور بیش وردہ ہوتا ہے ، اور صدمہ نیچے کی طرف اور قدرے باہر کو منتقل ہو جاتا ہے ۔

انکماشی دباؤ نبضی فشار پیما (sphygmomanometer) سے امتحان کرنے پر اکثر بڑھا ہوا پایا جاتا ہے ، اس کے برعکس انبساطی دباؤ نہایت کم ہوتا ہے ۔ واقعہ یہ ہے کہ اس وقت جبکہ بازوبند میں کوئی دباؤ نہ ہو عضدی شریان پر ایک بلند انکماشی خریر کا سنائی دینا بالکل عام ہے ، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ انبساطی دباؤ گر کر صفر تک آجاتا ہے ۔ جب کبھی کسی مریض کے امتحان میں انبساطی دباؤ ۵۰ ملی میٹر سے نیچے پایا جائے تو یہ واقعہ اورطی بازروی کے امکان کی بڑی دلالت ہے ۔ اورطی بازروی میں یہ بھی پایا جاتا ہے کہ انکماشی دباؤ عضدی شریان کے نسبت فخذی شریان میں زیادہ بلند درجہ کا ہوتا ہے ۔ موج نبض کے یکایک صعود کرنے اور منہا دیا یکایک نزول کرنے سے انگلی کو ایک عجیب حس حاصل ہوتی ہے ، جو مختلف ناموں سے ظاہر کی جاتی ہے جو اس قسم کی نبض کو دیے گئے ہیں ، مثلاً رفسی (kicking)

270

رشحی (splashing)، مطرقی (water-hammer) اور طلقی (shotty)۔ اسے نبض سریع (pulsus celer) بھی کہتے ہیں۔ شریانوں میں انبساط اور انقباض کے ناگہانی اور وسیع حرکات سارے جسم پر نمایاں اثرات پیدا کردیتے ہیں۔ گردن کی رگیں پھڑکتی ہوئی دکھلائی دیتی ہیں اور اکثر درد کے ساتھ پھڑکتی ہیں، اصبعی شریانیں (digital arteries) غیر معمولی طور پر صاف محسوس کی جاسکتی ہیں، اور چشم بین کے ذریعہ شبکیتی شرائین کا نبضان بہ آسانی نظر آسکتا ہے۔ اِس کی توجیہ حسب ذیل ہے:۔ شریانی انبساطی دباؤ ادنیٰ درجہ کا ہوتا ہے، اور اِس دباؤ کے خلاف پیش پرورد قلب خون کے ایک غیر معمولی طور پر بڑے حجم کو تیز شرح سے باہر بھیجتا ہے، جس سے ایک غیر معمولی طور پر بلند درجہ کا انکماشی دباؤ پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ دباؤ سرعت کے ساتھ گرکر کم ہوجاتا ہے، کیونکہ قلب جس سرعت کے ساتھ اپنے مافیہ کے آخری حصے کو اورطی کے اندر خالی کرتا ہے خون اُس کی نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ محیط کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ ناگہانی اور سریع سقوط ایک ٹپکنے والے مصراع کی راہ سے قلب کے اندر خون واپس چلے جانے کی وجہ سے نہیں ہوتا (گو ادنیٰ انبساطی دباؤ اِسی وجہ سے ہوتا ہے) کیونکہ یہ سقوط دوضربی کٹاؤ سے پہلے واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۴۔ الف)۔ ایسا ہی ایک مظہر سر کے لَے دار جھٹکوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو نبض کے ساتھ ہمزمان ہوتے ہیں (علامت مسیٹ: signe de Musset)۔ یہ اورطی بازروی کے ساتھ مخصوص نہیں، بلکہ اورطی انورسیما میں اور بڑے پلورائی انصبابات میں بھی واقع ہوتا ہے۔

اورطی عدم کفایت (aortic incompetence) شعری نبضان بھی پیدا کرسکتی ہے۔ یہ ناخنوں کے نیچے، گالوں میں، یا فسیح عروق شعریہ کے اُس رقبہ میں دیکھا جاسکتا ہے جو سطح پیشانی پر ایک تیز نوک کھینچنے سے پیدا ہوجاتا ہے، یا اُٹھائے ہوئے نیچے کے لب کی غشائے مخاطی پر ایک خردبینی شیشہ کا شریحہ دبانے سے۔ دونوں حالتوں میں زیر مشاہدہ عروقی رقبہ ہر ضرب قلب کے ساتھ متبادلاً زیادہ سیاہ اور زیادہ شاحب ہوجاتا ہے۔

علامات۔ اورطی بازروی کے علامات مطرانی مرض کے علامات سے نمایاں طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ یہ اِس واقعہ کی وجہ سے ہے کہ قلب سے حاصل

ہونے والی شریانی رسد اس وقت کم ہو جاتی ہے جبکہ ابھی پھیپھڑوں میں کوئی امتلاء واقع نہیں ہوتا۔ اول الذکر ایسے علامات پیدا کر دیتی ہے جو دماغی عدم دمویت کی طرف منسوب ہو سکتے ہیں، اور اس سے دوران سر اور غشی کے ناگہانی حملے ہوتے ہیں۔ بیخوابی اور اور ناک سے خون بہنا دوسرے عام علامات ہیں۔ مریض اکثر علیم الدّم ہوتے ہیں، اُن کا چہرہ اور لب اور مخاطی اغشیہ شاحب ہوتے ہیں۔ سانس کا پھولنا اکثر نہیں ہوتا۔ اکثر اوقات یہ پہلے پہل رات کے وقت دوری حملوں یا چین اسٹوکس تنفس کی صورت میں نمودار ہوتا ہے، جو کہ چپ جانبی فشل اور نتیجۃً ریوی احتقان کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 252)۔ بعد میں اگر سارا قلب فشل پذیر ہونا شروع ہو تو وریدی امتلاء کے تمام علامات و امارات ظاہر ہو جاتے ہیں۔ تحت القص درد اور لی بازروی میں عام ہے، اور ذبحۂ صدریہ کے مثالی حملے واقع ہو سکتے ہیں۔ مریض کبھی کبھی غشیان کے ناگہانی حملوں سے مرجاتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ قلب کے تاجی اقتناع کے باعث ہوتے ہیں۔

مطرانی مرض

(mitral disease)

مرضی تشریح۔ مطرانی مرض کا معمولی سبب حاد روماتزم یا دوسری نتیجی سمی سرایت ہے، نہ کہ آتشک۔

التہابی تغیرات اصل ان تغیرات کے مماثل ہیں جو حاد روماتزم کی وجہ سے اورطی مرض میں پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن نتائج مصراع کی ساخت کی وجہ سے بالکل مختلف ہوتے ہیں۔ مطرانی مصراع کے دو پٹوں کا ذکر کرنا فی الحقیقت ایک غلط طرز بیان ہے۔ مطرانی مصراع در اصل ایک جھالر یا پردہ ہے جو دہنہ کو گھیرے ہوئے ہے، اور یہ ایک جانب پر زیادہ نمویافتہ ہو کر مطرانی مصراع کا اورطی پٹ بنا دیتا ہے لیکن نام نہاد حاشئی پٹ ایک جداگانہ ساخت کے طور پر کبھی موجود نہیں ہوتا۔ التہاب اس مصراع کی دبازت اور اس کا اوپر سے نیچے کو قصر پیدا کر دیتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس 271 کے بند ہونے پر پورا توافق نہیں ہوتا اور بازروی پیدا ہو جاتی ہے لیکن معمولی طور پر بھی

مصراع کا قصر واقع ہوجاتا ہے، جس سے ضیق پیدا ہوجاتی ہے، اور التہاب جس قدر زیادہ عرصہ تک جاری رہتا ہے ضیق اُسیقدر زیادہ ہوتی ہے۔ قصر کی یہ دونوں قسمیں اکثر ساتھ ساتھ موجود ہوکر ایک دوہرا ضرر پیدا کردیتی ہیں۔ خفیف التہاب اتنا کافی جھیلی قصر نہیں پیدا کریگا کہ جس سے سربریاتی ضیق پیدا ہوجائے، گو اُس سے بازروی پیدا ہوسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ شدید التہاب تنہا بازروی، یا تنہا ضیق پیدا کردے، یا زیادہ عام طور پر دونوں کو بیک وقت پیدا کردے۔ ضیق کی موجودگی ہمیشہ مصراع کی شدید سرایت ظاہر کرتی ہے۔ بعد الممات امتحان بھی ظاہر کرتا ہے کہ مطرانی مرض میں احبال وتری موٹے اور چھوٹے ہوگئے ہیں، حقیقۃً اتنے چھوٹے کہ مصراعی پردہ عضلات حلمیہ کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے، اور وہ خود بھی لیفی تغیر سے ماؤف ہوتے ہیں۔ ضیق کی بعض اصابتوں میں جھیلی قصر واقع ہوتا ہے بغیر اس کے کہ اوپر سے نیچے کی طرف زیادہ قصر واقع ہو۔ دوسری اصابتوں میں دونوں قسموں کا قصر موجود ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مصراع کی کثیف سطح میں اُذینی جانب پر صرف ایک تنگ جھری نظر آتی ہے۔ اس طرح قیف نما اور کاج نما دہنوں کی تفریق کی جاتی ہے، اور اول الذکر بچوں میں نسبۃً بہت زیادہ اکثرالوقوع معلوم ہوتا ہے [۶ اور ۱ کی نسبت میں البٹ (Allbutt)] اور آخرالذکر بالغوں میں (۲۵ اور ۱ کی نسبت سے)۔

مطرانی ضیق کو مزمن سرایت یا مصراع پر حاد سرایت کے مکرر حملوں کا نتیجہ سمجھنا چاہئے، جو پٹوں کا انضمام تقلص اور دبازت پیدا کردیتے ہیں۔ اُس کی نمو پانی کے لئے چند سال کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس سے اس واقعہ کی توضیح ہوتی ہے کہ وہ بچوں میں اکثر نہیں پائی جاتی، اگرچہ وہ بلوغ کے بعد سے پائی جاتی ہے۔ اس کے برعکس مطرانی بازروی مصراعی التہاب کی کم شدید شکل پر جو کہ حاد روماتزم کی ہی وجہ سے ہوتا ہے۔

علامات اور طبیعی امارات ۔ بعض عام علامات اور امارات ایسے ہوتے ہیں جو بڑی حد تک وریدی امتلا کا نتیجہ ہوتے ہیں، اور مطرانی بازروی اور ضیق دونوں میں مشترک ہوتے ہیں، اور یہاں انھیں پر غور کیا جائے گا۔ ابتدائی علامات

بالخصوص ورزش کے بعد دیکھے جاتے ہیں ۔ وہ سانس کا پھولنا اور خستگی کا احساس ہے۔
اِن پر قلب کے مقام پر درد، اختلاج، اور پاؤں کے ورم کا اضافہ کیا جاسکتا ہے۔
اور ممکن ہے کہ یہ ابتدائی درجہ کئی سال تک جاری رہے۔ مابعد درجہ سے پہلے ایک
برزخی درجہ کا وقوع اکثر فعل قلب کی بیقاعدگی کی بیان کردہ شکلوں میں کسی ایک شکل
(مثلاً قبل از وقت ضربات، اور بالخصوص اُذینی ریشکی انقباض) کے ساتھ ہمزمان طور
پر واقع ہوتا ہے، اور اب نبض، جو پہلے منتظم اور کسیقدر کثیرالوقوع تھی، توازن اور
قوت دونوں میں بہت غیر منتظم ہوجاتی ہے۔ جب مابعد درجہ آپہنچتا ہے تو علامات
بڑی حد تک دوران خون کے اختلال کا اور سیلان خون کے ابطاء کا نتیجہ ہوتے ہیں،
جس کے اثرات جسمانی اعضاء پر بیان کئے جاچکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 252)۔ اِسطرح
پھیپھڑوں کے مجہولی امتلاء کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ مریض کھانسی، مخاطی نفث، اور گاہ بگاہی
نفث الدم میں [جو متذکرۂ بالا ریوی افعامات (pulmonary infarcts) سے پیدا
ہوسکتا ہے]، شبانہ یا مسلسل انتصابی تنفس میں، اور خفیف ترین زور لگانے پر بُہر میں
مبتلا ہوجاتا ہے۔ امتحان کرنے پر دایاں اُذین متسع پایا جائیگا، اور ساتھ ہی اُسکی آواز
میں کمی اور عظم القص سے ایک انچ یا زائد داہنے طرف کو نبضان ہوگا۔ ریوی رقبہ میں
دوسری آواز میں تفخیم ہوجائیگی اور شراسیفی نبضان سے دائیں بطین کی جنبش پر ورش
ظاہر ہوگی۔ پھیپھڑوں کے قاعدوں پر تکتکات سنائی دینگے، اور ترقی یافتہ اصابتوں
میں اصمیت پائی جائے گی اور ساتھ ہی جو فیزی خریر میں کمی اور لمسی ارتعاش میں کمی
لبوں، گالوں، کانوں اور اطراف کے گہرے سرخ رنگ یا حقیقی زراق سے۔ گردن کی
بڑی وریدوں کی پُری اور نبضان سے، اور استسقائے لحمی کے وقوع سے عام وریدی
رکود ظاہر ہوتا ہے۔ ممتلی جگر بڑا اور چکنا ہوتا ہے اور شاید ناف کے لیول تک پہنچتا
ہے، اور اگر اسکا امتلاء حاد طور پر ہوا ہے تو ممکن ہے کہ یہ دردناک ہو، اور اس میں
نبضان ہوتا ہے۔ جلد کسیقدر یرقانی ہوتی ہے، پیشانی کی زرد جھلک لبوں اور
گالوں کی گہری سرخی کے ساتھ ملکر مریض کی شکل وصورت کو نہایت ممیز بنادیتی ہے۔
سوءہضم کے علامات بھی ہونگے۔ گردوں کا افراز بھی متاثر ہوجاتا ہے اور بول
قلیل المقدار، شائد گھٹ کر روزانہ ۱۰ یا ۱۵ اونس ہوجاتا ہے، اُس کا رنگ گہرا ہوتا

ہے، وہ یورینٹس کی بڑی مقداروں کو مطروح کرتا ہے اور اس میں البیومن اور فائبرینی سائٹ موجود ہوتے ہیں۔ البیومن کی مقدار عموماً تھوڑی ہوتی ہے اور قلب کی کارکردگی کے ساتھ معکوس تناسب میں متغیر ہوتی ہے۔ غنودگی یا بے چینی سے، اور ترقی یافتہ اصابتوں میں کبھی کبھی ہذیان ہونے سے، دماغ کے دوران خون کا متاثر ہونا ظاہر ہوتا ہے۔ بالآخر فشلِ قلب سے، اذیمائی تشنج اور خستگی سے، یا خبیث التہابِ دروں قلبیہ یا دوسری پیچیدگی سے موت واقع ہوجاتی ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 275)۔

272

مطرانی بازروی

(mitral regurgitation)

امراضیات ۔ چونکہ ہر انکماش کے ساتھ خون بائیں اُذین کے اندر واپس جاتا ہے، لہٰذا اس ضرر کی تعویض بائیں بطین اور بائیں اُذین کے اولی اتساع سے ہوتی ہے، جس کی وجہ درج ذیل ہے۔ دورانِ انکماش میں اُذین کے اندر وہ خون داخل ہوتا ہے جو مطرانی مصراع کی راہ سے پھر واپس ٹپک آتا ہے، لیکن ساتھ ہی اُذین میں خون کا وہ مقررہ طبعی حصہ بھی پہنچ جاتا ہے جو اسے پھیپھڑوں سے ملتا ہے۔ لہٰذا اس کا تمدد ہوجانا ایک ضروری امر ہے۔ یہ تمام خون بطین کے اندر چلا جاتا ہے اور اسے قبول کرنے کے لئے بطین کا تمدد ہونا بھی ایک لازمی امر ہے۔ اُذین اور بطین کو پُر کرنے میں جو زائد از معمول کام پیش آتا ہے وہ بڑی حد تک دائیں بطین کو انجام دینا پڑتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دایاں بطین ثانوی بیش پرورش حاصل کرلیتا ہے، جس سے اس کے اندر زیادہ خون سما سکتا ہے اور ہر ضربہ کے ساتھ اورطی میں اس کا پورا حصہ پہنچ سکتا ہے۔ بائیں بطین کی بیش پرورش اتنی ہی ہوگی جتنی کہ اورطی بازروی میں ہوتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اس خون سے متعلق جو بذریعہ بازروی اُذین کے اندر واپس چلا جاتا ہے کوئی کام انجام نہیں دیا جائیگا کیونکہ اُذین میں دباؤ کم ہوتا ہے۔

طبیعی امارات یہ ہوتے ہیں۔ صدمۃ القلب کا باہر کی طرف ہٹ جانا، چونکہ انکماشی خریر جو راس پر بلند ترین سنا جاتا ہے اور پہلے بیان ہوچکا ہے۔

مطرانی ضیق

(mitral stenosis)

امراضیات۔ خاص مطرانی مصراعی ضیق میں قلب پر اوّلی اثر بائیں اُذین کی جیش پرورش ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد یہ اتساع بھی پیدا کر دیتی ہے، بالخصوص جبکہ ابتدائی فشلِ قلب بھی موجود ہو۔ دایاں بطین بیش پرورده ہو جاتا ہے، جس سے ریوی نظام میں فشارِ خون کا ارتفاع پیدا ہو جاتا ہے جو تنگ شدہ مصراع کی مزاحمت کا مقابلہ کرتا ہے۔ جب تعویض کا فشل شروع ہوتا ہے تو نہ صرف پھیپھڑوں میں اِمتلاء واقع ہو جاتا ہے، بلکہ بائیں بطین کو بھی خون اُس کی طبعی مقدار سے کمتر پہنچتا ہے۔ یہ کہفہ نسبتہً چھوٹا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ بطینی دیوار کسی حد تک حقیقتہً مذبول ہو جائے اور طویل المدت اصابتوں میں اور طبعی معمول کی نسبت چھوٹا ہو جاتا ہے۔ مطرانی ضیق کی بیشتر اصابتوں کے ساتھ کسیقدر مطرانی بازروی بھی موجود ہوتی ہے۔

طبیعی امارات۔ مطرانی ضیق کے خریرات اور اُن کا طریقِ پیدائش بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 221)۔ وہ اکثر راس کے مقام پر محدود ہوتے ہیں اور عموماً اُن کے ساتھ ایک ذبذبہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 217)۔ خریرات کا تغیر بالاختصار درج ذیل ہے:۔ جب قلب سست رفتاری سے ضرب لگاتا ہو اور ضیق خفیف ہو تو پیش دورِ اُذین کے سبب سے ایک اذینی انکماشی خریر سنائی دیتا ہے۔ جب رششکی انقباض طاری ہو جاتا ہے تو یہ خریر بکلّہٖ غائب ہو جاتا ہے۔ اگر قلب کا فعل سست لیکن ضیق نسبتہً زیادہ ہو تو سارے انبساط کے دوران میں خریرات سنائی دیتے ہیں، جو وسط انبساطی اور اُذینی انکماشی خریرات ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ وسط انبساطی اور اُذینی انکماشی خریرات ایک ہی مریض میں اکثر مرتبہ تبادل کرتے ہیں۔ اِن میں سے ہر ایک کی بجائے ایک بظاہر متضاعف دوسری آواز پیدا ہو سکتی ہے جو راس پر سنائی دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 218)۔ اُذینی رششکی انقباض کی حالت میں، جب ضربات کے درمیان کا وقفہ طویل ہوتا ہے تو خریرات انبساط کے اوّلی حصّوں میں واقع ہوتے ہیں، اور جب وقفہ مختصر ہوتا ہے تو خریرات پورے انبساطی فاصلہ میں موجود

رہتے ہیں۔ طبعی لَے اور اُذینی رشیکی انقباض ہر صورت میں جب فعلِ قلب تیز ہو تو خریرات پورے انبساطی فاصلہ میں واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، لیکن اکثر اُن کا سننا ہی نہایت مشکل ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ محض پہلی آواز شدت کے ساتھ مفخم ہو، اور دوسری آواز راس پر سنی ہی نہ جاسکے۔

ابتدائی درجوں میں قلب کی کلانی موجود نہیں ہوتی، لیکن آخری درجوں میں جبکہ یا تو مثلثی (tricuspid) یا مطرانی بازروی طاری ہوجاتی ہے، عمومی کلانئ قلب واقع ہوجاتی ہے۔

علامات ۔مطرانی ضیق اکثر بالکل ابتداہی میں، پھیپھڑوں کی امتلاء کی وجہ سے نفث الدم پیدا کردیتی ہے، اور دماغی عدم دمویت کے باعث دوران سر اور غشی کے حملے بھی، اور مطرانی بازروی کی نسبت زیادہ اکثر فالج نصفی (hemiplegia) کا سبب ہوا کرتی ہے، اور یہ فالج دماغی شرائین کی سدادیت کے باعث ہوا کرتا ہے۔ سدادیت دائیں اُذین میں علقات ہوجانے کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے، جو مرض کے آخری درجوں میں خون کے رکود کے سبب سے بنجاتے ہیں۔ دوسرے عام علامات بیان کئے جاچکے ہیں۔

273

یمینی مصراعی مرض

مثلثی بازروی (tricuspid regurgitation)۔اگرچہ مثلثی عدم کفایت ایک نہایت عام حالت ہے، وہ عموماً دائیں بطین کے اتساع کی وجہ سے ہوا کرتی ہے، جو مطرانی مرض، ریوی ضیق (pulmonary stenosis)، عضلۂ قلب کے مرض، اور پھیپھڑوں میں تسدد پیدا کردینے والی دوسری حالتوں (نفاخ، التہاب شعبہ دمہ، لیفی سل ریوی) کے ساتھ متلازم پایا جاتا ہے۔ اِس سے بھی زیادہ شاذ طور پر وہ ویسے ہی عضوی مرض کے باعث ہوا کرتی ہے جیسا کہ مطرانی مصراع پر حملہ آور ہوتا ہے۔ اُس کے ساتھ عموماً دائیں اُذین کے اتساع کے ظواہر، اور مختلف درجہ کا اُذیما، استسقائے کلی اور وریدی امتلاء موجود ہوتے ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ دائیں قلب اور پھیپھڑوں میں خون کی واپسی میں دقت موجود ہے۔ اِن کا بیان

پہلے ہی مطراتی مرض کے اواخری علامات کے تحت درج ہو چکا ہے۔ مثلثی بازروی کا خریر پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 222)۔ بعض اوقات اُس کے ساتھ عظم القص کے زیریں سرے پر ایک انکماشی ذبذبہ موجود ملتا ہے۔ اندرونی وداجی ورید کا وہ نبضان، جو اِن حالات میں ہوا کرتا ہے، ممکن ہے کہ نہایت نمایاں ہو، اور گردن کی جانب پستانی ثرپان کے سر سے پیچھے کو، کان اور ترقوی ہڈی کے درمیان، ارتفاع وانخفاض کی ایک تموجی حرکت پیدا کردے۔ ممکن ہے کہ بیرونی وداجی ورید بھی ساتھ ساتھ نبضان ظاہر کرے۔ دائیں بطین کے انقباض کا زور کبدی ورید وں میں بھی منتقل ہو کر کبدی وریدی نبض (hepatic venous pulse) یا کبد نابض (pulsating liver) پیدا کر سکتا ہے۔ یہ عضو عموماً بہت بڑا ہو جاتا ہے اور اپنی ساری سطح پر پھڑکتا ہوا محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اور یہ نبضان بعض اوقات پیچھے کو دائیں کوکھ میں آخری پسلی کے نیچے بھی منتقل ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سامنے اور پیچھے رکھے ہوئے ہاتھوں کے درمیان جگر پھیلتا ہوا محسوس کیا جا سکتا ہے۔

مثلثی ضیق (tricuspid stenosis) نسبتاً کم عام ہے، اور عموماً دوسرے کسی مصراع کے مرض، بالخصوص مطراتی ضیق، کے ساتھ مشاہدہ میں آتا ہے۔ مثلثی بازروی میں جو علامتیں دیکھی جاتی ہیں اُن کے علاوہ علامات کا اور کوئی خاص گروہ اس کے سبب سے نہیں پیدا ہوتا۔

ریوی مصراعات کا مرض اگر زیادہ مدت کا ہو تو بیشتر پیدائشی ہوتا ہے، اور اگر حاد ہو تو خبیث التہاب درون قلب (malignant endocarditis) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اول الذکر صورت میں ریوی ضیق (pulmonary stenosis) جو درون بطینی فاصل کے انثقاب کے ساتھ متلازم ہو، ایک عام حالت ہوا کرتی ہے اور بعد میں بیان کی جائے گی (ملاحظہ ہوں پیدائشی تشوہات)۔

ریوی بازروی (pulmonary regurgitation) بعض اوقات مطراتی مرض کے نتیجے کے طور پر واقع ہوتی ہے، کیونکہ مصراعات شریان ریوی میں کے بڑے دباؤ کے متحمل نہیں ہو سکتے۔ عظم القص کی بائیں جانب کے برابر ایک انبساطی خریر سنائی دیتا ہے۔

خبیث التہاب درون قلبہ، ریوی دہنہ پر بھی اورطی مرض کے خریر جیسا ایک دُہرا خریر (انکماشی اور انبساطی) پیدا کرسکتا ہے، اور یہ علی الترتیب خریرات پہلے بیان کیا ہوا محلِ وقوع رکھتے ہیں۔ ایسی اصابتوں میں جو علامات ظاہر ہوتے ہیں اُن کی تفصیل پہلے درج ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو خبیث التہاب درون قلبہ)۔

مزمن مصراعی مرض کی تشخیص، اَنذار اور تجویز

تشخیص۔ مصراعی مرضِ قلب کی تشخیص میں بہت سے سوالوں پر غور کرنا پڑتا ہے۔ اس امر کی تعیین کرنی پڑتی ہے کہ:۔ (۱) آیا خریر ایک مصراعی ضرر کے باعث ہے یا اور کسی درون قلبی یا برون قلبی سبب کی وجہ سے۔ اول الذکر میں عضلی دیوار کا تغیر بھی شامل ہے۔ (۲) خریر کس دہنہ پر پیدا ہوتا ہے، اور اگر دو خریر ہیں تو آیا اُن میں سے ایک خریر کا انحصار دوسرے پر ہے۔ اور (۳) یہ کہ قلب کی فعلی قابلیت یعنے ورزش کرنے پر قلب کی مجیبیت کیسی ہے اور اس کے متعدد کہفوں کی حالت کیا ہے۔ قلب کے محلِ وقوع، فعل، اور مصراعی کارکردگی کے متعلق نہایت اہم معلومات آنکھ اور ہاتھ کے ذریعہ حاصل کئے جا سکتے ہیں، اور انھیں سماع الصدر کے ساتھ ہمیشہ استعمال کرنا چاہئے۔ رانجنی شعاعیں بھی قلب کے کہفوں کی جسامت اور شکل کے تغیرات کی تخمین میں ممد ہونگی (ملاحظہ ہو شکل ۱۲ صفحہ 225)۔

۱۔ مصراعی مرض کے خریرات دوسری حالتوں سے پیدا ہو جانے والے خریرات کے ساتھ خلط ملط ہو جانے کا احتمال رکھتے ہیں۔ عدم دمویت ریوی رقبہ پر ایک کرخت انکماشی خریر پیدا کر دیتی ہے۔ عضوی ریوی مرض (organic pulmonary disease) کے شاذ ہونے کو ملحوظ رکھتے ہوئے یہ خریر بیشتر کافی ممیز ہوتا ہے، لیکن نہایت زیادہ عدم دمویت کے ساتھ خریرات سارے پیش قلبی رقبہ پر پھیل جاتے ہیں، اور بلا شبہ ریوی دہنہ کے علاوہ دوسرے دہنوں میں بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ چونکہ ایسی اصابتوں میں مریضوں کی سانس پھولی ہوئی ہوتی ہے، اور ساتھ ہی اُن میں اختلاج اور ورمِ پا کا رجحان موجود ہوتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ تشخیص دقت طلب ہو۔ عدیم الدم مریضوں کے نمایاں شحوب، رد ماتزم یا

274

مرض قلب کے کسی دوسرے پیش رو مرض کی روئداد کی عدم موجودگی، اور فولادی مقویات کے استعمال سے خریر میں تخفیف، ایسے امور ہیں جن سے تشخیص میں مدد حاصل ہوگی۔ بلاشبہ عدم دمویت بذات خود بھی مطرانی بازروی کا ایک سبب ہو سکتی ہے۔ خون کی ناقص نوعیت دیوار بطین کا نقص تغذیہ پیدا کر دیتی ہے۔ یہ متسع ہو جاتا ہے، مطرانی دہنہ ڈھیلا پڑ جاتا ہے اور اس کا نتیجہ بازروی ہوتی ہے۔ یہ فی الواقع ایک حقیقی ضرر ہے اور خریر کا فوری سبب اگر خود مصراع کے نہیں تو دہنہ کی ساخت کے تغیرات ہوتے ہیں۔ لیکن چونکہ در اصل وہ خون کی ایک ایسی حالت کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو معہ اپنے نتائج کے شفا پذیر ہوتی ہے، لہذا اس خریر کو اکثر فعلی یا دموی کہتے ہیں۔ بہرحال اس کے اور مزمن مصراعی مرض کے درمیان تشخیص ضروری ہے، اور وہ عموماً ماسبق اور متلازم حالات، یعنے روماتزم کی غیر موجودگی اور حقیقی عدم دمویت، پر غور کرنے سے کی جاسکتی ہے۔

اورطی کا انوریسما اکثر اوقات قاعدۂ قلب پر ایک خریر پیدا کر دیتا ہے جو غلطی سے اورطی تسدد کا خریر خیال کیا جاسکتا ہے۔ فی الحقیقت اورطی رقبہ کا ایک سادہ انکماشی خریر، جس کے ساتھ بازروی کے خریرات نہوں، مصراعی ضیق کی نسبت زیادہ اکثر انوریسما کے سبب ہی سے ہوا کرتا ہے۔ مزید ثبوت کے لئے قعق سے دائیں طرف کو غیر طبعی نبضان کی اور اصمیت کے بڑھے ہوئے رقبہ کی جستجو کرنی چاہئے۔ اگر خریر ایسے مقام تک محدود ہو جو مصراعی مرض کے معمولی رقبوں کے ساتھ سختی سے متناظر نہو تو انوریسما کا اور بھی زیادہ احتمال ہے۔

التہاب تامور (pericarditis) اکثر ایک پیش بہی آواز پیدا کر دیتا ہے، جو دوہرے اورطی مرض سے بہت مشابہ ہوتی ہے۔ لیکن وہ عموماً زیادہ خشن ہوتی ہے، ایک بڑے رقبہ پر اپنی بلندی میں کم یکساں ہوتی ہے، اورطی مرض کے معمولی رقبہ میں سختی کے ساتھ محدود نہیں ہوتی، اور شاید جا بجا ضرب قلب کے دوروں کے ساتھ سختی کے ساتھ ہمزمان نہیں ہوتی۔ حاد مرض کی قلیل المدت روئداد، غیر معمولی درد، قلب کے مقام پر تکلیف، اوپر کے رخ میں پیش قلبی اصمیت کا بڑھا ہوا رقبہ، اور رہائی نبض کی عدم موجودگی سب التہاب تامور پر دلالت کرتے ہیں۔

ایک دوسری دقت خارج القلب خریرات کی وجہ سے پیش آتی ہے' جوایسی
آوازیں ہیں جو فعلِ قلب کے ساتھ ہمزمان تو ہوتی ہیں لیکن قلب سے باہر پیدا ہوتی
ہیں لیکن یہ پہچان لینے کے ساتھ کہ خریر دروں قلبی ہے اور کسی مصراعی دہنہ پر پیدا ہوا ہے
تشخیص نہیں ہوتا کہ مرض مصراع کا ہے۔ بطینی اتساع' جو نہ صرف عدم دمویت سے'
بلکہ کسی بھی سبب سے ہوگیا ہو' ایک راسی انکماشی خریر پیدا کرسکتا ہے۔ اورایسا واقعہ
مرض برائٹ' الکحلیت' اور شریانی صلابت (arteriosclerosis) میں' اور عاد طور
پر امراض ساریہ کے عوارضِ عضلۂ قلب میں نہایت عام ہوتا ہے۔

مزمن کلوی مرض (chronic renal disease) قلب کی بیش پرورش
بلکہ اتساع اور خریر تک پیدا کرسکتا ہے۔ اور ایسی صورت میں یہ حالت مطرانی مرض
سے قریبی طور پر مشابہ ہوتی جس کے ساتھ ثانوی البیومن بولیت بھی ہوتی ہے۔
اس واقعہ سے دقت اور بڑھ جاتی ہے کہ بعض اوقات وہ گردے جو مرض قلب
کی وجہ سے ایک مزمن اِستلاد کی حالت میں ہوں' ذراتی (granular) نجاتے ہیں۔
اور اس سے بھی کہ مرضِ گردہ میں انتہائی شریانی تناؤ کی وجہ سے تمبع شدہ قلب'
نظامِ وریدی میں ایک ثانوی رکود پیدا کردیگا' اُسیطرح جسطرح کہ اوّلی مطرانی مرض
سے ماؤف شدہ قلب پیدا کردیتا ہے۔ قلب کے اوّلی مرض میں ہمیں روماتزم کی
روئداد یا التہاب دروں قلبیہ کے کسی دوسرے سبب کی جستجو کرنی چاہئیے۔ قارورہ میں وہ
خصائص موجود ہوتے ہیں جو بیان ہو چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 271) اور نبض صغیر
اور کم تناؤ والی ہوتی ہے۔ لیکن گردے کے مرض میں اس کا زیادہ امکان ہے کہ
قارورہ رنگ میں پھیکا' اور مقدار میں قلیل ہو' اور اُس میں البیومن کی مقدار زیادہ
یکساں ہو۔ اور نبض بلند تناؤ والی ہوتی ہے۔ صلابتِ شریانی اور الکحل (جو
اکثر ایک ساتھ پائی جاتی ہیں) کے باعث پیدا شدہ کلائیوں میں شریانی تناؤ تغیر پذیر ہوتا
ہے' اور البیومین اکثر غائب ہوتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ تشخیص کا انحصار
روئداد مرض یا متلازم حالتوں پر رکھنا پڑے۔

275 اس کے برعکس بعض اوقات جبکہ کوئی خریر نہیں سنا جاسکتا ایک مصراعی
ضرر موجود ہوتا ہے۔ یہ حالت بیشتر اوقات مطرانی تنگی کے آخری درجوں میں ہوتی

ہے، جبکہ آذین کی قوت فشل پذیر ہوتی ہے۔

۲۔ مصراعی مرض کی مختلف شکلوں کی ایک دوسری سے تشخیص کا انحصار بڑی حد تک خریرات کی نوعیت، اور اُس وسعت پر ہوتا ہے جس میں وہ پیش قلبی رقبہ پر سنائی دیسکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک خریر ایک مصراع کے رقبہ سے باہر تک دوسرے مصراع کے رقبہ کے اندر تک منتقل ہوتا ہو۔ ایسی صورت میں مختلف نقطوں پر کی آواز کی شدت کا احتیاط کے ساتھ مقابلہ کرنا ضروری ہوگا۔ اورطی بازروی اور مطرانی بازروی تقریباً ہمیشہ اپنے مخصوص نوعیت والے خریرات سے پہچان لئے جاتے ہیں۔ جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، مطرانی تسدد بارہا بلا اپنے مخصوص نوعیت کے خریرات کے موجود ہوتا ہے۔ قبل انکماشی خریرات اور انبساطی خریرات جب یہ ٹھیک مقام صدم پر سنے جائیں (اور قاعدہ پر نہ سنائی دیں) تو مطرانی تسدد کا نہایت قوی ثبوت ہیں۔ لیکن بعض اوقات راس قلب پر ان سے مماثل خریرات اورطی بازروی کے ساتھ (خریرات فلنٹ: Flint's murmurs) (ملاحظہ ہو صفحہ 269)، ملتصق تامور (adherent pericardium) کے ساتھ، اور دوسری حالتوں کی وجہ سے قسع بطین کے ساتھ سنائی دیتے ہیں۔ ان خلاف قاعدگوں کے توجیہات مختلف ہیں:۔ اگلے مطرانی پٹ کے ارتعاشات اُس پر اورطی بازروی کی رو کا تصادم ہونے سے، یا اُس کے اذینی بطینی رو پر دھکیلے جانے سے۔ مندرجہ بالا دو رؤں کا باہم دگر الجھانا۔ ایک منجد صار کی پیدائش، جو بائیں بطین کے اتساع کی وجہ سے ہو، جبکہ مطرانی دہنہ طبعی جسامت کا ہو۔ یہ حالت بعض اوقات اضافی ضیق (relative stenosis) کہلاتی ہے۔ آخری توضیح زیادہ قرین قیاس معلوم ہوتی ہے۔

۳۔ غالباً تشخیص میں سب سے زیادہ اہم امر تخمینیت قلب کی تخمین ہے۔ ورزش یا محنت کے بعد دم پھولنے یا خستگی کی مقدار کا مشاہدہ کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 223)۔ قلب کی جسامت سے مصراعی نقص کی وسعت کے متعلق مفید رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ یہ جس اور قرع سے معلوم کی جاسکتی ہے (لاشعاعیں) استعمال کی جاسکتی ہیں، اور یکینی اور یساری بیش پرورش کا تناسب

ظاہر کرنے کے لئے برقی قلب نگار بھی (ملاحظہ ہو صفحہ 249)۔
قلب اور پھیپھڑوں کے امتحان کے بغیر کوئی تشخیص قائم نہیں کی جا سکتی
لیکن یہ نوٹ کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ بچوں اور نوعمر اشخاص میں مطرانی مرض اور
سل ریوی (phthisis) کے درمیان اکثر ایک سطحی مشابہت ہوتی ہے کیونکہ اول الذکر
نمایاں شحوب' لاغری اور نفث الدم پیدا کر سکتا ہے۔

انذار۔ ایسی ایک ہزار اصابتوں کا مطالعہ کیا گیا کہ جن میں فارغ الخدمت
آدمیوں کو مرض قلب تھا اور ان کا ۱۰ سال بعد دوبارہ معائنہ کیا گیا (20)۔ ثابت
ہوا کہ ایک خراب انذار کے لئے اہم ترین عناصر قلیل تحمل ورزش اور بڑا قلب ہیں۔
چنانچہ معتدل کلانی اور قلیل تحمل کی صورت میں تقریباً نصف مریض ۱۰ سال کے
اندر مر جاتے ہیں گو کہ چند بلا تغیر زندہ رہتے ہیں۔ انتہائی کلانی کی صورت میں
۷۰ فیصدی اور استلائی فشل کی صورت میں ۹۷ فیصدی ۱۰ سال کے اندر مر جاتے
ہیں' اور اگر ان دونوں گروہوں کو یکجا کیا جائے تو زندہ رہنے کی شرح ۸۰ فیصدی
ہوتی ہے۔

اس پورے سلسلہ میں ۲۲ فیصدی مریض بلا تکلیف اور بلا تغیر ۱۰ سال زندہ
رہے' اور یہ عدد غالباً اصل سے کمتر ہے۔ نصف مریض زیادہ تر استلائی فشل
کی وجہ سے مر گئے' اور ۲۶ فیصدی فشلی اصابتوں میں اس فشل کے ہمراہ ساری
التہاب درون قلبہ اور (۳۰ فیصدی میں) اذینی رشکی انقباض تھا اور دوسری
اصابتوں میں التہاب شعبی اور دیگر سرایتیں دیکھی گئیں۔ ناگہانی موت' کل اموات میں
سے ۱۷ فیصدی میں دیکھی گئی۔

جب مریضوں کو استمامی علامات کے لحاظ سے گروہ بند کیا گیا تو وہ مریض
جن کو یہی معرائی مرض نہیں تھا ان میں سے ۳۵ فیصدی ۱۰ سال کے اندر مر گئے۔
اورطی ضیق اور آتشکی اورطی بازروی کی شرح اموات ۹۰ فیصدی ہے (یا انیورسم
کو مستثنیٰ کرنے کے بعد ۸۵ فیصدی)۔ غیر پیچیدہ غیر آتشکی اورطی بازروی کی شرح
اموات ۳۳ فیصدی' ممزوج بازروی اور مطرانی ضیق کی ۳۰ فیصدی' اور مطرانی
ضیق کی ۳۷ فی صدی کا رشکی انقباض کو مستثنیٰ کر کے ۲۹ فیصدی)، ابتدائی

مطرانی ضیق میں شرح اموات ۱۰ فیصدی، نمو یافتہ ضیق میں ۳۹ فیصدی، خفیف اور طی بازروی میں ۱۶ فیصدی، اور آزادانہ بازروی میں ۲۵ فیصدی ہے۔ لہٰذا مصراعی ضرر کی نوعیت اتنی اہم نہیں ہے کہ جتنا ترمیم کن عوامل ہیں۔ انذار میں دو عامل جن پر کسی دوسری جگہ غور کیا گیا ہے، خاص طور پر اہم ہیں، یعنی اذینی رِشکی انقباض اور تحت الحاد جراثیمی التہاب دروں قلبہ (ملاحظہ ہو)۔

276

اگرچہ اصابتوں کے اس سلسلہ میں سے بچے اور عورتیں مستثنیٰ ہیں، تاہم یہ سلسلہ خاص طور پر اہمیت رکھتا ہے اس لئے کہ یہ گویا ایک مرض زدہ آبادی کے پورے حصہ یعنی انتقالی اور صاحب فراش دونوں پر مشتمل ہے۔ سابقہ ایڈیشن میں ایسے مریضوں کے تجزیہ پر اکتفا کی گئی کہ جو ہسپتال میں مر گئے تھے۔ اب اس کی بجائے زیادہ مکمل اعداد و شمار درج کئے گئے ہیں۔ بعض نکات پر خاص طور پر زور دینے کی ضرورت ہے، مثلاً ایک مطرانی انکماشی خریر کی عدم اہمیت علامتیہ جنگ کی وجہ سے معذور الخدمت گردانے ہوئے سپاہیوں کی صورت میں مطرانی بازروی کے خریر کی موجودگی یہ ظاہر کرنے کے لئے بیکار ثابت ہوئی کہ آیا وہ شخص پورے کام پر واپس آنے کے قابل ہوگا یا نہیں۔ مطرانی ضیق ایک خطرناک ضرر ہے، کیونکہ وہ روماتزمی مطرانی مرض کے مزمن یا مکرر حاد حملوں کا اختتامی نتیجہ ہے۔ لیکن خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ اگر سرایت رک جائے تو وہ برسوں ٹھہری ہوئی حالت میں رہے۔ اورطی بازروی اور مطرانی ضیق کا اجتماع انذار کو زیادہ خراب نہیں بناتا۔ بچپن میں حاد روماتزم یا دیگر سرایتوں کے مکرر حملے خطرناک ہیں کیونکہ وہ عضلۂ قلب اور مصراعوں کو مزید نقصان پہنچاتے ہیں۔ مطرانی ضیق ہونے کا امکان، اور معمر مریضوں میں اذینی رِشکی انقباض ہونے کا امکان۔ یہ امر کہ امتلائی فشل میں اگر رِشکی انقباض موجود ہو تو فوری انذار بہتر ہو جاتا ہے، لیکن آخری انذار خراب تر ہوتا ہے۔ اورطی گروہ میں ناگہانی موت کا امکان، اور غیر آتشکی اورطی بازروی میں جرثومی التہاب دروں عضلۂ قلب کا امکان حل ہونے سے حالت کا زیادہ تشویشناک ہو جانا۔

تجریز۔ چونکہ نو عمر بچوں میں مرضِ قلب کی بیشتر اصابتیں حاد روماتزم

کی وجہ سے ہوتی ہیں، انذار اِسی پر مشتمل ہے کہ اُس مرض کا تدارک کیا جائے جس طرح کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

زیادہ عمر والے شخصوں میں دانتوں کا امتحان کرنا چاہئے، بالخصوص اُن لوگوں میں جو پہلے ہی مزمن مصراعی مرض میں مبتلا ہوں، کیونکہ اگر انھیں کوئی سرایت لگ جائے تو وہ ساری التہاب دروں قلبہ (infective endocarditis) پیدا کرسکتی ہے۔ بنجج جوفیزی (pyorrhœa alveolaris) اُس وقت جبکہ پیپ آزادانہ خارج ہوتا ہو، چنداں خطرناک نہیں، لیکن اُن پھوڑوں کو خارج کردینے کی احتیاط عمل میں لانی چاہئے جو دانتوں کی جڑوں میں دور چھپے ہوئے ہوں، اور جو یا تو التہاب دروں قلبہ کا ایک حاد حملہ واقع کردیں یا ایک مزمن غیر محسوس سرایت اور اُس کے ساتھ مصراعوں کا ترقی پذیر تشوہ پیدا کردیں۔

تجربہ میں ایک دوسرا نہایت اہم امر یہ ہے کہ جو بچہ روماتزم کے خفیف ترین ظواہر میں مبتلا رہ چکا ہو اُسے حاد سرایت کی کوئی علامت (جیسے کہ خراش حلق، التہاب لوزتین یا معمولی زکام) ظاہر ہوتے ہی بستر پر لٹا دینا چاہئے، کیونکہ اس کا ہمیشہ امکان ہوتا ہے کہ اِن عوارض کے ساتھ ساتھ اُس کا قلب بھی ماؤف ہوگیا ہو۔ فی الحقیقت اس معاملہ میں اعلیٰ طبقوں کے بچوں کے متعلق نسبتۂ زیادہ احتیاط برتنے کا نتیجہ یہی ہے کہ وہ مزدور پیشہ جماعتوں کے بچوں کے مقابلہ میں شدید مرض قلب سے زیادہ محفوظ رہتے ہیں۔

نوعی سرایتوں میں آتشک مرضِ قلب کا عام ترین سبب ہے، چنانچہ اگر یہ مرض ہوگیا ہو تو جلد ہی مشدد دافع آتشک علاج عمل میں لانا چاہئے۔

شریانی مرض کا نتیجہ عموماً انحطاطِ عضلۂ قلب ہوا کرتا ہے، چنانچہ اس کے حفظِ ماتقدم (ملاحظہ ہو) کی مناسب تدبیریں اختیار کرنی چاہئیں۔

قلب کے مزمن مرض کا علاج

مندرجۂ ذیل اشارات کا اطلاق نہ صرف قلب کے مزمن مصراعی مرض پر بلکہ ملتصق تامور (adherent pericardium) اور انحطاطِ عضلۂ قلب کی

اصابتوں پر بھی ہوتا ہے۔
علاج پر غور کرنے سے پہلے امور ذیل کا دریافت کرلینا ضروری ہے:۔(۱) آیا فشلِ قلب کے ابتدائی امارات، یعنے تکلیف، سانس کا پھولنا، اور ورزش کے بعد تحت القصی یا پیش قلبی درد ہونا موجود ہیں۔ (۲)۔آیا بعد کے امارات یعنے گردن اور جگر کی وریدوں کا احتقان، زراق، اور تہیج موجود ہیں۔ (۳) آیا قلب بڑھا ہوا ہے، اور آیا مصراعی مرض کے یا تغیرات عضلۂ قلب کے امارات موجود ہیں۔ (۴) آیا قلب کی کوئی بے نظمی اور خاص کر اذینی ریشکی انقباض موجود ہے یا نہیں۔ (۵) آیا قلب میں حاد سرایت ہونے کی کوئی شہادت موجود ہے۔
اصول علاج یہ ہے کہ مریض کی زندگی کو باقاعدہ بنایا جائے تاکہ قلب کے ذمہ جو کام پڑے وہ اس کی قابلیت سے زائد نہ ہو۔
فشلِ قلب کی ابتدائی اصابتوں میں مریض کی علامتیں ہی بیشتر رہنمائی کرتی ہیں۔ کام کی اس مقدار کا معلوم کرلینا ضروری ہے جس سے غیر معمولی تکان یا تکلیف، یا سانس پھولنے کا، یا درد قلب کا حملہ ہوجاتا ہو۔ کامل طور پر تندرست شخص میں یہ علامات صرف نہایت شدید عضلی ورزش کے بعد محسوس ہوتے ہیں۔ تازہ تجربہ نے بتلایا ہے کہ ایسے بہت سے اشخاص ہیں جن میں پیش قلبی سنائی دینے والے التحاکی خریرات کے باوجود روماتزمی یا اور کسی سرایت کی سرگذشت نہیں پائی جاتی، جو قلب کی کوئی کلانی نہیں ظاہر کرتے، اور جو شدید ترین عضلی ورزش کرسکتے ہیں اور اس کے بعد کوئی ایسی تکلیف نہیں ظاہر کرتے جو اس سے زائد ہو جو ایک طبعی شخص محسوس کرتا ہے۔ ایسے اشخاص میں ان کے ورزش کرنے کے متعلق روک تھام کرنے کی ضرورت نہیں۔ لیکن جب اورطی بازروی یا مطرانی ضیق کا شبہ کرنے کے لئے وجوہات موجود ہوں تو عقلمندی یہی ہے کہ مریض کو اس کے قلب کی پوری قوتِ محفوظہ کام میں لانے کی اجازت نہ دی جائے قطع نظر اس امر کے کہ وہ تند و شدید ورزش بھی معمولی مقدار سے زائد تکلیف کے بغیر انجام دے سکتا ہے۔ صرف ہلکے قسم کی ورزشوں کی اجازت دینی چاہیے۔
اس بیان کا اطلاق مطرانی بازروی اور اورطی ضیق کی ان اصابتوں پر بھی ہوتا ہے

277

کہ جن میں واضح کلانی قلب موجود ہو۔

جو مریض معتدل ورزش، مثلاً دوڑنے یا زینہ پر یا پہاڑی پر تیزی سے چلنے، یا سطح زمین پر تیز چلنے کے بعد علامات ظاہر کرتے ہوں، اُن میں اِن علامات کو پیدا کرنے والی ورزش کی ممانعت کر دینی چاہئے۔ اِس کے ساتھ ہی جو ورزش برداشت ہو سکے اُس کی اجازت دینی چاہئے۔ اُس کے قلب کو مناسب سے کم ورزش دینا بھی بُرا دستور ہے۔ لیکن مریض کو کہہ دینا چاہئے کہ اگر بالفرض اموقت جبکہ وہ ورزش کے لئے باہر گیا جو علامات پیدا ہو جائیں تو اُسے چاہئے کہ بالکل بے حرکت ہو جائے۔

ان تمام اصابتوں میں جن میں حقیقی سرایت موجود ہو، ان تمام اصابتوں میں جن میں فشل قلب ترقی یافتہ ہو، ان اصابتوں میں جو شدیدی امتلاء ظاہر کرتی ہوں، اُذینی ریشکی انقباض کی اصابتوں میں جن میں قلب سریع ہو، اور ڈیجیٹالس کا ایک پورا نصاب دینے کی ضرورت ہو، اور سب سے زیادہ اہم اُن مریضوں میں جو کمزور ہونے پر یا آہستہ آہستہ چلنے پر امارات تکلیف ظاہر کرتے ہوں، بستر پر آرام لینا ضروری ہے۔ مریض کو چت لیٹا رہنا چاہئے، لیکن جب تنفس انتصابی ہو تو اُسے بستر پر سہارا دے کر بٹھا دینا چاہئے۔ مریض کو سکون سے رہنا چاہئے اور اس کو تشویش اور ہیجان بالکل نہ ہونے دینا چاہئے۔ تمام بے ضرورت حرکت سے احتراز لازم ہے، اور بالخصوص نیند اچھی آنے دینا چاہئے، کیونکہ یہی وہ حالت ہے جس سے قلب کو کامل ترین قسم کا آرام حاصل ہوتا ہے۔ ہر مریضِ قلب کے معالجہ میں یہی ایک نہایت اہم امر ہے جس کا اہتمام ضروری ہے، خواہ کچھ ورزش کی اجازت دی گئی ہو یا نہ دی گئی ہو۔ نصب العین یہ ہونا چاہئے کہ بستر میں نو سے دس گھنٹے تک گذریں، گو حقیقی نیند کے گھنٹوں کی تعداد اس کی نسبت کم ہو۔ وِسکی (whisky) ۱-۲ اونس بطور ایک خواب آور دوا کے دی جا سکتی ہے، یا پیرالڈیہائڈ (paraldehyde) ۱-۲ ڈرام کی خوراکوں میں۔ غذا کافی، سادہ اور سریع الہضم ہونی چاہئے۔ وہ مخلوط ٹھوس (solid) اور مائع ہو سکتی ہے، مقداریں یہ کسی ایک وقت میں اتنی نہ ہو کہ معدہ کو گرانبار کر دے، اور اس کی نوعیت ایسی ہو کہ جو ریحیت اور تمدد نہ پیدا کرے۔

سیالات کو زیادتی کے ساتھ نہیں دینا چاہئے ۔ اور اگر تہیّج ہو تو ملحی درآمد کو کم کر دینا چاہئے ۔ فربہی (obesity) میں قلیل الحرارہ غذا دینی چاہئے کیونکہ فربہی تحول بڑھ جانے کا ایک عام سبب ہے ۔ حال میں مرضِ قلب کا علاج بذریعہ درقیہ برآری بھی کیا گیا ہے کہ جس سے تحول کو کم کرنا اور قلب پر بار کی تخفیف مقصود ہوتی ہے ۔

جب مریض کو کچھ عرصہ تک بستر میں آرام کرنے کے بعد افاقہ حاصل ہو تو ورزش کا آغاز صرف آہستہ آہستہ ہونا چاہئے ۔ بستر ہی میں پڑے پڑے ہاتھ پاؤں ہلانے کی اجازت دیکر اُسے تدریجی ورزش کرائی جاسکتی ہے ۔ دوسری ترکیب یہ ہے کہ جب مریض اٹھنے کے قابل ہو جائے تو روز بروز اُس کے چلنے کی مقدار بڑھائی جائے یہاں تک کہ ورزش کی حدِ برداشت تک پہنچ جائے ۔

ترقی یافتہ فشلِ قلب کی اصابتوں میں جن میں مختلف احشاء کی امتلاء کے ساتھ اُذیما موجود ہو، علاج کے تین خاص اصول ہیں :- (۱) اُذیمائی سیّال کا اخراج ، یا خون نکالدینا ۔ (۲) آکسیجن کا استعمال ۔ (۳) ادویہ بالخصوص ڈیجیٹالس کا استعمال ۔

(۱) اگر کہفۂ بلیورائی میں بہت سیّال موجود ہو تو بذریعۂ بزل (tapping) اُس کے اخراج سے بہت آرام حاصل ہوگا ۔ اگر استسقائے کلی (anasarca) زیادہ ہو تو ایک بڑی چپٹی جراحتی سوئی سے ٹانگوں کو دس بیس جگہ کچوکا لگا سکتے ، یا اُنبوبات ساؤدی (Southey's tubes) سے ان کی سیلیت کر سکتے ہیں ۔ مریض کو ایک کرسی پر بارہ یا چوبیس گھنٹے تک بیٹھنا اور ٹانگیں نیچے لٹکائے رکھنا چاہئے تاکہ سیّال جاذبہ کے اثر سے اُن کے اندر اُتر آئے ۔ اُنھیں نہایت احتیاط کے ساتھ صاف کر کے آیوڈین کا ہلکا محلول اُن پر لگانا چاہئے ۔ سیّال کو ایک مغسل میں نیچے بہ کر آنے دینا چاہئے ، اور گرمی پہنچانے کے لئے مغسل پر ایک کمبل لپیٹ دینا چاہئے ، لیکن اِس کا خیال رہے کہ جہاں کچوکے لگائے ہیں وہاں کمبل ٹانگوں کو نہ چھونے پائے ۔ استسقائے شکمی میں شکم میں بزل کیا جاسکتا ہے ، اور اِن کارروائیوں سے وہ دباؤ جو دورانِ خون پر ہوتا ہے کم ہو جاتا ہے ۔ داعیات فصد شدید انتقالی تنفس ، اور زراق ہیں کہ جس کے ساتھ وریدیں متمدد ہوں ۔ اِس کے یہ معنے ہیں کہ

عام شریانی خون کا دباؤ گرا ہوا اور وریدی دباؤ متناظراً بڑھا ہوا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ قلب کی دائیں جانب اس قدر ممتد ہو گئی ہے کہ اُسے اپنے مافیہ پر منقبض ہونے میں دقت ہوتی ہے۔ ایسے حالات میں اُذینی ریشکی انقباض اکثر موجود ہوتا ہے۔ وسطی ورید باسلیق میں چرکا لگا کر ۲۰ یا ۳۰ اونس کی مقدار میں خون خارج کر دینے سے خون کا وہ بہاؤ جو قلب کی طرف جاتا ہے کم ہو کر تکلیف میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ انتہائی اصابتوں میں قاعدۂ گردن میں بیرونی وداجی ورید کو کھولنے سے اور بھی زیادہ سریع اثر حاصل کیا جا سکتا ہے۔ اس صورت میں اگر وریدی دباؤ بلند ہے تو خون مرکزی بہرے سے بہے گا، اور قلب کی دائیں جانب کو راست تسکین پہنچے گی۔ ورید میں ایک سادہ چرکا لگانے سے کافی خون حاصل کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ ایک زیادہ کارگر طریقہ یہ ہے کہ ایک چھوٹی چوڑی کو کھلی سوئی استعمال کی جائے جو ربر کی نلی کے ذریعہ ایک بند شیشی سے الحاق رکھتی ہو۔ پھر اس بوتل پر امتصاص عمل میں لایا جا سکتا ہے۔

(۲) فشلِ قلب کی ان تمام اصابتوں میں کہ جن میں ساتھ ثانوی ریوی پیچیدگیاں پائی جائیں، نیز عضلۂ قلب کے اختلاطوں میں نا صرف اسو قت جبکہ اغلب ہو کہ اکلیلی شرائین متصلب ہیں آکسیجن دینی چاہئے۔ تو عمر موضوعوں میں روماتزمی اصل کے فشلِ قلب میں یہ عام طور پر موثر نہیں ثابت ہوتی۔ تبرا اور زراق سب سے بہتر داعیات ہیں، لیکن اگر کوئی شک ہو تو ایک نقاب اور مصراعات استعمال کر کے اس کا اثر آزمانا چاہئے۔ اس کو انفی قثاطیر کے ذریعہ دیا جا سکتا ہے، لیکن ہم خیمہ کی سفارش کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 156)۔

(۳) ادویہ، جو قلب پر راست مفید اثر رکھتے ہوں نسبتہً چندہی ہیں۔ سب سے زیادہ مفید ڈیجیٹالس (digitalis) ہے، جس کے فعل کا مطالعہ سب سے زیادہ کیا گیا ہے۔ اُذینی ریشکی انقباض میں اس کے استعمال کا تذکرہ کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 244)۔ ان اصابتوں میں بطین تیزی اور بے قاعدگی کے ساتھ ضرب لگا رہا ہوتا ہے اور ڈیجیٹالس ایک دوائے شافی کے طور پر عمل کرتا ہے۔ نبض کی رفتار کم پڑ جاتی ہے، تارورہ کا حجم بڑھ جاتا ہے اور اُذیما غائب ہو جاتا ہے۔

لیکن دوسری اصابتوں میں بھی، جبکہ اُذینی ریشکی انقباض موجود نہو، ڈیجیٹالس کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے، بالخصوص اُس کے مدرالبول اثر کے لئے اُس کے پسے ہوئے پتّے اکثر پارہ کے ساتھ ملاکر ایک گولی کی شکل میں کام میں لائے جاتے ہیں، جو ایسی اصابتوں کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ نہیں کہا جاسکتا کہ اُس کا اثر اُسیقدر یقینی ہے جسقدر کہ اذینی ریشکی انقباض میں ہوتا ہے۔ ڈیجیٹالس براہ دہن سفوف، خیساندہ یا صبغیات کی شکل میں، یا اُس کے جواہر فعال یعنے ڈیجیٹالین (digitalin) یا ڈیجیٹاکسین (digitoxin) کے طور پر دیا جاسکتا ہے۔ خطرناک اصابتوں میں خیساندے کے دو ڈرام یا صبغیہ کے ۱۰ یا ۱۵ قطرے ابتداءً ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے، اور بارہ یا چوبیس گھنٹوں کے بعد نسبتہً کم بار یا چھوٹی معادوں میں دئے جاسکتے ہیں۔ ڈیجیٹاکسین کی معتاد $\frac{1}{۲۵۰}$ گرین تا $\frac{1}{۱۰۰}$ گرین ہے۔ اِن مقداروں میں دئے جانے پر ڈیجیٹالس اپنا پورا اثر پیدا کرنے کے لئے دو یا تین دن لیتا ہے۔ براہ دہن کثیر مقداریں دیکر نسبتہً زیادہ سریع اثر حاصل کیا جاتا ہے۔ یہ طریقۂ علاج اذینی ریشکی انقباض کی حالت میں عمل میں لایا جاسکتا ہے۔ ڈیجیٹالس کے علاج کے دوران میں پیدا ہوجانے والے سمّی علامات صفحہ 245 پر بیان کئے گئے ہیں۔

بعض دوسرے ادویہ کا فعل ڈیجیٹالس کے فعل سے مماثل ہوتا ہے۔ اِن میں سب سے زیادہ اہم اسٹروفینتھس (strophanthus) ہے (جس کے صبغیہ کی مقدار خوراک ۲ تا ۵ قطرات ہے)۔ اسٹروفینتھس کا جوہر فعال، اِسٹروفینتھین (strophanthin) اُسوقت مفید ہوتا ہے جبکہ خطرناک فشل کی حالتوں میں عجلت مدِ نظر ہو۔ اِس کا $\frac{1}{۲۵۰}$ گرین دروں وریدی راہ سے دیا جاسکتا ہے۔ نیز اِس کا دروں عضلی یا تحت الجلدی اشراب کیا جاسکتا ہے۔ کیونیڈین (quinidine) سے اُذینی ریشکی انقباض کا علاج پہلے بیان ہوچکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 246)۔ گذشتہ زمانہ میں اِسٹرکنین (strychnine) ایک قابل قدر مقوّیٔ قلب سمجھا جاتا رہا لیکن ایک با احتیاط و منضبط سلسلۂ مشاہدات نے ظاہر کردیا ہے کہ عادیامزمن فشل القلب دونوں میں سے یہ کسی ایک پر بھی کوئی اثر نہیں رکھتا (21)۔ حال ہی میں اِختلاطِ عضلۂ قلب

کی حالت میں، قلب کی بائیں جانب کی تنش بڑھانے کے لئے فرانس میں اُوبین (oubaine) کا استعمال کیا گیا ہے ($\frac{1}{4}$ ملی گرام دروں وریدی راہ سے ، یا ا ملی گرام براہِ دہن، دن بھر میں ایک یا دو بار)۔

ممکن ہے کہ دوسرے علامات اور پیچیدگیوں کا علاج بھی کرنا پڑے۔ اگر استسقا ڈیجیٹالس سے رفع نہ ہو تو، تھیو برومین سوڈیم سیلی سلیٹ (theobromine sodium salicylate) (ڈایوریٹین: diuretin) تا ۲۰ گرین دن میں تین بار، سلسلۂ پیورین (purin) کی بہترین دوا ہے، جو یا تو بصورتِ اقراص یا ایک آمیزے میں شربتِ زنجبیل سے خوب خوشبودار بنا کر استعمال کی جا سکتی ہے۔ یہ ادویہ غالباً گردوں کی غشاء کی نفوذ پذیری بڑھا کر، یا شاید فاعلی گوبچوں کی تعداد میں زیادتی پیدا کرکے اپنا اثر ظاہر کرتے ہیں۔ گردوں میں آکسیجن کے صرف کی زیادتی نہیں پیدا کرتے۔ لیکن اگر گردوں کی عروق شعریہ متقن ہوں اور شاید کم ہوا دمویت میں مبتلا ہوں، تو

279

ممکن ہے کہ یہ دوائیں ناکارگر ہوں۔ یوریا (urea) بھی ۵ تا ۱۵ گرین کی مقداروں میں آزمایا جا سکتا ہے۔ یوریا گوبچوں میں سے تقطیر ہو جاتا ہے، اور اُنبیباست میں سے بھی اُس کا اخراج ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُنبیبی سیال کا ولوجی دباؤ بلند رہتا ہے اور اُنبیبیات میں نسبتۃً نیچے پانی دوبارہ کم جذب ہوتا ہے اور اسی واسطے خارج ہو جاتا ہے۔ آخراً سیلرگان (salyrgan) ایک نامیاتی مرکب سیماب (۲ مکعب سمر تک دروں عضلی طور پر)، اور نیپٹال (neptal) (ایک مکعب سمر تک) ہفتہ میں ایک یا دو مرتبہ دئے جاتے ہیں اور یہ قدیم رائج شدہ حب سیمابی (Pil Hydrarg.) کی نسبت زیادہ کارگر ہوتے ہیں۔ اگر انکے ساتھ ساتھ امونیم کلورائڈ، چوبیس گھنٹوں میں ۱۰۰ گرین کی مقداروں تک، استعمال کیا جائے تو یہ اور بھی زیادہ کارگر ہوتے ہیں۔ آخر الذکر غالباً ایک مصنوعی ترشہ دمویت پیدا کرکے اپنا اثر پیدا کرتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نسوجات کچھ جذب کردہ سیال آزاد کر دیتے ہیں۔ اِس حقیقت کو اُس وقت یاد رکھنا چاہئے جبکہ کچھ متلازم التہابِ گردہ بھی ہو، جس میں ترشہ دمویت پہلے ہی سے موجود ہو سکتی ہے۔ قلب پر درد اکثر شدید ہوتا ہے، اور اِس میں لفافۂ (belladonna) کے پلستر

ہے، مارفیا کی تھوڑی مقداروں کے داخلی استعمال سے اور ۱/۴ گرین مارفیا کے تحت الجلدی اشراب سے تخفیف کی جاسکتی ہے۔ کھانسی کا تدارک منفثات اور مسکنات کی تھوڑی مقداروں سے کیا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو التہاب شعبی کا علاج)، اور قے کا تدارک فوّار بالجات سے۔ اور ملی مرض میں، جس کے ساتھ بیش پرورش بھی موجود ہو، ایک نہایت تکلیف دہ علامت قلب کا تند فعل اور گردن کی اور عام طور پر سارے جسم پر کی وریدوں کا تڑپنا ہے۔ اِس میں صبغیہ بچھناگ (۱ تا ۳ قطرات) کے، برومائڈز کے، اور مارفیا کی ایک تھوڑی مقدار کے استعمال سے بہت کچھ تخفیف ہوسکتی ہے۔ ریوی نزف شاذ ہی اتنا کافی ہوتا ہے کہ زندگی کے لئے خطرے کا باعث ہو، اور اُس کے لئے حابسات الدم کی ضرورت نہیں ہوتی۔ فعل قلب کے ناگہانی طور پر موقوف یا کمزور ہوجانے کی حالتوں میں، بالخصوص دوران عدم حسیت میں، جبکہ موت قریب الوقوع ہو، ۱۰۰۰ میں ایک حصہ ایڈرینالین (adrenalin) کے ۱ تا ۳ سی۔ سی کا اشراب ایک پچکاری کے ذریعہ سے دائیں بطین کے اندر کرنے سے زندگی بحال کی جاسکتی ہے۔ سوئی، جس کا طول ۳ انچ لمبا ہوتا ہے، پانچویں ضلعی کرّی سے اوپر، عظم القص کے بائیں جانب کے قریب، راست پیچھے کو، اور قدرے اندر کی طرف، گذاری جاتی ہے۔ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ ۱/۲ ۱ تا ۲ انچ کی گہرائی پر بطین کے اندر سوئی پہنچ چکی ہے اشراب سے پہلے تھوڑا خون باہر کھینچ لیا جاتا ہے۔

بوڑھے اشخاص کے عضلۂ قلب کے مرض میں سانس پھولنے کے دورۂ حملے بہت تکلیف پیدا کردیتے ہیں۔ آکسیجن کے استنشاقات اکثر تسکین کا باعث ہوتے ہیں، اور مارفیا کے تحت الجلدی اشرابات (ان سے بھی تسکین ہوجاتی ہے) کی نسبت پسندیدہ تر ہوتے ہیں (25)۔ اس نظریہ کی بنا پر کہ سانس کا پھول جانا اضافی چپ جانبی فشل کے ذریعہ ابتدائی ریوی تہیج پیدا ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 252)، مصنف نے پھیپھڑوں میں ہوا کا دباؤ زیادہ کرنے کے لئے پلیشن (Plesch) کا طریقہ کامیابی کے ساتھ انجام دیا ہے، جو کہ ریوی تہیج کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

آتشکی التہاب عضلۂ قلب کا علاج وسیع مدت تک دافع آتشک ادویہ سے کرنا چاہیئے۔ سلف آرسینال (sulfarsenol) (۳ء۰ تا ۴۸ء۰ گرام) کے عمیق تحت الجلدی اشرابات ہفتہ وار دئے جاسکتے ہیں۔ اس کا ایک نصاب ۶ گرام پر مشتمل ہوتا ہے، اور مختلف نصابوں کے درمیان ۶ ہفتے گزر جانے دئے جاتے ہیں۔ نصاب کے دوران میں ⅛ گرین یلو آیوڈائڈ آف مرکیوری (yellow iodide of mercury) روزانہ تین بار بصورت اقراص دیا جاسکتا ہے، جو بڑھا کر دن بھر میں ۸ یا ۱۲ دئے جاسکتے ہیں۔ نصابوں کے درمیان میں پوٹاسیم آیوڈائڈ دینا چاہئے۔

مرض قلب اور حمل۔ اکثر اوقات یہ سوال اٹھتا ہے کہ آیا ان مریضوں میں حمل ہونے دینا چاہئے یا نہیں، جن میں استماع کرنے پر سطرانی بازروی، مطرانی ضیق یا اورطی بازروی کے خریرات موجود پائے گئے ہوں۔ ذیل کی صورتوں میں حمل ہونے دینا چاہئے:۔ (۱) اگر اس کی شہادت موجود ہو کہ مصراعی مرض طویل عرصہ سے ہے اور حال ہی میں مصراعوں کا کوئی التہاب نہیں ہوا ہے۔ (۲) اگر جہد کی محببیت اچھی ہو۔ (۳) اگر قلب بڑا یا غیر معمولی طور پر تحریک پذیر نہ ہو۔ (۴) اگر اس کی نے طبعی ہو۔ (۵) اگر اورطی بازروی میں انکماشی اور انبساطی فشار دموی کے درمیان کوئی بڑا فرق نہ ہو، اور ضربۃ الراس بہت زیادہ باہر کی طرف بہت زیادہ زوردار نہ ہو۔ (۶) اگر مطرانی ضیق میں کھانسنے یا گہری سانس لینے کے بعد شش میں متواتر تکتکات (جو اذیما کا آغاز ظاہر کرتے ہیں) نہ موجود ہوں۔ دوران حمل میں مستزاد انکماشات کے وقوع پر کوئی توجہ نہیں کرنی چاہئے لیکن اذینی رعشی انقباض کی موجودگی کو قطعی رکاوٹ تصور کرنا چاہئے (Mackenzie)۔ اگر مشورہ کے خلاف حمل شروع ہوگیا ہے تو مریضہ پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھنی چاہئے اور اگر ناموافق علامات ظاہر ہوں تو حمل کو ختم کر دینا چاہئے۔ جب کبھی قلب فعلی ناکارگی کے کوئی امارات ظاہر کرے تو مریضہ کو بستر میں سہارا لیکر آرام لینا اور دن کے وقت کچھ وقفوں کے بعد گہری سانس لیتے رہنا چاہئے تاکہ پھیپھڑوں کے اندر سے دوران خون ہونے میں مدد پہنچے۔ حمل کے آخری مہینوں میں وضع حمل کا انتظار کرنا ایک طویل عمل ہے، اور اسی واسطے اس میں قلب پر اس سے زیادہ بار ہوتا

ہے کہ جتنا خود بخود وضع حمل ہونے کی صورت میں ہوتا ہے - ایسی اصابتوں میں شگاف قیصری کے عمل کے متعلق غور کرنا چاہئے، بالخصوص اس وجہ سے کہ اس عمل میں فالوپیائی انبوبوں کے بعض حصوں کے استیصال جزوی کے ذریعہ تعقیم کا عمل بھی ساتھ ساتھ انجام دیا جاسکتا ہے - میکنزی بیان کرتا ہے کہ شادی شدہ عورت میں مرض قلب کا کوئی درجہ بھی مانع جماع نہیں، بشرطیکہ عورت کو جماع کی خواہش معلوم ہوتی ہو اور وہ اسے انجام دینے کی قابلیت رکھتی ہو۔

خبیث التہاب درون قلبیہ

(malignant endocarditis)

ساری، عفونی، تقرحی یا جرثومی التہاب درون قلبیہ

(infective, septic, ulcerative or bacterial endocarditis)

بحث اسباب - حاد روماتزم خبیث التہاب قلبیہ کا پیش رو ہے، لیکن ایسی اصابتوں کی تعداد [۱۹۰ میں سے ۲۵ - آسلر (Osler)] اُس تعداد سے کم ہے کہ جس میں روماتزم سادہ التہاب درون قلبیہ کا سبب ہوتا ہے - اِن میں سے بعض اصابتوں میں علامات کا ظہور روماتزمی تپ کے دوران میں ہوجاتا ہے، اور بعض میں یہ علامات مزمن مصراعی مرض کے دوران میں پیدا ہوجاتی ہیں، جو وقوع سرایت کی استعداد پیدا کردیتا ہے۔ اِس کے برعکس، خبیث التہاب درون قلبیہ کا وقوع اُسوقت بھی ممکن ہے جبکہ مصراع تندرست ہوں، بالخصوص کثیف اور سخت عضلی کام کے بعد - زمانہ جنگ کے تجربہ سے اس کی تصدیق ہوچکی ہے (19) - علاوہ روماتزم کے اِس کا سبب مُعدّہ مادذات الریہ، نورانی حمیات مثلاً قرمزیہ، نفاسی اعمال (puerperal processes)، سطح جسم پر کے کھلے ہوئے زخموں کی موجودگی، عفونت الدم اور تقیح الدم (پائی میا) ہوسکتے ہیں۔ اغشیہ مخاطیہ سے ریمی اخراجات مواد (التہاب مجرئ البول، التہاب ہبل، جوفِ رحم) بھی یہ مرض پیدا کرسکتے ہیں، لیکن آخرالذکر کے پیدا ہونے کا احتمال اُسوقت زیادہ

ہوتا ہے جبکہ پیپ کسی وجہ سے رُکا رہنے اور مواد کی آزادانہ طور پر سیلیت نہ ہوتی ہو ایسا ہونے کا امکان بچوں میں مزمن التہاب لوزتین یا بالغوں کی حالت میں دندانی خراجات میں خاص طور پر ہوتا ہے۔ ...۱ فارغ الخدمت آدمیوں میں کہ جن کو مرض قلب تھا، تحت الحاد جرثومی التہاب دروں قلبیہ کا حملہ ۱۲ فی صدی میں ہوگیا۔ اور طبی بازروی کی غیر آتشکی اصابتوں میں یہ ۳۲ فیصدی میں موت کا سبب ہوا، لیکن مطرانی ضیق میں ۶ فیصدی میں (20)۔

ساری التہابِ دروں قلبیہ (infective endocarditis) میں احشاء کے اندر مختلف دقیق عضویے پائے جاتے ہیں۔ نبقاتِ سبحیہ، یعنے نبقہ سبحیہ اخضر (S. viridans) نہایت عام ہیں، جو دہن اور بڑی آنت کے اندر ملنے والے نبقاتِ سبحیہ سے مماثل ہوتے ہیں۔ نبقاتِ عنبیہ، نبقاتِ سحائیہ، نبقات ریوی فرینڈلینڈر کا عصیہ ذات الریہ، اور تدرن، خناق وبائی، اور تپ محرقہ کے عُصَیّے، اور نبقۂ سوزاک اور ناہواباش (anærobic) عُصَیّے کبھی کبھی ملتے ہیں۔ یہ عضویے کسی مرکز سرایت سے نکلکر خون کے اندر داخل ہوجاتے ہیں اور وہاں سے پھر مصراعوں پر مُرتسب ہوجاتے ہیں۔ مرض کی زیادہ حاد قسموں میں نبقاتِ سبحیہ دورانِ حیات میں اکثر خون کے اندر پائے جاتے ہیں۔

مرضی تشریح ۔ التہاب دروں قلبیہ کی اِس قسم میں ملتہب شدہ مصراع کی بافت نرم پڑکر ٹوٹ جاتی ہے، جس سے تاوکلات یا تقرحات پیدا ہوجاتے ہیں، اور اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُس سطح پر، جو کھردری ہوگئی ہے، فائبرین مُرتسب ہوجاتی، اور رویئدگیوں کے بیقاعدہ تودوں کی صورت میں جمع ہوجاتی ہے، جو ممکن ہے کہ ایک فندق (hazel nut) کی جسامت کے برابر ہوجائیں۔ مناسب طریقوں کی مدد سے سطح پر، اور رویئدگیوں کے جرم میں کم و بیش گہرائی پر عضویے دکھلائے جاسکتے ہیں، جہاں وہ حاد اصابتوں میں بڑے بڑے تودے بنا دیتے ہیں۔ نیز سرایت زدہ سطح کے نیچے ایک منطقہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی دررینش کا موجود ہوتا ہے۔ جب مرض مزمن ہوتا ہے تو عضویے نسبتۃً بہت کم ہوتے ہیں، اور اعمالِ اندمال جو لیفی ناہمضات کے ذریعہ سے انجام پاتے ہیں

نسبۃً زیادہ بدیہی ہوتے ہیں ۔ مصراع میں کے ان اعلال سے متعدد اہم تغیرات پیدا ہوجاتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ خود مصراع مثقوب ہوجائے ، یا نسیج کی دھجیاں جزءً جدا ہوکر خون کی رَو میں ڈھیلی لٹکتی رہیں ، یا بعض حصے بکلّی جدا ہوجائیں ۔ بعض اوقات مصراع کا ایک حصہ اتلافی عمل سے اتنا کمزور پڑجاتا ہے کہ وہ خون کے دباؤ کے مقابلہ کی تاب نہیں لاسکتا ، اور مصراع کا ایک تاکیسی اتساع یا انورسما پیدا ہوکر مقابل جانب پر اُبھر آتا ہے ۔ دوسرا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مصراع کی ایک دھجی ، جو بطین کے انکماش و انبساط کے ساتھ خون کی رو ؤں میں آگے کی طرف اور پیچھے کی طرف کھنچتی ہے اور اپنے سامنے اور پیچھے کے کہفوں کی دیواروں سے متبادلاً ٹکراتی ہے متصلہ حصوں میں التہاب درون قلب ، یا شریان کے اندرونی استر کا التہاب (endarteritis) پیدا کردیتی ہے ۔ دھجی کے ٹکرانے کے مقام پر سرایت واقع ہوکر استری جھلی کے التہاب کی ایک تازہ جگتی پیدا ہوجاتی ہے ۔

لیکن خبیث التہاب درون قلب کا اہم ترین اثر سارے نظام شریانی کی وہ سرایت ہے جو مصراعوں کے جداشدہ ریزوں سے پیدا ہوجاتی ہے جو اعضائے بعیدہ میں منتقل ہوجاتے ہیں ۔ اس مرض کے مخصوص مظاہر اسی عمل کی وجہ سے ، اور ساتھ ہی جدا شدہ ٹکڑوں میں عضویوں کی موجودگی کے سبب سے رونما ہوتے ہیں ۔ سدادیت جسم کے تقریباً کسی بھی حصے میں واقع ہوسکتی ہے ۔ وہ بالخصوص طحال اور گردوں کے عروق میں عام ہے ، لیکن دماغ ، غذائی کنال ، جلد ، شبکیہ (retina) اور پھیپھڑوں کے عروق میں اور جوارح کو رسد پہنچانے والی بڑی شریانوں ، جیسے کہ کعبری ، زندی ، قصبیتی ، عضدی ، اور دوسری شریانوں میں بھی واقع ہوجاتی ہے ۔ ان انغرازات کے مقامی نتائج یہ ہیں :- (۱) دوران خون کا تسدد (۲) مسدود عرق کی توزیع کے رقبہ کے اندر تخرّیا نزف ، یا ان دونوں کا وقوع ، اور مقعمات کی تکوین ۔ اور (۳) دقیق عضویوں کے عفونی اثر سے اسی رقبہ کا تقیح ، اسوقت جبکہ عمل حاد ہو (ملاحظہ ہو سدادیت : embolism)-

مختلف اعضا پر اثرات ، جیسے کہ وہ خبیث التہاب درون قلب کی مختلف اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں ، یہ ہیں :- دماغ کی لینت (softening) اور خراج

اور التہاب سحایا (meningitis)۔ شبکیہ کے نزفات اور عصب بصری کا التہاب۔ طحال کا منتشر ورم، انفعام اور خراج۔ تین طریقے ہیں جنسے گردے ماؤف ہوسکتے ہیں۔ (۱) حاد سمی التہاب گردہ (acute toxic nephritis) ہوسکتا ہے۔ (۲) حاد ماسکی سدادی التہاب گردہ (acute focal embolic nephritis) نمودار ہوکر کیاٹ گزیدہ گردے (flea-bitten kidney) پیدا کرسکتا ہے، جو اکثر بڑے، اور ایک سفید زمین پر نزفی نقطوں کی وجہ سے دھبہ دار ہوتے ہیں۔ خردبین سے دیکھنے پر مختلف الجسامت دروں کیسی نزفات نظر آتے ہیں جو بتدریج تعضیہ یافتہ ہوجاتے ہیں، اور زخنکی بافت کا ایک چکتی دار آزیما بھی، بلا لیا ئنڈ کے نظر آتا ہے (۳) انفعام کے ذریعے سے۔ ممکن ہے کہ جلد کے نیچے نزفات، پھیپھڑوں کے نزفی مفعات اور خراج، ذات الجنب اور دبیلہ بھی موجود ہوں۔

سادہ التہاب دروں قلب کی طرح خبیث التہاب دروں قلب بھی خاصکر قلب کی بائیں جانب کو ماؤف کرتا ہے۔ لیکن ان اصابتوں کا تناسب، جن میں دائیں جانب ماؤف ہوتی ہے، اس سے بہت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا سادہ قسم کے التہاب کی صورت میں ہوتا ہے۔ اصابتوں کی غالب تعداد میں خبیث التہاب دروں قلبیہ انھیں مصراعوں پر ہوا کرتا ہے جو ماسبق سادہ التہاب دروں قلبیہ کے اثرات ظاہر کرتے ہیں۔

علامات۔ اس مرض کے علامات اور اس کا ممر نہایت اختلاف ظاہر کرتا ہے۔ بعض اصابتوں میں علامات ابتداءً محض یہ ہوتے ہیں کہ تپ آکر دوپہر کے بعد تپش بلند ہوجاتی ہے، یا شاید پسینہ آتا ہے، اور یہ ایسے مریض میں ہوتا ہے جو ایک فاعلی زندگی بسر کرتا ہے، اگرچہ شاید یہ معلوم ہوتا ہے کہ اُسے مصراعی مرض ہے، اور یہ کم و بیش کامل طور پر تعویض یافتہ ہے۔ تپش ممکن ہے کہ بلند ہو اور ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ تک پہنچ گئی ہو۔ لیکن وہ عموماً متفتری یا متوقف ہوتی ہے، بعض اوقات طویل عرصوں تک حیرتناک باقاعدگی کے ساتھ۔ پسینہ اکثر بکثرت آتا ہے، اور ممکن ہے کبھی کبھی ایک قشعریرہ بھی ہو۔ نبض سریع ہوکر ۹۰ سے ۱۲۰ تک جولانی رکھتی ہے بلکہ اس سے بھی بلند تر۔ اگر قلب کا استماع کیا جائے تو عموماً ایک نہ ایک دہنہ پر ایک خریر

سنائی دیگا، لیکن یہ زیادہ تر بائیں جانب پر ہوتا ہے ۔ تاہم یہ نہیں بھولنا چاہیئے کہ اِن اصابتوں میں ممکن ہے کہ خرخرات بلکہ غیر موجود ہوں ۔ طحال عام طور پر بڑھی ہوئی ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ البیومن بولیت یا دم بولیت موجود ہو، اور ثانوی عدم دموّیت بھی ہوتی ہے ۔ کبھی کبھی یہ اصابت حاد التہاب گردہ سے مشابہ ہوتی ہے ۔ جہاں روماتزم کی ماسبق سرگذشت موجود ہو، یا مرض قلب معلوم ہو، وہاں ممکن ہے کہ قلب کی جسامت اور اُس کے فعل کی غیر طبعی حالتیں پائی جائیں ۔

کثیر التعداد اصابتوں میں تپ محرقہ سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے، بالخصوص اِس وجہ سے کہ تپ کا وقوع تقریباً خود بخود ہوتا ہے اور اِس کے ساتھ دردِ سر اور بڑھی ہوئی طحال ہوتی ہے، جو کہ عمومی سرایت سے یا سدادیت کی وجہ ہوتی ہے ۔ لیکن گلابی دھبّے نہیں ہوتے ۔ چنانچہ ممکن ہے کہ مریض بالکل اچھا ہو حتیٰ کہ اُسے ایسی علامتوں کی شکایت پیدا ہوجائے، جیسی کہ دوسرے شدید سمائی امراض کی ابتداء میں ہوا کرتی ہیں، دردِ سر، یا پشت و جوارح کا درد، یا ایک صریح قشعریرہ یا قشعریرے ۔ پھر اِس کے بعد شدید ارتفاعِ حرارت اور اُس کی معمولی حالتیں، یعنی بلند تپش، سریع نبض و تنفس، خشک زبان، عدم اشتہا، تشنگی اور کسلمندی پیدا ہوجاتی ہیں ۔ اکثر اوقات مریض چند ہی روز کے اندر منقبض، بے پروا، غنودہ ہوتا ہے، اور رات کے وقت اُسے ہذیان ہوجاتا ہے ۔ لیکن اِس علامت کے نمودار ہونے کا وقت، جو غالباً سم کی تشبیت کے لحاظ سے متعین ہوتا ہے تغیر پذیر ہوتا ہے ۔ آنتوں کی حالت مختلف ہوتی ہے، لیکن اکثر پتلی زرد اجابتیں ہوتی ہیں، جو تپ محرقہ کی اجابتوں سے بہت مشابہ ہوتی ہیں ۔ اور ممکن ہے کہ شکم متمدد ہو ۔ اِن اصابتوں کی مدت عموماً دس دن سے لیکر دو یا تین ہفتے تک ہوتی ہے، یعنے اِس سے بہت کم کہ جتنی تحت الحاد ساری التہابِ درونِ قلب (subacute infective endocarditis) کی اصابتوں میں ہوتی ہے ۔

اصابتوں کے ایک دوسرے گروہ میں قشعریرے ایک نمایاں علامت ہوتے ہیں، اور وہ دن بھر میں ایک، دو، یا زائد بار ہوتے ہیں، اور اُس تقیح الدم سے جو زخموں کے باعث ہو، نہایت قریبی مشابہت پیدا ہوجاتی ہے ۔ حقیقت

282

یہ ہے کہ التہاب لبّ العظام کی حالت میں ' جو نبقہ عنبلیہ ذ ہبیہ کے باعث ہو ' ممکن ہے کہ ساری التہاب دروں قلبیہ کوئی مخصوص ممیز علامات نہ پیدا کرے اور یہ ضرر صرف امتحان بعد الممات یعنی لاش کے معائنہ کے وقت ظاہر ہو سیالح ایک دوسرے گروہ میں عضویے دماغی سحایا پر حملہ آور ہوتے ہیں ' اور التہاب سحایا کی علامتیں ہی ایک نمایاں منظر ہوتی ہیں۔

اس مرض کی کسی بھی اصابت میں ' ان علامتوں پر جو کہ عفونت الدمی سرایت پر منحصر ہوتی ہیں اور علامتیں بھی مستزاد ہو سکتی ہیں جو سدادیت سے شرائین یا شریانچوں کا تسدد واقع ہونے کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات دماغ کی ایک بڑی عرق کی سدادیت ہو کر فالج نصفی (hemiplegia) پیدا کر دیگی۔ اگر ٹانگ یا بازو کی عرق مسدود ہو گئی ہے تو کلائی یا ٹخنے کے مقام پر کی نبض غائب ہو جاتی گی۔ لیکن تاوقتیکہ ایک بہت بڑی عرق ماؤف نہ ہو جائے ' گنگرین یا مردین کا واقع ہونا ضروری نہیں۔ احشار کے چھوٹے عروق کی سدادیتیں زیادہ اکثر الوقوع ہیں۔ اسطرح اکثر طحال کی کلائی اور الیمیت پیدا ہو جاتی ہے ' جو حزز منفعات کی وجہ سے ہوتی ہے ' اور طحال وزن میں ۲۰ تا ۳۰ اونس ہو سکتی ہے۔ منفعات گردے میں بھی واقع ہوتے ہیں ' اور ممکن ہے کہ اُن کے ساتھ درد بھی ہو اور قارورے میں البیومن یا خون نمودار ہو جائے۔ بعض اصابتوں میں جلد کے نیچے نقشی نزفات ظاہر ہو جاتے ہیں ' جو عموماً چھوٹے ہوتے ہیں ' اور دھڑ پر ' ہنگلاسوں اور بغلول کے گرد و پیش واقع ہوتے ہیں۔ استثنائی حالات میں ممکن ہے کہ ایک پر پیٹیوری حالت جھینوں تک موجود رہے۔ بعض اوقات جلد پر چھوٹے چھوٹے دردناک احمرالون ورام نمودار ہو جائیں گے ' بالخصوص ہاتھ کی انگلیوں کی خم پذیر سطحوں پر ' اور چند روز رکر پھر یہ ورام غائب ہو جاتے ہیں۔ یا ایک زیادہ گہرا درد ہوتا ہے ' اور جسم یا جوارح کی عمیق تر بافتوں میں ایک نسبتہً بڑا اور الیم گومڑا جلد کے نیچے محسوس کیا جا سکتا ہے اور چند روز تک قائم رہتا ہے۔ ان کو آسلر کے نقاط (Osler's spots) کہتے ہیں اور یہ تحت الحاد مرض میں بالخصوص تشخیصی اہمیت رکھتے ہیں۔ یہ غالباً سدادی واقعات ہیں۔ شبکیہ میں اکثر نزفات دیکھے جاتے ہیں ' اور ممکن ہے کہ نفث الدم

اور رُعاف بھی ہو۔ سدادی اعمال غالباً بعض التہابی حالتیں بھی پیدا کرسکتے ہیں، مثلاً التہاب گردہ کی وہ قسم جو پہلے بیان کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 281) اگرچہ یہ مشکوک ہے کہ یہ التہابی حالتیں عروقی تسدد کا نتیجہ ہوتی ہیں یا دقیق عضویوں کے داخل ہوجانے کا۔ التہاب گردہ یا مفصمات کی وجہ سے البیومن بولیت اکثر واقع ہوجاتی ہے بعض اوقات التہاب عصب بصری موجود ہوتا ہے۔

ایک خاص گروہ اُن کم و بیش مزمن اصابتوں کا ہے جنہیں تحت الحاد جراثیمی التہاب دروں قلب (bacterial endocarditis) یا بطی التہاب دروں قلب (endocarditis lenta) کہتے ہیں (19، 23، 24)۔ یہ مرض نامحسوس طور پر پیدا ہوجاتا ہے۔ مریض رفتہ رفتہ شاحب اور عدیم الدم ہوجاتا ہے، وہ اکسی میں مبتلا ہوجاتا ہے، تپش میں اکثر خفیف ارتفاعات ہوتے رہتے ہیں، جو اکثر ۔ ۱۰۲ درجہ فارن ہائٹ سے زائد نہیں ہوتے۔ انگلیاں میز طور پر گرز شکل ہوجاتی ہیں، اور طحال بڑی ہوجاتی ہے۔ کبھی کبھی نمشی (petechial) یا دوسرے سدادی علامات پائے جاتے ہیں، مثلاً خفیف البیومن بولیت ہوسکتی ہے، اور ممکن ہے کہ قارورہ کے اخاص سے دموی خلیات کی موجودگی ظاہر ہوجائے۔ نقاط آستکر مرض کی اس قسم کے لئے بالخصوص ممیز ہیں۔

خبیث التہاب دروں قلب کی مدت نہایت مختلف ہوتی ہے۔ اس کی بعض اصابتیں، جن میں مستمر ارتفاع حرارت کے سوائے اور کچھ نہیں ہوتا، چھ یا سات ماہ تک جاری رہتی ہیں۔ تقیح الدموی یا شدید محرقی قسم کی حالتیں، یا وہ جن میں التہاب سحایا ہو، چند ہی ہفتوں یا دنوں میں مہلک ثابت ہوتی ہیں۔ موت عموماً فشل قلب، یا بولزیا دمویت، یا سدادیت کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار تقیحی یا عفونی قسم کے ارتفاع حرارت، معرانی مرض کی موجودگی، اور سدادیت کے متذکرہ بالا مظاہر پر ہوتا ہے۔ نیز نمایاں عدم دمویت اور التہاب عصب بصری، جب یہ موجود ہوں، قیمتی امارات ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ ساری بیماری بھر میں یہ موجود نہ ہو، اور اگر موجود ہو تب بھی یہ معرانی مرض انفلوئنزا، تپ محرقہ، یا تدرن کے امکان کو خارج نہیں کرتا۔ چنانچہ ممکن ہے کہ تشخیص کا انحصار

سراد یتوں کے وقوع پر بھی رکھنا پڑے ۔ جبیث التہاب دروں قلبہ اکثر غلطی سے
تپ محرقہ سمجھ لیا جاتا ہے، لہٰذا امتحانات التزاقی (agglutinatosis tests)
عمل میں لانے چاہئیں ۔ بعض تحت الحاد اصابتوں میں طحال بڑھی ہوئی اور عدم دمویت
اتنی زیادہ ہوسکتی ہے کہ طحالی علامِ دمویت (splenic anaemia) کا شبہ پیدا
ہوتا ہے ۔ اِس کا امکان اُس وقت اور بھی زیادہ ہوتا ہے جبکہ سرخ نشاستہ یا
مخاطی جھلیوں کے نزفات موجود نہ ہوں اور جبکہ تحریر یقینی طور پر غیر عضوی ہو۔ عفونی
التہاب دروں قلبہ سے ملیریا کا گمان پیدا ہوسکتا ہے مسلسل ارتفاع حرارت
جس کے ساتھ صریح امارات نہوں، آغاز پذیر دخنی متدرن (miliary
tuberculosis) نیز جبیث التہاب دروں قلبہ دونوں کی وجہ سے ہوسکتا ہے ۔
لیکن کچھ عرصہ کے بعد ان میں سے کسی ایک نہ ایک مرض کے مخصوص مقامی امارات
مشاہدے میں آجانے چاہئیں ۔

خون کا امتحان نباتات سمیہ اور دوسرے عضویوں کے لئے کرنا چاہئے ۔

انذار ۔ یہ نہایت بُرا ہوتا ہے، اور محرقی یا تقیح الدموی قسم کی ایک
نمایاں اصابت سے شفا یابی شاذ ہوتی ہے ۔ اِس کے برعکس، تحت الحاد جراثیمی
التہاب دروں قلبہ کے حملوں کے بعد تخفیف ہوگئی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ مختلف
وقفے کے بعد پھر واقع ہوجائیں ۔

تحریر ۔ عفونی دانت نکال دینے کے بعد اِس کی اصابتیں واقع ہوگئی ہیں
بہت سے دانتوں کے نکالنے کے لئے سب سے زیادہ خالی از خطر طرز عمل یہ ہے کہ
دندان ساز سے تمام دانتوں کو نہایت احتیاط کے ساتھ کھرچوا کر صاف کرایا جائے
اور ایک ہفتہ کے بعد پھر ایسا کرایا جائے ۔ اور پھر چند دنوں کے بعد تمام دانتوں
کو جن کا نکالدینا ضروری ہے ایک ہی وقت میں نکلوا دیا جائے ۔ ایک وقت میں
ایک ایک یا دو دو دانت کر کے عرصہ دراز میں دانتوں کے نکالنے میں یہ خطرہ ہے کہ
منہ میں جو عفونی دانت پیچھے باقی رہ جاتے ہیں اُن سے زخموں کے سرایت زدہ
ہوجانے کا امکان ہوتا ہے ۔

علاج ۔ بیشتر اصابتوں میں صریحاً اِس سے زائد نہیں ہوسکتا کہ تخفیف مرض

کردے۔ جیسا کہ تقنیح الدم میں کیا جاتا ہے، اگر کوئی زخم یا جلدی قرحہ (sore) ہو تو اُسے عدیم العفونت کر دینا چاہئے، اور کونین (۵ گرین)، سوڈیم سلفو کاربونیٹ (۱۰ تا ۲۰ گرین)، یا سوڈیم بینزوئیٹ (۲۰ گرین) کی خوراکیں بار بار دیکر مرض پر اثر ڈالنے کی سعی کرنی چاہئے۔ چند اصابتوں میں ضد نبقی سبحی مصل یا خود زاد جُدَرین کے تحت الجلدی اشراب سے اچھے نتائج مترتب ہوئے ہیں۔ لیکن بعض اوقات خون میں کوئی دقیق عضویوں کا ملنا ناممکن ہوتا ہے، اور جب وہ پائے بھی جائیں اور جدرین تیار بھی کر لی جاسکے تو شاذ مستثنیات کے سوائے وہ اکثر بیکار ہوتی ہے۔ جب عضویہ تفرید کر لیا گیا ہو تو ایک اور امید افزا طریقہ علاج یہ ہے کہ مریض کے کسی رشتہ دار میں اُس کی تلقیم کر کے اُس رشتہ دار سے مریض میں مناعتی نقل الدم عمل میں لایا جائے۔ تمریض اور غذا کے متعلق ان عام قواعد پر عمل کرنا چاہئے جو حمائی حالتوں میں استعمال کئے جاتے ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو قابضات سے اسہال وافر کو روکا جاسکتا ہے۔ ہذیان شاذ ہی اسقدر تند ہوتا ہے کہ اُس کے لئے کسی خاص علاج کی ضرورت پیش آئے۔ یہ قدرتی امر ہے کہ مہیجات دئے جاتے ہیں، کیونکہ قلب کا فعل جلد ہی خطرناک طور پر متاثر ہو جاتا ہے۔

علائمیہ جہد

(EFFORT SYNDROME)

(قلب کا غیر منتظم فعل۔ سپاہی کا قلب)

(disordered action of the heart, soldier's heart)

گذشتہ جنگ کے دوران میں جنگی جدوجہد کے وہ اثرات جو سپاہی کے قلب پر طاری ہوتے ہیں ہمیشہ زیر مشاہدہ و مطالعہ رہے۔ ہزار ہا سپاہی مختلف اوقات میں ایسے علامات کی بنا پر معذور الخدمت قرار دئے گئے جن سے ایک کمزور قلب یا مرضی قلب کا پتہ چلتا تھا، اور ایسی مثالوں میں مریض کے قلبی یا دیگر ضرر کی نوعیت پر، اس ضرر کے بہترین طریقہ علاج پر، نیز مریض کی جنگی ملازمت کے

مستقبل کے اندازہ پر یعنے اُس کی موقوفی یا خدمت پر بحال ہونے کے متعلق غور وخوض کرنا پڑتا تھا - اِس موضوع پر اُس روئداد میں بحث کیگئی ہے جو ٹی لیوس (T. Lewis) نے مجلس تحقیقاتِ طبی کی خدمت میں پیش کی (خاص روئدادوں کا سلسلہ ۸ ۱۹۱۸ء)- اور اِس اہم روئداد میں اُن ایک ہزار سپاہیوں کے مطالعہ کے نتائج درج کیے گئے ہیں، جو قلبی عروقی نظام کے حقیقی یا فرضی نقائص کی بنا پر دورانِ تربیت میں یا فاعلی جنگی خدمت کے زمانہ میں بیمار قرار دیئے گئے تھے۔

بحثِ اسباب - متعدد مختلف حالتوں میں (مثلاً تمدن، جھجکی، گھگھیا، مصرائی مرضِ قلب، اور بعض دوسری ایسی حالتوں میں جن میں جسم کے اندر کوئی صریح ضرر موجود نہیں ہوتا) ایک متعین علاماتی مخلوط موجود ہوتا ہے، جسے علائمیہ جہد کہتے ہیں۔ آخرالذکر قسم کی اصابت کو (یعنے جبکہ جسم میں کوئی دوسرا ضرر موجود نہو) "قلب کا غیر منظم فعل" کہتے ہیں۔ اس نام پر اعتراض کیا جاتا ہے، کیونکہ یہ صرف قلب ہی کیطرف

284

اشارہ کرتا ہے اور اِسطرح مریض پر ایک بُرا اثر پیدا کر دیتا ہے۔ لیوس کا میلانِ خیال یہ ہے کہ اِس مرض میں خود قلب کا فعل ایک ذیلی کیفیت ہے۔

مطالعہ اور معالجہ سے پہلے اُن دوسرے امراض کو علیحدہ کر دینا ضروری ہے جو یہی علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ بالخصوص مصرائی مرض قلب کے متعلق یہ سمجھا جاتا ہے کہ اس میں اورطی یا مطرانی انبساطی اور بیش انکماشی خریرات ظاہر کرنے والی اصابتیں شامل ہیں لیکن وہ اصابتیں شامل نہیں کہ جن میں انکماشی خریرات خواہ قاعدۂ قلب یا راس پر موجود ہوں، کیونکہ اِس قسم کے خریر کی اہمیت غیر یقینی ہوتی ہے۔ سپاہیوں میں انکماشی خریرات کی موجودگی شاذ ہی مصرائی مرض پر دال ہوتی ہے، اور اِس حالت میں مصراع کو جو نقصان پہنچا ہوتا ہے وہ اکثر محض خفیف سا ہوتا ہے۔ مزید برآں صرف انکماشی خریر کی بنا پر معذور الخدمت قرار دیئے ہوئے مریض امتحان کرنے پر تقریباً تمام مثالوں میں فاعلی خدمت کے قابل پائے جاتے ہیں۔

یہ عارضہ خاصکر قعودی پیشہ کے اشخاص میں پایا جاتا ہے اور بالخصوص زیادہ ذہین کارکنوں کی جماعت میں ہوتا ہے۔ فطرتاً یہ لوگ زیادہ حساس ہوتے ہیں۔ اِن میں منشیات سے قطعی پرہیز کا رواج ہوتا ہے (۲۵۴ مثالوں میں ۴۳ فیصدی)۔

زہراوی امراض کی روئداد نہایت شاذ ہوتی ہے ' بلکہ اس کے برعکس اکثر استنابالید
یعنے جلق زنی پائے جانے کا یقین ہوتا ہے۔
غالباً عصبِ ثانیہ کا فعل غیر طبعی ہوتا ہے ' جیسا کہ دورانِ تنفس میں شرح
نبض کے تغیر سے ظاہر ہوتا ہے ' اور بعض اوقات نبض نہایت آہستہ ہوجاتی ہے
جس کے ساتھ غشی کے دورے ہوتے ہیں۔
نظامِ مشارکی ' اڈرینالین (adrenalin) اور اَپوکوڈین (apocodeine)
سے اس سے زیادہ آسانی کے ساتھ متہیج اور منخفض ہوجاتا ہے کہ جتنا معمولی حالات
میں ہوتا ہے۔ اس سے معلوم ہوتا ہے کہ قلبی تیزی کا سبب مشارکی ہیجان ہوسکتا ہے۔
اس کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ بیش درقیت (hyperthyroidism)
اس کا سبب ہے۔ تجربات سے ظاہر ہوگیا ہے کہ درقی کے استعمال کی برداشت۔ یہ
مریض بالکل اسی طرح کرسکتے ہیں جس طرح کہ طبعی اشخاص۔
قلب میں طبعی امارات موجود نہ ہونے کے باوجود مریضوں میں روماتزمی عندالبیا
کے ورود کی زیادتی اس امکان پر دلالت کرتی ہے کہ بہت سی امثالوں میں عضلۂ قلب
کا ابتدائی تغیر اس کا سبب ہوسکتا ہے۔ تاہم ورزش کے بعد فوراً سدّ دمِ قلب
(heart block) ہونے کے آثار نہیں پائے جاتے ' جیسا کہ برقی قلب نگار سے ظاہر
ہوتا ہے ' اور یہ عموماً ایک قابل قدر امارت ہوتی ہے۔
خون کی کاشتیں منفی ہوتی ہیں۔
یہ اغلب نہیں معلوم ہوتا کہ تمباکو نوشی اس حالت کا سبب ہے ' اگرچہ
یہ ثابت ہوچکا ہے کہ تمباکو ان مریضوں میں شرح نبض کو اس سے زیادہ کردیتا ہے
کہ جتنی طبعی اشخاص میں ہوتی ہے۔ اولاً تو یہ حالت عام طور پر ' دوسری ہندوستانی
فوجوں کی طرح ' سکھ سپاہیوں میں بھی پائی جاتی ہے جو کہ تمباکو نہیں پیتے۔ علاوہ ازیں
تمباکو کا صرف عموماً غیر معمولی مقدار میں نہیں ہوتا ' اور کافی حیرت انگیز امر یہ ہے کہ
زیادہ تمباکو پینے والے اس سے زیادہ فیصدی تعداد میں کام پر واپس آجاتے ہیں
جتنی تعداد میں کم پینے والے آتے ہیں ' گو کہ تمباکو مطلق نہ پینے والے اشخاص سب سے
زیادہ اچھی حالت میں ہوتے ہیں۔ اس کی صریح وجہ یہ ہے کہ کم پینے والے اشخاص

تمباکو کے اتنے عادی نہیں بنتے کہ جتنے زیادہ پینے والے بن جاتے ہیں - اس میں کوئی شک نہیں کہ تمباکو نوشی اس حالت میں زیادتی کر دیتی ہے -

ممکن ہے کہ اِس حالت کا بنیادی سبب کسی قسم کا تسمم الدم ہو - اِس حالت کا علاماتی مخلوط اُس سے بہت مشابہ ہوتا ہے جو ابتدائی تپدق میں پایا جاتا ہے' اور اکثر ماسبق سرایت کی روئداد ملتی ہے - ۵۰ تا ۶۰ فیصدی اصابتوں میں اِس عارضہ کی پیدائش میں سرایتوں کے کارفرما ہونے کا شبہ درست معلوم ہوتا ہے -

علامات - "علامیہ جہد" حسب ذیل علامات پر مشتمل ہوتا ہے :- سانس پھولنا - یہ علامت ہمیشہ پائی جاتی ہے' بالخصوص محنت کرنے کے بعد - بیداری کے اوقات میں ۲۰ تا ۳۰ کی شرح تنفس کا پایا جانا کسی طرح بھی شاذ نہیں - دوران خواب میں شرح تنفس طبعی ہوتی ہے' اور اگر مریض آرام سے بستر پر لیٹا رہے تو یہ شرح عموماً نہیں بڑھتی - درد - یہ مریضوں کی تقریباً تین چوتھائی تعداد میں پایا جاتا ہے' اور اِس کی نوعیت پیش قلبہ پر بیقراری سے لیکر ذبحی توزیع رکھنے والے درد تک اختلاف پذیر ہوتی ہے - یہ خاصکر ورزش کے ساتھ متلازم ہوتا ہے - خستگی ایک تقریباً مستقل علامت ہوتی ہے - یہ مسلسل جہد کرنے سے پیدا ہوتی ہے' اور اس خستگی سے بدرجہا زائد ہوتی ہے جو ایک تندرست شخص میں تکان کے باعث پیدا ہو جاتی ہے - دوران سر اور غشی - دوران سر ایک تقریباً مستقل علامت ہے' اور تبدیل وضع اور جہد کے ساتھ متلازم ہوتی ہے - غشی کے حملے نسبتہً کم عام ہیں - اختلاج اکثر ہوا کرتا ہے' بالخصوص ورزش کے ساتھ - یہ عموماً سریع اور زور دار ضربات قلب کی وجہ سے ہوا کرتا ہے' اور اکثر متزاد انکماشات کی وجہ سے یا کسی دیگر واضح قلبی بے نظمی کی وجہ سے نہیں ہوتا - تاہم متزاد انکماشات ہوتے ضرور ہیں' اور تنفس کے ساتھ جوفی عدم توازن (sinus arrhythmia) کا وقوع غیر عام نہیں - درد سر تقریباً ہمیشہ ہوا کرتا ہے - پسینہ آنا اور برودت جوارح عام ہے - پلوکارپین (pilocarpine) کے لئے حجیبیت معمول سے زائد ہوتی ہے - مزاج کا چڑچڑا پن' بے خوابی' توجہ قائم رکھنے کی ناقابلیت' تزلزل' ہاتھوں کا رعشہ' اور تمتماہٹ عام ہیں - کسی بھی شکل میں انگل لینے کے لئے بے رغبتی ہونا (جو بعض اوقات

285

تقوطی کی بنا پر ہوتی ہے، لیکن اُس قدر عام طور پر گمن کے سبب سے بھی) ایک اکثرالوقوع اور حیرتناک ائتلاف سمجھنا چاہیئے۔

طبعی امارات حسب ذیل ہیں۔ قلب کی شرح کی زیادتی، جو جذبات' ورزش' یا تبدیل وضع (مثلاً اضطجاعی وضع بدلکر کھڑی وضع میں ہوجانے) کی مجیبیت میں بالخصوص نمایاں ہوتی ہے۔ ایک ممتاز اور وسیع طور پر مسلمہ امارت یہ ہے کہ جہد کے بعد شرح نبض کی واپسی سست ہوتی ہے۔ جب مریض آرام میں ہو تو خون کا دباؤ عموماً طبعی ہوتا ہے، لیکن جذبات اور جہد کی مجیبیت مبالغہ کے ساتھ ہوتی ہے اور اکثر بلند مقروائت حاصل ہوتے ہیں۔ منتشر ضربۃ الراس عام ہے، اور ممکن ہے کہ اِس کے ساتھ صدم کی قوت کی زیادتی ہو یا نہو۔ یہ عموماً اِتساع قلب کی طبیعی امارت سمجھی جاتی ہے، لیکن صحیح دروں نگار (orthodiagraph) کے ذریعہ لاشعاعی امتحان کرنے سے ظاہر کرتا ہے کہ قلب کی کوئی کلانی نہیں ہے چنانچہ یہ امارت ناقابلِ اعتبار ہے۔ حقیقت میں قلب چھوٹا ہوتا ہے (56)۔ عمیق معکوسات عموماً زیادہ ہوجاتے ہیں۔ قارورہ ۷۰ فیصدی اصابتوں میں بیش ترشئی ہوتا ہے' اُس کی مقدار کم ہوجاتی ہے' اور اَمونیا اور اَمینو ایسڈز زیادہ ہوجاتے ہیں۔ ۲۰ فیصدی میں حجم بھی کم ہوجاتا ہے' اور قارورہ میں فاسفیٹس جم جاتے ہیں اَمونیا مقدار میں طبعی ہوتا ہے لیکن اَمینو ایسڈز زیادہ ہوجاتے ہیں۔ بہ حیثیتِ مجموعی قارورہ میں کیلسیم آگزیلیٹ کی قلمیں اکثر پائی جاتی ہیں' اور ۱۵ فیصدی اصابتوں میں صبح کے قاروروں میں کثیرالتعداد حیوانات منویہ پائے گئے ہیں۔ خون میں چند خلیتوں کی کثرت ظاہر ہوتی ہے' اُن کا اوسط ۱۲۱۰۰ فی مکعب ملی میٹر ہوتا ہے' اور لمفی خلیات زیادہ ہوجاتے ہیں۔ سپید خلیتوں کی معمول سے زیادہ کثرت ورزش کے بعد مشاہدے میں آتی ہے' لمفوسائٹس زیادہ ہوتے ہیں' اور علامات کی شدت سپید خلیتوں کی کثرت کے ساتھ متوازی ہوتی ہے۔ برقی قلب نگارشیں کوئی غیر طبعی امر نہیں ظاہر کرتیں۔

انذار۔ عیاراتِ ذیل کے ذریعہ یہ فیصلہ کیا جاسکتا ہے کہ آیا مریض آئندہ زمانہ میں صرف قتوّی کام کے قابل ہوگا:- روماتزمی تپ کی سرگذشت، عفونت کے تیہ

سانس کا مواظب شدت کے ساتھ پھولنا، پیش قلبی درد جو اتنا کافی شدید ہو کہ ورزش میں مزاحم ہو، ۱۲۰ یا زائد کی شرحِ نبض حتیٰ کہ اضطجاعی وضع میں بھی، ایسے علامات جو سالہا سال سے موجود رہے ہوں، گو وہ محض معتدل شدت کے ہوں۔ مریضوں کے امتحان کا ایک طریقہ یہ ہے کہ انہیں تیس سیڑھیوں (steps) کے ایک زینہ پر چڑھنے دیا جائے، اور ان علامات کو دیکھا جائے:- چہرہ پر تشویش کے آثار، شرحِ تنفس ۳۵ یا زائد، جو اسوقت بھی قائم رہے جبکہ مریض لیٹا ہوا ہو اور اس سے وقتاً فوقتاً سوالات کئے جا رہے ہوں، شرحِ نبض ایسی ہو کہ دو منٹ تک لیٹنے کے بعد بھی قبل ورزشی لیول اور اس میں ۵ ضربات سے زیادہ کا وقفہ ہو۔

جو اشخاص ابتک خارج نہیں کئے گئے ہیں، اُن سب کا علاج تدریجی ورزشوں سے کیا جاتا ہے۔ منتخب فوجی ورزشیں کام میں لائی جاتی ہیں، جن سے لوگ بڑی حد تک واقف ہوتے ہیں، اور ان کی تکمیل کے لئے ہلکے یا پورے سامان کے ساتھ منزلیں طے کرائی جاتی ہیں۔ یہ ورزشیں ترقی پذیر شدت کے ساتھ گروہوں میں مرتب کی جاتی ہیں، اور مریض ہر تیسرے یا چوتھے دن بلند تر درجہ میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ ورزشیں روزانہ پندرہ یا تیس منٹ تک جاری رکھی جاتی ہیں۔ فرائض کی انجام دہی کے لئے اشخاص کی جماعت بندی اس بنا پر کی جاتی ہے کہ بلند ترین درجہ کی ورزش جو وہ بلا تکلف برداشت کر سکتے ہوں کتنی ہے۔ آدمیوں کی جماعت بندی کے لئے اوسطاً ڈیڑھ مہینے کا عرصہ ضروری ہوتا ہے۔ شفاخانہ سے خارج کردہ ۲۲۰ سپاہیوں میں سے ۱۸۲ (۸۳ فیصدی) ایسے تھے جو تین ماہ کے بعد کسی نہ کسی حیثیت سے پھر بھی کام کے قابل تھے۔

تحریز۔ اُن رنگروٹوں کے لئے جن کا پیشہ قعودی رہا ہو ایک طویل اور تدریجی تربیت کی ضرورت ہے (کیونکہ یہی مریضوں کا ایک نہایت کثیر تناسب بناتے ہیں)۔ اسیطرح حادّ عارضہ یا عوارض امعاء کے بعد ایک طویل ترنقیہت کی، اور ساتھ ہی کر تربیت کے ایک تدریجی نظام کی ضرورت ہے۔

علاج۔ یہ مرابیت کے مقامی مراکز کے خارج کر دینے (بوسیدہ دانتوں کے اکھاڑ دینے، لوزتین کے نکالدینے، وغیرہ) پر مشتمل ہوتا ہے۔ ایمیٹین بسمتھ

286

آیوڈائیڈ (emetine bismuth iodide) کے ذریعہ مخفی زحیری سرایت کے خارج کردینے سے اس حالت میں بارہا تخفیف ہوگئی ہے۔ اگر علامات تازہ ہیں تو فوجی پریڈ اور ورزش سے کچھ عرصہ کے لئے آرام دینا مناسب ہے، گر بستر پر آرام کرنا مضر ہے اور اس سے ہمیشہ احتراز کرنا چاہئے، باستثنائے اس صورت کے کہ جب شدید پیش قلبی درد، دردسر، یا دوران سر موجود ہو۔ شغل کی صریحی ضرورت ہے، بالخصوص کھلی ہوا میں کام جیسے کہ باغبانی۔ مریضوں کی ہمت افزائی کے لئے ان کو یقین دلانا چاہئے کہ اُن کا مرض شفا پذیر ہے، اور یہ کہ اصلاح واضح طور پر معلوم ہورہی ہے۔ قلب پر خاص توجہ نہیں دینی چاہئے۔ تمباکو، حالتِ آرام کی شرحِ نبض کو اور ورزش کے بعد کی علامتوں کو بڑھا دیتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں برومائیڈز مفید ہوتے ہیں — اہم ترین علاج تدریجی ورزشوں کے ذریعہ سے ہے۔ ڈیجیٹالس سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔

پیدائشی تشوہات

(CONGENITAL MALFORMATIONS)

قلب کے تشوہات، اس کے نمو کے نقائص سے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ نمو طبعی طور پر اس وقت تکمیل کو پہنچتا ہے جب کہ قنات شریانی (ductus arteriosus) اور سوراخ بیضوی (foramen ovale) کی مسدودی واقع ہوتی ہے جو کہ پیدائش کے چند روز بعد واقع ہوتی ہے۔ کسی درجہ میں بھی اس مسدودی کے عمل کا ایقاف ہوجانے سے ایک پیدائشی تشوہ پیدا ہوجائے گا۔ بعض اوقات یہ ایقاف اسقدر جلد واقع ہوجاتا ہے کہ قلب میں صرف دو ہی کہفے بننے پاتے ہیں، یعنے ایک اُذین اور ایک بطین - یا تین کہفے بننے پاتے ہیں، یعنے ایک بطین اور دو اُذین لیکن ایسی حالتیں نہایت شاذ ہوتی ہیں، اور ان کو ظاہر کرنے والے بیشتر بچے پیدائش کے بعد تھوڑے ہی عرصہ تک زندہ رہتے ہیں۔ ریوی ضیق (pulmonary stenosis) اور بین بطینی فاصل (interventricular septum) میں سوراخ کا اجتماع ایک عام ترین نمونہ ہے۔ یہ ضیق یا تو ریوی مصراعات کے جڑ جانے سے، یا اُن کے عین نیچے کے

حلقہ کے تضیق سے، یا خود قمع (infundibulum) کے تضیق کی وجہ سے، یا قمع اور بطین کے درمیان ایک ناکمل فاصل ہونے کے سبب سے پیدا ہو جاتی ہے۔ کیتھ (Keith) کی رائے ہے کہ ایسی حالتیں ہمیشہ نقائص نمو کی وجہ سے یا بصلۂ قلب (bulbus cordis) کے نہ پھیلنے سے ہوا کرتی ہیں، اور درون رحمی التہاب درون قلب (intrauterine endocarditis) کی وجہ سے ہرگز نہیں ہوتیں۔ اگر دائیں بطین کا مخرج جنینی زندگی میں اسطرح مسدود ہو جائے تو اُس کہفہ کے اندر کا دباؤ اس وجہ سے کم ہو جائے گا کہ خون بین بطینی فاصل کے سوراخ میں سے ہو کر بائیں بطین کے اندر چلا جائیگا۔ اور ایسی صورت میں یہ فتحہ مستقلاً باقی رہ جاتا ہے۔ نمو کے اُس مرحلہ کے لحاظ سے جس میں یہ اتفاق واقع ہوا ہے، ممکن ہے کہ یہ سوراخ نہایت بڑا ہو یا اس کے خلاف بالائی حصے میں محض ایک انشعاب ہی ہو۔ اس آخر الذکر حالت میں یہ روزن جزو غشائی (pars membranacea) میں واقع ہوتا ہے۔ جب سوراخ بڑا ہوتا ہے تو اورطی اکثر دائیں بطین سے یا دائیں اور بائیں دونوں بطینوں سے نکلا ہوتا ہے، اور سوراخ بیضوی یا شریانی قنات یا یہ دونوں نفوذ پذیر ہوتے ہیں۔ ریوی ضیق اور سوراخدار بین بطینی فاصل دونوں الگ الگ بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ چند شاذ امثلوں میں دونوں بطینوں کے درمیان کا راستہ دائیں عقبی مصراع سے نیچے نہیں بلکہ اگلے اورطی مصراع (کہ جس کے اوپر دائیں اکلیلی شریان نکلتی ہے) سے نیچے پایا گیا ہے۔ ایسی صورت میں وہ جزو غشائی کے سامنے ہوتا ہے اور دائیں بطین کے قمع کے اندر وا ہوتا (27)۔

بعض اوقات اورطی دہنہ یا ایک اُذینی بطینی دہنہ کا تضیق یا انطباس واقع ہو جاتا ہے جو کہ دوران خون کے قرار اور قلب کے طبعی نمو میں مداخلت واقع کرتا ہے۔ اور اورطی اور ریوی شریان کی مکمل معکوس وضعیت (transposition) اور عروق کی دوسری پیچیدہ معکوس وضعیتیں بھی پائی گئی ہیں۔

ممکن ہے کہ قنات شریانی اور سوراخ بیضوی غیر مسدود رہ جائیں اور یہ بلا کسی مرجح سبب کے ہو (غالباً یہ پیدائش کے وقت دوران خون میں ایک عارضی تسدد ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے)۔ تاہم سوراخ بیضوی کا کم و بیش انفتاح تقریباً ۳۰ فیصدی

تندرست شخصوں میں بھی واقع ہوتا ہے اور ایسی صورت میں ایک شق حفی یا تنگ مصراع دار فتحہ ایک کہفہ میں سے دوسرے کہفہ میں خون کے گزرنے کا امکان پیدا نہیں کرتا۔
ممکن ہے کہ اورطی یا ریوی شریان میں تین سگما نما مصراع ہونے کے بجائے صرف دو ہی ہوں یا چار ہوں۔ یہ تغیر دوسرے تشوہات کے ساتھ پایا جا سکتا ہے، لیکن اگر تنہا یہی ہو تو وہ مابعد زندگی کے مرض کا سنگ بنیاد رکھتا ہے اور پیدائش کے وقت مشکلات پیدا کر دینے کا رجحان کم رکھتا ہے۔

287

امراضیات۔ قلب کا نمو موقوف یا ناقص ہونے کے سبب کے متعلق درحقیقت اس سے زیادہ کچھ معلوم نہیں جتنا کہ جسم کے دوسرے حصوں کے پیدائشی تشوہات کے متعلق معلوم ہے۔ پیدائشی مرض قلب کے ممیز ترین علامات میں سے ایک علامت ازرق ہے اور وہ زراق نومولود (morbus cæruleus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ عمومی زراق کے سبب پر بعض تازہ مشاہدات سے روشنی پڑتی ہے (14)۔ (۱) زراق کا سبب یہ ہو سکتا ہے کہ محیطی شعریات میں خون کا سست دوران ہو اور اس کے نتیجہ کے طور پر واپس آنے والے خون میں اس سے کم آکسیجن موجود ہو جتنی معمولی طور پر ہوتی ہے۔ (۲) یا یہ ہو سکتا ہے کہ شریانی خون آکسیجن سے کامل طور پر سیر شدہ نہ ہو۔ بلاشبہ ان دونوں عوامل کا اجتماع ہو سکتا ہے، اور اگر خون کے سرخ خلیے زیادہ ہو گئے ہیں تو زراق اور بھی شدید ہو جاتا ہے۔ ایک باریک سوئی کے ذریعہ کعبری یا عضدی شریان سے براہ راست لئے ہوئے خون کے آکسیجن مافیہ (oxygen content) کی تعیین ظاہر کرتی ہے کہ بلاشبہ نمایاں اصابتوں میں کسی قدر شریانی بے سیری بھی موجود ہو سکتی ہے، تاہم اکتسابی مرض قلب کے زراق کا خاص سبب محیطی رکود ہی ہے۔ شریانی خون میں آکسیجن کی معمول سے بھی کم مقدار کا موجود ہونا ان اسباب کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ (الف) پھیپھڑوں میں گیسوں کے باہمی تبادلہ میں کوئی رکاوٹ ہو جیسی کہ اذیماذات الریہ، شعبی تشنج، یا مزمن ریوی مرض میں واقع ہو سکتی ہے۔ (ب) کثرت خلیات احمر انتہائی ہو، اور خون ریوی شعریات کے اندر اتنے عرصہ تک نہ ٹھہرتا ہو کہ جس سے تمام جسیمات معمولی طور پر سیر شدہ ہو جائیں۔ (ج) شریانی خون پھیپھڑوں اور نظامی وریدوں سے آتے ہوئے خون کا آمیزہ ہو، جیسا کہ سوراخ اندرالبطینی

فاصل یا مفتوح سوراخ بیضوی اور متلازم پیدائشی ریوی ضیق کی حالت میں واقع ہوسکتا ہے۔ پھیپھڑوں کے اندر خون کی سُست رفتاری جیسی کہ اکتسابی مرض قلب میں ہوا کرتی ہے، بذاتِ خود اس امر کا رجحان رکھتی ہے کہ شریانی خون کی سیری کی تکمیل کردے۔ کیونکہ ایسی صورت میں آکسیجن کے اخذ کئے جانے کے لئے بہت وقت حاصل ہوتا ہے۔ پیدائشی مرض قلب کی بعض اصابتوں میں جن میں ازرقاق نمایاں درجہ کا تھا، یہ پایا گیا کہ شریانی خون آکسیجن سے صرف ۷۰ تا ۸۰ فی صدی کی حد تک سیر شدہ تھا۔ جب مریض نے ایک چہرہ پوش اور مصراعوں کے ذریعہ سے نصف گھنٹے تک خالص آکسیجن کا استنشاق کیا، تو یہ سیری ۹۰ فی صدی سے ذرا ہی زیادہ ہوگئی۔ ایسا ہونا اس امر کی تغلیط نہیں کرتا کہ شریانی خون ریوی اور وریدی خون کے آمیزے سے مرکب ہے، کیونکہ آکسیجن دے کر اس کی سیری کامل طور پر کردینا ناممکن تھا۔ ساتھ ہی پیدائشی مرض قلب میں محیطی ازرقاق بھی ایک جزو عامل کے طور پر موجود رہ کر ازرقاق کو زیادہ کردیتا ہے۔

عام طور پر ریوی ضیق کے ساتھ ایک سوراخ دار فاصل کا جمع ہونا ہے۔ بعض اوقات ضیق اتنی انتہائی ہوتی ہے کہ اس راستہ سے پھیپھڑوں تک نہایت تھوڑا خون پہنچ سکتا ہے۔ تقریباً وہ سب کا سب اَورطی کے اندر چلا جاتا ہے اور بائیں بطین سے آنے والے خون کے ساتھ شامل ہوجاتا ہے۔ ان انتہائی اصابتوں میں شعبی شرائین متسع ہوجاتی ہیں اور پھیپھڑوں میں خون کی ایک خاصی رسد اُن تفممات کے ذریعہ سے پہنچ جاتی ہے جو شعبی شرائین اور ریوی شریان کی چھوٹی شاخوں کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ایک اصابت میں ریوی مصراع بالکل مسدود پایا گیا اور ریوی رقبہ پر کوئی انکماشی خریر نہیں سنائی دیتا تھا۔ مریض نہایت نیلا تھا۔ قلب معمول کے نسبت ذرا ہی سا بڑا تھا، کیوں کہ تمام خون اَورطی کے اندر چلا جاتا تھا اور کوئی زائد از معمول مزاحمت نہ تھی (14- اصابت ۱۵)۔ اگر ریوی مصراع باوجود متضیق ہونے کے مفتوح ہو تو اَورطی کے اندر کم خون جائے گا۔ دایاں بطین بیش پرورده اور متسع ہوسکتا ہے، اور ریوی رقبہ میں ایک انکماشی خریر شاید ایک دیدیہ ہوگا۔ بعض اصابتوں میں یہ قصر دور ایک سوراخ دار فاصل کے ذریعہ نہیں بلکہ ایک مفتوح سوراخ بیضوی کے ذریعہ عمل میں آتا ہے۔ اگر ریوی مصراع طبعی حالت میں ہے، تو مفتوح سوراخ بیضوی یا مفتوح سوراخ فاصل کوئی فعلی اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ اس

صورت میں ایسی کوئی چیز نہ ہوگی جو خون کو معمولی طریقہ پر پھیپھڑوں کے اندر سے ہوکر گزرنے میں مانع ہو۔ زیادہ سے زیادہ یہ ہوگا کہ تھوڑا خون بائیں بطین میں سے دائیں میں چلا جائے اور اس طرح پھیپھڑوں میں سے دوسری بار سفر طے کرے۔ ایک مفتوح قناۃ شریانی، جوریوی ضیق اور سوراخدار فاصل کے ہمراہ پائی جائے، مخلوط شریانی خون کے پھیپھڑوں میں سے ہوکر گذرنے کے لئے ایک مزید راستہ مہیا کردے گی۔ اگر وہ الگ موجود ہو تو اس کی کوئی فعلی اہمیت نہ ہوگی۔

علامات۔ جب زراق موجود ہوتا ہے تو وہ چہرے کے ابھرے ہوئے حصوں یعنی رخساروں، لبوں، ناک، اور کانوں میں، اور ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں میں نمایاں ہوتا ہے۔ خفیف اصابتوں میں وہ صرف اس سے زیادہ شوخ سرخی ہوتی ہے کہ جتنی طبعی سرخی ہوتی ہے۔ شدید ترین اصابتوں میں وہ تقریباً سیاہی کی حد تک ارغوانی ہوتی ہے، اور اگر کوئی زور لگایا جائے تو اس سے عروق کا پھولنا فی الفور زیادہ ہوکر ارغوانی رنگ زیادہ گہرا ہوجاتا ہے۔ اس مرض کے متعلق یہ ایک حیرت ناک واقعہ ہے کہ گو زراق انتہائی درجہ کا ہو تاہم بحالت سکون مریض کی سانس نہیں پھولتی۔ مزمن زکووہ باؤنٹ حصوں کی دبازت پیدا کردیتا ہے، اور ناک اور لب موٹے ہوجاتے ہیں اور ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے ظفری سُلامیات (ungual phalanges) اس سے بہت زیادہ موٹے ہوجاتے ہیں کہ جتنے انگلیوں کے بقیہ حصے ہوتے ہیں، یعنی وہ گرز شکل ہوجاتے ہیں (آگے ملاحظہ ہو)۔ خون میں سُرخ جسیمات کی وہ حیرت ناک زیادتی (کثرت خلیات احمر) پائی جاتی ہے، جو زراق کی بہت سی قسموں میں پائی جاتی ہے۔ چنانچہ ان جسیمات کی تعداد ۷،۰۰۰،۰۰۰ سے ۹،۰۰۰،۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر پائی گئی ہے، اور ممکن ہے کہ ہیموگلوبین طبعی کی ۱۱۰ فی صدی سے لے کر ۱۶۰ تک پہنچ جائے۔ مریض بعض اوقات دوران سر، غشی، تشنجات اور بیہوشی میں مبتلا ہوجاتا ہے۔ چونکہ آسانی سے تُہر طاری ہوجاتا ہے لہذا وہ زیادہ محنت کے ناقابل ہوتا ہے۔ تیز دوزری اور تکشف کی خاص حس پذیری رکھتا ہے اور نازلتی التہاب شعبات کے حملوں میں مبتلا ہوجاتا ہے۔ آخری درجوں میں ٹانگوں کا آذیما، استسقاء شکمی، بڑھا ہوا جگر، اور البیومن بولیت پائی جاتی ہے۔ یا مریض شعبی التہاب کا شکار ہوجاتا ہے یا شش کا

288

تدریجی مرض، موت کا سبب ہوتا ہے۔

طبیعی علامات ۔ نہایت عام طور پر ایک انکماشی خرخر سنائی دیتا ہے، جو پیدائشی ریوی تضیق میں ریوی رقبہ پر بلند ترین سنائی دیتا ہے، لیکن وہ متصلہ فضاؤں پر بھی سنائی دے سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ایک ذبذبہ بھی ہو۔ قلب کے دائیں جانب کے اتساع اور بیش پرورش کی وجہ سے اہمیت عظم القص کے دائیں جانب تک پھیل سکتی ہے۔ خالص ریوی تضیق میں یہ نہایت نمایاں ہوتا ہے۔ اگر ضرر صرف فاصل کا سوراخ ہی ہے تو عظم القص کے قریب تیسری دائیں فضا میں اتم شدت کا ایک انکماشی خرخر ہوتا ہے، جو باہر کی طرف منتقل ہوتا ہے، اور اکثر ایک ذبذبہ بھی ہوتا ہے، لیکن زراق نہیں ہوتا۔ مفتوح قناۃ شریانی اکثر ایک طویل خرخر پیدا کر دیتی ہے، جو انکماش اور انبساط میں جاری رہتا ہے اور اپنی بلندی میں متوتر ظاہر کرتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۔ اُد صفحہ 220)۔

پیدائشی مرضِ قلب کی مختلف قسمیں لاشعاعی امتحان کرنے پر مخصوص و ممیز مناظر پیش کرتی ہیں۔ مثلاً خالص ریوی تضیق میں جو نادر الوقوع ہے، دائیں بطین کی بیش پرورش اور دائیں اُذین کے اتساع کے باعث قلب کی شکل ممیز ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صحفہ ۱۲اب)، ممکن ہے کہ تسدد کے مقام سے آگے ریوی شریان کا اتساع ہو۔ اس کا سبب بالکل غیر واضح ہے، لیکن یہ امتحانات بعد الممات میں کئی بار دیکھا گیا ہے۔ ریوی تضیق کے ساتھ فاصل کے سوراخ کے معمولی اجتماع میں قلب کی بائیں اور دائیں دونوں جانبیں بڑھی ہوئی ہو سکتی ہیں۔ لیکن اس کے برعکس ممکن ہے کہ جسامتِ قلب میں کوئی قابلِ شناخت تغیر نہ ہو۔

انذار ۔ پیدائشی تشوہات ہمیشہ ناموافق ہوتے ہیں۔ شدید نقائص والے مریض صرف چند گھنٹوں یا دنوں تک زندہ رہتے ہیں۔ دوسرے جو خفیف تر درجہ کے ہوتے ہیں، پانچ دس یا بیس سال تک زندہ رہتے ہیں۔ کبھی کبھی نہایت ناقص القلب والے اشخاص بھی ادھیڑ عمر کو پہنچ گئے ہیں۔ کسی دی ہوئی حالت میں انذار کا انحصار تشوہ کی نوعیت کے بجائے زیادہ تر قلبی کارکردگی کے ثبوت پر ہونا چاہئے۔

علاج ۔ یہ مزمن مرضِ قلب کے علاج سے مماثل ہے۔

امراضِ تامور

(DISEASES OF THE PERICARDIUM)

التہابِ تامور

(pericarditis)

اسباب۔ تامور کا التہاب ایک عام دموی سرایت کا نتیجہ ہو سکتا ہے' یا وہ مقامی خراش سے واقع ہو سکتا ہے یا قرب و جوار سے براہِ راست پھیلنے والی سرایت سے واقع ہو سکتا ہے۔

پہلی جماعت کی اسابتوں میں حاد روماتزم نہایت اکثر الوقوع سبب ہے۔ لیکن مرض مذکور' مرضِ برائٹ' تقیح الدم' سپید دمویت (leukæmia) شمدرن' انفلوئنزا' اور عام ریوی نبتی سرایت میں' اور عفونت الدم اور تسمم الدم کی دوسری حالتوں میں بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ اِس کے مقامی اسباب یہ ہیں: ۔ کہفہ کے اندر سرطانی گرہکوں کی بالیدگی' اس کے اندر پھوڑوں اور کیسیتی دُوَیروں کا انشقاق' کسی منبعِ سرایت' مثلاً دبیلۂ ذات الریہ کا قُرب۔

289

مرضی تشریح۔ اگر ہم حاد روماتزم کے دوران میں ہونے والے تاموری التہاب کو ایک مثال تصور کریں تو ہمیں اس میں مندرجۂ ذیل تغیرات ملتے ہیں: ۔ ابتدائی درجوں میں جھلی اپنی چکنی جِلاد ار سطح کو کھو کر زیادہ عروقی بن جاتی ہے' جس کی وجہ سے وہ عروق کے ایک باریک جال سے مُشرب ہوتی ہے۔ اِس کے بعد عروقِ دمویہ سے خُلیاتی عناصر اور فائبرین کا ارتشاح ہونے کی وجہ سے لِمف کے کچھ ڈورے نظر آتے ہیں' اور تاموریوں کی ایک مکمل تہ بن جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ بالآخر اس جھلی کی یہ حالت ہو کہ دونوں متقابل سطحیں لِمف کی $\frac{1}{2}$ یا $\frac{1}{4}$ انچ دبازت کی ایک تہ سے جدا ہوں' جو آتنی کافی نرم ہوتی ہے کہ جداری اور حشائی جھلیاں ایک دوسرے سے علٰحدہ کی جا سکتی ہیں' اور لِمف کا قوام اکثر ایسا ہوتا ہے کہ ان سطحوں کی علٰحدگی سے ایک عجیب و غریب شہد کے چھتے جیسا یا جال دار منظر

باقی رہ جاتا ہے۔ عموماً دسی کے ساتھ کسی قدر منفصل بن جاتا ہے، جو زرد رنگ کا، اور جسیاتی عناصر کی وجہ سے گدلا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ بہت بڑی مقدار میں جمع ہو کر تامور کی دونوں تہوں کو ایک دوسرے سے اور بھی علیحدہ کر دے، اور اس سے ممکن ہے لمف کے لیے ریشہ دار زائدے ایک سطح سے دوسری سطح تک بن جائیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ سیال عموماً غائب ہو جاتا ہے، اور لمف یا تو خود بخود جذب ہو جاتا ہے یا اس کا تعضی واقع ہو جاتا ہے، اور وہ جھلی کی جداری اور حشائی تہوں کو کم و بیش مکمل طور پر باہم متحد کر دیتا ہے اور اس طرح منضم تامور کا سبب ہوتا ہے۔

دوسری سرایتوں، اور بالخصوص تقیح الدم اور عفونت الدم میں تامور کا سیال مافیہ منعقل کے بجائے ریم ہوتا ہے اور اس طرح سریمی یا تقیحی التہاب تامور (purulent or suppurative pericarditis) پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اکثر عضلۂ قلب کے خراج سے ثانوی طور پر ہوا کرتا ہے، جس کا اکثر لمبی ہڈیوں کے حاد تنخر کے بعد پیدا ہونا معلوم ہے۔ بعض اوقات التہابی تکوین کے اندر کے نو ساختہ عروق پھٹ جاتے ہیں اور نشاست یا نزف کی نسبتہً بڑی جھلیاں جھلی کی سطح کو ڈھانک دیتی ہیں اور اس طرح نزفی التہاب تامور (hæmorrhagic pericarditis) پیدا کر دیتی ہیں۔ اور کبھی کبھی اس نئی ساخت میں اور قلب کی سطح کو ڈھانکنے والی اصلی جھلی میں دونوں میں درنے بن جاتے ہیں۔ اسے تدرنی التہابِ تامور (tuberculous pericarditis) کہتے ہیں، جو عمومی تدرن کا ایک جزو ہوا کرتا ہے۔

التہاب تامور کے دقیق عضویے اس کے مبدا کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ علی الاکثر نبقات سبحیہ، نبقات عنبیہ، نبقات ریویہ اور عصیات درنیہ پائے جاتے ہیں۔ پائنٹن (Poynton) اور پین (Paine) نے روماتزم کے التہاب تامور میں اپنے روماتزمی ذو نبقیات پائے۔

دورانِ خون میں اثر۔ کو تہیم کے حیوانی تجربات ظاہر کرتے ہیں کہ دورانِ خون پر ہونے والے اثر کا انحصار تامور کی تھیلی کے اندر کے تناؤ پر ہوتا ہے۔ جب سیال کا اشراب آہستہ آہستہ کیا جائے تو دباؤ ایک معین نقطہ تک پہنچنے پر شریانی دباؤ کم اور وریدی دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔ بہ حیثیت ایک پمپ کے یہ قلب کی گھٹی ہوئی کارکردگی کی علامت ہے۔

یعنی یہ کہ ہر ضرب کے ساتھ قلب کی برآمد کم ہوگئی ہے۔ تامور کے اندر دباؤ جس قدر زیادہ ہوگا' یہ برآمد اسی قدر کم ہوگی۔

طبیعی آمارات۔ چونکہ التہاب تامور اکثر' روماتزم جیسے' کسی ساری مرض کے دوران میں پیدا ہو جایا کرتا ہے لہٰذا ممکن ہے کہ اس کے علامات ان امراض کے علامات سے بالکل پوشیدہ ہو جائیں کہ جن کے دوران میں التہاب تامور پیدا ہو گیا ہے' اور اس کی موجودگی صرف اصواتِ قلب کے تغیر سے' اور دوسرے طبیعی آمارات سے ظاہر ہو جوده پیدا کر دیتا ہے۔ لیکن یہ عموماً مخصوص و ممتیز ہوا کرتے ہیں۔ اولاً تاموری رگڑ موجود ہوتی ہے' جس کا بیان امتحانِ قلب کے تحت کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ابتداءً نرم ہو' لیکن چند گھنٹوں کے بعد آواز بلند تر' کرخت تر اور درشت تر ہو جاتی ہے' اور پھر پیش قلبی خطہ پر ہاتھ رکھنے سے یہ فرک اکثر محسوس کیا جا سکتا ہے۔

اگر تامور کے اندر مایع کا انصباب ہو جائے' جیسا کہ بار بار ہوا کرتا ہے' تو پیش قلبی اصمیت زیادہ ہو جاتی ہے۔ وہ اوپر کے طرف تیسری پسلی کے بالائی کنارے یا دوسری پسلی کے بالائی کنارے یا ترقوہ ہڈی تک پھیل جاتی ہے۔ وہ دائیں طرف عظم القص سے ۱ انچ یا زائد آگے تک پھیل جاتی ہے۔ اور بائیں طرف ممکن ہے کہ وہ بغل کے اندر تک پہنچ جائے۔ یہ پیش قلبی اصمیت کم و بیش مثلثی شکل کی ہوتی ہے' اس طرح پر کہ اس کا چوڑا قاعدہ ڈائفرام پر ہوتا ہے' اور راس جو گول ہو جاتا ہے' عظم القص کے بالائی حصے اور بائیں بالائی بین الاضلاع فضاؤں میں۔

جوں جوں یہ سیال بڑھتا جاتا ہے مقدم القلب منتشر ہو جاتا ہے۔ یہاں التہاب تامور اور ذات الجنب کے درمیان ایک اہم فرق کا ذکر کرنا ضروری ہے اور وہ یہ ہے کہ فرک کی آواز کے وقوع پر مایع کے انصباب کا اثر ان دونوں حالتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ ذات الجنب میں جس وقت مایع کا انصباب ہوتا ہے ذات الجنبی فرک کی آواز غائب ہو جاتی ہے۔ التہاب تامور میں فرک کی آواز عموماً دورانِ مرض میں از ابتدا تا انتہا قائم رہتی ہے' بلکہ جھلی کے انتہائی تمدد کے زمانہ میں' اور مایع کے مابعد انجذاب کے دوران میں بھی۔ یہ غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ سیال بالخصوص قلب کے پیچھے جمع ہو جاتا ہے' (کیونکہ مریض پشت کے بل لیٹا رہتا ہے) اور سامنے کی طرف تامور کی دونوں سطحیں

200

ایک دوسرے سے رگڑتی رہتی ہیں۔

تامور ی انصباب اکثر بائیں شُش کے قاعدہ کو مضغوط کر دیتا ہے، جس سے قرع کرنے پر ایک اصم آواز اور استماع کرنے پر شُعبی تنفس پایا جاتا ہے۔

التہاب تامور کا ایک دوسرا نتیجہ بعض اصابتوں میں ڈایافرام کے فعل کا امتناع ہوتا ہے۔ یا تو شکمی تنفس کے حرکات موقوف ہو جاتے ہیں، یا دورانِ شہیق میں تھوڑی کی پس روی ہو جاتی ہے، جس میں بالائی شکمی احشار اور قلب کی اوپر کی طرف حرکت، اور پھیپھڑوں کے قاعدوں کا ہبوط واقع ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ معدے اور قولون کا تمدد واقع ہو جائے۔

علامات ۔ مقامی علامات، جو التہاب تامور اور تاموری انصباب کے ساتھ موجود ہو سکتے ہیں، یہ ہیں:۔ درد، پیشِ قلب کے مقام پر گھبراہٹ یا تکلیف اُس خط پر دبانے سے الیمیت، سانس کا پھول جانا، مع غیر عمیق تنفسات اور مختصر روکھی کھانسی کے۔ ممکن ہے کہ نبض ابتداءً زیادہ متاثر نہ ہو، لیکن وہ جلد ہی تیز تر ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ روماتزم جیسے حادّ مرض کے دوران میں واقع ہونے والا التہاب تامور سابق الوجود تپ میں کوئی معتدبہ اضافہ نہ کرے، لیکن کبھی کبھی اُس کے مریض حملہ کے ساتھ ساتھ بیدار تفاع تپش ہو جاتا ہے، مثلاً ۱۰۵ درجہ یا ۱۰۶ درجہ تک۔ اور دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ اُس کے ساتھ تپ کی معمولی حالتیں ہوں، جیسے کہ عدمِ اشتہا، خشک زبان، تشنگی، اور قلیل المقدار بول۔

خراب ترین اصابتوں میں قلبی ضعف زیادہ ہو جاتا ہے، نبض غیر منتظم اور رقیق ہو جاتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ نبض متناقض (pulsus paradoxus) (ملاحظہ ہو صفحہ 226) کی شکل اختیار کر لے، پیشِ قلبی درد شدید ہوتا ہے، اور چہرہ اترا ہوا اور پچکا ہوا ہو جاتا ہے۔ اور مریض اولی طور پر فشلِ قلب سے مر جاتا ہے، جس کے ساتھ کبھی کبھی تشنجات ہوتے ہیں اور کبھی کبھی کوما۔ لیکن مثالوں کی غالب تعداد میں علامات بتدریج رفع ہو جاتے ہیں۔ اصمیت کم ہو جاتی ہے لیکن رگڑ اکثر آخری مدت تک مدت تک رہتی ہے۔ التہاب تامور کے تغیرات بسرعت واقع ہوتے ہیں، ممکن ہے کہ انصباب دو یا تین ہی دن کے اندر درجۂ کمال کو پہنچ جائے، اور مزید تین یا چار دنوں میں تخفیف کا

عمل خوب جاری ہو جائے۔

تقیحی، تدرنی اور نزفی التہابات تامور اپنے علامات اور طبیعی امارات میں فی الاصل مختلف نہیں۔

تشخیص۔ معمولی حالات میں اس میں کوئی مشکلات نہیں پیش آتے، اور فرک کی دُہری یا سہ گونہ آواز نہایت ممیز ہوتی ہے۔ تاموری انصباب کی تشخیص ہمیشہ آسان نہیں ہوتی، کیونکہ ایک متسع قلب سے اس کی مماثلت پیدا ہو سکتی ہے جو کہ اسی ترشیحی زہر سے پیدا ہو سکتا ہے کہ جس نے التہاب تامور پیدا کر دیا ہے۔ انصباب کی تشخیص میں حسب ذیل امارات سے تائید حاصل ہوتی ہے:- اصمیت کا بائیں طرف صدمہ القلب سے باہر تک اور اوپر کے طرف دوسری پسلی یا اس سے بھی اوپر تک پھیل جانا، اور بائیں قاعدے پر پیکاڈو کے امارات۔ ممکن ہے کہ راشحی شعاعیں قلب اور تامور کے سایہ کو باہر عین بائیں ضلعی دیوار تک، اور اوپر پہلی فضا کے اندر، اور دائیں طرف بیضی تک ظاہر کریں، جس کے ساتھ نبضان برائے نام یا بالکل نہ ہو، اور ایک بڑے انصباب کی حالت میں بعض اوقات قلب کا سایہ ایک نسبتہً ہلکے سایہ کے حلقہ کے اندر دکھلائی دیتا ہے جو تنہا پھولے ہوئے تامور کی وجہ سے ہوتا ہے۔

انذار۔ التہاب تامور بہ حیثیت مجموعی فوری طور پر مہلک مرض نہیں۔ ممکن ہے کہ وہ اتنا خفیف ہو کہ دستور العمل امتحان کے دوران میں یہ صرف مسماع الصدر سے شناخت ہو، اور رثیمی تپ میں واقع ہونے والی اصابتوں کے بڑے تناسب میں یہ التہاب رفع ہو جاتا ہے۔ تاموری تہوں کا انضمام جو اکثر پیدا ہو جاتا ہے، بذاتہ ایک خطرہ بن سکتا ہے۔ اس کے برعکس، ان "لبنی نقطوں" کے عام ہونے سے جو امتحانات بعد الممات میں قلب کی سطح پر پائے جاتے ہیں، اس امکان کا اشارہ ہوتا ہے کہ التہاب تامور کے خفیف حملے اکثر اوقات ہو کر پورے طور پر رفع ہو جاتے ہیں۔ لبنی نقطے اکثر محض فرک کا نتیجہ سمجھے جاتے ہیں۔ لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ آخر الذکر بلا کسی درجۂ التہاب کے کیونکر واقع ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعض نقاط کوفتگی (bruising) کا نتیجہ ہوں جو ضرب سے پیدا ہو جاتی ہے۔ مرض برائٹ میں اور دوسری مزمن ضعفی حالتوں کے تلازم میں بیماری کے اختتام کے قریب اکثر التہاب تامور واقع ہو جاتا ہے، اور پھر یہ موت واقع

کرنے والا خرز معلوم ہوتا ہے۔ لیکن ایسے حالات میں بھی اس کے طبیعی امارات موت سے پہلے بالکل غائب ہو سکتے ہیں، یا اگر وہ باقی رہتے ہیں تو بھی اس سے مہلک نتیجہ کے وقوع کا اسراع ہوتا نہیں معلوم ہوتا۔ تقیحی تاموری التہاب میں خطرناک انذار بتانا چاہیے، اور ذات الریہ یا دبیلہ کے دوران میں تقیحی ریوی التہاب تامور کا وقوع عموماً مہلک ہوتا ہے، لیکن سر ایف۔ ٹیلر (Sir F. Taylor) کو ایک ایسے مریض کا علم تھا جس میں دوہرے دبیلہ کے ساتھ التہاب تامور تھا اور وہ مریض شفایاب ہو گیا۔ حاد رثیتہ میں التہاب تامور درون قلبیہ اور عضلۂ قلب دونوں کے کیتقدر التہاب کے ہمراہ پایا جاتا ہے اور ان کو پوشیدہ کرتا ہے، اور ان دونوں کے خراب اثرات بعد میں نمویاب ہو جاتے ہیں۔

291

علاج۔ التہاب تامور کا علاج زیادہ تر تخفیف کن (palliative) ہوتا ہے۔ دوسرے حاد التہابات کی طرح اس کا تدارک بھی مریض کو بستر میں لٹائے ہوئے یا آدھی لیٹی ہوئی وضع میں رکھ کر کامل آرام و سکون کے ذریعہ سے کرنا چاہیے۔ نیز اسے مغذی زود ہضم غذا دی جائے اور اسے بولتے چالنے، اور جوش و خروش سے محترز رکھا جائے۔ رثیتی تپ کی حالت میں ابتدائی مرض کے علاج میں غالباً ان حالات کو پہلے ہی ملحوظ رکھا گیا ہوگا۔ نہایت شدید درد کے لئے پیش قلبیہ پر چھ یا آٹھ جونکیں لگا دی جائیں۔ جیش استلیہ پر نرم روئی کی ایک تہ، یا کُٹی ہوئی السی کی گرم پولٹس، یا انٹی فلاجسٹین (antiphlogistine) یا تھرموجن وول (thermogen wool) لگا دی جائے۔ اگر ضرورت ہو تو مارفیا دیا جائے۔ اگر دوران خون قشل پذیر ہو یا اگر قلب غیر منتظم ہو جائے تو ڈیجیٹالس کے صبغیہ کی تھوڑی معتادیں برانڈی یا آیمونیا کے ساتھ بار بار دینا چاہئیں۔ دوماتزمی انصباب بہت شاذ و نادر ہی امتصاص کی ضرورت لاحق کرتا ہے، لیکن اس وقت جبکہ ریم کی موجودگی کا امکان ہو اس پر غور کرنا ضروری ہے۔ ڈاکٹر ڈی۔ سی ٹیلر (D. C. Taylor) نے لیوسس ہام (Lewisham) شفاخانہ میں جو تجربہ حاصل کیا ہے اس کی بنا پر وہ سفارش کرتا ہے کہ جلد اور زیر افتادہ بافتوں کو ۲ فی صدی نوووکین کے ذریعہ عدیم الحس کرنے کے بعد ایک باریک سوئی کو پیچھے کی طرف اور نیچے کی طرف، چھٹی بین ضلعی فضا میں عظم القص کے بائیں طرف، (تاکہ اندرونی پستانی شریان بچی رہے) یہاں تک گھسانا چاہیے کہ ڈایافرام تک پہنچ جائیں جس کے متعلق یقین حاصل کرنا ہو تو مریض کو ایک گہرا سانس لینے کے لئے کہنا چاہیے۔ سوئی کو ذرا

واپس کھینچ کر دوبارہ سیدھا پیچھے کو سطح سے ایک انچ کی گہرائی تک گھسانا چاہئے۔ پھر کہفہ کو ...۲:۱ فلیوان کے ۲۰ مکعب سمر سے کئی مرتبہ دھویا جاتا ہے، اور امتصاص کو ہر تیسرے روز بار بار عمل میں لایا جاتا ہے، یا ایک پسلی کا جزوی استیصال کر دیا جاتا ہے۔

رثیتی مبداء کا تامور منضم

(adherent pericardium of rheumatic origin)

مرضی تشریح۔ اس کا تذکرہ پہلے ہی کیا گیا ہے کہ یہ حالت روماتزمی التہاب تامور کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ دونوں سطحوں کے انضمام کا درجہ مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ محض چند ہی ریشتک ہوں جو سطح قلب سے جداری تامور تک جاتے ہوں، یا ممکن ہے کہ تاموری تاچہ کا قلب کی سطح سے کامل انضمام ہو اور ہر درمیانی حالت کا ہونا ممکن ہے۔ جب کامل انضمام ہو تو دونوں سطحوں کو جوڑنے والی بافت محض ایک پتلی سی تہ ہوتی ہے۔ یا وہ ایک کثیف سخت، لیفی، کم و بیش عروقی غلاف ہوتا ہے، جس کی دبازت ½ انچ بلکہ ½ انچ بھی ہوتی ہے۔ قلب کی بیش پرورش یا اس کا اتساع عام طور پر موجود ہوتا ہے کیونکہ بطین کا عضلی جرم بھی عضلہ قلب کے ایسے التہاب کے وقوع سے متضرر ہو گیا ہے جو التہاب تامور کے ساتھ ہوا ہے۔ عام طور پر مطرانی ضیق موجود ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں نہ صرف تاموری تاچہ کا انطماس ہو جاتا ہے بلکہ اس کی بیرونی سطح بھی گرد و پیش کے پلیورا اور عظم القص سے مضبوطی کے ساتھ ثبت ہو جاتی ہے۔ فی الحقیقت واسطی بافتیں باہم چپک کر ایک کثیف لیفی بافت بنا دیتی ہیں (لیفی التہاب واسطہ = mediastinitis fibrosa)۔

علامات اور طبیعی امارات۔ درد قلب، اختلاج اور بہر نمایاں ہوتے ہیں۔ خود انضمام کی موجودگی ظاہر کرنے کے لئے طبیعی امارات پر اعتماد نہیں کیا جا سکتا۔ لیکن جب وسیع بیرونی انضمامات بھی موجود ہوں تو مندرجۂ ذیل میں سے ایک یا زائد طبیعی امارات شناخت ہو سکتے ہیں:۔ (۱) راس قلب سے متناظر مقام پر انکماشی بازکشیدگی۔ (۲) عظم القص کے زیریں سرے کی انکماشی بازکشیدگی۔ (۳) عظم القص سے بائیں جانب کو تیسری چوتھی اور پانچویں بین الاضلاع فضاؤں کی انکماشی بازکشیدگی۔ (۴) بائیں جانب کے

پہلو یا پشت پر پیچھے کی پسلیوں کی انکماشی بازکشیدگی (علامتِ براڈ بینٹ Broadbent's sign)۔ یہ سب زیادہ اعتماد کے قابل نہیں۔ بین الاضلاع فضاؤں کی انکماشی بازکشیدگی تو ہرگز منضم تامور کے لئے مخصوص و ممیز نہیں۔ مطرانی ضیق جو کہ عام طور پر اس کے ساتھ متلازم ہوتی ہے باحتیاط تلاش کرنی چاہیئے۔ موت فشلِ قلب اور وسیع اُذیما سے واقع ہوتی ہے۔

لاشعاعوں سے بھی منضم تامور کی قیمتی دلالتیں حاصل ہوسکتی ہیں۔ وہ یہ ہیں کہ گہری سانس لینے پر یا ایک جانب کو جھکنے پر قلب کی طبعی حرکت اور شکل میں تبدیلیاں، اور سانس لینے پر ڈایافرام کے مرکزی حصے کی حرکت میں تغیرات ہوجاتے ہیں، جس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ تامور اور واسط کے درمیان انضمامات موجود ہوتے ہیں۔

تاموری انضمامات کے انذار اور علاج پر بالخصوص افعالِ قلب کے اُن تغیرات کے لحاظ سے غور کرنا چاہیئے جو ان انضمامات کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں (ملاحظہ ہوں صفحات 275، 276)۔ علاج وہی ہے جو کہ عام مرضِ قلب کے لئے کیا جاتا ہے۔

مرضِ تضیقی التہابِ تامور

پک (Pick) کا مرض

یہ مرض جس کا پہلے پہل لوئر (Lower) (۱۶۶۹ء)، چیورز (Chevers) (۱۸۴۲ء)، ولکز (Wilks) (۱۸۷۰ء) اور پک (Pick) (۱۸۹۶ء) نے تذکرہ کیا، حال ہی میں دوبارہ منصۂ شہود پر لایا گیا ہے (73)۔

بحثِ اسباب۔ تدرن، ذات الریہ معہ ذات الجنب یا التہابِ تامور اور عفونت اس کا سبب ہوسکتے ہیں۔ لیکن اس کا سبب اکثر اوقات غیر معلوم رہتا ہے کیونکہ اس کا آغاز غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے حاد التہابِ تامور کی سرگذشت موجود ہو لیکن حاد روماتزم کی سرگذشت نہیں پائی جاتی۔

مرضی تشریح۔ جداری تامور کی مزمن لیفی دبازت واقع ہوتی ہے اور بسا اوقات تکلس، سیال کی جیبیں، تامور کا انطماس اور بیرونی تاموری انضمامات موجود ہوتے ہیں۔ چونکہ تضییق کی وجہ سے قلب دورانِ انبساط میں بھر نہیں سکتا لہٰذا ایک رکود در آمد ("inflow stasis") پیدا ہوجاتا ہے، اور استسقاء کے شکلی اور اس کے ساتھ ایک ضرر زدہ

(frosted) "مصری کی ڈلی" جیسا جگر یا طحال اور پلیوری انصباب پیدا ہوجاتا ہے۔ قلب بجائے خود تندرست ہوتا ہے۔

علامات۔ اس کا آغاز غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ بہر استسقائے شکمی ایک کلانی یافتہ لیکن غیر الیم اور غیر نابض جگر، وداجی وریدوں کا احتقان، نبض متناقض (pulsus paradoxus) پست فشار خون، اور بعض اوقات ٹانگوں کا اذیما اور پلیوری انصباب پائے جاتے ہیں۔ قلب کی جسامت طبعی یا کسیقدر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ براڈبینٹ (Broadbent) کی امارت موجود نہیں ہوتی۔ برقی قلب نگاشت پست وولٹیج (voltage) کی ہوتی ہے اور تقویہ ما اور ما میں ل۔ امواج چپٹی یا معکوس پائی جاتی ہیں، اور گاہے اذینی ریشکی انقباض موجود ہوتا ہے۔ مصلی پروٹینس کم ہوتی ہیں۔

تشخیص۔ مطرانی ضیق خواہ اس کے ساتھ متصل تامور ہو یا نہ ہو، تحریرات کے لئے محتاط امتحان کرکے تشخیص کی جاتی ہے۔ التہاب کثیر الاغشیہ مصلیہ (polyserositis) ایک مختلف مرض ہے۔ بابی کبدیت (portal cirrhosis) اور تغذیتی اذیما (nutritional oedema) کو مفرق کرنا چاہئے۔

انذار۔ یہ مرض مزمن ہوتا ہے گو کہ بعض اوقات اس کے ساتھ فترات پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے یہ ایک سریع سیر اختیار کرے یا کئی سال تک قائم رہے۔ عملیہ کے بعد ۱۰ مریضوں میں ۸ مریض شفایاب ہوچکے ہیں، ایک دوسرے مریض کو افاقہ ہوگیا۔

علاج۔ تاموری جزوی استیصال کا عملیہ جو کہ ڈیلارم (Delorme) کے نام سے موسوم ہے، واحد شافی علاج ہے۔

تاموری اجتماع آب

(hydropericardium)

یہ اصطلاح تاموری تاجہ کے اندر مصل کی زیادتی کے لئے استعمال کی جاتی ہے اور عموماً استسقاء کے انفعالی افرازکو اُن التہابی انصبابات سے تمیز کرنے کے لئے کام میں لائی جاتی ہے جو پہلے التہاب تامور کے تحت بیان کئے جاچکے ہیں۔ قدرتی طور پر تامور کے اندر مصل کی نہایت تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے، اور کسی سبب سے موت واقع ہوجانے

کے بعد اِس کے اندر پھیکے زرد رنگ کے سیال کے چند ڈرام ملنا عام ہے۔ معلی انصبابات کے
اسباب؛ التہاب کے علاوہ؛ وہی ہیں جو استسقائے عمومی کے ہوتے ہیں؛ مثلاً مرضِ برائٹ
اور تامور کے وریدی دورانِ خون میں ایسی مقامی مداخلت جیسی کہ خود قلب کا مصرائی
مرض، کششِ کا مزمن مرض؛ اور اُن وریدوں پر جو تاموری سطحوں سے خون واپس لیجاتی
ہیں سلعات کا دباؤ۔ تاجہ کے اندر کا مایع؛ دوسرے معلی کہفوں کے استسقائی انصباب کے
مایع سے مشابہ ہوتا ہے؛ اور وہ پھیکے زرد رنگ کا؛ یا لون دموی مادہ کے ارتشاح کی وجہ سے
کم و بیش گلابی رنگ کا ہوتا ہے؛ اور ساتھ ہی اُس میں فائبری نوجن اور ۱ تا ۳ فی صدی
البیومین موجود ہوتا ہے۔

تاموری اجتماعِ آب کے طبیعی امارات وہی ہیں جو التہابِ تامور میں انصباب کے
ہوتے ہیں۔ عموماً کسی خاص علاج کی جو تامور سے متعلق ہو اُس وقت ضرورت نہیں ہوتی
جب کہ یہ حالت استسقائے عمومی کا ایک جزو ہو؛ یا جہاں یہ دورانِ خون میں مقامی مداخلت
کا نتیجہ ہو۔ استسقائے عمومی یا مصرائی مرض کا تدارک کرنا چاہئے۔ شاذ اصابتوں میں انصباب
اس قدر سریع الوقوع یا وافر ہوتا ہے کہ تامور کے بزل کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔

293

تاموری ہوائی اجتماعِ آب

(pneumo-hydropericardium)

اس کے یہ معنے ہیں: تامور کے اندر گیس اور مایع دونوں کا موجود ہونا۔ مایع کے
ساتھ گیس ہونا مندرجہ ذیل کا نتیجہ ہو سکتا ہے (۱) گیس گنگرین (gas gangrene) اور
(۲) ہوا مشمول رکھنے والے کہفوں کے ساتھ تاموری تاجہ کا ارتباط۔ یہ ارتباط ضربی
ہو سکتا ہے؛ جیسا کہ ایک شعبدہ باز کی حالت میں ہوا کہ اُس نے ایک کند تلوار کو نگلنے کی
کوشش میں مری میں سے تامور کو چھید دیا؛ یا جیسا کہ فلنٹ (Flint) کی درج کردہ اصابت
میں ہوا کہ جس میں پلیٹورا کے آرپار ہول لگ کر تامور میں چھید ہو گیا؛ اور تاموری بزل
کے عملیہ کے بعد ہوا ہے۔ یا ممکن ہے کہ یہ ارتباط مرض کی وجہ سے قائم ہو جائے۔ اور ایسی
اصابتیں بھی مندرج ہوئی ہیں جن میں مری کا سرطان متقرح ہو کر تامور کے اندر پہنچ گیا
سل ریوی کا ایک کہفہ تامور کے اندر کھل پڑا؛ اور خراج جگر ایک ہی وقت میں تامور اور

معدہ دونوں کے ساتھ ارتباط رکھتا تھا۔ تامور کے اندر تنہا گیس کبھی نہیں دیکھی جاسکتی، کیونکہ اس کے باہر سے داخل ہونے کے تقریباً فی الفور بعد تامور کا التہاب مع ایع انصباب کے پیدا ہوجاتا ہے۔

تاموری ہوائی اجتماع آب کے طبیعی امارات یہ ہوتے ہیں:۔ قرع کرنے پر پیش قلبی رقبہ پر گمگ، اور حرکات قلب کے ساتھ چھلکنے کی آوازیں یا غرغر کی ہم زمان آوازیں۔

تاموری اجتماع الدم

(hæmopericardium)

نام نہاد تاموری نزف التہاب میں نوساختہ عروق کے پھٹنے سے تامور کے اندر خفیف درجہ کا انصباب خون واقع ہوتا ہے۔ لیکن نسبتہً بڑی مقداروں میں خون کا انصباب جب یہ براہ راست ضرب کی وجہ سے نہ ہو تو عضلۂ قلب کے انشقاق یا ایک انورسمائی تاپچہ کے انشقاق یا مرطانی بالیدیں کے عروق کے انشقاق سے پیدا ہوجاتا ہے۔ اسکروی اور اس سے ملتی ہوئی حالتیں بھی تاموری نزف پیدا کرسکتی ہیں۔

علامات۔ جب تامور کے اندر خون کا انصباب دفعتہً واقع ہوجاتا ہے تو مریض پسینہ میں کم و بیش ضیق، شحوب، غشیان، بے ہوشی اور موت یکے بعد دیگرے جلد طاری ہوجاتے ہیں۔ یا ممکن ہے کہ مہلک خاتمہ سے پہلے چوبیس یا چھتیس گھنٹے تک وہ شحوب، ضعیف نبض، اور انتصابی تنفس کی حالت میں رہے۔ اور اغلب معلوم ہوتا ہے کہ نزف اور بھی کم درجہ کا ہو تو ممکن ہے کہ موت کے وقوع میں اور بھی التواء ہوجائے، اور التہاب تامور پیدا ہوجائے جو کہ مریض کا مہلک خاتمہ کرنے میں حصہ لیتا ہے۔ والش (Walshe) ایسی اصابتوں کا تذکرہ کرتا ہے جن میں شفا حاصل ہوگئی، مگر یہ غالباً اسکروی کی نوعیت کی تھیں یا بہرحال انورسماؤں کے یا خود قلب کے انشقاق پر منحصر نہ تھیں۔

طبیعی امارات وہی ہوتی ہیں جو ایک بڑے تاموری انصباب کی ہوتی ہیں، اور ساتھ ہی وسیع پیش قلبی اصمیت، اور قلب کی آوازوں کی کمزوری یا غیر موجودگی ہوتی ہے۔ تشخیص میں انورسما کی سابق موجودگی یا ذبحۂ صدریہ کے حملوں کے علم سے مدد ملیگی۔

علاج ۔ کامل آرام وسکون، اور ہوشمندی کے ساتھ مہیجات کے استعمال سے ہی کچھ موقع مل سکتا ہے۔

ذبحۂ صدریہ

(ANGINA PECTORIS)

اس نام سے عموماً عظم القص کے نیچے کے اُس شدید درد کو یاد کیا جاتا ہے جو قلب یا اور طی میں پیدا ہوتا ہے، نہایت دفعۃً شروع ہوا کرتا ہے، اور کبھی کبھی ہلاک ثابت ہوتا ہے۔ اس شدید درد میں اور قلب میں پیدا ہونے والے اُن خفیف تر دردوں میں جنھیں بعض اوقات "ذبحۂ صغیرہ" ("angina minor") یا اس سے بھی بہتر محض "دردِ قلب" کے نام سے خطاب کرتے ہیں غالباً کوئی بنیادی فرق نہیں ہے۔

اسباب ۔ یہ طفلی میں ہوسکتا ہے، لیکن تیس سال کی عمر سے پہلے عموماً نہیں ہوتا، عمر کے ہر سال کے ساتھ اس کا وقوع بڑھتا جاتا ہے، اور پچاس اور پچھتر سال کی عمروں کے درمیان یہ نہایت عام ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں، ایک اور چار کے تناسب میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس پر توارث بھی اثر رکھتا ہے۔ یہ اور طی مرض میں عام اور سطراتی ضیق میں شاذ ہے۔ بعض اوقات تمباکو بھی اس کا سبب ہوتا ہے۔ ناسکی عفونت، بالخصوص جو مرارہ میں یا دانتوں کے راسوں پر ہو، ایک دوسرا عامل ہے۔ فوری محرک اسباب یہ ہیں:- (۱) جسمانی ورزش، بالخصوص پہاڑیوں پر چڑھنا یا ہوا کی مخالف سمت میں چلنا اور زمانۂ بعد میں، خفیف ترین قسم کی مشقت۔ (۲) زیادہ کھانا کھانا۔ زیادہ اکثر یہ دونوں حالات مجموعی طور پر کارفرما ہوتے ہیں۔ (۳) جذباتی ہیجان، خواہ یہ پستی پیدا کرنے والا ہو یا انتعاش آفریں ہو، اور دماغی بار۔ اور (۴) سردی میں کشف آخر الذکر اہم ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ رات کے وقت کسی سرد کمرے میں لباس اتارنے سے بستر میں اس کا حملہ ہوجائے۔ بعض اوقات اس کا حملہ دورانِ خواب میں شروع ہوجاتا ہے۔

امراضیات ۔ جب اس کے حملہ میں موت واقع ہوگئی ہو تو قلب عموماً مرتخی اور اس کے کہفے خون سے پُر پائے گئے ہیں۔ اصابتوں کی غالب تعداد میں قلب کا یا اورطی کا

کوئی مرض پایا گیا ہے جوکہ بیشتر اقسامِ ذیل کا تھا:۔ عضلۂ قلب کا التہاب۔ عضلۂ قلب کا لونی، شحمی یا لیفی انحطاط۔ آتشکی التہاب ورطی کو ورطی کا تحیر وما یا اتساع۔ اور طی مصراعوں کا اتحیر وما یا تکلس یا تکرش ان۔ اکلیلی شرائین میں شریانی صلابت (arterio-sclerosis) یا کلسی جماؤ یا ان کا انطماس درون شریانی التہاب یا علقیت سے۔ اکلیلی سداد بہت جلد ہی موت واقع کرسکتی ہے جوکہ شدید ترین ذبحی علامات کے ساتھ ہوتی ہے۔ ذبحۂ صدریہ کے سبب سے واقع ہونے والی موت کی بعض مثالوں میں عضلۂ قلب اور اکلیلی شرائین بالکل تندرست پائے گئے ہیں۔

میکنزی (Mackenzie) کی رائے ہے کہ ذبحہ کا انحصار عضلۂ قلب پر ہوتا ہے (29)۔ اس ضمن میں یہ نوٹ کرنا چاہیے کہ مطرانی ضیق کا معمولی درد جو بائیں آذین میں پیدا ہوتا ہے، سینہ کے بائیں جانب واقع ہوتا ہے، ایک ایسے بند میں جو ہنسلی سے لیکر غضروف حنجری سے نیچے تک پھیلتا ہے۔ اس رقبہ کی جلد کے حسی اعصاب نخاع کے چھٹے اور ساتویں ظہری فلقات تک جاتے ہیں۔ اس کے برعکس وہ درد جو بطین اور اورطی میں پیدا ہوتا ہے، سینہ میں نسبتہً اوپر محسوس ہوتا ہے، ایک ایسے رقبہ پر جو نسبتہً بلند تر ظہری فلقات سے متناظر ہوتا ہے، کیونکہ جنینی قلبی نالی میں بطینی حصہ آذینی حصے سے نسبتہً مقدم واقع ہوتا ہے اور بعد میں آگے کو خمیدہ ہوکر نیچے آجاتا ہے (30)۔ یہ نظریہ کہ ذبحی درد بطین سے پیدا ہوتا ہے، اب عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے۔ تندرست عضلۂ قلب سے بعض اوقات درد کا پیدا ہوجانا اس سے زیادہ مشکل نہیں ہے کہ جتنا بوابی ضیق (pyloric stenosis) کی صورت میں تندرست معدی عضلہ سے اکثر درد کا پیدا ہوجانا۔ دردِ قلب، آکسیجن کی عدم موجودگی میں، عضلۂ قلب کے سخت کام کرنے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، اور یہ ماننا قرینِ عقل معلوم ہوتا ہے کہ اس کے عضلی ریشوں کو اتنا کافی تندرست ہونا چاہیے کہ وہ درد کو پیدا کرسکیں۔ انھیں سخت کام کرنے کے قابل ہونا چاہیے۔ تندرست مگر نا تربیت یافتہ اشخاص کو جو تحت النقص درد فٹ بال کے سخت کھیل میں محسوس ہوتا ہے، وہ بھی مماثل مبداء کا ہوتا ہے۔ لیفی قلب (fibroid heart) کے ساتھ ذبحہ اس وجہ سے واقع ہوسکتا ہے کہ عضلی ریشے، تندرست ہونے کے باوجود تعداد میں بہت گھٹ جاتے ہیں اور ان کی جگہ لیفی بافت لے لیتی ہے۔ بعض اوقات

واقع ہوتا ہے لیکن زور لگانے پر سانس بالکل نہیں پھولتی' اس کی وجہ یہ ہے کہ عضلۂ قلب باوجودیکہ اس پر معمول سے زائد کام پڑ گیا ہے' اب بھی دورانِ خون کو قائم رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ جب دورانِ خون کا فشل ہو جائے تو ذبحہ غائب ہو جائے' اور جب علاج سے دورانِ خون پھر قائم ہو جائے تو ذبحہ پھر پیدا ہو جائے۔ تاہم عام ترین حالت بلاشبہ یہ ہوتی ہے کہ زور لگانے کے بعد درد اور سانس کا پھولنا دونوں بیک وقت پیدا ہوتے ہیں۔ اس تجرباتی درد کی تمثیل کی بنا پر جو کہ دورانِ خون بند ہونے کے بعد عضلی ورزش کرنے پر کسی جارحہ میں پیدا ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو متوقف عرجان intermittant claudication=) یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ ذبحہ شریانی تشنج سے پیدا ہوتا ہے' جو کہ بافت میں ایک پ مادہ (P-substance) آزاد کر دیتا ہے۔ یہ پ مادہ ایسا مستمر درد جو ضربات قلب کے ساتھ متغیر نہیں ہوتا پیدا کرتا ہے۔ شاید پ مادہ پست سالمی وزن والے غیر مکمل طور پر آکسیجن یافتہ حاصلاتِ تحول (metabolites) ہوتے ہیں جو کہ ولوجی دباؤ پیدا کر کے عمل کرتے ہیں اور اس وقت جب کہ آکسیجنی رسد عود کرتی ہے مکمل طور پر آکسیجن یافتہ ہو کر غائب ہو جاتے ہیں۔

امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) جو شدید ترین قسم کے (ماسوائے انضمام کی وجہ سے ہونے والے) درد کے سوائے باقی سب طرح کے درد کو چند ہی سیکنڈز میں تسکین دے دیتا ہے' اکلیلی شریانوں کا اتساع کر کے فعل کرتا ہے' اور بعض مریضوں میں برقی قلبی ترسیم کو تبدیل کر دیتا ہے' اور ت۔ موج کو انتصابی کر دیتا ہے (28)۔ وہ شرحِ نبض کو بھی بڑھاتا ہے' اور گو وہ محیطی عروق کا اتساع اور ساتھ ہی چہرہ کی نمایاں تمتمانہٹ (flushing) پیدا کر دیتا ہے تاہم تسکین کا سبب یہ نہیں ہو سکتا' کیونکہ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ خون کا دباؤ کم ہونے سے پہلے ہی تسکین محسوس ہونے لگتی ہے۔ امائل نائٹرائٹ سے ایک ایسے مریض میں بھی تسکین محسوس ہوئی' جس کو مطرانی خنیق اور بازو کے ساتھ ہنسلی کے نیچے درد بھی تھا۔

295 علامات۔ مریض پر بالکل ناگہانی طور پر سینہ کے سامنے حاد درد کا حملہ ہو جاتا ہے اور یہ درد عظم القص کے بالائی یا زیریں حصے کے نیچے' یا یوں کہنا چاہئے کہ اس سے

بائیں جانب واقع ہوتا ہے لیکن خود قلب کے مقام پر درد نہیں ہوتا۔ درد اس مقام سے بائیں جانب اور پیچھے یا آر پار عظم الکتف تک اور اوپر کو بائیں شانے تک اور نیچے بائیں بازو اور ہاتھ تک تشعع کرتا ہے۔ بالنسبۃً کم بار ایسا اتفاق بھی ہوتا ہے کہ یہ عظم القص کے دائیں طرف ہو کر دائیں شانے، بازو اور ہاتھ تک تشعع کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد ایک ہی وقت میں دائیں اور بائیں دونوں جانب واقع ہو۔ یہ گردن کے دونوں جانب جلد الراس تک اوپر چلا جا سکتا ہے، جس کی توجیہ اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ سرقوامی عصب قلب سے نکلنے والے درآور تائیمی لسانی بلعومی عصب کا حسی جواب (counterpart) ہوتا ہے اور اس لئے وہ "بعید السبب درد" کا محل وقوع بن جاتا ہے (30)۔ یہ درد حلق میں محسوس ہو سکتا ہے۔ سینہ کا درد "خارق" یا "تاخز" یا "آگ کی طرح جلتا ہوا سوزشی" یا "مضیق" بیان کیا جاتا ہے۔ بازوؤں یا انگلیوں میں درد کے ساتھ جھنجھناہٹ یا سُن پنا بھی محسوس ہونا ممکن ہے۔ مختلف مریضوں میں درد کا آغاز بہت مختلف طور پر ہوتا ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ ایک یا دونوں بازوؤں میں شروع ہو کر اوپر کو سینہ تک پھیل جائے۔ یا ممکن ہے کہ وہ بالائی شکم میں شروع ہو (شراسیفی ذبحہ = epigastric angina)، یا نسبتاً نیچے شکم میں شروع ہو (شکمی ذبحہ = angina abdominis)۔ ایسے ہی ایک مریض میں یہ درد زور لگانے یا محنت کرنے پر شروع ہو جاتا، اور ابتداءً ناف کے خطے میں محدود ہوتا جہاں وہ نہایت شدید ہوتا۔ لیکن یہ بتدریج شدت میں بڑھ کر سینہ اور پشت پر ساری دور پھیل جاتا تھا۔ حملہ کے دوران میں مریض کا بشرہ تشویشناک یا سنجیدہ ہوتا ہے۔ اور اگر وہ چل رہا ہے تو ٹھیر جانے پر مجبور ہو جاتا ہے، اور وہ خاموش رہتا ہے۔ اسے ٹھنڈے پسینے آنے لگتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس کا رنگ زیادہ ہو جائے اور اسے قریب الموت ہونے کا احساس ہو۔ نبض عموماً غیر متغیر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ سست ہو جائے، یا ایسی بے قاعدگیاں، جیسے کہ مستزاد انقباضات دیکھے جائیں۔ ایک مہلک حملہ کے خاتمہ کے قریب نبض تیز ہو جاتی ہے۔ خون کے دباؤ میں کوئی ممیز تبدیلی نہیں ہوتی۔ بعض مریضوں میں وہ بقدر ۲۰ ملی میٹر یا تقریباً ۴۰ ملی میٹر زیادہ ہو جاتا ہے۔ درد چند سیکنڈ یا منٹ جاری رہنے کے بعد بسرعت جاتا رہتا ہے لیکن ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے دوران میں پھر بار بار ہونے لگے، یا چند مہینوں یا برسوں تک

پھیرتا محسوس ہوتا۔ ذبحہ پہلے اور واحد حملہ میں مہلک ہو سکتا ہے۔ حملوں کے درمیان میں اور شدید حملوں کے بالآخر موقوف ہو جانے کے بعد ممکن ہے کہ سینہ کی دیوار اور بازوؤں پر مختلف مقامات پر دبانے سے ایلمیت محسوس ہو اور ہفتوں تک اس طرح محسوس ہوتی رہے۔ یہ مقامات آئے دن بدلتے رہتے ہیں۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ مریض کی توجہ سینہ کے اندر تیزی یا پچکاؤ کے احساسات کے طرف مبذول ہو جنہیں اس امر کی تنبیہ لازمی سمجھنا چاہیئے کہ اگر احتیاط نہ کی جائے گی تو شدید درد نمودار ہو جانے کا امکان ہے۔

حملہ کے ساتھ اکثر معدے کی تیزی کا احساس موجود ہوتا ہے بالخصوص جب کہ حملہ کھانے کے بعد ورزش کی وجہ سے شروع ہو گیا ہو اور ممکن ہے کہ اگر ڈکار کے ذریعہ ہوا کامیابی کے ساتھ خارج کر دی جائے تو اس میں تخفیف ہو جائے۔ ایسی علامت کی کثرت وقوع سے یہ رائے پیدا ہو گئی ہے (31) کہ ہوا سے معدے یا مری کا پھولنا ہی اس شکایت کا اولی سبب ہے لیکن اس رائے کو چند اشخاص ہی تسلیم کرتے ہیں۔ ایک مشاہدہ کردہ اصابت میں (32) ڈکاریں لینے کی کوشش سے درد میں ہر مرتبہ تخفیف ہو گئی لیکن لاشعاعوں سے پتہ چلا کہ معدے میں ہوا داخل ہو گئی تھی۔ تاہم مقام ذبحہ اور بالائی غذائی نبطے کے درمیان ایک نہایت قریبی معکوس تعلق ہوا کرتا ہے کیونکہ پیٹ بھر کر کھانا کھانے سے حملہ میں تعجیل ہو جائے گی۔ تیز ذبحی حملوں کے دوران میں محسوس ہونے والے بعض درد مری کے اندر پیدا ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ نگلنے سے ایک لمحہ کے لیے زیادہ ہو جائیں یا کم ہو جائیں۔ اس کی توجیہ اس دودی حرکت کی موج سے ہوتی ہے جو نگلنے کے بعد مری پر سے نیچے کو گزرتی ہے (32)۔ جان ہنٹر نے اس موضوع پر خود اپنی حالت میں سر سری مشاہدہ کیا۔ شاید ایسے دردوں کے لئے "ذبحۂ کاذب" ("pseudo-angina") کی اصطلاح استعمال کی جا سکتی ہے۔ بعض اوقات ذبحہ مرض رینا ڈ کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

ذبحۂ صغیر (angina minor) میں ممکن ہے کہ مریض ورزش یا سردی کے تکشف کے نتیجہ میں چند سیکنڈ تک کیقدر تحت الفص درد محسوس کرے اور خاموش رہنے پر مجبور ہو جائے۔ بعض اوقات یہ حملے غلط طور پر "ذبحۂ کاذب" کے نام سے موسوم کئے گئے ہیں لیکن اس اصطلاح کا استعمال اس تعلق میں نہیں کرنا چاہیئے ورنہ اس حالت کی نزاکت مخفی ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

تشخیص۔ درد کی نوعیت، زور لگانے کی وجہ سے اس کا وقوع، اماٹل نائٹرایٹ سے اس میں تخفیف ہونا، قلبی یا شریانی ضرر (مصراعی مرض یا صلابت الشرائین) کے علامات، یہ سب امور عموماً فیصلہ کن ہوتے ہیں۔ اسے اُس قلبی درد سے تمیز کرنا چاہئے جو پیش قلبہ پر محسوس ہوتا ہے، اور مصراعی مرض یا عضلۂ قلب کے انحطاط کی وجہ سے فشل پذیر ہونے والے قلب کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ اسے وجع العصبی (neuralgic) درد دل سے بھی تمیز کرنا چاہئے، بالخصوص عصبانی مزاج کی عورتوں میں۔ اِس حالت میں درد اکثر آرام وسکون کی حالت میں ہوا کرتا ہے، ذبحہ کے نسبت زیادہ طویل عرصے تک جاری رہتا ہے، اور ممکن ہے کہ قلب کے پُر شور فعل اور اختلاج کے ساتھ متلازم ہو۔ ذبحہ کی نسبۃً خفیف قسمیں اکثر اوقات غلطی سے سوءِ ہضم یا التہاب معدہ سمجھ لی جاتی ہیں۔ اور اس کی توجیہ ایک حد تک اِس واقعہ سے ہوتی ہے کہ اِس کا حملہ اکثر اُس وقت ہوتا ہے جب کہ مریض کھانا کھانے کے بعد چلتا پھرتا ہے۔ تمباکو کے ذبحہ (tobacco angina) کے خصائص ذبحۂ صدریہ سے کسیقدر مماثل ہوتے ہیں۔ نہایت شدید درد ایک اکلیلی شریان کی علقیت سے بھی پیدا ہوسکتا ہے، جو بعد میں بیان کی گئی ہے۔ لیکن یہ درد مسلسل ہوتا ہے، اِس میں مریض مبہوت اور اکثر بے چین ہوتا ہے۔ نبض ضعیف ہوجاتی ہے، تپ موجود ہوتی ہے، اور خون کے سپید خلیوں کی کثرت اور بعض اوقات تاموری فرک ہوتا ہے جو تشخیص کا فیصلہ کر دیتا ہے۔ بالآخر، معدہ کے حاد انتفاخ سے بھی ایسے ہی علامات پیدا ہوگئے ہیں، اور اِس میں معدے کے اندر ایک انبوبہ داخل کرنے سے تخفیف ہوگئی ہے۔

انذار۔ ممکن ہے کہ موت ذبحی حملہ کے دوران میں یا اُس کے ذرا دیر بعد، یا سوتے میں، یا دفعۃً واقع ہوجائے۔ وہ فشل قلب سے یا دوسرے اسباب سے واقع ہوسکتی ہے۔ انذار کا انحصار اس پر ہوتا ہے کہ مریض پر علاج کا اثر کس قدر اچھا ہوتا ہے۔ یہ ہوسکتا ہے کہ مریض کو ایک حملہ ہو اور اس کے باوجود اگر معقول احتیاط کی جائے تو وہ برسوں بعد تک زندہ رہ سکے۔ ناموافق امارات یہ ہیں:۔ ورزش کی قلیل برداشت، نبض تبادل اور برقی قلبی ترسیموں میں بعض تبدیلیاں (ملاحظہ ہو صفحہ 281)، جو سب یہ ظاہر کرتے ہیں کہ قلب کی فعلی قوت تحت السواء ہے۔

علاج۔ دورانِ حملہ میں مریض کو بالکل خاموش اور بے حرکت رہنا چاہیئے۔ ذبحہ کے حملہ کے لئے نہایت کارگر دوا نائٹرائیٹ آف امائل (nitrite of amyl) ہے جس کے ۳ تا ۵ قطرے شیشے کے ایک چھوٹے کیسہ میں شمول ہوتے ہیں جس پر کتان چڑھا ہوا ہوتا ہے۔ اس کیسہ کو انگلی اور انگوٹھے کے درمیان یا چمٹے سے دبا کر توڑ دیا جاتا ہے اور دوا کا بخار آزادانہ سونگھا جاتا ہے۔ اس کے سونگھنے سے چہرہ سُرخ ہو جاتا ہے، جمجمی عروق پھڑکنے لگتے ہیں اور درد اکثر فوراً موقوف ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ دوا کی اس معتاد کو مکرر دینا پڑے۔ نائٹرو گلیسرین (nitro-glycerine) (۱/۱۰۰ تا ۱/۱۲ گرین) کا ایک قرص منہ میں رکھنے اور چبانے پر جب اس کا جذب واقع ہوتا ہے تو اس سے بھی اچھا اثر ہوتا ہے۔ نائٹرو گلیسرین کی قلیل معتادوں کے استعمال کے بعد بھی ابتدائً تپک کے ساتھ دردِ سر (throbbing headache) ہوتا ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد اس کی برداشت پیدا ہو جاتی ہے اور نسبتہً بڑی معتادوں کا تحمل ہو سکتا ہے۔ سوڈیم نائٹرائیٹ (sodium nitrite) (۱/۲ ۲ گرین بصورت قرص) اور ایرتھرال ٹیٹرانائٹرائیٹ (erythrol tetranitrite) (۱ گرین ایک ڈرام الکحل مطلق کے اندر مناسب طور پر مرقق کر کے) بھی عمدہ موسع العروق (vaso-dilators) ہیں۔ اگر یہ تدبیریں ناکامیاب ہوں تو مارفیا کا تحت الجلدی اشراب کام میں لایا جا سکتا ہے، اور زیادتی ہبوط ہو تو برانڈی یا ایتھر کی ضرورت پڑے گی۔ مارفیا بوقت ناکہ بہ مفید ہوتا ہے جب کہ جوش و ہیجان یا دماغی تشویش کے باعث حملوں میں تعجیل ہو جائے۔ جب پُر معدے کی وجہ سے یا ریحیت کے ہمراہ حملے ہو جائیں تو سال وولاٹائل (sal volatile) پانی کی مساوی مقدار کے ساتھ مرقق کیا ہوا مفید ہو سکتا ہے۔ آکسیجن خیمہ کے ذریعہ مکرر حملے روکے جا چکے ہیں۔

جب کسی مریض میں ذبحہ ایک مرتبہ ظاہر ہو جائے تو ضروری ہے کہ مریض چند ہفتوں تک بستر میں کلّی آرام لے اور تشویش و ہیجان سے محترز رہے۔ غذا ایک وقت میں تھوڑی مقدار میں دی جائے۔ جب مریض پھر چلنے پھرنے لگے تو اس کو چاہیئے کہ اپنی طرزِ زندگی کو اس طرح بدل دے کہ ان اسبابِ عاملہ (دافر عضلی محنت وغیرہ) سے محترز رہے جن سے حملہ ہو گیا تھا۔ اپنی زندگی کو منظم بنانے میں اسے پُری اور سینہ کے بچکاؤ کے اُن تنبیہی احساسات سے مدد ملے گی جو اس کے پھر

حد سے زیادہ کام شروع کرنے پر ظاہر ہو جائیں گے۔ حملوں کی روک تھام اولاً تو ادویہ سے کرنی چاہیئے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد غالباً نائٹرائٹس کا استعمال حفظ ما تقدم کی غرض سے نہ کرنا بہترین ہے کیونکہ اگر وہ مریض کے تنبیہی امارات کو دور کر دیں تو اسے پھر اپنے قلب سے زیادہ کام لینے کی جرأت ہو جاتی ہے اور اِس سے دورانِ خون کا فشل پیدا ہو جانے کا امکان ہے۔ امائل نائٹرائٹ یا نائٹروگلیسرین کے قرص ضرورت کے وقت کام آنے کے لئے پاس رکھنے چاہئیں۔ تمباکو نوشی کی زیادتی کو موقوف کر دینا چاہیئے۔ بعض مریض تمباکو کے لئے اس قدر حساس ہوتے ہیں کہ دن میں ایک یا دو سگریٹ بھی ان کے حملوں کو جاری رکھ سکتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں جہاں قلب کی محفوظ قوت کم ہو ممکن ہے ایسا علاج حملوں کو روکنے میں ناکامیاب رہے، اور جب کبھی مریض ذرا ہی چلے پھرے گا تو یہ بدستور واقع ہو جائیں گے۔ ایسی اصابتوں میں نائٹروگلیسرین مفید ہوگی۔ اس کی مقدار $\frac{1}{100}$ قطرہ روزانہ تین یا چار بار ہو سکتی ہے، جسے بتدریج $\frac{1}{50}$ یا $\frac{1}{25}$ تک بڑھا سکتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاسیئم (۵ تا ۳۰ گرین) بھی نفع بخش ہوتا ہے۔ آتشک کا علاج بھی کرنا چاہیئے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ ذیابیطس شکری (diabetes mellitus) میں کاربوہائڈریٹ کی کثرت رکھنے والی غذا اور انسولین (insulin) دینی چاہیئے۔ بعض اوقات برقی قوس (electric arc) میں جسمانی سطح کا کشف کرنے سے حملے رک گئے ہیں۔ اموینیم برومائڈ ۱۰ تا ۲۰ گرین کی خوراکوں میں بحیثیت ایک دافع تشنج مسکّن کے مفید ہے۔ ہمارے معلومات کی موجودہ حالت میں جراحی علاج، یعنی عصب خافضہ کو قطع کر دینے کی سفارش نہیں کی جا سکتی۔

297

ذبحہ کا تلازم قلب اور شش کے اُس احتقان کے ساتھ جو چپ جانبی فشل کے باعث ہوتا ظاہر کرتا ہے کہ مسدود ہز مار کے مقابل زور سے زفیر کرنے سے اور اِس طرح قلب اور شش، نظامی دورانِ خون کے اندر خالی کرنے سے ممکن ہے کہ حملہ رک جائے۔ راقم الحروف کا ذاتی مشاہدہ ثابت کرتا ہے کہ کم از کم خفیف چپ جانبی دھند دون پر تو یہ بیان صادق آتا ہے۔ آہستہ آہستہ گہری سانسیں لینا بھی مفید ہے۔ ممکن ہے کہ زور دار شہیق کا برعکس عمل بعض راست جانبی دردوں پر اطلاق پذیر ہو۔ مریض کو ان حرکات کو عمل میں لانا سکھا دینا چاہیئے۔ یہ یقیناً کوئی نقصان تو کر نہیں سکتے

ساری شریانی التہاب

(INFECTIVS ARTERITIS)

حاد شریانی التہاب۔ حاد سرایت شریان تک باہر سے آسکتی ہے (ابتدائی گرد شریانی التہاب= (initial peri-arteritis) یا اندر سے (ابتدائی دروں شریانی التہاب= (initial endarteritis)۔ اول الذکر کسی متصلہ تقیحی مرکز یا زخم سے سرایت رساں عامل کے راست پھیل جانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ نسبتہً بڑی شرائین کا ابتدائی حاد دروں شریانی التہاب دیوار شریانی پر اُن عضویوں کے حملہ کی وجہ سے ہو سکتا ہے جو دورونہ میں مفروز عفونی سدادہ کے ذریعہ منتقل ہو گئے ہوں، یا وہ ہم پہلو عفونی رو ئیدگیوں میں سے سرایت کے پھیلنے سے پیدا ہوتا ہے، جیسے کہ اس خبیث التہاب دروں قلب میں جو اورطی یا ریوی شریانوں کو ماؤف کر دیتا ہو۔ سرایت رساں عامل خواہ کسی راستہ سے عرقی دیوار تک پہنچے آخر الذکر کی ساری دبازت بہ سرعت ماؤف ہو سکتی ہے۔ نسیجیاتی لحاظ سے حاد التہاب کا سا منظر پیدا ہو جائے گا، اور نرم شدہ دیوار درجۂ مضرت کے لحاظ سے یا تو باہر کی طرف اُبھر آتی ہے (فطری انورسما = mycotic aneurysm) یا وہ مثقوب ہو کر خون کو باہر نکلنے دیتی ہے۔

حاد گرہکی کثیر شریانی التہاب (polyarteritis acuta nodosa)۔

حاد گرد شریانی التہاب کی اصطلاح استعمال کرنے کے بعد یہاں ایک نہایت شاذ حالت (جسے حاد گرہکی گرد شریانی التہاب بھی کہتے ہیں) کا تذکرہ کرنا بے محل نہ ہوگا، خاص طور پر اس وجہ سے کہ غالبًا وہ بھی ایک حاد سرایت کے باعث ہوتا ہے، اگرچہ آخر الذکر کی نوعیت اب تک متعین نہیں ہوئی ہے۔ جسم کی بہت سی چھوٹی شریانیں ماؤف ہو سکتی ہیں، بالخصوص قلب اور گردوں کی۔ ماؤف عروق میں چھوٹے گرہکی اورام پیدا ہو جاتے ہیں، جو در اصل چھوٹے چھوٹے انورسما ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ علقیت کبھی ہوتی ہے کبھی نہیں ہوتی۔ معلوم ہوتا ہے کہ ابتدائی ضرر شریان کے درمیانی طبقہ کا ماسکی تنخر ہوتا ہے، اور اس کے گرد و پیش حاد التہابی تعامل ہوتا ہے جو سب تینوں طبقات کو ماؤف کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ علقیت واقع ہو جائے، یا نرم شدہ دیوار ڈھیلی پڑ کر باہر کی طرف اُبھر آتی ہے (انورسما)، اور

اکثر اوقات پھٹ کر خون کو باہر نکلنے دیتی ہے۔

تدرنی شریانی التہاب (tuberculous arteritis) مزمن ساری شریانی التہاب کے دو عام ترین سبب عصیّہ درنیہ اور پیچ سلکیہ شاحب ہیں۔ ایک درنی مرکز کے قرب و جوار میں ایک شریان کی دیوار تجبنی آریکی عمل کے راست پھیلاؤ کی وجہ سے ماؤف ہو سکتی ہے۔ ماؤف دیوار ایک تدرنی ضرر کے معمولی خصائص ظاہر کرتی ہے' اور ممکن ہے کہ بطانی یا درون حلمی خلیات کے تکاثر سے' خواہ اس کے ساتھ ایک علقہ ہو یا نہ ہو' شریان کا درونہ مطموس ہو جائے۔

آتشکی شریانی التہاب (syphilitic arteritis)۔ آتشکی شریانی التہاب کی صورت میں دو قسمیں شناخت کی جاتی ہیں۔ ایک وہ جو اورطی میں پایا جاتا ہے' اور دوسرا وہ جو چھوٹی شریانوں میں ہوا کرتا ہے' لیکن دونوں کا بنیادی تعامل مماثل ہوتا ہے۔ اول الذکر میں التہابی عمل' جو پیچ سلکیہ کی تحریک سے شروع ہوتا ہے' بیرونی طبقہ میں عروق العروق کے تعلق میں آغاز پذیر ہوتا ہے اور ان کا درونہ اپنے استری درون حلمی خلیوں کے تکاثر سے تنگ یا مطموس ہو جاتا ہے۔ گول خلیوں کی گرد عروقی دررزش عروق العروق کے ہمرکے ساتھ ساتھ واقع ہوتی ہے اور اسی واسطے اورطی کے درمیانی طبقہ میں پھیل جاتی ہے۔ عضلی خلیوں اور لچک دار بافت کے چھوٹے چھوٹے رقبوں میں تنخر واقع ہو جاتا ہے' اور یہ رقبے لمف آسا اور بلازمائی خلیوں کے ماسکوں کے ساتھ مل کر خرد بینی صمغیے بنا دیتے ہیں۔ ایسے رقبہ کا بطانہ' بطانی خلیوں کے تکاثر سے دبیز ہو جاتا ہے' اور ان تو خیز عروق شعریہ کی کلیاں پھوٹ نکلنے کی وجہ سے جو کہ اس دبیز رقبہ کے اندر بالیدگی حاصل کرتے ہیں عروقی ہو جاتا ہے۔ بعد میں کچھ تو تنخری طبیہ کے جذب کی وجہ سے اور کچھ اس تو خیز لیفی بافت کے انقباض کی وجہ سے جو غائب شدہ عضلی اور لچکدار بافت کے بجائے پیدا ہو جاتی ہے' اورطی کی اندرونی سطح پر انداب دیکھا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے نالچکدار لیفی بافت درمیانی طبقہ کی اس عضلی اور لچکدار بافت کی جگہ لے لیتی ہے کہ جس پر شریانی دیوار کی کارکردگی کا انحصار ہوتا ہے' اور آخر الذکر جہاں کہیں متلیف ہو جاتی ہے' بتدریج پھیل کر تن جاتی ہے۔ انورسما کی پیدائش کا یہی طریقہ ہے۔ چونکہ اس ضرر کی اہمیت کا انحصار درمیانی طبقہ کو پہنچی ہوئی مضرت کی مقدار پر ہوتا ہے' لہٰذا اورطی کے

296

آتشکی مرض کو اکثر التہابِ میان اورطی (mesaortitis) کہتے ہیں، اگرچہ وہ اوّلاً عروق العروق کا ایک ضرر ہوتا ہے۔

ماؤف اورطی و بازت کی جھلیاں نیز ایک نہایت متعین انداب ظاہر کرے گا اور آخرالذکر خالی آنکھ سے ایک آتشکی ضرر کو اُن ضررات سے متفرق کرنے میں کام آتا ہے جو اتحیرو ما کی وجہ سے ہوتے ہیں، اور یقیناً اتحیرو ما کا ساتھ موجود ہونا بھی ممکنات میں سے ہے۔

نسبتہً چھوٹے شرائین کی حالت میں بیرونی طبقہ بھی چھوٹے گول خلیوں کی دریز ظاہر کرتا ہے۔ درمیانی طبقہ بہت کم ماؤف ہوتا ہے، لیکن بطانہ نہایت متعین تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ بطانہ کی اتصالی بافت کے خلیوں کے تکاثر کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ بہت دبیز ہوجاتا ہے۔ لیفی ورقے اور نئی لچکدار بافت پیدا ہوکر درونہ بہت تنگ بلکہ مطموس ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عمل انطماس علقیت کے وقوع سے تیز تر ہوجائے۔ آتشکی مرض کی اِس قسم کا ایک عام محلِ وقوع دماغی عروق ہیں، بالخصوص اُن کی قشری شاخیں۔ صمغیات میں واقع ہونے والے تنخر کے تعلق میں آتشکی التہابِ بطانۂ شریان (syphilitic endarteritis) ایک اہم حصہ لیتا ہے، اور اِس کے برعکس ایک صمغیتی عمل براست پھیلاؤ کے ذریعہ سے بڑھ کر قرب وجوار کی ایک چھوٹی شریان کو ماؤف کرسکتا ہے جو اب تک غیر ماؤف تھی۔

اس طرح پرتمدیتی اور آتشکی التہابات بطانۂ شریان دونوں درونہ کا انطماس پیدا کردینے کا رجحان رکھتے ہیں، لہٰذا وہ انطماسی التہاب بطانۂ شریان (endarteritis obliterans) یا تکاثری التہاب بطانۂ شریان (endarteritis proliferans) کی مثالیں ہیں۔ یہ ایک ایسا عمل ہے جو ابھی بیان کئے ہوئے طریقوں کے علاوہ اور دوسرے طریقوں سے بھی واقع ہوسکتا ہے۔ مثلاً اِس اصطلاح کا اطلاق اُن شرائین کے فعلیاتی انطماس پر کیا جاسکتا ہے، کہ جن کی ضرورت نہ رہی ہو۔ یہ انطماس سُرّی شرائین (umbilical arteries)، قناۃ شریانی (ductus arteriosus)، وضع حمل کے چند بعد سے رحمی عروق، سنِ یاس کے زمانہ میں بیضی عروق وغیرہ میں واقع ہوجاتا ہے۔ ان اصابتوں میں بطانہ بتدریج دبیز ہوجاتا ہے اور درونہ مطموس اور

عضلی خلیئے مذبول ہوجاتے رہیں۔

علقی عرقی انطماسی التہاب(thrombo-angiitis obliterans)۔

التہاب بطانۂ شریان کی ایک دوسری قسم "علقی عرقی انطماسی التہاب (thrombo-angiitis obliterans) کے نام سے موسوم ہے۔ شریانی مرض کی یہ مخصوص قسم بالخصوص نوعمر یا ابتدائی ادھیڑ عمر کے بالغ یہودیوں میں ہوا کرتی ہے، خاص کر اُن میں جو مشرقی یورپ کے رہنے والے ہوں۔ یہ آتشک کی وجہ سے نہیں ہوتی لیکن ممکن ہے کہ زیادہ سگریٹ نوشی ایک حد تک اِس کا سبب ہو۔ خون کا دباؤ بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ مرض کا ٹھیک طریقۂ پیدائش غیر واضح ہے۔ تاہم بطانہ کے خلیات کا بہت تکاثر ہوتا ہے اور اِس طرح وہ بتدریج دبیز تر ہو جاتا ہے۔ اِسی کے ساتھ ساتھ یا اِس سے پہلے علقیت واقع ہو جاتی ہے، اور ازاں بعد اِس علقیت کا تعضی ہو جاتا ہے۔ بیرونی طبقہ میں کوئی التہابی تغیرات نہیں ہوتے، اور درمیانی طبقہ صرف کبھی کبھی انحطاطی تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ اِس شریان سے جس حصے کو رسد پہنچتی ہے اُس کا تغذیہ گو ناقص ہوتا ہے لیکن وہ ہنوز ممکن ہوتا ہے۔ توقف عرجان (intermittant claudication) اور حمرتی وجع الجوارح (erythromelalgia) ممیز علامات ہیں۔

گرد شریانی التہاب گرھکی۔ ایک شاذ حالت ہے جس میں درمیانی طبقہ کا انحطاط، اور بطانہ کا تکاثر ہوتا ہے، جو بسا اوقات علقیت، اور ایک گرد شریانی التہاب کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ وریدیں بھی متاثر ہو جاتی ہیں، اور یہ حالت جسم میں وسیع طور پر پھیلی ہوتی ہے۔

مرضِ شریانی انحطاطات

(CHRONIC ARTERIAL DEGENERATIONS)

انحطاط پیری(senile degeneration)وسطانی انحطاط (medial degeneration)۔ بڑھاپے میں شرائین کے درمیانی طبقہ میں انحطاط یافتہ عضلی ریشوں کے مقام پر کلسی مادے کے چھوٹے چھوٹے ماسکات کا ملنا شاذ نہیں لیکن اِس قسم کے انحطاط کے انتہائی درجہ کو صلابتِ مونک برگ (Monckeberg's sclerosis)

کہتے ہیں۔ یہ زیادہ تر بڑی شریانوں یا بالخصوص حرقفی اور فخذی عروق کو اور کبھی کبھی شکمی اور ٹانگ کے حصۂ زیریں کو ماؤف کرتی ہے اور ممکن ہے شیخوخی گنگرین کی موجب ہو۔ معلوم ہوتا ہے کہ ابتدائی تغیر درمیانی طبقہ کی اتصالی بافت کے خلیوں اور عضلہ کا زجاجی انحطاط ہے۔ اس انحطاط کے بعد عضلی بافت کے انحطاط یافتہ بندوں میں چونے کے نمکوں کا جماؤ ہوتا ہے چنانچہ کچھ عرصہ گزرنے کے بعد درمیانی طبقہ کی جگہ کلسی مادّے کے کم و بیش مکمل حلقے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ماؤف شریان کم و بیش استوار ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ وہ کسی قدر متسع ہو جائے۔ بطانہ میں اتھیروما موجود ہو سکتا ہے لیکن کلسی مادّہ کے گرد کوئی التہابی تعامل نہیں واقع ہوتا۔

یہ دراصل بوڑھے اشخاص کا شریانی انحطاط ہے اور اسے اس تکلس کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہیئے جو اکثر بطانہ میں اتھیرومائی ملبہ کے تعلق میں واقع ہوا کرتا ہے۔

اتھیروما (اتھیرومائی صلابت = athero-sclerosis) (گرہیچی صلابت = nodular sclerosis)۔ اس حالت کو ایک زمانہ میں تشوہی التہاب بطانۂ شریان (endarteritis deformans) کہتے تھے، لیکن چونکہ ابتدائی تغیر اوّلاً اور بعض اوقات خالصاً انحطاطی ہوتا ہے لہٰذا اب التہاب بطانۂ شریان کی اصطلاح اس قدر عام طور پر نہیں سنی جاتی۔ یہ انحطاط اپنی توزیع میں دراصل چکتی دار ہوتا ہے، اگرچہ نسبتاً چھوٹی شریانوں میں وہ زیادہ منتشر ہو سکتا ہے۔

اس کے طریقۂ پیدائش کے متعلق ہنوز بہت شبہ ہے، لیکن غالباً ابتدائی تغیر ایک مقامی انحطاط ہوتا ہے جس کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ بطانہ میں کولیسٹرال شحمی اور لیپائڈی مادے نمودار ہو جاتے ہیں۔ اسی کے ساتھ، یا تو تخریبی طبہ کی پیدا کردہ خراش کی وجہ سے یا بطور ایک تعویضی عمل کے، انحطاط یافتہ مرکز پر اکثر بطانہ کی ایک دبازت واقع ہو جاتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ مرکز بطانہ کے عمیق ترین حصے میں چلا جاتا اور درمیانی طبقہ سے متماس ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ بطانی تکاثر اور صلابت موقوف ہو جائے اور انحطاطی عمل درونہ کی طرف پھیل جائے۔ اس حالت میں بطانہ بالآخر ٹوٹ کر ایک قرحہ بن جاتا ہے جسے "اتھیرومائی قرحہ" ("atheromatous ulcer") کہتے ہیں۔ بہت بار درمیانی طبقہ میں بھی اس جگہ جہاں وہ انحطاط یافتہ بطانہ کے قریب

ہوتا ہے' شحمی انحطاط واقع ہو جاتا ہے' لیکن یہاں اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ یہ ایک محض اتفاقی اور خالصاً ثانوی واقعہ ہوتا ہے۔ جیسا کہ بیان کیا گیا ہے بطانہ کے انحطاط یافتہ رقبہ میں کولیسٹرال شحم اور لیپائڈز وغیرہ موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان میں سے کچھ متغیر ہو کر صابن بن جائیں جس کے بعد تکلس واقع ہو جاتا ہے' لہٰذا کبھی کبھی بالخصوص شکمی اورطی میں بڑی بڑی کلسی چکتیاں پائی جاتی ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ اورطی کے اندرونی حصہ میں ہمیں مختلف الانواع ضررات نظر آ سکتے ہیں۔

چنانچہ ان زرد چکتیوں کے ہمراہ جو بطانہ میں شحم کے جماؤ کے مقامات پر نمایاں ہوتی ہیں' غیر شفاف سپیدی مائل گدیاں بھی موجود ہو سکتی ہیں' جو بطانہ کی لیفی دبازت کا نتیجہ ہوتی اور اپنے نیچے کے شحمی ملبہ کو چھپاتی ہیں' انہیں کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ ہم شحمی طور پر انحطاط یافتہ بطانہ کے اوپری تارکلات (انتخیر وانی قروح) دیکھیں یا ایسے کلسی صحفے دیکھیں جو اکثر اوقات شکستہ ورنجیدہ سرخ خلیوں کے باقیات سے ملوّن اور بعض اوقات ایک جداری علقہ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی جب کہ درمیانی طبقہ بھی انحطاطی عمل سے ماؤف ہو چکا ہو' کمزور شدہ دیوار کسی حد تک تن جاتی ہے۔ کبھی کبھی یہ بھی ہوتا ہے کہ ایک کلسی صحفہ عرضاً ٹوٹ جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون شریان کے طبقات میں جا گھستا ہے (تقطیعی انورسا =dissecting aneurism)۔ لیکن تاوقتیکہ آتشکی میاں اورطی التہاب (syphilitic mesaortitis) بھی موجود نہ ہو' جھرّی دار ندبات نہیں ہوتے۔ ضررات کے ان خصائص کا اختلاف جو کہ برہنہ آنکھ سے نظر آتے ہیں لیپائڈی انحطاط اور بطانی صلابت کے اضافی تناسبات پر منحصر ہوتا ہے۔

اورطی کے اندر ایسی چکتی دار کرتیجی دبازتیں ممکن ہے کہ نسبتہً کم نقصان کریں' لیکن نسبتہً چھوٹی شریانوں کی حالت میں معاملہ بالکل دوسرا ہوتا ہے۔ یہ چھوٹی شریانیں بھی بہت کچھ اسی طرز کا مرض ظاہر کرتی ہیں۔ وہ در اصل مرکزی ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ زیادہ منتشر بھی ہو۔ بطانہ کی یہ کرتیجی دبازتیں دَرونہ کے اندر ابھراتی اور اس میں تشوّہ پیدا کر دیتی ہیں' اور علقیت واقع ہو جانے کی وجہ سے درونہ بآسانی مسدود ہو جاتا ہے' اور اس طرح انضمام پیدا ہو جاتا ہے۔ جہاں درمیانی طبقہ ثانوی طور پر ماؤف ہوتا ہے' بے قاعدہ اتساع واقع ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عرق پھٹ جائے' بالخصوص

ایسے مقامات میں جیسے کہ دماغ، جہاں عرق کو بہت تھوڑا سہارا حاصل ہوتا ہے۔ ماؤف شدہ شریانی رقبہ کی وسعت مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتی ہے بعض اوقات صرف اورطی ماؤف ہوتا ہے، اور بعض اوقات صرف چھوٹی شریانیں یا ایسی شریانوں کا ایک خاص گروہ، مثلاً اکلیلی، دماغی یا کلوی۔

شریانی انحطاط کی یہ قسم زیادہ بوڑھی عمر کے زمانوں میں بہتر من دیکھی جاتی ہے، اور اکثر موت کا سبب ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ یہ نسبتہً ابتدائی عمر میں واقع ہویا شروع ہو۔ یہاں اُن شحمی جماوؤں کا تذکرہ کر دینا ضروری ہے، جو اکثر غلافوں کی شکل میں ہوتے ہیں اور حادحمیات کے نتیجہ کے طور پر بطانہ کے نیچے کی اتصالی بافت کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ "عاجل اتھیروما" ("early atheroma") کے نام سے اُن کو غالباً غلط طور پر موسوم کیا گیا ہے۔

300

منتشر بیش تکوینی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis)

(شریانی شعری لیفیت=arterio-capillary fibrosis)۔ یہ تغیر جو شریانی خون کے دباؤ کی زیادتی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، عموماً اُن اشخاص میں پایا جاتا ہے جو زندگی کے تیسرے عاشورہ سے لیکر پانچویں عاشورہ تک میں ہوتے ہیں۔ ماؤف عروق بالخصوص چھوٹی شریانیں اور شریینات ہوتے ہیں، اور ابتدائی تغیر اِن چھوٹی شریانوں کے درمیانی طبقہ کا تشنجی انقباض معلوم ہوتا ہے۔ درمیانی طبقہ کا عضلہ اور لچکدار عناصر دونوں بیش پرورده ہوجاتے ہیں، لیکن بعد میں وہ مذبول ہوکر اُن کی جگہ لیفی بافت کے ورقے لے لیتے ہیں۔ اِسی کے ساتھ ساتھ بطانہ میں خلوی عناصر کا تکاثر واقع ہوجاتا ہے، اور بطانہ کم و بیش یکساں طور پر دبیز ہوجاتا ہے۔ دبیز بطانہ میں لچکدار ریشوں کی جدید تکوین بھی ہوتی ہے۔ صغیر ترین شریینات میں خاص تغیر بطانہ ہی میں ہوتا ہے۔ اِس قطریہ والے عروق کا دَرونہ بہت تنگ ہوجاتا ہے اور ممکن ہے کہ کلی طور پر طموس ہوجائے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضو کے اُس حصے میں جسے ماؤف عروق سے رسد پہنچتی ہے، ذبولی تغیرات واقع ہوجاتے ہیں۔ ماؤف شریینات کا دبیز بطانہ جلد یا بدیر زجاجی تغیر سے ماؤف ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ شحمی انحطاط واقع ہوجائے۔

منتشر بیش تکوینی صلابت نہایت عام طور پر گردوں میں واقع ہوتی ہے اور

اس کے بعد طحال اور دوسرے اعضا ہیں جن میں دماغ، لبلبہ، جگر، فوق الکلیہ غدد، اور نسبتہً کم بار معدہ اور امعاء شامل ہیں لیکن قلب اور کالبد کے عضلات نہیں شامل ہیں۔ بڑھی ہوئی محیطی مزاحمت قلب پر زیادہ کام کا بار ڈال دیتی ہے اور اس کی بائیں جانب نہایت معتد بہ بیش پرورش حاصل کر لیتی ہے (ہم مرکزی بیش پرورش concenteric hypertrophy =)۔ یہ حالت بلا کسی اہم کلوی تغیر کے موجود رہ سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ گردے کیفقدر انداب ظاہر کریں بلکہ وہ ذاتی بھی ہو جائیں لیکن یہ کلوی تغیرات محض ذیولی ہوتے ہیں اور ان کا انحصار کلوی بافت کے رقبوں کی دموی رسد کے منقطع ہو جانے پر ہوتا ہے (وقف الدمی ذبول ischæmic atrophy =)۔ یہ اولی منتشر بیش تکوینی صلابت ہے۔

لیکن ممکن ہے کہ ایسے ہی عروقی تغیرات ثانوی طور پر ان گردوں میں واقع ہو جائیں جو اولی طور پر منتشر یا مرکزی قسم کے مزمن التہابی تغیرات کا محل وقوع ہیں اور یہ عروقی تغیرات التہابی مضرت میں اپنا حصہ شامل کر دیں۔ ان اماثول میں بھی خون کا دباؤ بڑھ جاتا اور بایاں قلب بیش پرورده ہو جاتا ہے۔ پس معلوم ہوتا ہے کہ گردوں کے ایک سابق التہابی عارضہ کی وجہ سے خون کے اندر کوئی مادہ یا مادے محسوس ہو جاتے ہیں اور گردوں اور دوسرے مقامات میں چھوٹی شرائین اور شریانات کا تشنجی انقباض پیدا کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہی عامل یا افراز کوئی حرابی مادہ ان تغیرات کی بھی تحریک کا باعث ہو جو کہ اوپر بیان کئے گئے ہیں۔ باایں ہمہ ممکن ہے کہ اولی اور ثانوی مرض کے باہمی تعلقات نہایت قریبی ہوں، کیونکہ پایا گیا ہے کہ جنگی التہاب گردہ (war nephritis) سے خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے، دراں حالیکہ یہ التہاب گردہ خود بہ ظاہر رفع ہو گیا ہو۔

شریانی صلابت

(arteriosclerosis)

شریانی صلابت کے معنے شرائین کی سختی ہے۔ یہ لفظ اکثر مجازاً و مفہوم میں منتشر بیش تکوینی صلابت کے مرادف کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ لیکن سہولت

اس میں ہے کہ ہم کو ایسی اصطلاح حاصل ہو کہ ابھی بیان کئے ہوئے تمام مختلف مزمن شریانی انحطاطات پر بستر مریض کے پاس اس کا استعمال کیا جاسکے کیونکہ دورانِ زندگی میں ان میں ٹھیک تفریق کرنا اکثر ناممکن ہوگا اور ممکن ہے یہ سب ایک ہی مرضی عمل کی قسمیں ہوں۔ اس کتاب میں یہ اصطلاح اسی وسیع مفہوم کو ادا کرنے کے لئے استعمال کی گئی ہے۔

شریانی صلابت کے اسباب

ممکن ہے یہ مختلف قسمیں اتنا مختلف مضرت رساں عوامل کی وجہ سے نہ ہوں کہ جتنا ان مختلف زمینوں کی وجہ سے ہوں کہ جن میں جرثومی سموم یا دیگر عوامل جاگزیں ہوتے رہیں۔ مثلاً نوعمروں میں التہابی تغیر کا نتیجہ وافر اندرونی تکاثر (منتشر بیش تکوینی صلابت) ہوتا ہے لیکن بوڑھوں یا ضعیف (cachectic) اشخاص میں ایسا شدید تعامل ناممکن ہوتا ہے اور ان کے خون کا دباؤ پست دبتا ہے (انحطاطِ شیخوخی=senile degeneration)(32)۔ آلبٹ نے بتلایا ہے کہ اولی شریانی تغیرات جیسے کہ اتھیروما اور انحطاطِ پیری میں خون کا دباؤ بڑھانے کا رجحان نہیں ہوتا۔ اس کے برعکس منتشر بیش تکوینی صلابت کے ساتھ خون کا بلند دباؤ پایا جاتا ہے۔ چنانچہ اگر سخت شرائین والی تمام اصابتیں شریانی صلابت (arteriosclerosis) کی اصطلاح کے تحت ایک ہی زمرہ میں مجتمع کردیجائیں

301

تو بعض اصابتوں میں خون کا دباؤ طبعی ہوگا اور بعض میں وہ بڑھا ہوا ہوگا۔ شریانی صلابت اور بالخصوص اتھیروما ان لوگوں کی شریانوں کا ایک عام انحطاط ہے جن کا پیشہ ان کو سخت عضلی بار کا مورد بناتا ہے لہذا ممکن ہے فشار خون کی متوقف زیادتی ایک سبب معتد ہو۔ مختلف عاملات جو اس کی تسبیب میں حصہ لینے والے سمجھے گئے ہیں یہ ہیں :۔ بسیار خوری بالخصوص پروٹینی اور شحمی غذاؤں کی۔ چنانچہ دودھ کی زیادتی کو سبب قرار دیا گیا ہے (57)، اور گوشت خوروں کی نسبت نبات خوروں میں کم فشار خون پایا گیا ہے (58)۔ نقرس، الکحل، سیسہ کا تسمم، ملیریا اور دوسری حادّ مرائیتیں معہ اپنے جراثیمی سموم کے، بالخصوص تپ محرقہ؛ ناقص درقیت (hypothyroidism) مرضِ برائٹ (ملاحظہ ہو منتشر بیش تکوینی صلابت = diffuse hyperplastic sclerosis) اور شاید معائی تسمم۔ شریانی صلابت بوڑھے آدمیوں میں ذیابیطس کے ہمراہ موجود ہوسکتی ہے کیونکہ ان میں پروٹین اور شحم نہایت کثرت سے کھائی جاتی ہیں۔

لیکن دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ ذیابیطس ثانوی ہو' کیونکہ عروق کی صلابت کی وجہ سے لبلبہ کی دموی رسد کا نقص واقع ہو جاتا ہے۔

امراضیات ۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ شریانی دیواروں کے عضلی اور لچکیلے ہر دو عناصر اولی طور پر کمزور ہو جاتے ہیں۔ اس لئے وہ تن جاتے اور متسع ہو جاتے ہیں' اور تکلس اور تشریحی تبدیلیاں' دیواروں کو قوی تر کرنے کا کام دیتی ہیں اور خاص طور پر ان نقطوں پر واقع ہوتی ہیں کہ جہاں جوئے خون کے چکر کھانے کے باعث خاص بار پڑتا ہو' یعنی خموں اور ان جگہوں پر کہ جہاں شریانیں شاخ کی صورت میں پھوٹتی ہیں۔ تکلس اندمال کے معنی رکھتا ہے اور ان مقامات پر کبھی انتقاق واقع نہیں ہوتا۔ شریانی دیوار میں دوسری جگہ یہ عمل منتشر ہوتا ہے۔ خون کا دباؤ ایک ثانوی امر ہے (59)۔

علامات ۔ ابتدائی درجوں میں شریان حس پذیر ہوتی ہے' اور جب اُسے انگلیوں سے دبا کر سارا خون خارج کر دیا جائے تو انگلیوں کے نیچے گھمائی جاسکتی ہے۔ شریان موٹی محسوس ہوتی ہے۔ مابعد درجوں میں ممکن ہے کہ تکلس کی وجہ سے اس کی دیوار سخت محسوس ہو' عرضی قطر زیادہ ہو سکتا ہے' اور ممکن ہے کہ شریان کی طوالت بڑھ جانے کی وجہ سے عرق پیچ دار ہو جائے۔ نبضان اکثر کم ہو جاتا ہے اور کبھی کبھی بالکل غائب ہوتا ہے' ممکن ہے کہ علقیت واقع ہو جائے۔ چونکہ موج نبض کی رفتار شریان کی استواری کے ساتھ ساتھ بڑھتی ہے' لہذا "گرم تار" والے نبض نگار ("hot wire" sphygmograph) کی وساطت سے اول الذکر کی تعین سے ایک دی ہوئی حالت میں شریانی صلابت کی مقدار ظاہر ہونی چاہئے۔

شریانی صلابت میں اکلیلی شرائین نہایت عام طور پر اثیرومائی ہو جاتے ہیں' لہذا اعضائے قلب کے تغذیہ میں خلل واقع ہو کر اس کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ اسی وجہ سے ابتدائی فعل القلب کے علامات موجود ہو سکتے ہیں' جیسے خستگی' سانس کا پھولنا' اور زور لگانے پر درد۔

شریانی صلابت بعض اعضاء میں اپنی موجودگی کے باعث مقامی علامات پیدا کر سکتی ہے۔ دماغ میں وہ علقیت یا نزف پیدا کر کے ان کے ممیز و مخصوص علامات پیدا کر سکتی ہے۔ شریانی تشنج ایک ایسی حالت پیدا کر دیتا ہے جو الیکویمن بولیبت کی

موجودگی میں یوریا دمویت (uræmia) سے مشابہ ہوتی ہے اور کاذب یوریا دمویت (pseudo-uræmia) کے نام سے موسوم ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 303)-

تجویز و علاج - حفظ ما تقدم اس پر مشتمل ہے کہ اس حالت کے اسباب کا علاج کیا جائے۔ بسیار خوری سے احتراز لازم ہے۔ اصلاح اس وقت بھی جب کہ مرض قائم شدہ ہو واقع ہو سکتی ہے۔ کچھ زمانہ کے لئے بستر پر آرام کرنے کی ہدایت کر دینی چاہئے کیونکہ افقی وضع دوران خون پر سے بار کو دور کر دیتی ہے۔ عموماً آیوڈائیڈز (iodides) دیئے جاتے ہیں اور جیسا کہ اکثر ہوتا ہے اگر ناقص درقیت کا کوئی عنصر موجود ہو تو ممکن ہے کہ یہ مفید ہوں۔ خلاصۂ درقیہ (thyroid extract) بھی آزمایا جائے (شریانی صلابتی گردے کا علاج بھی ملاحظہ ہو)-

بلند فشار شریانی

(hign arterial pressure)

(ارتفاع الضغط = hyperpiesia)

نوعمر تندرست بالغوں میں خون کے دباؤ کی طبعی جولانی ۹۵ سے ۱۴۰ ملی میٹر ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 229)۔ اکثر یہ تعلیم دی گئی ہے کہ خون کا دباؤ مریض کی عمر کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے۔ فی الحقیقت عمر اور خون کے دباؤ کے متعلق ضابطے بتائے گئے ہیں۔ یہ رائے شہادت کو غیر صحیح طور پر جانچنے سے پیدا ہو گئی ہے۔ ایسے بہت سے بوڑھے شخص موجود ہیں جن کی شریانیں کامل طور پر طبعی ہیں اور جن میں خون کا دباؤ طبعی ہے۔ اس کے برعکس شریانی مرض جو بذات خود اکثر خون کے دباؤ کی زیادتی یعنی ارتفاع الضغط پیدا کر دیتا ہے، عمر بڑھنے کے ساتھ ساتھ زیادہ کثرت کے ساتھ پایا جاتا ہے، اور اس واقعہ کی (معمر اشخاص کی ایک جماعت کا اوسط فشار خون بڑھا ہوا پایا جاتا ہے) توجیہ کرتا ہے۔

302

ارتفاع الضغط میں ۱۵۰ تا ۳۰۰ ملی میٹر اور زائد تک کی قیمتیں مندرج ہوئی ہیں۔ یہ زیادتی عموماً ادھیڑ عمر میں یعنے تیس سال سے اوپر شروع ہو کر اس وقت تک کامل طور پر نمایاں ہو جاتی ہے جب کہ بڑھاپا نمودار ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ عموماً زندگی کے اسی مرحلہ میں پائی جاتی ہے۔ لیکن یہ شیرخواروں بلکہ نوزائیدہ بچہ میں بھی دیکھی گئی ہے۔ یہ غور طلب

نسبت مردوں کو زیادہ متاثر کرتی ہے ممکن ہے شریانی صلابت کے عنوان کے تحت بتائے ہوئے تسببی عوامل اِس کے ذمہ دار ہوں۔

امراضیات۔ شریانی فشار طبعی حدود کے اندر ایک سے زائد عاملات سے متاثر ہوتا ہے۔ مثلاً قلب کے زائد از معمول فعل سے بڑھی ہوئی محیطی مزاحمت سے اور خون کی لزوجت (69) یا حجم کی زیادتی سے دباؤ بڑھ جائے گا، اگرچہ حجم کی زیادتی غالباً ہمیشہ ایک عارضی حالت ہوتی ہے۔ تاہم ارتفاع الضغط کا خاص سبب محیطی مزاحمت کی زیادتی ہے، جو شاید ابتداءً بعض شریانات کے تشنجی انقباض کے باعث پیدا ہوجاتی ہے۔ لیکن بعد میں اپنی مکمل طور پر قایم شدہ شکل میں یہ شریانات کی دیواروں میں ایک التہابی نوعیت کے ورم کی وجہ سے ہوتی ہے جو ابھی منتشر بلیش تکوینی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو)۔ بعض اصابتوں میں خون کے سرخ خلیات اور ہیموگلوبین بہت زیادہ ہوجاتے ہیں (کثرت خلیات دمویہ = polycythaemia) اور ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں خون کے دباؤ کی زیادتی جزءً خون کی بڑھی ہوئی لزوجت کا ثانوی اثر ہو۔

ایک طبعی شخص پر جس کا ایکماشی دموی فشار فی الحقیقت . . . ملی میٹر سے نیچے تھا، تحقیقات عمل میں لانے سے دن کے وقت . . ملی میٹر کی زیادتی اور دوران شب میں ایک تماثل کمی پائی گئی۔ یہ زیادتی بالخصوص چائے، کافی اور تمباکو نوشی کی وجہ سے تھی۔ ورزش، دماغی کام، افکار اور جوش و تحریک سے دباؤ بڑھ جاتا اور الکحل سے کم ہوجاتا تھا۔ جبل عالی (Alps) پر تعطیل منانے پر ایک نمایاں زیادتی مشاہدے میں آئی (34)۔ اِس سے پتہ چلتا ہے کہ ہوا کی تلطیف کی وجہ سے آکسیجن کی کمی دماغی مرکز کو تہیج کردیتی ہے۔ تجربۃً، کتوں میں بعض کولائڈی تجہیزات کا اشراب، دماغ کے بطینی نظام کے اندر کرنے سے ارتفاع الضغط پیدا کیا گیا ہے۔ اجسام پاشینیہ (Pacchionian bodies) جن کی وساطت سے دماغی نخاعی سیال کی تقطیر واقع ہوکر وہ وریدی جوف کے اندر پہنچ جاتا ہے، ان تجہیزات سے مسدود ہوجاتے ہیں۔ لہٰذا دماغی نخاعی سیال کے دباؤ کی ایک متعقل زیادتی ہوکر خون کے دباؤ کی زیادتی ثانوی طور پر پیدا ہوجاتی ہے (17)۔ ایک نوجوان مریض کے پیشاب میں ایک ضاغط مادہ

(pressor substance) پایا گیا ہے (68)۔ ایک رائے یہ دی گئی ہے کہ جگر میں ایک سم کو تباہ نہ کرنے کا نقص پیدا ہو جاتا ہے کیونکہ اس وقت جبکہ دموی یوریا (blood-urea) اور غیر پروٹینی نائٹروجن طبعی ہوں اور یہ کلوی فعل کا غیر مختل ہونا ثابت کرتے ہوں خون میں امینو ترشوں (amino-acids) یورک ترشہ (uric acid) اور کولسٹرال (cholstrol) کا مافیہا بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ پیشاب میں امونیا نائٹروجن (ammonia nitrogen) کی مقدار یوریا نائٹروجن کے مقابلہ میں اس سے زیادہ ہوتی ہے کہ جتنی حالت طبعی میں تناسب ۱ سے کم ۳۰ ہے اور بولی انڈیکان (indican) کی زیادتی پائی جاتی ہے (71)۔

علامات ۔ اس مرض کے ابتدائی درجوں میں کم از کم بعض احاتوں میں ارتفاع الضغط مستمر نہیں ہوتا بلکہ کبھی کبھی ہوا کرتا ہے۔ ازاں بعد یہ حالت مستقلاً قایم ہو جاتی ہے۔ مریض کو سر کے دردوں بیخوابی طنین الاذن اور دوران سر کی شکایت ہو سکتی ہے۔ گردن کی پشت میں قذال (occiput) کے قریب درد کا ہونا نہایت ممیز علامت ہے۔ بلند تناؤ کے خصوصیات حسب ذیل ہیں :— (۱) استعمال کردہ آلات پر کے اندراجات (ملاحظہ ہو شکل ۱۳ ب صفحہ 226)۔ (۲) انگلی کو ایک سخت اور خوب پُر شریان کا احساس اس کے ساتھ زیادہ دیر تک قائم رہنے والا انکماش ہوتا ہے انبساط کے دوران میں شریان کبھی کامل طور پر خالی نہیں ہوتی وہ انگلی کے نیچے گھمائی جا سکتی ہے لیکن جب اسے انگلی سے دبا کر خالی کر دیا جائے تو دوران انبساط میں یہ ضرور نہیں کہ وہ نبض پذیر ہو۔ (۳) کلائی قلب اور زور دار ضربۃ الراس کا ثبوت (۴) مرتعہ اصوات قلب یعنی راس پر پہلی آواز کی اطالت اور غطائی اور اورطی رقبہ میں دوسری آواز کی تفخیم یا جھنکار وار نوعیت۔

(۵) چشم بین کے ذریعہ امتحان اکثر شریانی تغیرات کی تخمین کا ایک قیمتی ذریعہ ہوتا ہے کیونکہ شبکیتی شرائین کے منظر سے یہ دریافت کرنا ممکن ہے کہ دماغی شرائین کی کیا حالت ہے۔ ابتدائی درجے میں چشم بینی تغیرات شرائین تک محدود ہوتے ہیں۔ وریدوں کے ساتھ مقابلہ کیا جائے تو عام طور پر شریانوں کا درونہ جسامت میں کم ہو جاتا ہے۔ شبکیتی شرائین کی دیواریں طبعی حالت میں نور کا کسی حد تک انعکاس کر دیتی ہیں جو کہ شریان کے وسط کے طول میں ایک چمکدار دھاری کی طرح دکھلائی دیتا ہے۔

شریانی صلابت میں دیواروں کی دبازت کے باعث یہ انعکاس زیادہ ہو جاتا ہے اور نسبتاً چھوٹی شریانیں تانبے کے تار کی طرح صیقل شدہ نظر آتی ہیں اور ازاں بعد جوں جوں دیوار کی ضخامت بڑھتی جاتی ہے وہ چاندی کے تار کی طرح چمکدار دکھلائی دیتی ہیں۔ یہ چمکدار دھاری اکثر بے قاعدہ ہوتی ہے اور ایک نقطہ دار منظر پیش کرتی ہے۔ شرائین پیچدار ہوتی ہیں لیکن چونکہ طبعی شریان اس خصوص میں نہایت مختلف الکیفیت ہوتی ہے لہٰذا یہ خاصہ کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔ اُن کا دَرونہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔ وہ اکثر جسامت میں بہت گھٹی ہوئی ہوتی ہیں اور بعض اوقات لینی دھاگوں جیسی نظر آتی ہیں۔ بعض اوقات وہ طبعی عرض کی ہوتی ہیں لیکن کہیں کہیں ان پر سپید چکنی نما جماؤوں کا غلاف چڑھا ہوتا ہے اور وہ ایک پائپ (pipe) کی نلی کے ٹکڑوں کی طرح نظر آتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ کچھ عرصہ کے بعد غائب ہو جائیں۔ شریانی وریدی تقاطعات کے مقامات پر مخصوص و ممیز مناظر نظر آتے ہیں۔ اگر ورید شریان پر سے ترچھے رُخ میں عبور کرتی ہے تو ورید کا خط اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے اور وہ تھوڑے فاصلے تک شریان کے ساتھ ساتھ چلا جاتا ہے۔ جب شریان ورید کے سامنے سے عبور کرتی ہے تو ورید مقام تقاطع پر غائب معلوم ہوتی ہے کیونکہ وہ شریان کی دبیز دیواروں کے پیچھے چھپ جاتی ہے۔ وریدوں پر دباؤ پڑتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تقاطع کے بعدی جانب پر ورید پھولی ہوئی ہوتی ہے لیکن یہ منظر، جسے تکویم ("banking") کہتے ہیں ہرگز عام نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴) ۔

شبکیتی مناظر (یعنی شریان صلابتی التہاب شبکیہ arterio-sclerotic retinitis=) ویسے ہوتے ہیں جیسے کہ مزمن مرض برائٹ میں ملتے ہیں۔ عصب رشتی تہ میں دقیق نزفات کی وجہ سے چھوٹے شعلہ شکل رقبے نظر آسکتے ہیں۔ جب نزفات شبکیہ کی عمیق ترتہوں میں موجود ہوتے ہیں تو وہ مدوری طور پر مدور ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک بیّنہ کے درجہ میں خوب واضح کوروں والے چھوٹے چمکدار دھبے اِدھر اُدھر زیادہ تر لطخی خطّہ (macular region) میں موجود ہوں جس کے گرد وہ ایک ناہموار ستارہ نما شکل بنا دیں یا ممکن ہے وہ ایک پنکھے نما شکل میں لطخہ اور بصری قرص (optic disc) کے درمیان واقع ہوں۔ ممکن ہے کہ وہ شبکیتی وریدوں



صلابت شریانی التہاب شبکیہ ایک ایسی عورت میں جس کا انکماشی فشارخون ۳۰۰ ملی میٹر پارہ سے
مواظب طور پر زیادہ تھا، اور جو اس تصویر لینے کے تقریباً چار سال بعد "سکتہ" سے مرگئی۔

(آر۔ فاسٹر مور)



یہ تصویر کلوی التہاب شبکیہ میں "روئی کے جیسے" قطعات ظاہر کرتی ہے جو مزمن التہاب کلیہ میں
دیکھے جاتے ہیں۔ (ڈبلیو۔ ٹی۔ ہامیز سپانسر)

بالمقابل صفحہ 303

کے اصلیات کے گرد مجتمع ہوں، لیکن زیادہ اکثر وہ بے قاعدہ طور پر ادھر اُدھر منتشر ہوتے ہیں۔ اکثر اُن کی ایک بڑی تعداد اس قدر قریب قریب مجتمع ہوتی ہے کہ ایک پچی کاری کے ٹکڑے سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ نسیجیاتی لحاظ سے یہ چکتیاں شبکیہ کی تین نواتی تہ میں زجاجی ارتشاح کے گول یا بیضوی تودوں پر مشتمل ہوتی ہیں۔ شاید ان کے متعلق یہ سمجھنا ممکن ہو کہ ان کی اصلی نوعیت، ان سپید مقعات کی نوعیت سے مماثل ہے جو شبکیتی شرائین کی چھوٹی شاخوں کی مسدودی سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

غالباً اصابتوں کی اکثریت میں یہ شبکیتی تغیرات مریض کی موت تک قائم رہتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ انصباب شدہ خون جذب ہو کر اصلاح واقع ہو جائے، بلکہ انحطاطی دھبے تک غائب ہو جائیں۔ ابتدائی درجوں میں بصارت کا ضیاع واقع نہیں ہوتا۔ بصارت کی تدریجی خرابی، ناقص دموی رسد کی وجہ سے پیدا ہونے والے شبکیہ کے عصبی عناصر کے انحطاط کے باعث ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ میدانِ بصارت محدود ہو جائے۔ عصب بصری کا ذبول (optic atrophy) دیکھا جا سکتا ہے اور ممکن ہے کہ اُس کے وقوع سے پہلے قرص (disc) کا کچھ تھوڑا ورم ہو۔ بصارت کا ناگہانی عارضی ضیاع (عارضی ظلمت = amaurosis fugax) دبازت یافتہ شبکیتی شرائین کے تشنج کی طرف منسوب کیا گیا ہے (جو کہ نیچے بیان کیا گیا ہے)۔ ناگہانی منتقل کرانی جس میں درد بالکل موجود نہ ہو، مرکزی شبکیتی شریان کی عاقیت کا نتیجہ ہو سکتی ہے۔ شبکیہ شاحب نظر آتا ہے۔ اِس کے خلاف نقطۂ شاہ دانہ جیسے سرخ دھبے کی طرح نظر آتا ہے۔ عروق کے اندر خون کا عمود ٹوٹ کر سرخ خلیوں کے چھوٹے چھوٹے کندے بن جاتا ہے، جن کے درمیان پلازما کی صاف فضائیں حائل ہوتی ہیں (مویشی گاڑی کا منظر = cattle-truck appearance)۔

دوسری حالتیں جو ان اصابتوں میں پائی جاتی ہیں اتنا بلند تناؤ کا ثبوت نہیں جتنا کہ وہ دورانِ خون کی اُن دقتوں کے نتائج ہیں جو بالآخر خراب ترین اصابتوں میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ وہ حالتیں حسب ذیل ہیں:۔ خفیف البیومین بولیت، جو ثانوی کلوی ماؤفیت کے باعث ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شریان سلاتی گردہ، صفحہ 532)۔ اگرچہ بیشتر اصابتوں میں دموی یوریا یا تو بڑھا ہوا ہوتا ہی نہیں یا محض خفیف سا بڑھا ہوا ہوتا ہے،

اور گردے کے فعل میں عموماً خفیف سی خرابی ہوتی ہے یا کوئی خرابی ہوتی ہی نہیں جسم کے مختلف حصوں میں نزفات، مثلاً رُعاف (epistaxis) نفث الدم (hæmoptysis) شبکیہ اور زجاجیہ میں کے نزفات، اور شاید چھوٹے چھوٹے دماغی نزفات، بواسیرسے خون کا بہنا ذبحۂ صدریہ (angina pectoris) خارش، پنڈلیوں میں اینٹھن ہونا۔

بلش تنشی دماغی حملہ یا داء الدماغ (encephalopathy) جو کہ کاذب یوریمیا (pseudo-uræmia) بھی کہلاتا ہے، بہت ہی ممیز ہے۔ حملے سے پہلے خشارنوں سرعت سے بڑھ جاتا ہے، جو کہ چھوٹی دماغی شریانوں کے تشنج یا بعض اوقات دماغی تہیج کا نتیجہ ہوسکتا ہے۔ علامات یہ ہیں:۔ عضلات کے عارضی استرخا آت، تشنجات، حبسہ کوری، توہمات، ہذیان، ذہول اور توما۔ اس سلسلۂ علامات کو مزمن دماغی لینیت کے عنوان کے تحت (chronic cerebral softening) زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

اوّلی ارتفاع الضغط کی بہت سی اصابتوں میں سطحی عروق دمویہ کا امتلاء شدید درجہ کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے اشخاص بڑھتی ہوئی عمر کے ساتھ تنومند و باصحت نظر آئیں، کیونکہ ان کے چہرے کا رنگ سرخ ہوتا ہے، اور وہ محض اس سرخ رنگت کی مثالیں معلوم ہوں جو بہت سے تندرست بوڑھوں میں نظر آتا ہے۔ ڈیٹو لیفائی سردی کی بڑھی ہوئی حس پذیری (برد حساسیت = cryæsthesia) کا تذکرہ کرتا ہے جس کی ان مریضوں کو شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے مردہ انگلیاں ہوں یا برودت بالخصوص جوارح زیریں میں محسوس ہوتی ہے، اور مریض کو موٹا لباس پہننے پر مجبور کردیتی ہے، حتیٰ کہ گرم موسموں میں بھی۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں ارتفاع الضغط سے دونوں جوارح زیرین میں گنگرین تک کی نوبت پہنچ گئی۔ ان اصابتوں کا خاتمہ آخر کار اکلیلی علقیت (coronary thrombosis) یا دماغی نزف سے ہوجاتا ہے، یا تنفل پذیر قلب سے کہ جس کے ہمراہ استسقا اور تہیج الریہ پائے جاتے ہیں، یا کبھی کبھی یوریا دمویت (uræmia) سے (تمام بہادخبیث بیش تنشی کی اصابتیں)۔ اکلیلی علقیت اور دماغی نزف میں موت ناگہانی ہوسکتی ہے۔

علاج۔ اگر خون کے دباؤ کی زیادتی کا سبب شناخت ہوسکے تو اسے رفع یا کم

304

کرنے کی کوشش کرنی چاہئیں۔ جہاں یہ یقین کرنے کے لئے معقول وجہ موجود ہو کہ طرز زندگی بھی اس حالت کے پیدا کرنے میں حصہ لے رہا ہے تو گوشت اور زیادہ نائٹروجن شامل رکھنے والی غذاؤں اور پیورین اجسام شامل رکھنے والی غذاؤں سے محترز رہ کر نیز الکحل جائے، تمباکو اور شدید دماغی اور جسمانی محنت سے پرہیز کر کے مدد حاصل کی جا سکتی ہے۔ کیلومل (۲ یا ۳ گرین) یا بلیوپل (۳ تا ۵ گرین) کبھی کبھی بطور مسہل دے کر اس کے بعد ایک صبحگاہی نمکین دینا مناسب ہے۔ جب مریض کو بستر میں کامل آرام لینے کے لئے مجبور کر دیا جاتا ہے تو اکثر خون کا دباؤ بہ سرعت کم ہو جاتا ہے۔ عروقی موسّعات، جیسے کہ نائٹروگلیسرین، امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) یا سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite)، ذبحہ کے وقوع کی صورت میں مفید ہو سکتے ہیں۔ پوٹاسیئم آیوڈائڈ عام طور پر دیا جاتا ہے، اور بعض اوقات ذلک، عضلی ورزشیں، بلند تواتری رَویں، اور علاج بالماء نفع بخش ہوں گے۔ چونکہ خون کے دباؤ کی زیادتی غالباً شریانات کے کسی ضرر یا مزمن سمی التہاب گردہ کی تعویض میں ہوتی ہے، لہٰذا اسے گھٹانے کی کوئی کوشش نہیں کرنی چاہئے۔ ڈیجیٹالس ابتدائی درجوں کے لئے موزوں نہیں، مگر اس وقت مفید ہو سکتا ہے جب کہ قلب ایک ترقی یافتہ درجۂ اتساع میں پہنچ گیا ہو اور تہیج موجود ہو۔ ایسی اصابتوں میں آکسیجن خیمہ مفید ہوتا ہے۔ ارتفاع الضغط کی ان اصابتوں میں کہ جن میں بلند ہیموگلوبن موجود ہو، اور بالخصوص اس وقت جب کہ دوَرانِ سر جیسے علامات موجود ہوں، فصد کے مسئلہ پر غور کرنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ ایک پائنٹ خون خارج کر دینے سے تسکین ہو جائے، اور پھر تھوڑے تھوڑے وقفوں سے اسے مکرر عمل میں لا سکتے ہیں۔ فشل قلب ہونے کی حالت میں بھی فصد لے سکتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو شریانات صلابتی گردہ)۔

عرجان متوقف

(intermittent claudication)

وقفہ وار لنگڑا اسنے یا متوقف عرجان کی اس حالت میں مریض کچھ فاصلہ تک چلنے کے بعد محسوس کرتا ہے کہ اس کی ایک یا دوسری ٹانگ میں کمزوری ہے اور اسی کے ساتھ سکڑ، بھاری پن، سن پنا، چبھن کے احساسات، درد اور اینٹھن بھی ہوتی ہے،

جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ لا دائم لنگڑا کر چلتا ہے۔ جوں جوں وہ آگے بڑھتا ہے درد کے یہ احساسات زیادہ ہوتے جاتے ہیں اور بالآخر وہ مجبور ہو کر ٹھہر جاتا ہے۔ ماؤف پاؤں یا ٹانگ میں دورانِ خون کے اختلال کے امارات ظاہر ہوتے ہیں۔ وہ سرخ ہو جاتی ہے، اکثر ایک زراقی جھلک کے ساتھ، اور دبیے دار اور متورم ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ پاؤں کی انگلیاں سپید اور "مردہ" ہوں۔ کچھ دیر آرام کے بعد یہ علامات بتدریج رفع ہو جاتے ہیں۔

ان علامات کی وجہ یہ ہے کہ ماؤف شرائین خون کی اُس بڑھی ہوئی مقدار کو لے جانے کے ناقابل ہوتی ہیں جس کی جارحہ کو عضلی ورزش کے دوران میں ضرورت ہوتی ہے۔ تقریباً تمام اصابتوں میں ماؤف جارحہ کی ظہری قدمی شریان (dorsalis pedis artery) میں یا پنڈلی کی قصبیتی موخر (posterior tibial) شریان میں نبض غیر موجود ہوتی ہے (39)۔ خون کا دباؤ بعض اوقات زیادہ ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں خفیف عضلی لاغری اور محیطی اعصاب کا انحطاط (التہاب عصاب محیطی (peripheral neuritis= مشاہدے میں آیا ہے۔ بہت سی مثالوں میں اس شکایت کا نتیجہ جارحہ کی خشک گنگرین کی صورت میں ظاہر ہوا ہے اور چند اصابتوں میں یہ شکایت جوارح بالا کے مرض رینانڈ کے ساتھ متلازم پائی گئی ہے۔ بعض اوقات دماغی عروق ماؤف ہو جاتے ہیں اور اسی کے ساتھ سریع الزوال فالج نصفی اور دوسرے فالج، کوری، دردِ سر اور ذہنی علامات بھی ظاہر ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ مریضوں کی غالب تعداد میں شریانوں یا وریدوں کی صلابت، انطماسی شریانی التہاب یا اتخیرو، یا انطماسی علقی التہاب عروق (thrombo angiitis obliterans) کا (جو ملاحظہ ہو) ثبوت ملتا ہے۔ جن اصابتوں میں شریانی صلابت یا انطماسی شریانی التہاب کا کوئی ثبوت نہیں ملتا اُن میں یہ فرض کر لیا جاتا ہے کہ یہ حالت شریانی تشنج کے باعث ہے۔ یہ ایک بالغ زندگی کا مرض ہے اور نقرس، ذیابیطس، اور آتشک اور تمباکو نوشی یا شراب خواری اکثر اس کے پیشرو ہوتے ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔

305

امراضیات۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ جب ایک معقول طریقے کے ذریعہ ایک

جارحہ کا دورانِ خون بند کر دیا جائے، اور اس جارحہ کے چند عضلات کو ورزش کرائی جائے تو ان عضلات میں درد پیدا ہوتا ہے۔ یہ درد ایک مادہ، یعنی پ۔ عامل کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ فعال عضلہ سے آزاد ہو کر گردوپیش کی بافتی فضاؤں میں خارج ہو جاتا ہے، اور جو اپنی رسد کو زیادہ کرنے پر غائب ہو جاتا ہے۔

انذار۔ گنگرین کے آغاز اور علامات شریانی کے دیگر نتائج سے قطع نظر یہ مرض خطرناک نہیں ہے۔ علامات کی تسکین، شریان کی اس قابلیت پر ہے کہ آیا وہ وسیع ہو سکتی ہے یا نہیں۔ اس کا امتحان کرنا ہو تو جسم کے کسی دوسرے حصے کو گرم کرنا چاہیے، مثلاً دھڑ پر گرم ہوائی غسل کا استعمال کر کے یا دونوں بازوؤں کو سارے کا سارا ایک گرم مغسل میں ڈبو کر، جب کہ طبعی تعامل یہ ہوتا ہے کہ ٹانگوں کی جلد کی تپش بڑھ جاتی ہے (72)۔ ماسوا جبکہ یہ تعامل حاصل نہ ہو کوئی عملیتی مداخلت انجام نہ دینی چاہیے۔

علاج۔ مریض کو اپنی ورزش محدود کر دینی چاہیے اور دورانِ خون کو اس نقطہ تک تیز نہ کرنا چاہیے کہ جس پر عروق کے اندر کا تسدد اپنا عمل شروع کر دے۔ بستر میں اکثر آرام لیتے رہنا قرین مصلحت ہو سکتا ہے۔ آتشکی اصابتوں میں آیوڈائیڈ آف پوٹاسیم، سلف آرسینال (sulfarsenol) وغیرہ آزمائے جا سکتے ہیں، اور وہ مقامی دوائیں جو مرض ریناڈ میں مستعمل ہیں، نیز متبادل برقی غسل اگر عمل بلند تواتری رو کیں، اور لطیف ڈلک اس میں استعمال کی جا سکتی ہیں۔ برقی حرارت رسانی جو دھڑ پر لگائی جائے مفید ثابت ہوتی ہے۔ افقی وضع میں کاربن ڈائی آکسائیڈ (۵ تا ۷ فی صدی) معہ ہوا کے استعمال کرانا اور اس طرح ہفتہ میں کئی مرتبہ پندرہ منٹ تک عمیق تنفس کرانا مفید ثابت ہوا ہے۔

اگر گنگرین واقع ہو جائے تو درد کا ازالہ مارفیا سے کیا جا سکتا ہے، اور مناسب موقع پر ماؤف حصہ کو جتور کر دینا چاہیے۔ شرائین کی حالت، یعنی موجودہ تکلس کی مقدار شعاع نگاری کے ذریعہ متعین کی جا سکتی ہے اور اس سے یہ فیصلہ کرنے میں مدد ملے گی کہ کیا بتر بہت اوپر یا زیادہ نیچے کرنا چاہیے۔ گنگرین اور مخطور گنگرین کا علاج اس طرح بھی کیا گیا ہے کہ شریان کے گرد کے اعصابِ مشارکی کا استیصال کر دیا گیا ہے تاکہ شریانی تشنج موقوف ہو جائے، نیز شریان کے گرد الکحل کا اشراب کیا گیا ہے (40)۔

اِلطاسی علقی عرقی التہاب میں قطنی مشارک بُرّی (lumbar sympathectomy)

کرنے سے سولہ مریضوں میں سے نو مریضوں میں عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں (65)۔

حمرتی وجع الجوارح

(erythromelalgia)

اس حالت میں جسے سب سے پہلے ویئر میچیل (Weir Mitchell) نے بیان کیا، پاؤں اور ٹانگوں میں شدید درد کے حملے ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ ہی یا ان کے بعد عروق دمویہ کا اتساع واقع ہوتا ہے، جس سے ماؤف حصہ تیز سرخ یا گہرے ارغوانی رنگ کا ہو جاتا ہے، اس کی سطح جلد اڑا اور وریدیں ابھری ہوئی ہو جاتی ہیں اور شاید پسینہ بھی نکلتا ہے۔ بعض اوقات جوارح بالا اور دھڑ بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ درد شدید جلن اور ٹپک کے ساتھ ہوتا ہے۔ حرارت، ورزش اور جوارح کی لٹکی ہوئی وضع سے یہ حملے شروع ہو جاتے اور بڑھ جاتے ہیں، برودت سے اور جوارح کو اونچا رکھنے سے درد میں قدرے تسکین ہو جاتی ہے۔ ابتداءً یہ حملے چند ہی گھنٹے تک جاری رہتے ہیں لیکن امتداد زمانہ کے ساتھ یہ زیادہ مواظب اور شاید یا تھ ہی کم شدید ہوتے جاتے ہیں۔ یہ حالت ابتدائی اوسط عمر میں ہوا کرتی ہے اور بچوں میں شاذ طور پر۔

میچیل کے مریضوں میں سے دو میں بالآخر نخاعی علامات نمایاں ہو گئے۔ اور دوسری اصابتیں ایسی دیکھی گئی ہیں جو ہزال نخاع (tabes) نخاعی جوفیت (syringo-myelia) اور صلابت منتشر (disseminated sclerosis) کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں۔ حمرتی وجع الجوارح کی بعض اصابتیں تسمم ارگٹ (ergotism) اور انسدادی علقی شریانی التہاب کے باعث ہوتا معلوم ہوتی ہیں۔ آخر الذکر مرض میں حمرتی وجع الجوارح متوقف سرطان کے ساتھ متلازم پایا گیا ہے، اور خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ وہ ایک تعویضی میکانیہ کے طور پر عمل کرتا ہے، جس سے عروق شعریہ کا اتساع ہو کر حصۂ ماؤف کی دموی رسد زیادہ ہو جاتی ہے۔ پیرٹوشوں کے سم الفاری تسمم میں حمرتی وجع الجوارح مشاہدے میں آیا ہے۔

علاج بیشتر علامات کے لحاظ سے کیا جاتا ہے: برودت، مناسب وضع اور مارفیا کے استعمال سے۔ فرادیت (faradism) اور ڈنک بھی مفید ثابت ہوئے ہیں۔

306

جوارحی حساسیت (acroparæsthesia)- اس میں ہاتھوں اور پاؤں میں ناگوار یا دردناک احساسات، سنسناہٹ یا بےحسی، یا ایلپنوں اور سوئیوں کی سی چبھن[1] ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ وعاحرکی اختلال بھی ہو۔ یہ فساد مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ یہ ناگوار احساسات اس وقت جب کہ مریض صبح کے وقت بیدار ہوتا ہے، ایک یا دونوں ہاتھوں میں محسوس ہوتے ہیں، اور کچھ عرصہ کے بعد یہ علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات ہاتھ معمول کے نسبت زیادہ شاحب یا زیادہ سرخ، بلکہ متورم بھی ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں دن کے وقت ہاتھوں کا کسی پیشہ میں زیادہ کام میں لایا جانا، یا سونے میں ہاتھوں کی وضع کا ناقص رہنا، اس حالت کے پیدا کرنے کے لئے ایک کافی سبب معلوم ہوتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات اس کا کوئی سبب معلوم نہیں کیا جا سکتا۔ اس کی امراضیات غیر واضح ہے:۔ یہ فساد وعاحرکی تشنج سے منسوب کیا گیا ہے، لیکن بہت سی اصابتوں میں اس کی کوئی شہادت نہیں ملتی۔ یہ عمومی شلل (general paralysis)، ظہری مزال النخاع (tabes dorsalis) اور حائل اقسام کے عوارض میں دیکھا گیا ہے۔ لیکن عموماً یہ ان سے اور ہسٹریا سے الگ واقع ہوتا ہے۔ علاج آرام، مقویات، شب کے وقت پوٹاسیئم برومائڈ، اور مستمر برقی رو پر مشتمل ہے۔

اَنورِسمَا

(ANEURYSM)

یہ نام (جس کے معنی چوڑا ہو جانے کے ہیں) شریان کے اس اتساع پر اطلاق پذیر ہے جو اس کے تمرکی کم و بیش محدود وسعت میں ہو۔ انورسمے اپنی شکل کے لحاظ سے تکلہ نما (fusiform) اور تاچاک دار (sacculated) میں منقسم ہیں۔ تکلہ نما وہ ہے جس میں عرق کے سارے محیط کا کم و بیش یکساں اتساع ہو جاتا ہے۔ اور تاچاک دار وہ ہے جو عرق کی ایک جانب پر ایک گلوبچہ نما ابھار بنا دے اور جو ترقی یافتہ اصابتوں میں ایک تنگی یا گردن کے ذریعہ عرق سے جڑا ہوا ہو۔ بعض اوقات

---

[1] اشکاک = "pins & needles"

بالخصوص جوارح یا شکم میں، ایک تاجک دار انورسما ایک اُبھرے ہوئے مقام پر پھٹ جاتا ہے چنانچہ اس سے خون آہستہ آہستہ گردوپیش کی ساخت میں رس کر ایک ڈھیر بنا دیتا ہے، جو التہابی بافت کے ایک قسم کے دَوِیرے سے محدود ہوتا ہے۔ اسے انورسمائے منتشرہ (diffused aneurysm) کہا گیا ہے۔ بالآخر، ایک تقطیعی انورسما (dissecting aneurysm) اُس وقت بن جاتا ہے جب کہ شریان کے ایک ایسے حصے پر جو اتھیرو ماسے ماؤف ہو، خون اندرونی اور درمیانی طبقوں میں گھس جاتا ہے، اور اُن کے اور بیرونی طبقہ کے درمیان داخل ہو جاتا ہے۔

اسباب۔ انورسما ہر ایسے سبب سے پیدا ہو جاتا ہے جو عرق کو ایک نقطہ پر کمزور کر دے۔ عام ترین سبب اتھیروما ہوتا ہے، بالخصوص بڑے عروق میں، جن میں اندرونی اور درمیانی طبقات کمزور ہو جاتے ہیں اور خون کے دباؤ سے ساری دیوار اس نقطہ پر ڈھیلی پڑ جاتی ہے بنسبت چھوٹے عروق، مثلاً دماغ اور پھیپھڑوں کے عروق میں، ممکن ہے کہ عرق شریانی التہاب کے اُن مقامی اسباب سے کمزور پڑ جائے جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے (مثلاً سداویت سے، یا تدرّن کے حملے سے)۔ بیرونی طبقہ کے جراحی تضررات بھی انورسما پیدا کر دیتے ہیں۔ خراش ایک اور اہم سبب معتدبہ ہے، اور قدیم زمانہ میں جب کہ آج کل کے نسبت سواری اسپ کا رواج زیادہ عام تھا، یہ شریان ماابضی کے انورسما (popliteal aneurysm) کی کثرتِ وقوع کا باعث تھا۔ اُن نسبتہً زیادہ عام اسباب میں جو انورسما کے معتدبہ ہوتے ہیں، آتشک ایک اہم مرتبہ رکھتی ہے، اور غالباً زیادہ بار بھی جو دوران خون کے ذریعہ سے اثر کرتا ہے۔

مرضی تشریح۔ نتائج کے متعلق مندرجۂ ذیل بیان کا اطلاق بالخصوص تاجک دار قسموں پر ہے۔ ایک نتیجہ خود تاجہ کے اندر کے خون کی ترد یب ہے۔ چونکہ ایسا خون راست رو کے باہر ہوتا ہے، لہٰذا یہ زیادہ آہستگی سے حرکت کرتا ہے، نیز انورسمائی تاجے کی ناہمواری اس کی تردیب میں مدد ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تاجہ زردی مائل رنگ کی فائبرینی فراہمیوں کی متوالی تہیں تاجہ میں استر بنا دیتی یا اسے تقریباً پُر کر دیتی ہیں۔ اور انہی فائبرینی تہوں سے تاجہ کی کامل پُری ہو جانے سے ممکن ہے کہ انور سمے مطلقاً یا شفایاب ہو جائیں، عرق خاص سے رابطہ جس قدر

آزادانہ رہے گا۔ فائبرین بننے کا امکان اُسی قدر کم ہوگا۔ چنانچہ تکلہ نما انورسما میں ایسی کوئی فرا ہمیاں نہیں واقع ہوتیں۔

انورسما کا ایک دوسرا نتیجہ گردو پیش کے حصوں پر اُس کا دباؤ ہے۔ ممکن ہو کہ تاجہ بہت بڑی جسامت حاصل کرلے۔ ایک انورسما جس کا نمونہ گائز ہاسپٹل (Guy's Hospital) کے عجائب خانہ میں موجود ہے، اور جو محرابِ اُورطی سے نکلا ہے، اس کا قطر ۸ انچ تھا۔

انورسما کا ایک تیسرا اثر نزف ہے، جو اکثر موت کا سبب ہوجاتا ہے۔ کھوکھلے احشاء اور مصلی کہفوں کے اندر انشقاقات کا وقوع اکثر سریع ہلاکت پیدا کردیتا ہے۔ اتصالی بافت یا بین عضلی فضاؤں میں انشقاقات اکثر نسبتہً بہت تدریجی اثر پیدا کرتے ہیں اور ممکن ہے کہ جب وہ جوارح میں ہوں تو کامیاب علاج کا موقع دیں۔

علامات۔ ان کی تقسیم اس طرح کی جاسکتی ہے: وہ علامات جو تمام انورسموں کے لئے عام ہوتے ہیں، اور وہ علامات جو انورسما کے مقام وقوع پر منحصر ہوتے ہیں۔

307 وہ علامات جو جسم کے ہر حصے کے لئے مشترک ہوتے ہیں یہ ہیں:۔ (۱) سلعہ۔ (۲) نبضان۔ (۳) خریر۔ (۴) درد۔ (۵) دباؤ کے دوسرے اثرات۔

صدری اُورطی کا انورسما

انورسما صدری اورطی میں سگی شریعنے سینی مصراعوں سے لے کر ڈایفرام تک کسی بھی حصہ میں واقع ہوسکتا ہے۔ لیکن پہلا اور دوسرا حصہ بیشتر اوقات ماؤف ہوتا ہے، اور ان حصوں میں سارے قطریہ کے بے قاعدہ اتساعات سے لے کر حقیقی تاجکی انورسما تک تمام اقسام واقع ہوتے ہیں۔ دونوں صنفوں میں اوسط عمر جس میں حملہ ہوتا ہے ۴۰ سال یا اس سے ذرا اوپر ہے۔ یہ مردوں میں نسبتہً بہت زیادہ عام طور پر واقع ہوتا ہے (عورتوں کی ۸ مثالوں کے مقابلہ میں اُن کی ۴۵۰ مثالیں) (65)۔

علامات۔ یہ بخیال سہولت تین زمروں میں بیان کئے جاتے ہیں، جن کا انحصار انورسما کے محلِ وقوع اور سمت بالیدگی پر ہوتا ہے۔ لیکن یہ نہیں خیال کرلینا چاہئے کہ ایک خاص علامت پیدا کرنے کے لئے انورسما کو ہمیشہ ایک خاص مقام پر ہی

ہونا چاہیے۔ اَورطی صاعدکا انورسما جو اکثر اپنے خطاب "امارات طبیعیہ والا انورسما" ("aneurysm of physical signs") کو حق بجانب ثابت کردیتا ہے' اپنے ضمیر میں پسلیوں اور عظم القص کو متآکل کرتا ہوا آگے کی طرف بڑھ جاتا ہے اور خود کو بطور ایک دردناک اور الیم نابض سلعہ کے دوسری یا تیسری دائیں بین ضلعی فضا میں یا شاذ طور پر دوسری یا تیسری بائیں فضا میں ظاہر کرتا ہے۔ اُس پر ایک نرم انکماشی خریر سنائی دیتا ہے۔ اس خطّہ کا ایک سلعہ داہنے طرف بڑھ جاتا ہے اور فوقانی ورید اجوف پر دباؤ ڈال کر بازوؤں کا اَذیما پیدا کردیتا ہے' یا وہ داہنے سینہ کے بالائی حصہ میں بڑھ جاتا ہے اور دائیں شُشش کے بالائی لختہ کو یا اُس تک اندر جانے والے شعبہ کو مضغوط کردیتا' اور تناظر رقبہ پر آوازِ تنفس کی کمی اور بعد کے درجہ میں صمیت پیدا کردیتا ہے۔ بائیں طرف ایک انورسما شریانِ ریوی کو دبا سکتا' دائیں قلب کا اِتساع پیدا کرسکتا' اور بالآخر شریانِ ریوی کے اندر وا ہوسکتا ہے۔ اَورطی انورسمے شاذ موقعوں پر ایک یا دوسری خاص ریوی شاخ کے اندر' دائیں بطین کے اندر' دائیں اُذین کے اندر' بائیں اُذین کے اندر' اور فوقانی ورید اجوف (دَوالی نما انورسما = varicose aneurysm) کے اندر وا ہوگئے ہیں۔ اس طرح کے ارتباطات کی تقریباً تمام اصابتوں میں' جب مریض کافی طویل عرصہ تک زندگی گزار چکا ہو' تو ایک خریر سنائی دیتا ہے۔ اور بعض اصابتوں میں اُس کے نادر صفات یہ ہوتے ہیں کہ وہ ایک مسلسل یا موج دار خریر ہوتا ہے' جو بظاہر پہلی اور دوسری دونوں آوازوں کو ڈھانک دیتا ہے' اور بالخصوص کرخت' نفخی یا گرج دار ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں یہ خریر دوہرا' یا صرف انکماشی ہوتا ہے۔ اکثر ایک ذیذبہ موجود ہوتا ہے۔ اَورطی صاعد کے انورسماؤں کا ایک غیر نادر الوقوع اختتام اُن کا تامور کے اندر انشقاق ہے۔

اَورطی انورسما کا ایک تشخیصی خاصہ جس کو اہمیت دی جاتی ہے' یہ ہے کہ اُس میں اَورطی دوسری آواز کی استثنائی بلندی پائی جاتی ہے' اور اکثر کو با قدیم چوبی مسماع الصدر پر رکھے ہوئے کان کو ایک دھکے کا احساس ہوتا ہے (انبساطی حملہ یا بازگشت = diastolic shock or rebound)۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک

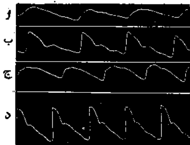
انورسما اورطی دہتہ میں متداخل ہوجائے اور اس طرح اورطی بازروی (aortic regurgitation) پیدا کردے جس کے ساتھ دوسری آواز غائب ہوجاتی ہے۔

ممکن ہے کہ محرابِ اورطی کا انورسما جو اکثر اپنے خطاب ''علامات والا انورسما'' (''aneurysm of symptoms'') کو صحیح ثابت کرتا ہے، اوپر کے طرف قاعدہ گردن تک بڑھ جائے جہاں وہ ایک نابض سلعہ بنا دیتا ہے اور سباتی یا لا اسمی شریان کے انورسما سے بشکل شناخت کیا جاتا ہے۔ دباؤ کے اثرات جب وہ موجود ہوں بالخصوص قصبۃ الریہ کے تعلق میں پیدا ہوتے ہیں اور صرصرہ اور بہر پیدا کر دیتے ہیں۔ اور خود سلعہ کی موجودگی عظم القص کے بالائی سرے پر اہمیت سے اور ایک خریہ سے ظاہر ہوتی ہے۔ اس مقام پر ایک بڑا انورسما قصبۃ الریہ پر دباؤ ڈال کر حنجرہ کو نیچے اور بائیں طرف کھینچ سکتا ہے۔ پھر یہ بھی ممکن ہے کہ یہ انورسما نیچے کے طرف بڑھ جائے اور بائیں شعبت پر دباؤ ڈالکر وہ طبیعی امارات پیدا کردے جو بیان کئے جا چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 145)۔ شعبت پر دباؤ یا قصبۃ الریہ کے ساتھ انضمام ایک طبیعی امارت پیدا کر دیتا ہے، جسے قصبی کشاکش (tracheal tugging) کہتے ہیں اور یہ اس وقت ظاہر ہوتی ہے جب کہ مریض سیدھی کھڑی وضع میں ہو، اس کا منہ بند ہو اور ٹھوڑی انتہائی درجہ تک اوپر اٹھی ہوئی ہو۔ حلقی غضروف کو انگلی اور انگوٹھے سے پکڑ کر آہستہ سے اوپر اٹھایا جاتا ہے، جبکہ حلقی کو پکڑنے والی انگلیوں کو انورسما کا نبضان محسوس ہوتا ہے۔ خفیف کشاکش بعض تندرست اشخاص میں بھی معلوم ہوتی ہے، لیکن نمایاں حرکت ہو تو وہ انورسما کی ایک قابل قدر علامت ہے۔ اگر انورسما کا دباؤ باز گرد حنجری عصب پر پڑے (جو بائیں شعبت کے گرد لپٹتی ہے) تو بائیں حبل الصوت کے عضلاتِ مبعّدہ کا شلل (abductor paralysis) پیدا ہو کر ازاں بعد عضلۂ مقربہ کا ''شللی تقبض'' واقع ہو جاتا ہے، اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ حبل مزمار کے وسط میں آجاتی ہے اور ممکن ہے کہ کسیقدر صرصرہ اور ایک دوری رنّتی یا نحاسی کھانسی (clanging or ''brassy'' cough) پیدا ہو جائے۔

308

ممکن ہے اورطی نازل کے انورسے مری پر دباؤ ڈالیں اور عسر البلع یا غذا کی بازروی پیدا کر دیں یا وہ صدری قناۃ پر دباؤ ڈالیں۔ اگر یہ انورسما پیچھے کی طرف بڑھ رہا ہو تو وہ ریڑھ کی عظمی بافت کو کھا لیتا ہے، بین ضلعی اعصاب کو دبا کر شدید درد پیدا

کردیتا ہے' اوراز اں بعد نخاع کو مبتلا کرکے پا فالج (paraplegia) پیدا کردیتا ہے۔ اگرچہ فقرات متاکل ہوتے ہیں تاہم بین فقری غضروف مسلّم رہتے ہیں۔ ایسے حالات میں اکثر پیچھے ریڑھ کی ہڈی پر ایک خریر سنائی دیتا ہے۔ ممکن ہے انورسما جانباً بڑھ جائے' ایسی صورت میں وہ نشش کو دبا کر پچکا دیتا ہے' اور محدود المقام اہمیت پیدا کردیتا اور تنفسی خریر کو غائب کردیتا ہے۔

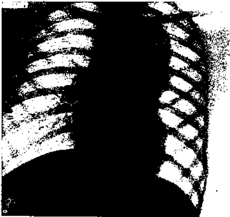


شکل ۱۳ ۔ نبض نگاری ترسیمات ۔ ا ۔ ایک مریض ان میں انہ لی انورسما لاامی شریان کو دبا رہا تھا' دائیں نبض کھبری۔ ب۔ اسی مریض میں بائیں نبض کھبری ۔ ج ۔ زیر ترقوی شریان کے پچکاؤ سے نبض کھبری ۔ د ۔ اتھیروائی شریان' جو طبی ترسیم ظاہر کرتی ہے ۔ دباؤ چھ اونس ۔

کھبری نبضوں کی علامِ مساوات ۔ اگر انورسما لاامی شریان یا بائیں زیر ترقوی شریان کو دبائے' یا ان میں سے کسی ایک کے مبدا کے مقام پر ایک روید بنا کر عرق کو مسدود کردے' تو متماثل نبض نسبتہً کم دبا ور کھتی ہے اور اس کی نبض نگاری ترسیم کے اندر ایک ڈھلوان ضربِ صاعد پائی جاتی ہے (شکل ۱۳' ا' ب' د)۔ علمِ مساواتِ حدقتان ناحدِ حق (anisocoria = لا تساوی) کو عموماً عصب متارکی کے ریشوں میں مداخلت ہوجانے کی طرف منسوب کیا گیا ہے۔ کسی بھی جانب کے انورسما کے ساتھ لاغری' کھانسی' زور لگانے پر یا دوروں کی شکل میں بہرا' اور درد کا پیدا ہونا عام متلازمات ہیں۔ موت اکثر عضلۂ قلب کے متلازم تغیرات سے (جو اکلیلی عروق کی صلابت کا ثانوی نتیجہ ہیں) واقع ہوجاتی ہے۔ لیکن بعض اوقات وہ ایسے اعضا جیسے کہ مری' قصبۃ الریۂ یا شعبتہ پر دباؤ پڑنے اور ان کے ضروری افعال میں مزاحمت ہونے کی وجہ سے واقع ہوجاتی ہے۔ یا نشش پر دباؤ پڑنے اور اس میں التہابی اور عفونی اعمال کی وجہ سے



الف۔ اورطی کا تاجکی اینورسما۔



ب۔ مرض ہاجکن، جس میں واسط چوڑا ہوگیا ہے۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 808

یا بالآخر تاموریہ کے انشقاق اور نزف کا وقوع یا تو خارجاً جلد کی راہ سے، یا مری یا نا مور یا پلیورائی تامور کے اندر ہو جانے کی وجہ سے۔

تشخیص ۔ علامات اور طبیعی آثارات پر غور و فکر کرنے سے ممکن ہے کہ اورطی انورسما کی تشخیص کا کچھ ایماء ہو۔ لیکن آخری تشخیص ہمیشہ لاشعاعوں کے ذریعہ سے کرنی چاہیے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵ الف)۔

ایک انورسما اور دائیں قلب، شریان ریوی یا وریدا جوف کے درمیان ارتباط کی موجودگی کی تشخیص اکثر مشکل ہوتی ہے۔ حتیٰ کہ انشقاق کے وقوع کا وقت بھی ہمیشہ شناخت میں نہیں آسکتا۔ بعض اصابتوں میں بہر زراق اور استسقائے شکلی میں دفعتہً زیادتی ہو جاتی ہے۔ سب سے زیادہ ممیز آثارات وہ مدو جزری خرخر ہے، جو انکماش و انبساط دونوں کو حاوی ہوتا ہے، اور اُس خرخر سے مشابہ ہوتا ہے جو مفتوح قناۃ شریانی کی مثالوں میں سنا جاتا ہے۔ لیکن یہ نصف سے کم اصابتوں میں موجود ہوتا ہے۔

انذار ۔ عضلۂ قلب کی حالت کا لحاظ کرنا ضروری ہے۔ تمام صدری انورسماؤں میں بشمول عدید انورسماؤں کے، زندگی کی اوسط مدت، ان کے شناخت ہونے کے بعد ڈیڑھ سال اور دو سال کے درمیان ہے۔ لیکن وسطی (median) مدت اس سے

309

بہت کم ہوتی ہے یعنی ۱۲ مہینے۔ بالفاظ دیگر اکثر مریض ۱۲ مہینے کے اندر مر جاتے ہیں، اور اوسط مدت کو وہ مریض بڑھا جاتے ہیں کہ جن میں زندگی اطالت پذیر ہو جاتی ہے۔ اس بیان کا اطلاق مردوں اور عورتوں پر ہوتا ہے۔ واحد انورسموں کی صورت میں زندہ رہنے کی مدت، عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے، لیکن جب انورسمے عدید ہوں تو معاملہ اس کے برعکس ہوتا ہے (65)۔

علاج ۔ سینہ کے انورسما کا علاج عموماً مندرجہ ذیل پر مشتمل ہوتا ہے:۔ (۱) آرام و سکون۔ (۲) تحدید غذا۔ (۳) واقعات درد اور مسکنات کا استعمال۔ (۴) آیوڈائڈ آف پوٹاسیم۔ بعضوں کی رائے ہے کہ مریض کو بستر میں لیٹے ہوئے رہ کر کلی طور پر آرام لینا چاہیے اور اسے کسی وجہ سے بھی اُٹھ کر بیٹھنے یا کھڑے ہونے کی اجازت ہرگز نہ دی جائے۔ لیکن اس طریقۂ عمل کی خوبی نہایت مشتبہ ہے، بالخصوص اس لئے کہ بہت سی اصابتوں میں بالآخر عضلۂ قلب کے تغیرات موت کا باعث

ہو جاتے ہیں۔ تاہم نہایت زیادہ ورزش سے محترز رہنا بہت اہم ہے۔ ٹفنیل (Tufnell) نے جو کلی آرام و سکون کا بڑا حامی تھا' ایسی غذا دینے کی سفارش کی جس میں روزانہ ۱۰ اونس جامدات (معہ ۳ اونس گوشت) اور ۸ اونس سیال تین وقت کے کھانوں میں تقسیم کر کے دئیے جاتے تھے۔ لیکن یہ غذا نہایت صبر آزما ہوتی ہے اور چند ہی مریض اسے لینے پر راضی ہوں گے۔ افیون یا مارفیا عموماً تخفیف درد' نیند لانے' یا بیچینی رفع کرنے کے لئے دیا جاتا ہے' لیکن دوسرے مسکنات بھی کار آمد ہو سکتے ہیں مثلاً برومائڈ آف پوٹاسیم' کلورل پیرالڈی ہائڈ' یا سلفونل۔ بیلاڈونا کے الساقات یا سردی یا فصد کے ذریعہ تھوڑا سا خون نکالنے سے بھی درد میں تخفیف ہو سکتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ آیوڈائڈ آف پوٹاسیم الورسما میں ترد یب خون پر خاص اثر رکھتا ہے' کیونکہ اس کے استعمال سے' باوجودیکہ غذا میں کوئی تحدید نہ کی گئی ہو' نبضان اور درد میں کمی ہو کر مریض کی حالت میں بہت اصلاح واقع ہو جاتی ہے۔ اسے بڑھتی ہوئی مقداروں میں روزانہ ۶۰' ۹۰' یا ۱۰۰ اگرین تک دینا چاہئے۔ کولٹ (Colt) نے الورسما میں "تار داخل کرنے" کا ایک سادہ طریقہ ایجاد کیا ہے۔ جلد کو عدیم الحس کرنے کے بعد تاچہ میں ایک قنولچہ اور ایک مبزل داخل کر دیا جاتا ہے۔ اگر خون کا آزادانہ بہاؤ ہو تو ایک ظرف (container) میں تاروں کا ایک ملا ہوا سلسلہ قنولچہ کی راہ سے داخل کیا جاتا ہے' اور تاچہ میں داخل ہونے کے بعد یہ تار ایک چھتری کی صورت میں کھل جاتے ہیں اور خون کی تجمید واقع کرتے ہیں۔ تھیوڈور ٹامسن (Theodore Thompson) نے نہایت ہی حیرت انگیز کامیابی کی اطلاع دی ہے' لیکن دو تین اصابتوں میں راقم الحروف نے یہ پایا ہے کہ نہایت ہی نمایاں طور پر تمدد پذیر نبضان کے باوجود تاچہ سے بالکل خون نہیں نکلتا۔

شکمی الورسما

امراضیات۔ اس کا معمولی محل وقوع ڈائفرام اور فوقانی ماساریقی شریان کے مبداء کے درمیان ہے' اور وہ اکثر محور شکمی (coeline axis) کے مبداء کو ماؤف

کرتا ہے۔ دورانِ بالیدگی میں ممکن ہے کہ وہ متصلہ اعضاء سے مداخلت کرے اور وریدِ اجوف کو دبائے یا فقرات کو متآکل کرے۔ فوقانی ماساریقی کے یا حرقفی شریانات کے انورسما نسبتہً کم عام ہوتے ہیں اور یہاں اُن پر خاص طور پر غور نہیں کیا جائے گا۔

علامات حسب ذیل ہیں :۔ دَرد، ایک نابض سلعہ کی موجودگی جس پر خرخر ہو اور بعض اوقات دباؤ کی امارات۔ درد شکم کے اندر ہوتا ہے، اکثر شدید اور نوعیت میں دَوری یا وجع العصبی (neuralgic) ہوتا ہے، اور بُن ران یا پشت کے اندر ہر طرف تشعع کر سکتا ہے۔ سلعہ، قدرتی طور پر، مقامِ ضرر کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ وہ شراسیفی خطہ میں، خطِ وسطی میں یا قدرے دائیں طرف کو ہوتا ہے۔ وہ گلوبچہ نما یا بیضوی، نابض اور تمدد پذیر ہوتا ہے، اور ڈایافرام کے حرکات سے بالکل متاثر نہیں ہوتا یا شاذ ہی متاثر ہوتا ہے۔ عموماً اس پر ایک انکماشی خرخر سُنا جاسکتا ہے۔ سوائے دَرد کے دوسرے امارات عام نہیں، کیونکہ مختلف اعضا اس کے تقدم پر آسانی ہٹ جاتے ہیں۔ اوسط عمر کہ جس میں مرض کا آغاز ہوتا ہے، مردوں میں ۳۶ سال ہے، اور انورسما کی مدت ۱۰ مہینے ہے، اور وسطی مدت ۱۲ مہینے۔ موت کا وقوع عموماً پس باریطونی بافت کے اندر، یا باریطون میں، یا کھوکھلے احشاء میں سے کسی ایک حشاء کے اندر نازفہ کے انشقاق سے ہوتا ہے۔

تشخیص۔ عورتوں میں شکم کا جس کرنے پر طبعی اَورطی کا نبضان نہایت عام طور پر محسوس ہوا کرتا ہے، بالخصوص اگر اُن کی دیوارِ شکم کے عضلات کمزور ہوں۔ ناتجربہ کار اسے اکثر غلطی سے شکمی انورسما سمجھ لیتے ہیں۔ شکمی انورسما کو اَورطی کے سامنے واقع ہونے والے سلعات سے بھی تمیز کرنا چاہیے، بالخصوص سرطانِ معدہ (carcinoma of the stomach) اور نسبتہً کم عام طور پر مرارہ کے سرطان سے، جن میں تندرست اَورطی کا نبضان منتقل ہو جاتا ہے۔ اَورطی پر کے سلعات جانبًا نہیں پھیلتے، اور اکثر شکل میں ناہموار یا گرہک دار ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں جب مریض کو اَوندھا یا اُس کے ہاتھوں اور گھٹنوں کے بل اس طرح رکھا جاتا ہے کہ سلعہ اَورطی سے دور گر جاتا ہے تو یہ نبضان موقوف ہو جاتا ہے۔ گہرا سانس لینے پر سرطانِ معدہ اپنی جگہ سے زیادہ ہٹ جاتا ہے اور انورسما اتنا نہیں ہٹتا۔

310

علاج۔ یہ انہی اصول پر ہونا چاہیے جو صدری انورسما کے عنوان کے تحت

بتائے گئے ہیں۔ لیکن بعض اوقات شکلی اورسا ایک ضاغط (tourniquet) کے ذریعہ قربی یا بعدی انضغاط سے یا دوسرے جراحی ذرائع سے علاج پذیر ہوتا ہے۔ شکم شگافی کے دوران میں کولٹ (Colt) کے تار داخل کئے جاسکتے ہیں۔

اورطی کا پیدائشی تضایق

(congenital coarctation of the aorta)

یہ حالت اس لئے شاذ ہے کہ اس کو شاذ طور پر تشخیص کیا جاتا ہے۔ اس میں قناۃ شریانی کے ساتھ اتصال کے مقام پر اور بائیں زیر ترقوی شریان کے مبدا سے ذرا آگے، اورطی کی ضیق یا کامل انطماس ہو جاتا ہے۔ اگر ایسا بچہ زندہ رہے تو اس کے دھڑ اور جوارح زیرین کے دوران خون کو اس طرح مدد ملتی ہے کہ ایک طرف تو زیر ترقوی اور ابطی شرائین کی شاخوں کے درمیان اور دوسری طرف صدری شرائین (thoracic arteries) اور شراسیفی شرائین کے درمیان تفمم ہو جاتا ہے۔ تفمم کرنے والی شرائین خون کی مطلوبہ مقدار لے جانے کے لئے بہت زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں؛ اور بڑی بڑی پیچدار نابض عروق بنا دیتی ہیں؛ جو بالخصوص عظم الکتف کے ظہری کنارے کے ساتھ ساتھ اور اس کے زاویہ پر نیز دیگر مقامات پر محسوس کی جاسکتی ہیں۔ فشار خون بلند اور قلب بیش پرورده ہوتا ہے اور یہ خون کو اس تنگ فتحہ کی راہ سے دھکیلتے ہیں۔ اتساع نہیں ہوتا۔ لاشعاعی ضلعی کناروں پر تسیع شریانی تفمات کے دباؤ سے پڑے ہوئے انخفاضات ظاہر کرتی ہیں لیکن یہ تمع پستانی شریانوں کی وجہ سے عظم القص کے جوانب میں انکماشی خرخرات ہوں۔ ممکن ہے کہ شکلی اورطی اور حرقفی اور فخذی عروق نبضان سے متراجع ہوں یا ان میں صرف ضعیف سا نبضان ہوتا ہو، جس کی وجہ یہ ہے کہ تنگ اورطی کی راہ سے ان میں خون پہنچنے تک خون کی رکاوٹ ور گھٹ جاتا ہے۔ عضدی اور فخذی شریانات میں فشار خون کا مختلف ہونا ایک مفید تشخیصی نکتہ ہے۔ یہ ناممکن نہیں ہے کہ اس حالت میں رہتے ہوئے سخت عضلی محنت کی زندگی بسر کی جائے۔ ناگہانی فشل قلب ہونے کا احتمال ہے۔ تشخیص، تمام نوجوان موضوعوں میں کہ جن میں ہو قلب بلند فشار خون ہو؛ فخذی شریانات کو حس کرنے اور عظام الکتف کے گرد تفمات کو تلاش کرنے پر منحصر ہے (61)۔

مرضِ رینا ڈ

(RAYNAUD'S DISEASE)

یہ عارضہ جسے پہلے پہل رینا ڈ نے ۱۸۶۲ء میں جوارح کے مقامی اختناق اور تماثل گنگرین کے نام سے بیان کیا، نسبتاً چھوٹے شرائین، عموماً اصبعی شرائین کے ایک تشنجی مقامی انقباض کے باعث ہوتا ہے، جس کی وجہ سے ماؤف حصوں کے دوران کی تعویق یا ایقاف واقع ہوجاتا ہے۔ اب تک رینا ڈ کے مرض کا سبب وعاحر کی تشنج ہی سمجھا گیا تھا، اور مشارکی زنجیر کے بعض حصوں کے استیصال سے اس مرض میں مختلف درجہ کی تخفیف حاصل ہوئی تھی۔ قیاساً ایسا تشنج، معائی رکود سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے، جو تقریباً ہمیشہ موجود ہوتا ہے، اور آئن ہارن کے اثنا عشری انبوبہ (Einhorn's duodenal tube) سے آنتوں کی تغسیل کرنے سے علامات دور کئے جاسکتے ہیں۔ مزید برآں یہ کہ مزمن قبض کی شکایت رکھنے والے اشخاص اکثر ہاتھ پاؤں کے ٹھنڈے پڑجانے کی شکایت کرتے ہیں۔ لیکن اب تازہ مشاہدات کی بنا پر دعویٰ کیا جاتا ہے کہ شرائین بلا واسطہ ماؤف ہوتے ہیں اور یہ کہ وعاحر کی نظام محض ایک ثانوی حیثیت سے حصہ لیتا ہے (16)، اگرچہ اس کے متعلق پھر شبہ کیا جاچکا ہے (70)۔

اسباب ۔ یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں بہت زیادہ اکثر الوقوع ہوتا ہے، اور ابتداءً عام طور پر پندرہ اور تیس سال کی عمر کے درمیان، حتیٰ کہ بچپن میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ سردی اور جذباتی اختلال اس کے اسباب سمجھے جاتے ہیں۔ بہت سے مریض نازک یا عدیم الدم، عصبی یا ہسٹریائی مزاج رکھنے والے ہوتے ہیں، لیکن بعض ایسے معلوم ہوتے ہیں گویا وہ وقوعِ مرض سے پہلے تک اچھی صحت میں تھے۔ مرضِ رینا ڈ کے ساتھ ہیموگلوبین بولیت (hæmoglobinuria)، التہابِ اعصابِ محیطی (peripheral neuritis) اور مختلف جلدی ثورانات، بالخصوص صلابتِ جلد (sclerodermia) یا صلابتِ انگشت (sclerodactylia) پائے گئے ہیں۔ آخرالذکر حالت میں انگلیوں کی جلد موٹی، چکنی اور چمکدار ہوجاتی اور یا لاآخر ذبول ہوجاتی ہے۔

علامات۔ دوران حملہ میں جو سردی یا جذبات کی وجہ سے یا خود بخود نمودار ہوسکتا ہے، ایک یا زائد انگلیاں سرد، سُن اور دردناک ہوجاتی ہیں۔ ان کا رنگ یا تو سپید (مقامی غشیان) یا نیلگوں مائل سپید، بنفشی، سلیٹ کے رنگ کا حتیٰ کہ سیاہ (مقامی اختناق) ہوتا ہے۔ جب انگلیاں نیلی ہوتی ہیں تو انھیں دبانے سے ایک سپید دھبہ پیدا ہوجاتا ہے جو اپنا سابقہ نیلا رنگ صرف آہستہ آہستہ ہی پھر حاصل کرتا ہے۔ جارحہ کا متصل حصہ اکثر کسی قدر سوجا ہوا ہوتا ہے، اور اس سے اوپر تھوڑے فاصلہ تک جارحہ میں ایک کبود مرمریت پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ حالت چند منٹ سے لے کر کئی گھنٹوں تک قائم رہتی ہے۔ شفایابی کے ساتھ ساتھ جھنجھناہٹ اور جلن محسوس ہوتی ہے، اور کبودی بتدریج پہلے قرمزی اور بالآخر قدرتی گلابی رنگ میں بدل جاتی ہے۔ حملہ کی شدت کے دوران میں شریانی رسد تمام تر موقوف ہوجاتی ہے، چنانچہ نیلے رنگ کی کمی بیشی کا انحصار خون کی اس مقدار پر ہوتا ہے جو عروق شعریہ اور چھوٹی وریدوں میں باقی رہ جاتا ہے۔ مردہ انگلیاں (dead fingers) جو بہت سے طبعی اشخاص میں تکشف (مثلاً ورزش نہانے) کے بعد پیدا ہوجاتی ہیں اور بعض اوقات پالا لگناؤ (frost-bite) کی حد تک پہنچ جاتی ہیں مرض رینالڈ کی مثال نہیں ہیں۔

سخت ترین درجہ وہ حالت ہے جسے متشاکل گنگرین (symmetrical gangrene) کہتے ہیں۔ ایک ایسے حملہ کے دوران میں جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، انگلیوں پر مصلی قیمی سیال سے بھرے ہوئے آبلے بن کر پھوٹ جاتے ہیں اور ان کے پھوٹنے کے بعد چھوٹے قرحے رہ جاتے ہیں جو کبودی کے رفع ہوجانے کے بعد مندمل ہوجاتے ہیں۔ اس عمل کے مکرر ہونے پر ممکن ہے کہ ماؤف حصے پر بہت سے چھوٹے چھوٹے ندبات بن جائیں اور انگلیاں ایک جھری دار، چکنا ہوا چمڑے کی جھلی جیسا منظر اختیار کرلیتی ہیں۔ ممکن ہے کہ جلد کے چھلکے اتر جائیں اور ناخن جھڑ جائیں۔ دوسری امثلہ میں ہاتھ اور پاؤں کی انگلیاں، آبلوں یا انفیلٹ کے بغیر سیاہ، جھری دار اور گنگرینی ہوجاتی ہیں، اور چند ہفتوں کے عرصہ میں جلد کی ایک اوپری تہ حتیٰ کہ زیادہ گہری بافتوں کا کچھ حصہ خشیشہ بن کر علیحدہ ہوجاتا ہے

ان شدید احباجوں میں جو نمایاں ترین علامت موجود ہوتی ہے وہ دوری نوعیت کا شدید درد ہے، جو دوسرے جوارح میں بھی تشنّج ہوجاتا ہے۔ نبض تپلی اور ضغط پذیر ہوسکتی ہے، لیکن ہمیشہ محسوس ہوتی ہے، اور مریض کی عام صحت حیرتناک طور پر کم متاثر ہوتی ہے۔ ہاتھوں کی انگلیوں کی طرح پاؤں کی انگلیاں بھی ماؤف ہوتی ہیں اور کبھی کبھی اُن سے پہلے ہی ناک اور کان کبود ہوسکتے ہیں لیکن اکثر اُن کا اغشاث نہیں ہوتا۔ یہ حیرت انگیز ہے کہ جب قروح مندمل ہوجاتے ہیں تو بہت کم اندداب باقی رہ جاتا ہے۔

اس کے حملے ہفتوں یا مہینوں کے وقفوں سے ہوتے ہیں اور بعض احباجوں میں خفیف مکرر حملوں کے بعد انگلیاں ایک مستقلاً سُن اور جھرّی دار حالت میں رہ جاتی ہیں۔

تشخیص۔ تشیخوخی گنگرین کی شناخت ان امور سے ہوتی ہے: مریض کی عمر، نیز اس میں گنگرین ایک ہی جارحہ اور عموماً جارحۂ زیریں کو ماؤف کرتی ہے، اس کا عمر ترقی پذیر ہوتا ہے، اور جارحہ کی شریان کی حالت مرض زدہ ہوتی ہے۔ خصوصاً (chilblains) مقامی اختناق سے کسیقدر مشابہت ظاہر کرتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کی امراضیات بھی مماثل ہو۔ اس کا وقوع سردی کے واضح تکشف سے ہوتا ہے۔

اِنذار۔ یہ مرض مہلک نہیں ہوتا اور علاج سے بہت فائدہ حاصل ہوسکتا ہے۔

مرضِ رینانڈ کا کارگر علاج یہ ہے کہ آنتوں کو مقررہ وقفوں پر جسمانی تپش والے عقیم مالح کے ۲ء۵ فی صدی محلول کے ۴ تا ۲۰ پائنٹ سے، ایک اثنا عشری انبوبہ کے ذریعے دھارا جائے، جس سے غرض یہ ہے کہ غذائی قنال کے مافیہا کو دمعیر خارج کر دیا جائے۔ تبادلاً ہر صبح کو اسی محلول کے ۱ تا ۲ پائنٹ پی لئے جائیں۔ (پراگ کے) ٹامی نک (Tominek) نے طبعی مالح کے اندر ریڈیئم کے فوحہ کے دروں وریدی اشرابات کی سفارش کی ہے۔ مقامی تدابیر یہ ہیں: - ہاتھ پاؤں کو گرم رکھا جائے۔ ترکی جو مائیاتی طریقوں (hydrological methods) جیسے کہ تبادل

گرم اور سرد نطولات کے ساتھ ممزوج کی جاسکتی ہے۔ بلند تواتر رو (high frequency) اور برقی حرارت رسانی (diathermy) - مفید ترین ادویہ آیوڈین اور درقیہ ہیں۔ موسم سرما میں مریض کو گرم آب و ہوا میں منتقل کر دینا مناسب ہو سکتا ہے۔

التہاب الورید

(PHLEBITIS)

وریدوں کے التہاب یا التہاب الورید کا نتیجہ ہوتا ہے کہ دیواریں دبیز ہو جاتی ہیں اور ان میں خون کے سپید خلیوں کی دریزش واقع ہوتی ہے۔ ہو سکتا ہے کہ اس کثرت کے ساتھ ہو کہ طبقوں کا حقیقی تمیز پیدا ہو جائے۔ ورید کے بطانہ اور ظہارہ کا التہاب ظاہر کرنے کے لئے علی الترتیب دروں وریدی التہاب (endophlebitis) اور گرد وریدی التہاب (periphlebitis) کی اصطلاحیں استعمال کی گئی ہیں۔ گردوریدی التہاب، ورید کے باہر کسی التہابی مرکز کے تماس سے یا تقرر کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ دروں وریدی التہاب زیادہ اکثر خود ورید کے اندر خون کی علقیت یا تروّیب کے نتیجہ کے طور پر شروع ہو جاتا ہے۔ یہ علقیت یا تروّیب مختلف اسباب سے واقع ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو علقیت)۔ ممکن ہے کہ تھکا وریدی دلوار سے چپکا رہے، اور ساتھ ہی اس کا تصفیہ واقع ہو کر ورید بالکل مطموس ہو جائے۔ یا اس کے برعکس ممکن ہے کہ تھکے کے اندر راستہ بن کر اس کے اندر سے دوران خون پھر قائم ہو جائے۔ دوسری اصابتوں میں وہ نرم ہو کر ایک ریم نما مایع بن جاتا ہے۔ گردوریدی التہاب اندر پھیل کر خود علقیت پیدا کر سکتا ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ورید کے گرد کی بافت میں پھوڑے بن جائیں۔ مہاجر علقی وریدی التہاب (thrombophlebitis migrans) ایک حالت ہے جو کہ حالیہ سالوں میں زیادہ کثرت سے تشخیص کی گئی ہے۔ اس میں جسم کے مختلف حصوں کی اور اکثر کی وریدوں پر حملہ ہوتا ہے۔ غالباً مزرات کسی عفونی مرکز سے پیدا ہوتے ہیں۔ (آدب کے لئے ملاحظہ ہو 64)-

علامات۔ التہاب الورید میں ماؤف عرق کے مریض درد اور الیمیت ہوتی ہے اور اگر کسی اوپری ورید کا التہاب ہو تو سطح پر بھی کچھ سرخی پیدا ہو جاتی ہے۔ ورید ایک ابھری ہوئی سخت رسی کی طرح محسوس کی جاسکتی ہے اور اس مقامی مرض کے ساتھ کسی قدر حموی ردّ عمل بھی موجود ہوتا ہے۔ گرد و پیش کی بافت کے سخت ہو جانے، جلد کی سرخی اور اُذیما، اور بالآخر تموّج سے پھوڑوں کی تکوین ثابت ہوتی ہے۔ علقہ کے ٹوٹنے پھوٹنے اور اُس کے ذرات کے منتقل ہونے کے ثانوی نتائج بعد میں بیان کئے گئے ہیں۔

علاج۔ التہاب الورید کا علاج یہ ہے کہ ماؤف حصہ کو کلی آرام دیا جائے، درد میں کمی کرنے کے لئے گرم تکمیدات استعمال کریں یا گلیسرین اور بیلاڈونا لگائیں اور اگر ضرورت ہو تو اسی غرض کے لئے افیون کے مرکبات بھی استعمال کریں۔ علقہ کے ٹوٹ کر جدا ہو جانے کا خطرہ ہمیشہ پیش نظر رکھنا چاہئے (ملاحظہ ہو علقیت اور سدادیت)۔ اگر پھوڑے بن جائیں تو شگاف کے ذریعہ سے پیپ کو نکالنے کی ضرورت ہوگی۔

علقیت اور سدادیت

(THROMBOSIS AND EMBOLISM)

علقیت کی اصطلاح کا اطلاق خون کی اُس ترویب پر کیا جاتا ہے جو زندہ عروق کے اندر (خواہ شرائین میں خواہ وریدوں میں) یا قلب کے کہفوں میں واقع ہوتی ہے۔ اور خود تھکّے کو علقہ کہتے ہیں۔

سدادیت سے مراد تھکّے کے کسی حصے کا یا کسی دوسری شئے (سلعات کے ذرات، طفیلیات، شحمی گلوبیول) کا دوران خون کے ایک حصّے سے دوسرے حصے میں منتقل ہونا اور پھر ایسے عرق میں پہنچنا جو اُس کے آگے بڑھنے کے لئے بہت زیادہ تنگ ہو اور وہاں محزوز ہو جانا ہے۔ سدادیت کا وقوع نظامی دوران خون کے محیط کو جانے والی شرائین میں، نظامی وریدوں اور پھیپھڑوں کو جانے والی ریوی شریان میں، نیز جگر کو جانے والی بابی ورید میں ہو سکتا ہے۔ منتقل شدہ ذرّے کو سداد کہتے ہیں۔

فائبرین کی تکوین کی اُن حالتوں کے علاوہ جو عموماً ترویب پیدا کر دیتی ہیں، علقیت کی پیدایش میں دو اور اہم عوامل کارفرما ہوتے ہیں، جو یہ ہیں:— (۱) خون کی رَو کی غیر معمولی سست رفتاری، خواہ گھٹی ہوئی قلبی قوت کی وجہ سے، یا عرق میں مقامی تسدد کی وجہ سے، یا خون کی لزوجیت کی زیادتی کی وجہ سے، اور (۲) متعلقہ عرق یا کہفہ کی استری جھلی کا کوئی ضرر یا اس پر کوئی بے قاعدگی۔ لیکن اس کا اعتراف ضروری ہے کہ اکثر اوقات ساری عوارض (جن میں خود عفونیات یا سمیات کا حصہ ہو سکتا ہے) اور صحت کی وہ حالتیں جو نقرس میں اور نفاسی حالت (puerperal state) میں موجود ہوتی ہیں، علقیت کے ساتھ نہایت قریبی تعلق رکھتی ہیں۔

چنانچہ ہم دیکھتے ہیں کہ قلب میں خون کی ترویب اس کے ملتہب مصراعوں پر ہوتی ہے، یا اس کے کہفوں کے اندر ہوتی ہے جب کہ یہ متسع ہوں یا انتہائی کمزوری کے ساتھ منقبض ہوتے ہوں۔ عروق میں اس کی ترویب اس وقت ہو جاتی ہے جب کہ اُن کی دیواریں متضرر ہوں، یا جب وہ عفونی یا گنگرینی اعمال سے متاثر ہوں۔ شرائین میں ترویب بالخصوص اس وقت ہوتی ہے جب کہ اُن کی دیواروں میں آتشکی یا اتھیرومائی ضربات ہوں، یا وہ انورسمائی اتساعات میں مبتلا ہوں۔ وریدوں میں ترویب اس وقت ہوتی ہے جب کہ دباؤ کی وجہ سے اُن کے خون کی رَو سست پڑ جائے، یا جب کہ مختلف ساری، ضعفی اور عدم دمویتی عوارض کے موضوعوں میں خفیف ترین مقامی اختلال موجود ہو۔ اس عمل میں پہلا قدم اکثر یہ معلوم ہوتا ہے کہ مقام معین پر صفیحات دمویہ کا اجتماع ہو جاتا ہے، اور ازاں بعد سپید خلیے مجتمع ہو جاتے ہیں یا فائبرین بنتی ہے۔ ایک عرق کے اندر خون کی ترویب کا اثر قدرتی طور پر یہ ہوتا ہے کہ اس میں ایک تسدد پیدا ہو جاتا ہے، اور اس لحاظ سے کہ یہ ترویب شریان کے اندر ہے یا ورید میں اس تسدد کے اثرات جداگانہ ہوں گے۔ 313

جب رُوبہ ایک بار بن جاتا ہے تو اس کے اوپر اور نیچے دوران کرنے والے خون سے فائبرین کے مزید جماؤ حاصل ہوتے رہتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ علقہ نسبتاً بڑھے اور زیادہ بڑے عروق میں پھیلتا جاتا ہے۔ جب رَوبہ پہلے پہل بنتا ہے تو وہ نرم ہوتا ہے اور وریدوں کو بھر دیتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد وہ سکڑ جائے اور اس طرح دورانِ خون کو از سر نو جاری ہونے دے۔ لیکن رَوبہ کا انضمام ہمیشہ ایسا موافق نہیں ہوتا۔

علقہ عموماً کسی قدر دروں شریانی التہاب (endarteritis) یا دروں وریدی التہاب (endophlebitis) پیدا کر دیتا ہے، عرق کی دیوار کے ساتھ اُس کا انضمام واقع ہو جاتا ہے، اور بالآخر اس تھکے کا تعضیہ واقع ہو کر عرق کا مجریٰ مستقل طور پر مطموس ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ عفونی خرد عضویے روبہ کو توڑ پھوڑ کر ایک ریم نمایاں تا دیں جس میں جسیماتِ ریم، خرد بقیات اور باریک ذراتی ریزے ہوتے ہیں۔ قلب اور وریدوں میں علقیت ہونے کا ایک اہم نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ روبہ سے ریزے ٹوٹ کر دورانِ خون کے دوسرے حصوں میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ پھر وہ سدادین جاتے ہیں، جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے۔ نتائج ابتدائی علقہ کے مقام و قوع اور اُس کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ وریدی علقوں سے جو ٹکڑے جدا ہوتے ہیں وہ خون کی رَو کے ذریعہ سے دائیں اُذین میں، اور وہاں سے دائیں بُطین میں، اور شریان ریوی میں پہنچ جاتے ہیں، اور اپنی جسامت کے لحاظ سے، وہ اس شریان کو یا تو بالکل اس کی ابتدا میں یا جرمِ شش کے اندر مسدود کر دیتے ہیں۔ قلب کے دائیں جانب میں کے علقات بھی اسی طرح شریان ریوی کی سدادیت پیدا کر دیں گے۔ لیکن اُورطی یا مطرانی مصراعات پر کے، یا دائیں اُذین کے اندر کے علقات، دماغ، طحال، گردوں یا جوارح میں، یا اور کسی مقام پر نظامی شرائین کی سدادیت پیدا کر دیں گے۔

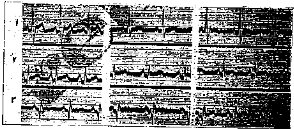
اگر سدادیت کے بعد جانبی دورانِ خون فی الفور قایم ہو جائے تو اس کا نتیجہ مسدود عرق کے رقبہ کے اندر کی بافت کی موت ہے۔ بافت کے اس طرح متاثر شدہ حصے کو مقعمہ (infarct) کہتے ہیں۔ بعض اعضاء مثلاً جگر میں عروق کا تفمم اتنا کامل ہوتا ہے کہ وہاں مقعمات کبھی نہیں بنتے۔ لیکن دوسرے اعضاء میں، گو وہاں کچھ تفممات موجود ہوتے ہیں، تاہم وہ ایک حصے کے تغذیہ کے لئے کافی نہیں ہوتے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب ایک شریان مسدود ہو جاتی ہے (جو اس مثال میں معلوم ہے کہ وظیفی منتہائی شریان ہے) تو ایک مقعمہ بن جاتا ہے۔ وہ ٹھوس اعضاء میں عموماً مخروطی شکل کا ہوتا ہے، لہٰذا تراشش قطع کرنے پر وہ مثلثی یا فانہ شکل ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ بعد الممات دیکھا جاتا ہے، وہ سخت یا نرم ہوتا ہے، اور رنگ میں سپید یا زردی مائل سپید (سپید مقعمہ = white infarct)، یا سیاہی مائل سرخ ہوتا ہے

نزفی یا سرخ مفعمہ (haemorrhagic or red infarct =)۔ سپید مفعمہ جو عموماً گردے اور قلب میں پایا جاتا ہے، اس میں جو تغیر واقع ہوتا ہے وہ ترویبی تنخر ہے۔ بافت اپنی دموی رسد سے معرا ہو کر گرد و پیش کی زندہ بافت کا ملف اس میں نفوذ کر جاتا ہے، اور اسی میں تدریجی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ اس کے گرداگرد بیش ونویت اور نزف کا ایک تنگ منطقہ پایا جاتا ہے۔ اگر ترویب پذیر مادہ کافی ہو تو مفعمہ سخت ہوتا ہے، جیسا کہ گردے اور طحال میں دیکھا جاتا ہے۔ اگر وہ نسبتاً کم وافر ہو تو مفعمہ نسبتاً نرم ہوتا ہے، جیسے کہ دماغ میں۔ نزفی مفعمہ میں بھی ابتدائی عمل ترویبی تنخر کا ہوتا ہے، لیکن اس میں کم و بیش کامل نزف کا اضافہ ہو جاتا ہے، جو سرخ حجیات کے پار جست (diapedesis) کے ذریعے ہوتا ہے یا تو اس وجہ سے کہ (۱) خاص شریانی شاخ کی مسدودی کے بعد شریانی تفممات تخری ارقیہ کے اندر دوران خون ہونے دینے کے لئے کافی ہوتے ہیں، یا اس وجہ سے کہ (۲) جیسا کہ شُش اور آنت میں ہوتا ہے جہاں مفعمات ہمیشہ نزفی ہوتے ہیں، ہوا کی موجودگی کے باعث شعری دیواریں بے سہارا ہوتی ہیں، اور جب قلتِ تغذیہ کی وجہ سے ان کی استری جبلی کے خلیات مردہ ہو جاتے ہیں، تو خون ان میں سے رِس نکلتا ہے۔ امتداد زمانہ کے ساتھ جب دموی لون جذب ہو جاتے ہیں تو سرخ مفعمات سپید ہو جاتے ہیں۔ گردہ، قلب اور شبکیہ کے مفعمات عموماً سپید قسم کے ہوتے ہیں۔ طحال اور دماغ کے مفعمات یا تو سپید یا سرخ ہو سکتے ہیں۔ اگرچہ مفعمات ابتدائی درجوں میں اکثر کسیقدر متورم اور بافتوں کی سطح پر اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں، تاہم بالآخر اگر وہ عفونی نہوں تو وہ سکڑ کر منقبض ہو جاتے ہیں، جیسا کہ بالخصوص گردوں میں دیکھا جاتا ہے۔ عناصر میں شحمی انحطاط واقع ہو کر ان کی جگہ اتصالی بافت لے لیتی ہے۔ اگر سدادی متیّج علقہ سے آئے، یا خبیث التہاب درون قلبیہ (malignant endocarditis) سے حاصل ہو تو ممکن ہے کہ اس کے مشمولہ عضویے مفعمات میں عفونی اعمال پیدا کر دیں۔ یہ مرکز میں ریمی ہو کر پھوڑے بنا دیتے ہیں، جیسے کہ تقیح الدم میں شش کے اندر، یا کبھی کبھی خبیث التہاب درون قلبیہ میں دماغ اور گردے میں ہوا کرتے ہیں۔ عفونی سدادات شریانی دیوار میں سرایت پیدا کر کے بعض اوقات انغراز کے مقام پر شریان کی کمزوری اور اِتساع پیدا کر دیتے، اور اس طرح سدادی انورسما (embolic aneurysm) پیدا

314

کر دیتے ہیں۔ اگر کسی محیطی حصے (پاؤں، ٹانگ یا ہاتھ) کی خاص عرق مسدود ہو جائے، اور اُسے گردوپیش کی کوئی زندہ بافت ترویب پذیر مادے کی رسد نہ پہنچا سکے تو اُس کا نتیجہ تروبی تنخر نہیں ہوتا بلکہ گنگرین ہوتا ہے۔
علقیّت اور سداویت کی مندرجۂ ذیل شکلیں وہ ہیں جو عموماً شناخت کی جاتی ہے :-

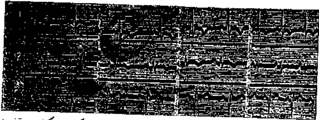
اکلیلی علقیت (coronary thrombosis)، جو قلب کا وقف الدمی تنخر پیدا کر دے۔ ممکن ہے کہ یہ ایک اوّلی علقیت ہو یا سداویت کے باعث ہو۔ مریض عموماً



شکل ۲۴۴ - برقی قلبی ترسیمی تغیرات اکلیلی علقیت کے (الف) ایک دن، (ب) تین دن، اور (ج) سات دن بعد، جن سے پہلی تقویدیں (اور کسیقدر کمی کے ساتھ دوسری تقویدیں) ت۔ موج کا بتدریج غائب ہونا اور (الف) میں ہم برقی فاصلہ (iso-electric interval) یعنے مر اور ت موجوں کے درمیان کے معمولی افقی خط کی غیر موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔

ادھیڑ عمر سے زیادہ کا ہوتا ہے۔ بلا کسی ظاہری سبب کے وہ یکایک سینہ یا شراسیف میں نہایت شدید درد محسوس کرتا ہے، جو ذبحۂ صدریہ (angina pectoris) کی طرح محیط کے طرف تشعع کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مسلسل چند گھنٹوں تک جاری رہے اور اُسے بےچین کر دے۔ اس کو تشویش ہوتی ہے، اس کا رنگ شاحب اور کسی قدر ازرق ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی

ٹھنڈا پسینہ آتا ہے۔ نبض کمزور اور بعض اوقات غیر منتظم ہوتی ہے اور خون کا دباؤ کم ہوتا ہے۔ بہر ضروری التوجہ ہوتا ہے اور بعد میں ممکن ہے کہ پین اسٹوکس کا تنفس ہو جائے۔ کیفدر تپ اور سپید خلیوں کی کثرت، اور اکثر متلی اور قے ہوتی ہے۔ تار موری زرک گو یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتا ہے، تاہم تشخیص کی قطعی طور پر تصدیق کر دیتا ہے۔ برقی قلبی ترسیم میں نہایت مستمر تغیرات یہ ہوتے ہیں کہ ایک منعکس ن. موج ہوتی ہے اور م-ت. فاصلہ میں تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو شکل ۴۳)۔ اس درد میں نہ تو امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) سے تخفیف ہوتی ہے نہ ہمیشہ ½ گرین مارفیا ئنک کے استعمال سے اول الذکر



شکل ۴۳۔ برقی قلبی ترسیمی تغیرات اسی مریض سے اکلیلی علقیت کے وقوع کے دو، چار، آٹھ اور بارہ ہفتوں کے بعد جن سے ظاہر ہے کہ تقویہ ۱ اور ۲ میں ت موج منعکس ہو کر طبعی حالت کی طرف عود کر رہی ہے۔ (دوسری اصابتوں میں ایسے ہی تغیرات صرف تقویہ ۲ اور ۳ میں ہوں گے) (جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیا مبل)۔

کو اس وجہ سے نہیں دینا چاہئے کہ وہ قلب پر مہیج اثر رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعد میں پھیپھڑوں کے اذیما کے ساتھ امتلائی فشلِ قلب واقع ہو جائے۔ اگرچہ یہ ایک تمثیلی سرگذشت ہے، تاہم اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ اس مرض کا سلسلۂ علامات مستمر نہیں۔ ممکن ہے کہ حملہ غشی کے ساتھ شروع ہو جائے۔ ممکن ہے درد نہ ہو۔ ممکن ہے کہ ناگہانی موت واقع ہو جائے۔ عموماً دروں قلبیہ پر انقصام یافتہ رقبہ سے اندر کی جانب ترویب خون واقع ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ ٹوٹ کر جدا ہو جائے اور کسی دوسری جگہ سدادیت پیدا کرے (35)۔

ممکن ہے کہ مریض اس وقت ذبحۂ صدریہ میں مبتلا ہوا ہے یا نہیں ہوا' اور اگر وہ شفایاب ہوجائے تو ممکن ہے کہ بعد میں ذبحہ میں مبتلا ہونا شروع کردے' جس کی وجہ قیاساً یہ ہے کہ قلب کے جو ریشے تندرست باقی رہ جاتے ہیں اُن پر زائد از معمول کام کا بار پڑ جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض گھنٹوں' دنوں' بلکہ سالہا سال تک زندہ رہے اور فاعلی کام کرنے کے قابل رہے۔ جان ہنٹر (Jhon Hunter) جسے غالباً پینتالیس سال کی عمر میں اکلیلی علقیت ہوگئی تھی' بیس سال تک زندہ رہا (36)۔ فوری کلی آرام و سکون اور آکسیجن اس کا علاج ہے۔ آکسیجن کا خیمہ بہت کامیاب ہے' اور اس سے درد کو تسکین ہوسکتی ہے۔ ذبحہ اور اس میں تفریقی تشخیص پر بحث کی جاچکی ہے۔

فخذی علقیت (femoral thrombosis) فخذی ورید کی علقیت

سلِ ریوی کے آخری درجوں' سرطان' اور دوسرے خستہ کن امراض میں' تپ محرقہ اور انفلوئنزا کے بعد کی نقیہیت میں' اور زچگی کے بعد (سپید پائی–"white leg") پیدا ہوجاتی ہے۔ ٹانگ متورم ہوجاتی ہے' اور ورید کا مسدود ہونا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے ساتھ موجود رہنے والے التہاب الورید کی وجہ سے عموماً کیفدرالیمیت بھی ہوتی ہے۔ گاہ بگاہ یہ حادثہ بھی ہوتا ہے کہ تھکّے کا ایک حصہ ٹوٹ کر ریوی شریان کی کسی بڑی شاخ میں مخروزہ ہوجاتا ہے' جس سے موت دفعتہً واقع ہوجاتی ہے۔ تپوں کے بعد کی نقیہیت کے دوران میں جوائح میں وقوعِ علقیت کو روکنے کے لئے مریض کی نقل و حرکت کو بہ احتیاط منظم کرنا چاہیئے۔ اس کو اس طرح سے لیٹنے کی اجازت نہ دی جائے کہ جس میں وریدیں دَب جاتی ہوں۔ نرم تکیوں سے سہارا حاصل کیا جاسکتا ہے۔

وداجی علقیت' اور جانبی جوف (lateral sinus) کی علقیت'

اندرونی گوش' یا حلمیہ (mastoid) کے خلیوں کے مرض سے پیدا ہوجاتی ہے۔ بیرونی گوش کے تماس کی وجہ سے عفونی عضویے اکثر موجود ہوتے ہیں' شدید التہاب الورید شروع ہوجاتا ہے' اور تھکا عفونی ہوجاتا ہے۔ پھر ذرات قلب کے دائیں جانب کے راستے سے ہوکر پھیپھڑوں میں پہنچ جاتے ہیں' جن میں تقیح الدمی خراجات بن جاتے ہیں۔ بعض اوقات زیادہ عام حالتوں' مثلاً شیرخواروں کے ضمور (marasmus)' اور

بالغوں کی اخضریت (chlorosis) اور عدم دمویت کی وجہ سے دوسرے دماغی جوفوں (طولی اور کہفکی) میں بھی علقیت واقع ہو جاتی ہے۔

حوضی (pelvic) وریدوں کی علقیت عورتوں میں حوضی احشاء کے مرض کی وجہ سے اور دونوں صنفوں میں سوزاک کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔

(نیز ملاحظہ ہو مباحث علقی وریدی التہاب)۔

تحتانی ورید اجوف کی علقیت میں یہ لازمی نہیں کہ زندگی ضائع ہو جائے۔

ایک مریض میں جو پچیس برس تک زندہ رہا، کبدی وریدوں کے مدخل کے نیچے سے وریدیں متغیر ہو کر ایک غیر نفوذ پذیر فیتہ بن گئی تھیں۔ گردوں سے خون کی واپسی کبیہ کے راستے سے اور قطنی اور مجرد (azygos) وریدوں کے راستہ سے ہوتی تھی۔ ہمیشہ پاؤں اور دیوار شکم کی وریدوں میں بڑی دوالیت موجود ہوتی ہے، اور ساتھ ہی علقی التہاب الورید (thrombo-phlebitis)، بواسیر (hæmorrhoids) اور دوالی تما قروح کا رجحان موجود ہوتا ہے۔ سرایت، ضربہ اور مرض خبیث اسباب ہیں (87)۔

بعض اوقات قلب کے اندر موت سے ذرا پہلے، جب کہ دورانِ خون میں فشل واقع ہو رہا ہو، اور اتساع کی حالتوں میں قلب کی دیواروں کے گوشوں میں بڑے تھکے بن جاتے ہیں۔ یہ اس عضو کے فعل میں مداخلت کر کے سرعت سے موت واقع کر دیتے ہیں۔ یا ممکن ہے کہ یہ ریوی یا نظامی دورانِ خون کو سدادات بہم پہنچا دیں۔

دماغی شرائین کی سدادیت اور علقیت کا بیان امراضِ دماغ کے تحت درج کیا گیا ہے۔

کسی جارحہ کی بڑی شریان کی سدادیت زیادہ عام واقعہ نہیں۔ وہ ناگہانی حاد درد پیدا کر دیتی ہے، جس کے بعد ماؤف جارحہ سن، سرد اور بے طاقت ہو جاتا ہے۔ سدادیت کے مقام سے نیچے نبض غیر محسوس ہوتی ہے، اور جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ گنگرین ہو جائے۔ طحال اور گردوں میں سدادیت کا وقوع چنداں عام طور پر شناخت نہیں ہوتا۔ بعض اوقات طحال کی سدادیت کی وجہ سے بائیں پہلو میں تیز درد ہوتا ہے۔ گردے کی سدادیت سے دم بولیت اور اکثر اوقات البیومن بولیت بھی پیدا ہو جاتی ہے، اور خبیث التہاب دروں قلب میں

اکثر مرکزی سداوی التہاب الکلیہ (focal embolic nephritis) کی حالت موجود ہوتی ہے۔ ماساریقی (mesenteric) شریان کی سداویت کی اصابتیں واقع ہوئی ہیں جن میں مریض شدید درد شکم اور تمدد میں مبتلا ہوگیا اور اس کے بعد ایک یا دو دنوں میں ہبوط اور موت واقع ہوگئی۔ اوراً تت اور باریطونی کہفہ کے اندر خون پایا گیا ہے۔ اس ورید کی علقیت کے نتائج بھی بہت مماثل ہوسکتے ہیں لیکن اس کے علامات زیادہ تدریجاً نمویاب ہوتے ہیں۔

جگر کے عروق کی سداویت اور علقیت کے اثرات التہاب ورید الباب (pylephlebitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ ریوی سداویت اور علقیت اور انضمام اور شحمی سداویت (fat embolism) کا بیان صفحہ 177 پر درج کیا گیا ہے۔

نوبالیدہ ذرات کی سداویت حصص بعیدہ میں تازہ بالیدیں پیدا کر دیتی ہے۔

علاج۔ سداویت کے درد میں مقامی واقع درد اوپر لگانے سے آرام ہو سکتا ہے۔ اگر کسی جارحہ کی بڑی شریان مسدود ہوگئی ہو تو اس جارحہ کو نرم روئی کے گالے میں یا مرغن ہنالہ (oiled lint) میں لپیٹ دینا چاہئے۔ سداو براری (embolectomy) پہلے چند گھنٹوں میں انجام دی جاسکتی ہے یا تھکے کو وسط ورڑی کے ذریعہ ایک خورد تر شریانی شاخ میں دھکیلا جاسکتا ہے۔

عرقی عصبانی اُذیما

(ANGEIO-NEUROTIC ŒDEMA)

یہ عارضہ بہ ظاہر وطاخر کی آلہ سے متعلق ہے اور شری (urticaria) سے بہت ملتا جلتا ہے۔ لیکن اس کے ضرر ات نسبتہً بڑے ہوتے ہیں۔ جسم کے مختلف حصوں مثلاً چہرہ، چوتڑوں، ہاتھ یا پاؤں، حلق یا زبان پر محدود المقام اورام نمودار ہوجاتے ہیں۔ یہ التہابی نہیں ہوتے اور نہ ان کا انحصار جاذبہ (gravity) پر ہوتا ہے۔ ان میں قدرہ نہیں ہوتا، لیکن ممکن ہے کہ جلن چبھن اور خارش ہو۔ یہ دفعتہً نمودار ہوکر دو سے چھ یا زائد گھنٹوں تک قائم رہتے ہیں اور بار بار بلکہ روزانہ پیدا ہوجاتے ہیں۔ جلد کے اوپر پہلی

تو یہ بے ضرر ہوتے ہیں لیکن اکثر اوقات حنجرہ کا اُذیما مہلک ثابت ہوا ہے۔ معدی معائی علامات، مثلاً قولنج، متلی اور قے عموماً موجود ہوتے ہیں، اور معدی یا معائی غشائے مخاطی کے حاد اُذیما کی طرف منسوب کئے جاسکتے ہیں۔ یہ مرض اکثر موروثی ہوتا ہے، اور ایک ہی خاندان کے اراکین میں دو یا تین پشتوں میں واقع ہوا کرتا ہے۔ دمہ کی طرح یہ بھی ایک حساسیتی (allergic) مرض ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 138)، اور ایک غریب پروٹین کی حساسیت پیدا ہونے کی وجہ سے ہو جاتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ اُس خاص پروٹین کو، جس کی حساسیت مریض میں پیدا ہوگئی ہے، دریافت کرکے اُس سے احتراز کیا جائے۔ عفونی مراکز کا استیصال کرنا چاہئے۔ چند مریضوں میں کونین، نائٹروگلیسرین اور خلاصۂ درقی سے آرام حاصل ہوا ہے۔ ممکن ہے کہ حنجری اُذیما کے لئے ادخال انبوبہ یا قصبہ شگافی کی ضرورت پڑے۔

ملرائے (Milroy) کا مرض۔ یہ دونوں ٹانگوں کا مزمن تہیج ہے، جو اکثر خاندانی میدا کا ہوتا ہے، اور اُس میں جلد اور زیر جلدی بافتوں کی بیش تکوین کا رجحان ہوتا ہے، جس کا منبع نامعلوم ہے۔

حوالہ جات

REFERENCES

1	Y. Henderson and Johnson	1912	*Heart*, 4, p. 69.
2	H. Sahli	1920	*Schweiz. Med. Wochenschr.*
3	H. Shali	1923	*Wien, Arch. f. inn. Med.*, 6, p. 515.
	H. Shali	1923	*Ergeb. d. inn. Med. u. Kindhkde.*, 24, p. 73.
4	MacIlwain and Campbell	1923	*Brit. Med. Journ.* ii., p. 456.
5	E. P. Poulton and H. M. Stewart	1918	*Lancet*, ii., p. 738.
6	Parkinson and Bain	1924	*Lancet*, ii., p. 311.
7	Poulton and Dowling	1921	*Guy's Hosp. Rep.*, 71, p. 253.

8 { C. Dukes .. 1921 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 987.
Corney .. 1922 *Lancet*, ii., p. 863.

9 J. Parkinson and M. Campbell .. 1930 *Quart. Journ. Med.*, 24, p. 67.

10 J. M. H. Campbell and E. P. Poulton .. 1928 Quoted in *Lancet*, ii., p. 1281.

11 Emanuel .. 1923 *Lancet*, i., p. 591.

12 Lewis, Ryffel, Wolf, Cotton & Barcroft . 1913 *Heart*, 5. p. 45.

13 J. A. Calhoun and W. G. Harrison .. 1934 *Arch. Int. Med.*, 53, p. 911.

14 Campbell Hunt and Poulton .. 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26, p. 234.

15 T. Wardrop Griffith .. 1901 *Brit. Med. Journ.*, Feb. 2.

16 T. Lewis .. 1929 *Heart*, 15, p. 7.

17 W. E. Dixon .. 1929 Communication to Assoc. Phys., Cambridge.

317 18 T. Wardrop Griffith .. 1903 *Edin. Med. Journ.*, p. 105.

19 Carey Coombs .. 1923 *Quart. Journ. Med.*, 16, p. 309.

20 R. T. Grant .. 1931-3 *Heart*, 16, p. 275.

21 Newburgh .. 1915 *Amer. Journ. Med. Sci.*, May.

22 C. G. Lambie .. 1926 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 80.

23 Sir W. Osler .. 1908-9 *Quart. Journ. Med.*, 2, p. 219.

24 Sir T. J. Horder .. 1908-9 *Quart. Journ. Med.* 2, p. 289.

25 Sir Clifford Allbut .. 1923 *Lancet*, ii., p. 1422.

26 T. Wardrop Griffith .. 1915 *Lancet*, Jan. 9.

27 W. Evans & C. Hoyle.. 1933 *Lancet*, i., p. 1109.

28 Sir James Mackenzie (Angina Pectoris). 1923 *London*.

29 Henry Head .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1.

30 W. Verdon (Angina Pectoris) .. 1921 *London*.

31 W. W. Payne and E. P. Poulton .. 1923 *Quart. Journ. Med.*, 17, p. 53.

32 G. Evans .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, Mar. 17, 24 and 31.
33 Foster Moore .. 1917 *Quart. Journ. Med.*, 10, p. 29.
34 W. Edgecombe .. 1911 *Practitioner*, April p. 515.
35 A. G. Gibson .. 1925 *Lancet*, ii., p. 1270.
36 J. A. Ryle .. 1928 *Lancet*, i., p. 332.
37 Kerr .. 1921 *Lancet*, ii., p. 1112.
38 Bramwell and Hill .. 1922 *Lancet*, i., p. 891.
39 Parkes Weber .. 1916 *Quart. Journ. Med.*, 9, p. 289.
40 Sampson Handley .. 1922 *Lancet*, ii., p. 173.
41 F. R. Fraser, C. F. Harris, R. Hilton and G. C. Linder .. 1928 *Quart. Journ. Med.*, 22, p. 1.
42 F. Bach & N. Gray Hill 1932 *Lancet*, i., p. 75.
43 W. St. Lawrence .. 1920 *Journ. Am. Med. Assoc.*, 75, p. 1035.
44 H. J. Starling .. 1923 *Guy's Hosp. Rep.*, 73, p. 388.
45 W. Sheldon .. 1930 *Lancet*, ii., p. 394.
46 H. F. Swift, Derick & Hitchcock .. 1928 Bath Conference, *Rheumatic Disease*, p. 157.
47 M. Campbell and E. C. Warner .. 1930 *Lancet*, i., p. 61.
48 E. C. Warner .. 1930 *Lancet*, ii., p. 719.
49 W. H. Bradley .. 1932 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 25, p. 1635.
50 W. R. F. Collis .. 1932 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 25, p. 1632.
51 E. C. Warner .. 1930 *Lancet*, i., p. 339.
52 J. F. Carter Braine, W. R. Spurrell, & E. C. Warner .. 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 79, p. 473.
53 M. Campbell and S. S. Suzman .. 1934 *Am. Heart Journ.*, 9, p. 304.
54 C. Bolton .. 1924 *Heart*, 11, p. 343.
55 H. A. Treadgold and H. L. Burton .. 1932 *Lancet*, i., p. 277.

56 M. Campbell and J. W. Shackle .. 1933 *Guy's Hosp. Rep.,* 83, p. 168.
57 J. Holmes .. 1929 *Brit. Med. Journ.,* ii., p. 739.
58 F. Saile .. 1930 *Med. Klin.,* June 20th.
59 J. Plesch .. 1932 *Lancet,* i., p. 385.
60 E. J. Wayne .. 1933 *Clin. Sci.,* 1, p. 63.
61 T. Lewis .. 1931-3 *Heart,* 16, p. 205.
62 D. W. Bennett and W. J. Kerr .. 1931-3 *Heart,* 16, p. 109.
63 H. A. Treadgold and H. L. Burton .. 1932 *Lancet,* i., p. 277.
64 S. J. Hartfull and G. Armitage .. 1932 *Guy's Hosp. Rep.,* 82, p. 424.
65 G. H. Colt .. 1927 *Quart. J. Med.,* 20, p. 331.
66 E. D. Telford and J. S. B. Stopford .. 1933 *Brit. Med. Journ.,* i., p. 173.
67 H. A. Treadgold .. 1933 *Lancet,* i., p. 733.
68 C. Hoyle .. 1933 *Lancet,* ii., p. 280.
69 I. Harris and G. Mc-Loughlin .. 1930 *Quart. Journ. Med.,* 23, p. 451.
70 G. Spurling, F. Jelsma and J. B. Rogers .. 1932 *Surg. Gyn. and Obstet.,* March.
71 R. G. Waller .. 1930 *Brit. Med. Journ.,* Oct. 11th.
72 T. Lewis .. 1931 *Heart,* 16, p. 1.
73 Paul D. White .. 1935 *Lancet,* ii., pp. 540, 597.

امراضِ اعضائے ہضم

امتحانِ شکم

شکم کا امتحان اُن ہی طریقوں سے کیا جا سکتا ہے جو پھیپھڑوں اور قلب کی حالتیں کام میں لائے جاتے ہیں، یعنی معائنہ، جس، قرع اور استماع۔ اور اکثر مثالوں میں یہی مناسب ہے کہ مریض اضطجاعی وضع میں ہو اور اس کے سر کے نیچے سہارا لگا ہوا ہو۔

شکم کو بغرض بیان دو اُفقی اور دو انتصابی خطوں کے ذریعہ نو رقبوں میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ انتصابی خطوط ہر جانب رباط پوپارٹ کے وسطی نقطہ سے لے کر اوپر کے طرف ضلعی حاشیے تک کھینچے جاتے ہیں۔ اُفقی خطوط ضلعی حاشیے کے زیریں ترین حصوں یعنی ہر جانب کی دسویں ضلعی کریوں سے اور حرقفی عرفوں کے بلند ترین نقطوں کے درمیان عرضی طور پر کھینچے جاتے ہیں۔ وہ خطہ جات جو ان خطوط کے ذریعہ متعین ہوتے ہیں، اوپر سے نیچے اس طرح گنائے جاتے ہیں :- وسط میں شراسیفی، سُرّی اور خثلی۔ (۲) جانبین پر طراقی، قطنی اور حرقفی۔ جیسا کہ سینہ میں ہوتا ہے، یہاں بھی کسی ضرر کا صحیح مقام دریافت کرنا ہو تو ایسے حصوں سے پیمائش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جو بآسانی شناخت ہو جائیں، مثلاً ناف، قص خنجری، خطِ وسطی عانہ، مقدم فوقانی حرقفی شوکہ یا گیارھویں پسلی کی نوک۔

معائنہ:- پہلی چیز جسے دیکھنا چاہئے شکم کی جسامت ہے۔ یہ صحت کی حالت میں بھی بہت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ یکساں طور پر بہت بڑی ہو گئی ہو۔ لیکن اس امر کی دریافت کے لئے کہ آیا یہ کلانی کہفہ باریطونی میں اجتماعِ مائع کی وجہ سے (استسقائے زقی

= ascites) یا آنتوں میں گیس ہونے (نطبل = meteorism, tympanites) کی وجہ سے یا جُدران یا شرب میں چربی ہونے کی وجہ سے یا کسی سلعہ مثلاً بیضی دوپک (ovarian cyst) کی موجودگی کی وجہ سے ہے امتحان کے دوسرے طریقوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ شکم کی کیپائی اور تشاکل بازکشیدگی فاقہ کشی میں لاغری پیدا کرنے والے امراض میں اور ایسی موت میں دیکھی جاتی ہے جو دماغی امراض مثلاً تدرنی التہابِ سحایا (tuberculous meningitis) اور درون جمجی سلعہ (intracranial tumour) کی وجہ سے واقع ہوئی ہو۔

معائنہ سے مختلف مقامی کلانیاں یا اُبھار دیکھے جا سکتے ہیں جو کہ مختلف اعضا کے سلعات یا کلانیوں سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ مثلاً سلعاتِ جگر، تمدد معدہ، تمدد کی مثالوں میں متمدد امعاء، دررنجتہ ثرب اور منضم امعاء جو تدرنی التہاب باریطون میں پیدا ہو جاتے ہیں، کلانیٔ طحال، استسقاء الکلیہ (hydronephrosis)، حاملہ رحم، بیضی اور دیگر دوپک اور متمدد مثانہ سے شکم کے بالائی حصے کی مقامی کلانیاں جب نیچے کی پسلیوں کو اوپر اور باہر کی طرف ایک جانب دھکیل دیتی اور اس طرح ضلعی حاشیہ اور خطِ وسطی کے درمیان کے زاویہ کو بڑا کر دیتی ہیں تو صدر کا عدمِ تشاکل پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسا بالخصوص جگر کے کیسیہ (hydatid) سرطان اور پھوڑے کی اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے۔

جیسا کہ سینہ کے تعلق میں پہلے تذکرہ کیا گیا ہے شکم اور تنفسی حرکات کے تعلق پر غور کرنا بھی اہم ہے۔ زیادہ تمدد سے ڈائفرام کے نزول میں رکاوٹ پیش آتی ہے اور باریطون کے حاد التہاب سے نزول رُک جاتا ہے اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان مثالوں میں تنفس تقریباً بالکل صدری ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں وہ اعضا جو ڈایافرام سے بدوں واسطہ تماس میں ہیں جیسے جگر، طحال، معدہ اور گردے ان کی وضع تو تنفس سے حقیقی طور پر متاثر ہوتی ہے لیکن وہ اعضا یا سلعات جو نسبتہً نیچے واقع ہوں یا جو شکم کی پچھلی دیوار سے ملحق ہوں اُس عضلہ کے نزول سے نسبتہً بہت کم متاثر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اور طی کا یا دائیں بطین کا یا شکمی بازروی میں بڑھے ہوئے جگر کا یا نہایت ہی شاذ طور پر اورسما کا نبضان اور تمدد معدہ یا امعاء کے حرکات دودیہ نظر آ سکتے ہیں۔ حرکات دودیہ کا نظر آ سکنا شکمی جُدران کے پتلے پن اور دودی حرکت کی قوت کے تناسب پر منحصر ہے۔

جَس۔ حالتِ شکم کے امتحان کے اس طریق کے لئے شکم کی دیواریں جس قدر

مکمل ہو ڈھیلی ہونی چاہئیں۔ اسی واسطے مریض کو اضطجاعی یا نیم اضطجاعی وضع میں ہونا چاہئے اور اس کا سر کسی سہارے سے ٹیکا ہوا ہو کیونکہ اگر مریض اپنا سر اوپر اٹھالے مثلاً یہ دیکھنے کے لئے کہ کیا ہو رہا ہے تو شکمی عضلات مستقیمہ تن جاتے ہیں۔ شکم کی دیواروں کے استرخا میں امداد حاصل کرنے کے لئے بعض اوقات مریض کی ٹانگوں کو قدرے اٹھا دیا جاتا ہے لیکن انہیں اس وضع میں قائم رکھنے کے لئے مریض کے گھٹنوں کے نیچے ایک تکیہ کا سہارا لگانے کی ضرورت ہے۔ اگر عضلاتِ شکم مواظب طور پر تنے ہوئے ہوں تو مریض کو اندر اور باہر گہری سانس لینے کو کہنا چاہئے اور اس وقت جب کہ ہاتھ شکم پر ہو مریض کو باتوں میں مشغول رکھنا چاہئے یا مریض کو تکیہ پر سے اپنا سر اونچا کرنے کے لئے اور اسے تقریباً ایک منٹ کے لئے اٹھا ہوا رکھنے کے لئے کہنا چاہئے۔ مریض کے ایسا کرنے کا نتیجہ یہ ہوگا کہ عضلات تھک جائیں گے اور اس کے بعد ممکن ہے کہ ایک لحہ کے لئے اس کا شکم امتحان کے لئے ڈھیلا پڑ جائے۔ دوسری ترکیب یہ ہے کہ شکم کا جس اس وقت کیا جائے جب کہ مریض ایک گرم مغتسل میں ہو۔ اگر ان ذرائع سے ناکامی ہو اور امتحان کا کرنا اول درجہ کی اہمیت رکھتا ہو تو کسی معدم حس دوا کا استعمال کرنا چاہئے۔

شکم کا امتحان نہایت نرمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ ہاتھ گرم ہوں اور وہ سطح پر چپٹے رکھدئے جائیں اور اس امر کی احتیاط رکھی جائے کہ انگلیوں کے سرے دفعتہً شکم کے اندر نہ گڑو دیئے جائیں کیونکہ ایسا کرنے سے عضلات منقبض ہو جاتے ہیں اور قابلِ اعتبار نتائج کا حاصل ہونا غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ گہرے تنفس کے دوران میں احشا کی کلانیاں یا نوابیدے بالخصوص وہ جو شکم کے بالائی حصے میں ہوں شناخت ہو سکتی ہیں حالانکہ دوسرے وقت وہ شاید نظر انداز ہو جائیں۔ شکم کی جانبوں کا امتحان کرتے وقت مشاہد کو دودستی طریقہ کے استعمال کو ہرگز فراموش نہ کرنا چاہئے اور وہ یہ ہے کہ ایک ہاتھ کو بارھویں پسلی کے نیچے اور دوسرے کو سامنے شکم پر رکھا جائے۔ اگر پہلے ہاتھ کو دوسرے کے طرف دبایا جائے جو کہ بے حرکت ہے تو خفیف ترین کلانی یا مزاحمت بھی عموماً محسوس کی جا سکتی ہے۔ مخصوص احوال میں مریض کو ترکبی مرفقی وضع میں رکھ کر امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

طبعی شکم میں ہاتھ کی حرکت کو تمام سمتوں میں بہت کم مزاحمت پیش آتی ہے۔ ٹھوس احشاء یعنے جگر، طحال، اور گردے عظمی صدر کے بالکل اندر ہوتے ہیں۔ جگر کا بایاں

تحتہ جو عرضاً شراسیف میں واقع ہے' چھوٹے حجم کا' پتلا' اور نرم ہوتا ہے۔ کھو کھلے احشا ہاتھ سے آسانی دب جاتے ہیں' اور اکثر کوئی چیز شناخت میں نہیں آتی' سوائے اس کے کہ دبلے اشخاص میں اورطی یا حرقفی عروق کا نبضان محسوس ہوتا ہے۔

جس کے ذریعے ہم مرض کی حالت میں اعضا کی شکل یا جسامت کے تغیرات کو اور سلعات کی موجودگی کو شناخت کر سکتے' اور امور ذیل کے متعلق معلومات حاصل کر سکتے ہیں:۔
دیوارِ شکم کی تنیدگی یا ارتخاء کی حالت' جو مقامی یا عمومی ہو سکتی ہے۔ مقامی یا عمومی الیمیت کی موجودگی۔ اس کا اظہار ممکن ہے کہ شکم کو ہاتھ سے چھوتے ہی ہو جائے' یا صرف اس وقت ہو جب کہ گہرا دبایا جائے۔ شکم میں مختلف قسم کے حرکات محسوس ہو سکتے ہیں' یعنے طبعی عروق کا' یا ایک انورسما کا' یا مرض قلب میں جگر کا نبضان۔ آنتوں کی حرکت دودیہ۔ آنتوں میں ہوا کی حرکت (قراقر)۔ ایک قسم معدے میں اس وقت جب کہ اس پر کسی قدر دفعۃً دباؤ ڈالا جائے نسبۃً کثیف تر حرکات یا پانی اور ہوا کا چھلکنا۔ اور باریطون کی ملتہب سلعات کی رگڑ۔

جس میں اُن دو طریقوں کو بھی شامل کرنا چاہئے جن کے ذریعہ استسقائے شکمی یعنی کہفِ باریطونی میں مائع کی موجودگی شناخت کی جا سکتی ہے۔ وہ طریقے یہ ہیں: تموج اور تغیرِ وضعیت (ملاحظہ ہو استسقارشکمی)۔

قرع۔ قرع کے ضمن میں ہمیں یہ بالخصوص یاد رکھنا چاہئے کہ کہفِ شکم اوپر کی طرف عظمِ صدر کے زیریں حصوں کے اندر تک پھیلا ہوتا ہے۔ شکم حالتِ صحت میں ان مشترکہ سطحوں کے صرف اتنے ہی حصے پر گمگی ہوتا ہے کہ جتنا آنتوں اور معدے سے متناظر ہوتا ہے یعنی اُن تمام حصوں پر جو پسلیوں سے نیچے واقع ہیں' اور بائیں جانب پر قلب کے نیچے کی ضلعی کُریوں اور پسلیوں کے زیریں سروں پر۔ شکم اُن حصوں پر اصم ہوتا ہے جو جگر اور طحال سے متناظر ہوتے ہیں' یعنی جگر کے لئے دائیں جانب سامنے چھٹی پسلی کے بالائی کنارے سے یا پہلو میں آٹھویں پسلی سے نیچے کی پسلیوں پر' اور طحال کے لئے بائیں جانب اگلے بغلی خط سے ذرا پیچھے کو نویں' دسویں اور گیارھویں پسلیوں پر۔ گمگ اور اصمیت کے اضافی رقبے کھو کھلے احشا کے اندر گیس کی مقدار میں تغیرات واقع ہونے سے بہت کچھ تبدیل ہو سکتے ہیں' اور جگر اور طحال کے اصم رقبے دورانِ شہیق میں نیچے کی طرف اور دورانِ زفیر میں

اوپر کو ہٹ جاتے ہیں۔ مزید براں معدے اور معا کے مختلف حصوں کی قرعی آواز کی نوعیت میں بہت اختلاف ہوتا ہے۔

جگر اور طحال کی جسامت کی تبدیلیوں یا ٹھوس رسولیوں اور دُبیروں کی موجودگی سے اصمیت کے نئے رقبے پیدا ہو جائیں گے اور بالعموم اصمیت کے ساتھ مزاحمت بھی موجود ہوتی ہے جو جس کرنے پر محسوس ہو سکتی ہے۔ چونکہ ان تبدیل شدہ حالتوں کا حوالہ مختلف اعضاء کے امراض کے تحت بیش دیا جائے گا، لہٰذا یہاں ان کی تفصیل لازمی نہیں۔ قرع سے ہمیں استسقاء شکمی (جو ملاحظہ ہو) کی شناخت کا ایک دوسرا قیمتی طریقہ ہاتھ آتا ہے۔

استماع۔ التہاب باریطون میں کبھی کبھی جگر پر اور دوسرے مقامات پر فرک کی آوازیں سنائی دیتی ہیں۔ شکمی انورسماؤں کے ساتھ خریر موجود ہو سکتے ہیں۔ اگر اعور کے خطے پر استماع کیا جائے تو لغالغی اعوری مصراع کی راہ سے معائی بافیہ کے گزرنے کی وجہ سے تھوڑے تھوڑے وقفوں سے آوازیں سنائی دیتی ہیں۔ حاد التہاب کی حالت میں یہ حرکات موقوف ہو جاتے ہیں، چنانچہ جب حاد التہاب زائدہ (acute appendicitis) کا شبہ ہو تو استماع مفید ہو سکتا ہے۔

لاشعاعوں کے ذریعہ امتحان۔ مری، معدے اور قنال غذائی کے امتحان کیلئے مریض کو ایک کھانا دیا جاتا ہے اور اس میں کوئی ایسا نمک ملا ہوا ہوتا ہے جو لاشعاعوں کیلئے غیر شفاف ہوتا ہے، مثلاً بیریم سلفیٹ (barium sulphate) یا بسمتھ کاربونیٹ (bismuth carbonate) یا آکسی کلورائڈ (oxychloride)۔ تفصیلات علی الترتیب اعضا کے بیان کے تحت درج کئے گئے ہیں۔ قولون کے امتحان کے لئے ایک غیر شفاف حقنہ کا استعمال بھی کیا جا سکتا ہے۔ دوسرے اعضا کا امتحان کرنا ہو تو ملینات دے کر غذائی قنال کو حتی الامکان خالی کیا جاتا ہے اور شکم کے صحیفے لئے جاتے ہیں۔ موافق حالات میں اس طریقہ سے صفراوی حصاۃ کی موجودگی دریافت کی جا سکتی ہے۔ مرارہ کو ظاہر کرنے کا گراہام کا طریقہ بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

شکم بینی (cœlioscopy)۔ اس طریقہ میں نووکین کے ذریعہ عدم حسیت پیدا کر کے دیوار شکم میں ایک شگاف دیا جاتا ہے۔ کہفہ باریطونی کے اندر ہوا داخل کی جاتی ہے اور اس کے بافیہ کو ایک شکم بین (laparoscope) کے ذریعے دیکھا جاتا ہے۔ یہ طریقہ

خالصتاً تشخیصی اغراض کے لئے اُس وقت جب کہ ایک استقصائی شکم شگافی ناجائز ہو استعمال کیا جاتا ہے (۱)۔

شکم حاد
(acute abdomen)

بہت سی حاد شکمی حالتوں میں جرّاحی دست اندازی سے جو موافق نتائج حاصل ہوئے ہیں ان کے پیشِ نظر تشخیص کی اہمیت جتنی بھی بیان کی جائے کم ہے۔ اگرچہ مختلف حاد حالتوں کے ممیز نشانات بعد میں مختلف امراض کے تحت بیان کئے جائیں گے، تاہم مناسب خیال کیا جاتا ہے کہ یہاں مریض کے امتحان کے متعلق چند نکات درج کئے جائیں اور اُن حالتوں کی ایک فہرست دی جائے جو شکم حاد یا اُس سے مشابہ علامات پیدا کر سکتی ہیں۔ سابقہ سرگذشت سے نہ صرف یہ ظاہر ہو جائے گا کہ آیا ایسے ہی حملے پہلے ہو چکے ہیں بلکہ یہ بھی کہ آیا کوئی اشارہ کن علامات ہو چکے ہیں، مثلاً سوءِ ہضم کی سرگذشت، جو کہ ایک مثقوب معدی قرحہ (peptic ulcer) یا حاد التہابِ زائدہ کا پیشرو ہوتا ہے۔ حیض کی سرگذشت، اور یرقان، قئے الدم، دم بولیت کے سابقہ وقوع کے متعلق دریافت کرنا چاہیئے، نیز یہ کہ وزن میں کوئی تازہ کمی تو نہیں ہوئی ہے۔ موجودہ حالت کی سرگذشت میں یہ سوالات شامل ہوں گے کہ حملہ کا آغاز حاد طور پر ہوا ہے یا تدریجی طور پر۔ درد کا مقام اور اُس کی نوعیت کیا ہے؟ آیا وہ حرکت کر گیا ہے یا کسی خاص سمت میں دوڑتا ہے؟ آیا درد کے ساتھ قئے کا کوئی تلازم ہے؟ قئے کس نوعیت کی ہے؟ آیا متلی موجود ہے؟ آنتوں کی حالت کیسی ہے؟ امتحان غذائی نظام کے متعلق ہی نہیں بلکہ مکمل ہونا چاہیئے تاکہ اُس سے بیرونِ معدی ضررات، مثلاً پلوری ذات الریہ، التہابِ تامور، اور حاد امتلائی فشلِ قلب مع اکلیلی علقیت کے، ہزالِ نخاع کے معدی تجرانات اور گردوں اور بولی خط کے ضررات، یعنی التہابِ گردہ و حوضِ گردہ (pyelonephritis)، التہابِ گرد کلوی (peri-nephritis)، حاد التہابِ مغزِ استخوان (osteomyelitis) اور شوکہ کے مرضِ پاٹ (pott) اور سمّی حالتوں، یعنی بولریا دموبیت (uræmia)، ذیابیطیسی قوما اور دَوری قئے (cyclical vomiting) کی تشخیص ہو جائے۔ قولنج نہایت حاد شکمی علامات

پیدا کر سکتے ہیں یعنی معائی قولنج رصاصی قولنج (lead colic) صفراوی قولنج (biliary colic) اور قولنج کلوی (renal colic) جس کے ساتھ آگزلیٹ بولیت (oxaluria) بھی شامل ہے۔ اس کے علاوہ عضوی دروں شکمی حالتیں پائی جاتی ہیں یعنی التہاب زائدہ مثقوب معدی قرحہ اور کبھی کبھی مثقوب معائی قرحہ۔ حاد معائی تسدد خواہ اس کے ساتھ تخنیق ہو یا نہ ہو حاد التہاب مرارہ (acute cholecystitis) التہاب عطفہ (diverticulitis) نزفی التہاب لبلبہ تنفی ریوی اور ثانوی التہاب باریطون حمل بے محل (ectopic gestation) التہاب انبوبہ (salpingitis) اور دوسری امراض النسائی حالتیں رماساریقی علقیت اور سداویت ہینوک کا پرپورا (Henoch's purpura) اور دوسرے دروں شکمی نزفات اور تقطیعی اور طی الورسما (dissecting aortic aneurysm)۔

321

دوسری ممکن حالتیں یہ ہیں:۔ شکمی انفلوئنزا تدرن یا بالخصوص لفائفی اور غدد کا حمیات موجۂ غذائی تسمم تقیحی التہاب ورید الباب (pylephlebitis) اور حاریتی ممالک میں امیبائی زحیر التہاب جگر اور ملیریا۔

التہاب الفم

(STOMATITIS)

منہ کے التہاب یا التہاب الفم (stomatitis) کا وقوع ایک عام ثانوی حالت کی حیثیت سے ہوتا ہے جو گالوں کی اندرونی سطح، مسوڑھوں، اور لبوں کو ماؤف کرتی ہے، اور نسبتہً زیادہ محدود المقام شکلوں میں اسکا وقوع قلاعی (aphthous) تقرحی (ulcerative) یا گنگرینی التہابات الفم کی حیثیت سے ہوتا ہے جو تقریباً یقینی طور پر خردعضویوں کے باعث ہوتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ ظاہر ہے کہ بعض خاص حالات خردعضویوں کے عمل کے لئے ضروری ہوتے ہیں، کیونکہ تندرست اشخاص کے دہنوں میں بھی بے شمار خردعضویے پائے جاتے ہیں، جن میں نبقات عنبیہ نبقات سبحیہ ثارولی (torulæ) اور بعض اوقات نبقات رلویہ اور خاق والی کے عضیے شامل ہیں۔

بعض جلدی امراض کے حزرات خدی غشاء مخاطی کو بھی ماؤف کر دیتے ہیں مثلاً نملہ (herpes) کوا را القلاع (pemphigus) اور شری (urticaria) کے نملی التہاب الفم (herpetic stomatitis) ایک حالت ہے جس میں بے شمار چھوٹے چھوٹے قروح تمام مسوڑھوں یا اور گالوں کے اندر پائے جاتے ہیں۔ یہ قروح اس قدر الیم ہوتے ہیں کہ غذا سیال یا آدھ ٹھوس ہونی چاہیے، کیونکہ تمضغ ناممکن ہو جاتا ہے۔ علاج یہ ہے کہ گلسرین بورایس (glyc. boracis) کا بار بار الساق کیا جائے۔

اس التہاب الفم کو جو صرف مسوڑھوں تک محدود ہو التہاب لثّہ (gingivitis) کہتے ہیں۔ التہاب لثہ کی مختلف قسمیں داء الحفر (اسقربوٹ) (scurvy) اور حاد سفید خونی عدم دمویت (acute leukæmia) میں اور امراض دندان کے مقامی نتائج کے طور پر جو قیحی ریمی سیلان (pyorrhœa alveolaris) کی شکل میں دیکھی جاتی ہیں بستی بوسیدگی کی تحریز کے لئے ملاحظہ ہو حیاتین د۔

عفونت دہن (oral sepsis)۔ دانتوں کی تندرست حالت کی اہمیت پر نہ صرف التہاب الفم بلکہ عام خرابی صحت کی حالتوں میں بھی خاص زور دینا ضروری ہے۔ حاد جو قیحی پھوڑے کے علاوہ تین حالتیں ایسی ہیں جو طبی نقطۂ نظر سے اہم ہیں:۔ (۱) سن راسی اربکی سلعہ جسے بسا اوقات غلطی سے سن راسی پھوڑا کہا جاتا ہے جو تین ٹنڈوں مردہ دانتوں کی جڑوں اور ایسے دانتوں کی جڑوں کے گرد بنتا ہے جو حیویت ربودہ ہو گئے ہیں۔ یہ ہمیشہ نبقات سبحیہ سے سرایت زدہ ہوتے ہیں، جو بالعموم غیر خون پاش قسم کے ہوتے ہیں۔ چونکہ اربکی سلعہ کی دیوار موٹی ہوتی ہے، اور دوران تخریج میں وہ دانت کے ہمراہ نکل آتا ہے، لہٰذا جسم کے اندر اس کے انتشار کا اتنا خطرہ نہیں ہے کہ جتنا ملقیق التہاب العظم میں ہوتا ہے، جو کہ بعد میں بیان کیا جائے گا (2)۔ ممکن ہے کہ عام خرابی صحت کے علامات اور تکان اور عدم دمویت موجود ہوں۔ یہ بھی اغلب ہے کہ بہت سے مجہول المبدا امراض کا سبب آئندہ زمانہ میں یہی سمجھا جائے ۔ بالخصوص ذبحیہ صدریہ رثیت آسا التہاب مفصل (rheumatoid arthritis)، ساری التہاب دروں قلب (infective endocarditis)، متوالی معدی اور اثنا عشری قروح، التہاب چشم (جیسے التہاب قزحیہ (iritis)، التہاب قرنیہ (keratitis)، التہاب مشیمیہ

(choroiditis)] مشیمیہ التہاب [تن راسی اریکی سلعہ کا نتیجہ ہو سکتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ مردہ دانتوں کو نکال دینا چاہیئے۔ لیکن یہی کافی نہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ اُس وقت بھی جب کہ دانت تندرست نظر آتا ہو اور اُسے ٹھوکنے تھپانے سے نہ کوئی درد اور نہ کوئی الیمیت محسوس ہوتی ہو ایک اریکی سلعہ موجود ہو۔ واحد صحیح طریقہ یہی ہے کہ دندانی شعاع نگارشیں لی جائیں، جن میں جڑوں کے مقام پر صاف فضا کی موجودگی سے اریکی سلعہ کی شناخت بآسانی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے جڑ بجائے خود جاذب ہو جائے۔ سرایت سے پیدا شدہ ان فضاؤں کو بعض تشریحی خصوصیتوں سے تمیز کرنا چاہیئے، مثلاً بالائی جبڑے میں حسکی حفرہ جو کہ مرکزی ثنایا کے راسوں کے درمیان ہے، اور اس سے اوپر انفی حفرات، فکی مغارہ جو کہ طواحن اور ضواحک کی جڑوں کے قریب ہے۔ زیریں جبڑے میں، تحتانی سنی قنال کا خط جو کہ طواحن کے راسوں کے نیچے ہے، اور ذقنی سوراخ جو کہ ضواحک کے نیچے ہے۔

(۲) جو فیزی ریمی سیلان، جس میں مزمن التہاب ہوتا ہے اور اس کے ساتھ دانتوں کی جڑوں کے گرد کی ہڈی جذب ہو جاتی ہے۔ یہ گردسنی غشا کی وبازت کی حیثیت سے شروع ہوتا ہے (جڑوں کے عین گرداگرد کا شفاف رقبہ) اور ممکن ہے مسوڑھے کے حاشیہ تک محدود المقام رہے یا تمام جڑ کے گرد پھیل کر عمومی ہو جائے۔ ورقۂ جافہ (lamina dura) (جو کہ گردسنی غشا کے گرد ایک غیر شفاف خط ہے) معدوم ہو جاتا ہے۔ دانتوں کے درمیان جیبیں بن جاتی ہیں۔ جیب کا فرش دانتوں کی جڑوں کے درمیان نسبتہً زیادہ چوڑا ہوتا ہے، اور اس کا فتحہ تنگ ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ غذائی ملبے اور پیپ سے بھر جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۶)۔ میلیت میں جس قدر رکاوٹ ہوگی جوئے خون کی سرایت کا وقوع اسی تناسب سے بڑھنے کا امکان ہوتا ہے۔ جب پیپ کا اخراج آزادانہ ہوتا ہے تو خرد عضویے نگلے جا سکتے ہیں اور پھر وہ مختلف غذائی اختلالات پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن عضویوں کو نگلنے کی نسبت جوئے خون کی سرایت غالباً زیادہ خطرناک ہوتی ہے۔ گوڈرِش (Goodrich) اور موزلی (Moseley) کی رائے ہے کہ جو فیزی ریمی سیلان اولاً دہن کے نحیف شعریہ (leptothrix) کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لیکن اس کے ساتھ دوسرے عضویے، نبقات، سبحیہ وغیرہ بھی ہمیشہ پائے جاتے ہیں، اطبّا یہ اُن مختلف امراض کا سبب ہوتے ہیں جو جو فیزی ریمی سیلان سے ثانوی طور پر پیدا

322



۱



۲



۳

شکل ۱-۲-۳- دانتوں کی شعاع نگاشتیں جن میں جوفیر طبعی ہے۔ شینتی خطہ بین دانتوں کے درمیان یا ایک نوک والے شو کے ذکا تھک Gothic: شو کے ہٗ اور طاحنی اور ضاحکی خطہ میں جینی علمی توجیں دیکھنی چاہئیں۔ شکل ۱ میں طبعی مغارہ ایک نسبتہً صاف فضا کے طور پر نظر آرہا ہے اور اس کا حاشیہ خوب واضح ہے۔



۴



۵



۶

شکل ۴-۵-۶- جبڑے کی شعاع نگاشتیں جن میں عاجل جوفیزی ریمی سیلان نظر آتا ہے۔ دانتوں کے درمیان اور گرد کسی قدر جوفیز و تلف ہو گیا ہے۔ بارز کا اکثر حصہ دور کر دیا گیا ہے۔ (ایچ- ایم۔ ورتھ کی لی ہوئی فلموں سے)۔







۹   ۸   ۷

شکل ۷ - ۸ - ۹ - شعاع نگاشتیں جو ترقی یافتہ ریمی جوفیزی سیلان ظاہر کرتی ہیں۔ جڑوں کے گرد جوفیزہ تقریباً بالکل تلف ہو گیا ہے۔







۱۲   ۱۱   ۱۰

شکل ۱۰ - ۱۱ - ۱۲ - شعاع نگاشتیں جو دانتوں کی جڑوں کے گرد پھوڑے ظاہر کرتی ہیں۔ یہ صاف فضاؤں کے طور پر نظر آتے ہیں جن میں جڑیں بروز کرتی نظر آتی ہیں۔ شکل ۱۲ میں متاثرہ دانت میں ایک بھرت (filling) موجود ہے جو کہ لبی کہفہ میں اتر گئی ہے۔ بوجہ انجذاب خراجی کہفہ میں جڑ کی نوک کا کند پڑ جانا بھی ملاحظہ کرنا چاہیے۔ اس شکل میں نرمی اور صاف فضا طبعی متفارہ ہے (ایچ۔ ایم۔ ورتھ کی لی ہوئی فلموں سے)

ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے ملتقف التہاب العظم معدزندہ دانتوں کے راس کے التہاب کے موجود ہو۔ یا صلابت آفریں التہاب العظم موجود ہو۔ آخرالذکر دانت کے راس پر (جوکہ بعض بن جاتا ہے) جو قریزہ کی ہڈی کو معمول سے زیادہ کثیف بنادیتا ہے (3)۔ ملتقف التہاب العظم، نبتی۔ سمی سرایت کا نتیجہ بھی ہوسکتا ہے، جوکہ زیادہ تر خون تاپاش قسم کی ہوتی ہے، اور اس کا انتشار جوئے خون کی راہ سے اس سے زیادہ آسانی سے ہوتا ہے کہ جتنا آسانی سے سن رسی ایسی سلو میں ہوتا ہے (2)۔

عفونت دہن کی تحریض یعنی روک تھام کا یہ طریقہ ہے کہ دانتوں کو بالکل صاف اور ٹارٹار سے پاک رکھا جائے۔ اس کے ساتھ ہی اس امر کی انتہائی احتیاط رکھنی چاہئے کہ برش سے زیادہ سختی کے ساتھ رگڑنے سے مسوڑھا عادتاً زخمی نہ ہوتا رہے۔ غذا میں کافی حیاتینیں ہونی چاہئیں۔ سن رسی اسراکی سلعہ کا علاج یہ ہے کہ دانت نکال دیا جائے، اور زیادہ بڑھے ہوئے جوفیزی ریمی سیلان کے لئے بھی یہی بیان درست ہے، کیونکہ اس حالت کا کوئی شافی علاج نہیں ہے۔ دانت کو نکالنے سے چند روز پہلے دو چار موقعوں پر دانت کو کھرچ (scale) کر اور دوسرے طور پر صاف کر لینا مناسب ہے، کیونکہ اس سے عفونی جذب کے رکنے کا رجحان ہوگا۔ اس کے علاوہ حتی الامکان تمام خراب دانتوں کو ایک ہی مرتبہ نکال لینا بہترین ہے (4)۔ تخفیفی علاج یعنی جیبوں کو وقتاً فوقتاً دھو کر صاف کرتے رہنا بھی اختیار کیا جاتا ہے۔

تھائمال (thymol) کا آبی محلول ایک مفید غسول دہن ہے، کیونکہ یہ ایک خاص طور پر قوی دافع عفونت دوا ہے۔ تھائمال پانی کے اندر بہت ہی خفیف حل پذیر ہوتا ہے، چنانچہ صرف اتنی ضرورت ہے کہ پانی کی ایک بوتل میں اس کی دو یا تین قلمیں ڈال کر اُسے کچھ عرصہ تک رکھا رہنے دیا جائے۔ اگر بیرونی تپش بلند ہو تو یہ محلول زیادہ قوی ہو جاتا ہے اور منہ میں ایک جلن کا احساس پیدا کر دیتا ہے، لہٰذا اسے استعمال سے پہلے ہلکا کر لینا چاہئے۔

نازلتی التہاب الفم

(catarrhal stomatitis)

اسباب۔ نازلتی التہاب الفم اولاً تو کیمیائی یا میکانی خراش سے پیدا

ہوسکتا ہے، جیسے کہ ترشوں اور قلویات کے تماس کثرت شراب نوشی یا ٹوٹے ہوئے یا بوسیدہ دانتوں کی موجودگی سے۔ دوم وہ ایسے التہاب سے پیدا ہوسکتا ہے، جو ہم پہلو حصوں سے پھیل آئے، جیسے کہ ناک یا انفی بلعوم سے۔ سوم بعض سموم کے عمل سے، جیسے پارے، جست اور سنکھیا سے۔ اور چہارم بعض عمومی اور بیشتر ساری حالتوں کی وجہ سے، جیسے کہ کھسرا، چیچک، آتشک، داء الحفر، سفید خونی، عدم دمویت، وغیرہ سے۔

علامات یہ ہیں:۔ مسوڑھوں، لبوں اور گالوں کی اغشیۂ مخاطیہ کا ورم اور زائد سرخی، زبان کا ورم، کثرت ریق اور عدی مخاط کے افراز کا بڑھ جانا، جو سطح پر ایک متماد کی طرح چپک جاتا ہے، اور ہم پہلو لعابی غدد کا ورم۔ چبانے اور نگلنے میں درد ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ سانس بدبودار ہو۔ بعد کے درجوں میں خراشیدگی اور اوپری تقرح واقع ہوجاتا ہے۔

علاج۔ حتی الامکان خراش کے تمام اسباب دور کئے جائیں، اور دافع عفونت غسولات کام میں لائے جائیں، جیسے کہ بورک ایسڈ (۲ تا ۵ فی صدی) پوٹاسیم کلوریٹ (۳ فی صدی)۔ اور مابعد درجوں میں نسبتہً بہت زیادہ قابض محلولات، جیسے کہ پھٹکری (alum) (۵ گرین فی اونس)، یا گلیسرین آف ٹیانین (glycerine of tannin)۔

قلاعی التہاب الفم

(aphthous stomatitis)

یہ بچوں میں ہوا کرتا ہے، بالخصوص پہلے اثغار کے زمانہ کے قریب میں، اور بالغوں میں کمتر ہوتا ہے۔ اس میں یہ ہوتا ہے کہ مسوڑھوں اور زبان پر، اور لبوں اور گالوں کی اندرونی سطح پر گول رمادی چکتیاں یا قلاعات بن جاتے ہیں۔ یہ قطر میں ۲ تا ۵ ملی میٹر اور سطح سے تھوڑے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں، اور اگرچہ آبلوں کی طرح نظر آتے ہیں لیکن درحقیقت سرحلمہ کے نیچے ایک فائبرینی ارتشاح ہونے کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد سرحلمہ جھڑ کر گر جاتا ہے اور چھوٹے، رمادی رنگ کے قروح رہ جاتے ہیں جن کے حاشیے تنگ اور سرخ ہوتے ہیں۔ مبتلا شدہ بچے بے چین ہوتے ہیں اور

323

آنکھیں کسیقدر تپ ہوتی ہے، ریق کی خفیف سی زیادتی ہوتی ہے، اور دودھ پینے میں یا چبانے میں درد ہوتا ہے۔ یہ قروح چند روز میں مندمل ہو جاتے ہیں، لیکن بعض مریضوں میں ممکن ہے کہ پھر نمودار ہو جائیں۔ بالغوں میں قلاعات اتنے بے شمار نہیں ہوتے جتنے کہ بچوں میں۔

علاج۔ دافع عفونت غسولات اور گلیسیرینم بوراکس (glycerinum boracis) استعمال کئے جاتے ہیں۔ بالغوں میں نائٹریٹ آف سلور (nitrate of silver) کے لگانے سے درد فی الفور کم ہو جاتا ہے اور اکثر جلد شفا ہوتی ہے۔

گنگرینی التہاب الفم
(gangrenous stomatitis)

یہ مرض جسے آکلۃ الفم (cancrum oris or noma) بھی کہتے ہیں، کمزور بچوں میں ہوتا ہے، یا ایسے بچوں میں جو خراب صحی حالات میں ہوں، یا ایسے بچوں میں جو ساری مرض سے صحتیاب ہو رہے ہوں جن میں خسرا اور تپ محرقہ عام ترین ہوتے ہیں۔ یہ حراثیمی سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ تغیرات بہت سریع الوقوع ہوتے ہیں۔ گال کی اندرونی سطح پر تصلب کا ایک چھوٹا سا نقطہ پیدا ہو جاتا ہے، اور جلد ہی گال کی ساری دبازت سخت ہو کر مرکز میں سیاہ اور آس پاس سخ ہو جاتی ہے، بہ الفاظ دیگر ایک خشیشہ بن جاتا ہے۔ اگر یہ بڑھتا رہے تو گال میں سوراخ ہو جائے گا، اور اگر یہ لبوں پر ہے تو مسوڑھا ماؤف ہو کر دانت گر پڑیں گے۔ درد یا تپ بہت کم ہوتی ہے، لیکن بچہ جلد خستہ ہو کر مر جاتا ہے۔

علاج۔ بچہ کو بچانے کا واحد طریقہ یہ ہے کہ ماؤف حصہ کو فی الفور نائٹرک ایسڈ سے تلف کر دیا جائے یا چاقو سے اس کا استیصال کر دیا جائے۔ علاوہ ازیں بچہ کو غذا اور منبہات سے سہارا دینا چاہیئے۔

قلاع
(thrush)

قلاع کمزور اور ناقص تغذیہ رکھنے والے شیر خواروں میں اور بالخصوص ان میں

جنھیں ہاتھ سے غذا دی جاتی ہے، یا جو اسہال میں مبتلا ہوں، اور بالغوں میں لاغری پیدا کرنے والے امراض کے آخری درجوں میں مثلاً سِل ریوی (phthisis)، سرطان، اور تپ محرقہ میں دیکھا جاتا ہے۔ لبوں، گالوں، مسوڑھوں، تالو اور زبان کی غشائے مخاطی پر دودھ جیسی سپید چکتیاں ہو جاتی ہیں، جو شکل میں بے قاعدہ، منتشر یا مجتمع، سطح سے قدرے اوپر اٹھی ہوئی، اور ایک باریک سرخ لکیر سے گھری ہوتی ہیں۔ اگر ایک ایسی چکتی کو چھیل کر نکال دیا جائے تو اس کے نیچے کی غشائے مخاطی شوخ سرخ رنگ کی پائی جاتی ہے، بلکہ اس سے کسیقدر خون بہتا ہے، اور تھوڑے عرصے کے بعد چکتی پھر بن جاتی ہے۔ وہ سر حلمی چھلکوں، گلو بچوں، اور ایک فطر یعنی بو یضی فطرا بیض (oidium albicans) کے بذروں اور فطری جال (mycelium) پر مشتمل ہوتی ہے۔ کیسٹیلانی (Castellani) کی رائے ہے کہ مداری ممالک میں قلاع بہت سی قسموں کے فطر کے باعث ہو سکتا ہے۔ یہ فطر پہلے سر حلمہ کی درمیانی تہوں میں نمو یاب ہوتا ہے اور پھر وہاں سے اوپری اور گہری تہوں کی طرف دونوں سمتوں میں پھیلتا ہے۔ اغلب ہے کہ اس التہاب الفم کا سبب جو اس کے ساتھ ہوا کرتا ہے، فطر کی بالیدگی ہے۔ لیکن ووگیل (Vogel) نے بیان کیا ہے کہ دہن کے افرازات جو سپید چکتیوں کے نمودار ہونے سے پہلے ترشئی ہوتے ہیں، فطر کے جماؤ میں مد ہوتے ہیں۔ جن بچوں کو قلاع اور اسہال ہوتا ہے، اُن میں اکثر اوقات مبرز کے گرد التہابات ہوتے ہیں، جس کی بنا پر عوام کا یہ خیال ہے کہ قلاع بچے کے منہ سے گذرتا ہوا نیچے سے نکل گیا ہے۔ لیکن گوشت پیدا اصابتوں میں قلاع بالعموم اور مری تک پھیل جا سکتا ہے، تاہم وہ استوانی سر حلمہ سے ڈھکے ہوئے حصوں پر نہیں واقع ہوتا۔ یہ مبرزی طفح یا تو احمرار تسمیطی (erythema intertrigo) یا پیدائشی ناریہ (congenital syphilide) ہوتا ہے۔ قلاع سے کسیقدر مقامی تکلیف اور نگلنے یا دودھ پینے میں درد پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن ان کے علاوہ جو علامات ہوں وہ بالخصوص صحت کی سابق حالت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

علاج۔ مریض کی عام حالت کی اصلاح کرنی چاہئے۔ شیر خوار وں میں غذا کو مناسب بنانا اور اسہال کو روکنا چاہئے۔ کھانے کے بعد ہر بار منہ کو ایک نرم کپڑے کے ایک تازہ ٹکڑے سے پونچھ کر صاف کر دینا چاہئے، اور چکتیوں کو بورکس (borax) کے محلول (۱۰ گرین ایک اونس میں) سے چھو دینا چاہئے، یا قدرے گلیسرین آف بورکیس

(glycerine of borax) منہ کے اندر باقی رہنے دینا چاہیئے۔

324

مری کا تسدد

(OBSTRUCTION OF THE ŒSOPHAGUS)

یہ غذائی نالی کے اِس حصّے کی اہم ترین امراضیاتی حالت ہے۔ اِس کے اسباب یہ ہیں:- اجسامِ غریبہ کا پھنس جانا، جیسے کہ مصنوعی دانتوں کا۔ واسطی بالیدوں (mediastinal growths) اور نہایت ہی شاذ طور پر صدری اورِسماؤں کا باہر سے دباؤ ڈالنا۔ خود نالی کی دیواروں میں سرطانی یا دوسرے سلعات کی بالیدگی۔ اکّال سموم سے متضرر ہو جانے کے بعد اس میں جو قروح پیدا ہو جائیں اُن کے انقباض سے تضیق پیدا ہو جانا۔ عضلی دیواروں کا فعلی تشنج۔ فؤاد کا عدمِ ارتخاء یعنے تشنج الفواد (cardio-spasm) عطفے۔ آخری چار حالتوں پر علٰحدہ غور کیا جائے گا۔

مری کا سرطانی سلعہ

(carcinoma of the œsophagus)

یہ عموماً بڑی عمر میں ہوا کرتا ہے اور عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ یہ بالید مری کے بالائی ثلث کے نسبت زیادہ کثرت کے ساتھ اسکے درمیانی اور زیریں ثلث میں واقع ہوتی ہے لیکن قصبۃ الریہ کی دوشاخگی کے مقابل اور مری کی فؤادی انتہا پر وہ بالخصوص کثیر الوقوع ہوتی ہے۔ مری کا سرطان ہمیشہ اوّلی ہوتا ہے۔ رفتہ رفتہ وہ اندرونِ مری میں ناہموار متقرح سطح پیدا کر دیتا ہے۔ رسولی مری کو جزئی یا کلّی طور پر گھیر لیتی ہے اور انتصاباً تاہم اتنے تک پھیلتی ہے۔ مزید برآں یہ اکثر قصبۃ الریہ یا پھیپھڑے کی جڑ کو ماؤف کر دیتی یا باز گرد حنجری اعصاب پر دباؤ ڈالتی ہے۔ واسطی لمفی غدد بڑے ہو جاتے ہیں اور عام طور پر عنقی غدد بھی ابتدا ہی سے بڑے ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ پہلی اور نمایاں علامت عسر البلع ہے۔ مریض ٹھوس چیزیں نگلنے میں وقت محسوس کرتا ہے جب کہ وہ سیالات بہ آرام اتار سکتا ہے۔ یہ دقت بتدریج زیادہ ہوتی

جاتی ہے، اور بالآخر ٹھوس غذا چھوڑ دینی پڑتی ہے۔ صرف مائعات لئے جا سکتے ہیں، اور اگر ایک وقت میں ایک منہ بھر سے زاید مائع لینے کی کوشش کی جائے تو وہ واپس نکل آتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ مریض کو اچھو لگ جائے۔ درد عموماً نہیں موجود ہوتا۔ چند ہفتوں کے بعد مریض دُبلا ہونا شروع ہوتا ہے اور اُس کی طاقت و توانائی کم ہوتی جاتی ہے۔ یہ علامات عموماً ترقی پذیر ہوتے ہیں، لیکن کبھی کبھی رسولی کی سطح پر سے بعض حصوں کے ریزہ ریزہ ہو کر علیحدہ ہو جانے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ مَری کا قطر پھر بڑا ہو جاتا ہے، اور مریض کی حالت میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے۔ اگر کوئی تدارک نہ ہو سکا ہو تو محض خستگی سے یا پیچیدگیوں کے باعث موت واقع ہو جاتی ہے۔ اس طرح پہ بعض مریضوں میں رسولی کے پھیلنے سے قصبۃ الریہ کے ساتھ ارتباط واقع ہو جاتا ہے۔ غذا کے ریزے سانس میں اندر چلے جاتے ہیں اور عفونی شعبی ذات الریہ (septic broncho-pneumonia) شروع ہو جاتا ہے۔ دوسرے مریضوں میں نوبالید کا حملہ براہ راست شُش پر ہوتا ہے اور گنگرین یا شعبی ذات الریہ جس کے ساتھ ممکن ہے کہ ذات الجنب یا تقیح الصدر بھی موجود ہو، مریض کو موت کے گھاٹ اُتار دیتا ہے۔ اور بھی دوسروں میں اس وقت جب کہ بالید بالائی سرے پر ہو، باز گرد حنجری اعصاب پر دباؤ پڑنے سے حنجرہ کے عضلات مُتعددہ مشلول ہو جاتے ہیں، جس سے ممکن ہے کہ اختناق پیدا ہو جائے۔ شاذ اصابتوں میں ایسا بھی ہوا ہے کہ رسولی نے اَوْرطی کو کھا کر ہلاکت خیز نزف پیدا کر دیا۔ بالآخر سرطان کے جماؤ دوسرے اعضا میں بھی پیدا ہو جاتے ہیں، بالخصوص جگر اور پھیپھڑوں میں۔ کبھی کبھی یہی موت کا سبب ہوتے ہیں، درانحالیکہ مَری کے اندر کی بالید اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ نگلنے میں کوئی دقت نہیں پیدا کر سکتی۔

تشخیص۔ پچاس سال سے اوپر کی عمر والے شخص میں بتدریج بڑھتا ہوا عسر البلع اصابتوں کی غالب تعداد میں مَری کے سرطانی سلعہ کے باعث ہوتا ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ عسر البلع کی حالت نظر انداز ہو جائے۔ مثلاً غذا مَری کے اندر تنگی کے مقام سے اوپر ہی اوپر اتنے عرصہ تک ٹھہری رہے کہ اس کی بازدی کو مریض یا کوئی غیر محتاط ممتحن غلطی سے قے سمجھ لے اور اس طرح ایک معدی مرض کی غلط تشخیص ہو جائے۔ مریض اکثر ٹھیک ٹھیک لیول بتا سکتا ہے جہاں تسدد واقع ہوتا ہے۔



قصبتہ الریہ کی دوشاخگی کے مقام پر مری کے ایک سرطانی تقشیق کی شعاع نگاشت جو کہ ترچھی وضع میں لی گئی ہے۔ بیریم سلفیٹ کے استحلاب جو کہ مریض نے نگل لیا ہے مری کا بالائی سرا ابھرا ہوا نظر آتا ہے۔ بیریم کی باریک سی دھاری متسع حصہ کے پیندے سے مری میں نیچے گزرتی دکھائی دیتی ہے۔ بالیدہ کے سبب سے درونہ کی بے قاعدگی اچھی طرح دکھائی گئی ہے۔ بیریم کے سامنے کا سایہ اورطی کی محراب ہے۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے صفحہ سے)

بیسمتھ کھلانے کے بعد اگر لاشعاع کا استعمال کیا جائے تو تسدد کی موجودگی کی نہایت آسانی کے ساتھ تصدیق کی جاسکتی ہے' اور اُس وقت تسدد کا ٹھیک مقام اور اُسکی وسعت بھی بتلائی جاسکتی ہے۔ اِن شعاعوں سے یہ بھی ظاہر ہوجائیگا کہ ضرر مری کے اندر ہے یا باہر سے دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷)۔ جب تسدد مری کے اندر واقع ہو تو پھر بھی سرطانی سلعہ' ندبی یا تشنجی تضیق' عطفات' اندفواد کے عدم ارتخاد کے درمیان امتیاز کرنا ضروری ہے۔ مری بین کے ذریعہ راست معائنہ کرنا چاہئے۔ عدم ارتخاد کی حالت میں مری بہت متسع ہوتی ہے' لیکن رسولی کی صورت میں اتساع زیادہ نہیں ہوتا کیونکہ آخرالذکر حالت میں تسدد زیادہ حاد طور پر واقع ہوتا ہے۔ ایک بند پولی نلی جس کے اندر اُسے وزنی کرنے کے لئے پارہ بھر دیا گیا ہو' مری کے اندر داخل کی جاسکتی ہے (Hurst)۔ رسولی کی حالت میں یہ نہیں گذریگی' لیکن عدم ارتخاد کی حالت میں عموماً گذر جائیگی۔ بڑے اور سخت عنقی غدد کی موجودگی سے بھی رسولی کی تائید ہوتی ہے۔

انذار۔ یہ یکساں طور پر خراب ہوتا ہے۔ اگر تسدد دور بھی کردیا جائے تو خبیث رسولی تھوڑے ہی عرصہ میں آگے پھیل کر مہلک ثابت ہوگی۔ مدت حیات عموماً چھ سے بارہ مہینوں تک کی ہوتی ہے۔

علاج۔ اگر ایک چھوٹی جسامت والی شمعہ گذاری جاسکے تو ہر دوسرے یا تیسرے دن اُس کے استعمال سے راستہ کو کچھ عرصہ تک کھلا رکھا جاسکتا ہے۔ لیکن غذا کے لئے راستہ کو کھلا رکھنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ادخال انبوبہ اِس طریقہ میں جو کہ کرشِ ہیبر (Krishaber) کا ایجاد کردہ ہے کچھ ترمیم کرلی جائے۔ ایک انبوبہ تضیق کے آر پار گذار کر اُسے کئی دن تک یا مستقلاً علی حالہ رہنے دیا جاتا ہے اور مریض کو اُسکی وساطت سے سیال غذا دی جاتی ہے۔ اگر یہ تدابیر ناقابل عمل ہوں تو تفویہ معدہ کہ (gastrostomy) کے عملیہ کے ذریعہ معدہ کو کھول سکتے ہیں۔ بعض اوقات مری کی بالیدیر یا ریڈیئم کے مقامی استعمال سے تضیق میں تخفیف حاصل کی جاتی ہے۔ عمیق لاشعاعوں کے استعمال سے اچھے نتائج حاصل ہوتے ہیں۔

ندبی تضیق

(cicatricial stricture)

اس میں بھی خاص علامت عسر البلع ہے۔ لیکن یہ سرطان سے اس امر میں مختلف ہوتا ہے کہ یہ ایک خاص درجہ سے ترقی نہیں کرتا' اور اس کے سوا کہ اس کے اوپر کی انبوبہ کا اتساع ہوتا ہے' کوئی دوسرا ثانوی اثر پیدا نہیں کرتا۔ اس اتساع کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ غذا ضیق کے مقام سے اوپر اکثر مجتمع ہو جاتی ہے اور کچھ عرصہ کے بعد واپس نکل آتی ہے۔

تشخیص۔ مری بینی کے ذریعہ متعین کی جاتی ہے۔

علاج میں کامیابی کا کافی موقع ہوتا ہے بشرطیکہ مجس یا پارے کی نلی تضیق کی راہ سے معدے کے اندر داخل کی جا سکے۔ اسے باقاعدگی کے ساتھ دن میں ایک یا دو بار استعمال کرنا چاہیے' اور رفتہ رفتہ زیادہ بڑے بڑے آلات گذارنے کی کوشش کرنی چاہیے۔ ممکن ہے کہ مایع غذا کی ہمیشہ ضرورت پڑے نا موافق اصابتوں میں تفویہ معدہ کا عملیہ مناسب ہوتا ہے۔

تشنجی تضیق

(spasmodic stricture)

درحقیقت یہ ایک بالکل عام حالت ہے' اگرچہ عموماً اس بات کا صحیح اندازہ نہیں کیا جاتا۔ نگلنے میں وقت ہوتی ہے' اور ساتھ ہی حلق اور سینہ میں ضیق کا ایک دردناک احساس (سوزش سینہ) ہوتا ہے۔ یہ تشنج لاشعاعوں سے پہچانا جا سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۸ آب)۔ ممکن ہے کہ وہ سوء الہضمی علاماتی مخلوط کی ایک خصوصیت ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 333)' اور اس طرح سے بلع الہوا کے ہمراہ پایا جائے۔ درد غالباً مری کے اتساع کی وجہ سے ہوتا ہے جو اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے جیسا کہ لاشعاعی ترسیم سے ظاہر ہے' تشنج مطلق نہیں ہوتا بلکہ غیر شفاف کھانے کا کچھ حصہ تضیق کے پار نکل ہی جاتا ہے۔

علائمیہ پلومر ونسن (Plummer-Vinson syndrome)۔ یہ ایک فعلی

تختہ ۱۸



الف۔ مریوی عطفہ بیریم کھانے کے بعد۔ (شعاع نگاشت لنڈے لاک نے لی ہے)

ب۔ سوزش سینہ میں ترچھے طور پر دیکھنے پر مری کی شعاع نگاشت۔ مری ہوا سے متمدد ہے اور بالائی او زیریں دونوں سروں پر تشنج موجود ہے۔ (ڈبلیو۔ ڈبلیو پین :W. W. Payne اور ای۔ پی۔ پولٹن E. P. (-(2) Poulton:

عسر البلع ہے' جو ایسے مریضوں میں ہوتا ہے جن کو ثانوی عدم دمویت اور بعض اوقات تفخم الطحال کی شکایت ہوتی ہے ۔ ناخن اکثر اوقات چمچہ نما ہوتے ہیں ۔ یہ تقریباً خالصتہً عورتوں میں ہوتا ہے' اور اکثر مریض اپنے پورے دانت نکلوا چکے ہوتے ہیں ۔ زبان صاف اور سرخ اور بلعومی دیوار مجلی ہوتی ہے ۔ یہ حالت پہلے پہل پیٹرسن (Paterson) اور براؤن کیلی (Brown Kelly) نے ۱۹۱۹ء میں دریافت کی تھی (5) ۔ تسدد بلعوم اور مری کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے' اور ممکن ہے کہ نگلنے سے متعلق بلعومی عضلات کی کمزوری کی وجہ سے ہو یا حلقیٔ بلعومی عضلہ کے مرتخی نہ ہو سکنے کی وجہ سے ہو ۔ علاج کا مقصد عدم دمویت کو اور شمعات گذار کر عسر البلع کو شفا دینا ہے (6)۔

فواد کا عدم ارتخاء

(achalasia of the cardia)

(تشنج الفواد = cardio-spasm)(تمدد مری = œsophagectasia)

(مری کا خود رو اتساع = idiopathic dilatation of the œsophagus)

326

دیوار مری کا زیریں ۲ یا ۳ انچ' جو اکثر امتحانات بعد الممات میں مرضی حالت میں اور اوپر کی دیوار سے قدرے زیادہ موٹا نظر آتا ہے' فوادی عضلۂ عاصرہ ہے ۔ زندگی کے دوران میں فواد اپنے طولی اور مدور ہر دو قسم کے عضلی ریشوں کے انقباض سے بند ہوتا ہے ۔ ہر دودی حرکت کی موج کے آگے وہ ڈھیلا پڑ جاتا اور بالآخر بغیر مضبوطی کے ساتھ منقبض ہو جاتا ہے' اور غالباً اس عمل کے دوران میں معدے کے اندر قدرے متمدد ہو جاتا ہے (7)۔ نگلنے کے بعد حرکت دودی مری کے بالائی سرے سے کیفقدر آہستہ آگے بڑھتی ہے اگرچہ سیال غذا ایک دم نیچے چلی جاتی ہے ۔ چنانچہ قبل اس کے کہ عضلۂ عاصرہ ڈھیلا ہو' سیال کا بیشتر حصہ چند ثانیوں تک اس کے اوپر رکا رہتا ہے ۔

امراضیات ۔ فواد کے عدم ارتخا (16'15) یا تشنج الفواد کی حالت میں فواد بند رہتا ہے ۔ لیکن جس مضبوطی کے ساتھ وہ بند رہتا ہے وہ مختلف اصابتوں میں اور مختلف اوقات پر مختلف ہوتی ہے ۔ ممکن ہے کہ تجس ڈالنے میں وہ مطلق مزاحم نہ ہو' یا ممکن ہے اس کی مزاحمت ایسی ہو کہ اس پر غلبہ نہ حاصل ہو سکے (8)۔ یہ پایا گیا ہے کہ آؤر باخ کا

ضفیرہ جو طولی اور مدوّر عضلوں کے درمیان واقع ہے، ملتہب ہو جاتا ہے، اور زیادہ عرصہ کی اصابتوں میں تلف ہو جاتا ہے (9)۔ ابتدائی درجوں میں مری کے مشلول حصے سے اوپر عضلی طبقہ بیش پرورده ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غذا کامیابی کے ساتھ فواد کے آر پار گذر جاتی ہے اور کوئی علامات ظاہر نہیں ہوتے۔ بعد میں اتساع مختلف درجہ کی بیش پرورش کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مری کے مخاطی طبقہ میں بھی کچھ مزمن التہاب موجود ہو۔

ضفیرۂ اوئر باخ غالباً عصب تائیہ کے لئے ایک بدل چوکی ہے، اور یاد رکھنا چاہئے کہ خرگوش میں عصب تائیہ کی تہییج کرنے سے فواد مرتخی ہو جاتا ہے۔ لہٰذا عدم ارتخا کے متعلق یہ سمجھنا چاہئے کہ یہ مری کے زیریں سرے کا شلل تائیہ ہے جس سے عضلۂ عاصرہ حرکت دودی کی موجوں کے آگے بتدر ہتا ہے۔ چونکہ عصب مشارکی کے وہ ریشے جو عضلی ریشوں کو پہنچتے ہیں، غالباً صحیح و سالم رہ جاتے۔ اور غالباً عضلۂ عاصرہ کا انقباض پیدا کر دیتے ہیں، لہٰذا یہ تعجب خیز نہیں کہ عموماً ایک حقیقی فوادی تشنج دیکھا جاتا ہے۔

فواد کا عدم ارتخا آتشک کے سبب سے ہو سکتا ہے، اور مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں بھی ہوا ہے، جہاں قیاس ہوتا ہے کہ متسع بایاں اذین عصب تائیہ کو دبا دیتا ہے۔ وہ معدی قرحہ اور سرطانی سلعہ کی حالت میں بھی واقع ہوا ہے۔ عموماً اس کا کوئی ظاہرا سبب نہیں پایا جاتا۔

علامات۔ بعض اوقات اس کے مریضوں میں برسوں تک یہ شکایت رہا کرتی ہے کہ نگلنے کے بعد انھیں حلق میں غذا کے چپک جانے کا احساس ہوتا ہے، شراسیف کے مقام پر حقیقی درد ہوتا ہے، غذا باز رو ہو جاتی ہے، یا ان کے بیان کے مطابق قے ہوتی ہے۔ یہ حالت اکثر بتدریج پیدا ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ ابتداءً تشنجی ہو اور وقتاً فوقتاً عود کر آتی ہو۔ بسمتھ (bismuth) کی غذا لینے کے بعد لاشعاعی امتحان کیا جائے تو ظاہر ہوتا ہے کہ مری متسع ہو کر ایک تکلہ نما جسم بن گئی ہے، جس کا زیریں سرا نسبۃً زیادہ چوڑا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۹ اور ۲۰)۔ ممکن ہے کہ یہ اتساع مری بین سے بھی نظر آ جائے۔ جہانک اصابتوں میں مری کے عریض ترین حصے کا اندرونی محیط ۱۱ تا ۱۶ سینٹی میٹر (۴ تا ۶ انچ) ناپ تک پہنچ گیا ہے۔

صفحہ ۱۹



ترچھے طور پر دیکھنے پر مری کی شعاع نگاشتیں جن میں مری کے اتساعات اور فواد کا عدم تو تستعا دیتا یا گیا ہے ۔ پیندے کا تنگ حصہ فواد کے مدخل کے مقام پر ہے ۔ فقری عمود کے سامنے کا سایہ دایاں ڈایا فرام ہے ۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے صحفہ سے)

بالمقابل صفحہ 326

۲



صفحہ ۱۹ سے امتیاز کرنے کے لیے ایک طبعی مری کی شعاع نگاشت لی گئی ہے۔ ایک سریع نکشف منہ بھر بیریم کھانے کے دو تین سیکنڈ بعد کیا گیا اس وقت جبکہ ابھی فواد اتنا مرخی نہیں ہوا تھا کہ بیریم کو معدہ میں گرجانے دے۔ فواد کا دوہرا سایہ یعنی پھندے پر بیریم کی تنگ دھاری اس لئے ہے کہ دوران نکشف میں فواد کا مقام بیریم کے عمود کے وزن سے بدل گیا تھا۔ (ڈبلیو۔ ڈبلیو مین اور ای۔ پی۔ پولشن)

بالمقابل صفحہ 826

علاج ۔ بعض اصابتیں مہلک ثابت ہوئی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں مریضوں نے اس وقت کا ارتفاع مانع غذا سے، یا ٹھوس غذا کو نہایت احتیاط کے ساتھ چبانے سے کیا۔ اکثر پایا جاتا ہے کہ سیال استواء جب مری کے طول کے برابر پہنچ جائے تو وہ سیال سکوتی دباؤ کے زور سے عضلۂ عاصرہ کے آرپار اپنا راستہ نکال لیتا ہے، جس سے اس کا لیول کسیقدر گر جاتا ہے اور اس طرح کچھ غذا پہنچ جاتی ہے۔ بعض اصابتوں کا تدارک زیادہ مستعدی کے ساتھ اس طرح کیا گیا ہے کہ ایک پارے سے بھری ہوئی ربر کی نلی ہر کھانے سے پہلے معدے میں داخل کر دی گئی ہے، یا ایک انبوبۂ مری کو معدے میں داخل کرکے اور سارے وقت علی حالہٖ رکھ کر مریض کو چار دن تک غذا دی گئی ہے۔ عسیر العلاج اصابتوں میں شکم کی راہ سے معدے کو کھول کر عضلۂ عاصرہ کا اتساع عمل میں لایا جاتا ہے۔

عطفے

(diverticula)

مری کی دیواروں میں تھیلیں (pouches) پائی جاتی ہیں۔ اور ان کی تقسیم (۱) فشاری عطفوں (pressure diverticula) اور (۲) جبری عطفوں (traction diverticula) میں کی جاتی ہے۔

۱۔ فشاری عطفے، اجسام غریبہ کے مغروز ہو جانے سے، یا دوسرے مقامی تضرر کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بظاہر عضلی طبقہ کمزور ہو جاتا ہے، اور مخاطی اور تحت المخاطی طبقات عضلی ریشوں کے درمیان سے باہر ابھر جاتے ہیں، چنانچہ عضلی ریشے عطفے کی پوشش میں حصہ نہیں لیتے۔ جب ایک بار ایسا ہو جائے تو اس تاچہ کے اندر غذا جمع ہو جاتی ہے، اور یہ تھیلی بتدریج بڑی ہو جاتی ہے یہاں تک کہ یہ ۳ یا ۴ انچ کے قطر تک پہنچ جاتی ہے۔ ۲۔ جبری عطفے، جو عموماً کوئی علامتیں نہیں پیدا کرتے، پاس کے حصوں سے مری کے چپک جانے کی وجہ سے نمودار ہو جاتے ہیں، مثلاً متقیح یا تدرنی شعبی غدد کی وساطت سے جس سے طبقات قیف نما صورت میں باہر کھنچ آتے ہیں۔ عطفوں کی شکل عموماً نیم کروی ہوتی ہے۔ وہ پیچھے، بلعوم اور مری کے مقام اتصال پر نہایت عام ہوتے ہیں، جب کہ وہ گردن کے دونوں طرف یا بعض اوقات

327

صرف بائیں طرف ہی بروز کرتے ہیں۔ اس کے بعد دوسری عام ترین جگہ مری کے زیریں سرے کے قریب ہے (1) (صفحہ ۲۳ الف)۔

علامات یہ ہیں: عسر البلع، غذا کی بازروی جس کے ساتھ اکثر اچھو لگ جاتا ہے یا کھانسی ہوتی ہے، اور تاچہ کے اندر غذا کی تحلیل سے سانس میں بدبو آتا۔ غذا اتنی جمع ہو سکتی ہے کہ مری بالکل مسدود ہو جائے۔ عطفوں کی تشخیص بریم نگلنے کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ سے کی جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۸ الف اور ۲۳ الف) اور مری بین سے بھی ہو سکتی ہے۔

علاج ۔ تعلیہ کر کے جیب کا استیصال کر سکتے ہیں۔ خفیف احاتوں میں منہ بھر کر پانی اندر لے کر اور ازاں بعد اس پانی کو بذریعہ بازروی باہر نکال کر جیب کو باقاعدگی کے ساتھ دھونا ممکن ہے۔

معدے کا امتحان

معدے کی وضع مریض کی وضع کے ساتھ بدلتی رہتی ہے۔ انتصابی وضع میں معدہ کا فوادی سرا عظمی صدر کے اندر واقع ہوتا ہے، اور اس کا جسم اور بواب شکم کے اندر ہوتے ہیں۔ افقی وضع میں معدہ اور بھی پیچھے گر کر پسلیوں کے نیچے چلا جاتا ہے، اور شراسیف میں اس کا صرف بوابی حصہ رہتا ہے۔ معدے کے اندر ہمیشہ کسیقدر ہوا موجود رہتی ہے اور اس کی شناخت کا ذریعہ وہ کامل تبلی آواز ہے جو سامنے بائیں صدر کے زیریں حصے کا قرع کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ یہ رقبہ اوپر پیش قلبی اصمیت سے اور پیچھے طحالی اصمیت اور ریوی گمک سے محدود ہوتا ہے۔ معدے کے قرع سے جو آواز حاصل ہوتی ہے اسے اس آواز سے تمیز نہیں کیا جا سکتا جو آنتوں کے اندر کی ہوا کے سبب سے ہوتی ہے، لہذا معدے کا خاکہ دریافت کرنے کے لئے یہ طریقہ کسی کام کا نہیں۔ معدہ کے متعلق حیرت انگیز امر یہ ہے کہ اس کی جسامت اور وضع میں بہت بڑے اختلافات واقع ہو سکتے ہیں کہ جن سے غذا کی تغیر پذیر مقداروں کے لئے گنجائش نکلتی ہے۔ دوسرے احشاء کی طرح معدے میں طولی اور مدور عضلی ریشوں کا

ایک نظام موجود ہوتا ہے، لیکن اس کے علاوہ اس میں ترچھے ریشوں کا ایک اندرونی نظام بھی ہوتا ہے جو مری کے مدوّر ریشوں سے نکل کر نیچے کے طرف معدے کے انحنائے صغیر کے برابر چلے جاتے ہیں اور اگلی اور پچھلی سطحوں پر ایک پنکھے کی طرح پھیل جاتے ہیں۔ یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ اس نظام کا تعلق انحنائے کبیر کے نیچے کے طرف ہونے والی اس حرکت سے ہے جو معدے کی پڑی کے ساتھ ساتھ ہوتے نکلتی ہے۔

معدے کا لاشعاعوں سے امتحان

اس کی وساطت سے معدے کی شکل، جسامت، اور حرکت پذیری کے متعلق قیمتی معلومات حاصل ہوتی ہے۔ مریض کو دلیے یا دودھ روٹی کی غذا دی جاتی ہے، جس میں بسمتھ کے ایک جامد مالح کے ۲ اونس، جو بہتر ہے کہ آکسی کلورائڈ ہو، یا بیریئم سلفیٹ کے ۴ اونس شامل ہوتے ہیں۔ پھر شعاعیں استعمال کی جاتی ہیں، اور اس سایہ سے جو کہ پردہ پر مشمول فلزی مالح کی وجہ سے گرتا ہے۔ معدے کی وضع اور جسامت ظاہر ہو جاتی ہے۔ لاشعاعوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ معدہ ایک انتصابی حصے اور ایک اُفقی حصے پر مشتمل ہوتا ہے، جن کو انحنائے صغیر پر ایک زاویتی تلمہ جدا کرتا ہے۔ فم فوادیہ کے لیول پر ایک خیالی اُفقی خط انتصابی حصہ کو دو میں تقسیم کرتا ہے۔ اوپر کے حصے کو، جس میں عموماً ہوا موجود ہوتی ہے، قعر اور نیچے کے حصے کو جسم کہتے ہیں۔ اُفقی حصہ بوّابی دہلیز اور بوّابی قنال پر مشتمل ہوتا ہے۔ اثنا عشری کا پہلا حصہ معدے کے فعل کے اثنا میں کیموس (chyme) کو وصول کرتا اور کچھ مدت تک باقی رکھتا ہے، چنانچہ لاشعاعوں کے تحت وہ بھی معدے کی طرح ایک سیاہ سایہ ظاہر کرتا ہے، جس کی شکل اکثر مثلثی ہوتی ہے اور جس کا قاعدہ بوّاب کی طرف ہوتا ہے۔ اس حصے کو اثنا عشری کلاہ (duodenal cap) کہتے ہیں، اور اثنا عشری اور معدے میں علیحدگی واقع کرنے والی بوّاب کی شفاف لکیر ہے۔ اس شفاف لکیر کے وسط میں وقتاً فوقتاً بوّابی قنال دکھائی دیتی ہے، جو کیموس کی اس مقدار کے لحاظ سے جو اس کے اندر سے گزر رہی ہو نسبتہً چوڑی یا تنگ نظر آتی ہے۔ عضلی انقباض کی دودی الحرکت موجیں جو جسمِ معدہ سے بوّاب تک واقع ہوتی ہیں، اور ان کے ہمراہ وہ تغیرات بھی جو کہ جسمِ معدہ اور بوّابی دہلیز کی شکل میں واقع ہوتے ہیں، لاشعاعوں سے شناخت ہو جاتے ہیں۔

انتصابی وضعوں میں طبعی معدے کی اوسط وضع ایسی ہوتی ہے کہ انحنائے کبیر حرقفی عرفوں (یا ناف) سے بالکل نیچے ہوتا ہے اور انحنائے صغیر اس سے اوپر کو تاہم تندرستی کی حالت سے متجاوز نہ ہوتے ہوئے بھی معدے کی وضع میں وسیع اختلافات ہو سکتے ہیں۔ معدہ لمبا ہو کر نیچے بہت دور تک پہنچ سکتا ہے، اور اسے بعض اوقات گرا ہوا معدہ (dropped stomach) کہتے ہیں جو عموماً زیریں تنشی (hypotonic) بھی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۱، نیز صفحہ 340 پر شکل ۴۰)۔ یا ممکن ہے کہ وہ حرقفی عرفوں سے بالکل اوپر ہو اور اس صورت میں اسے بلیش تنشی (hypertonic) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۲)۔ افقی وضع میں، جب کہ مریض پیٹھ کے بل لیٹا ہوا ہو، معدہ پیچھے گر کر ڈائفرام کے نیچے چلا جاتا ہے، اور اس طرح انتصابی وضع کے نسبت وہ اس وضع میں زیادہ بلند واقع ہوتا ہے۔ عمود الفقرات اکثر معدہ کو دو میں تقسیم کر دیتا ہے۔ یہ مشاہدہ میں آیا ہے کہ جذبہ کی وجہ سے، یا بیہوشی کے دورہ سے ذرا پہلے یا متلی پیدا کرنے والی (مثلاً سینگ کی) بو کے بعد انتصابی وضع میں دیکھنے پر ممکن ہے معدہ کئی انچ گرا ہوا نظر آئے۔ اس کے برعکس جب موضوع کی بھوک تیز ہو جاتی ہے تو معدہ بیش تنشی ہونے کا رجحان رکھتا ہے (11)۔ معدے کی اوسط وضع ہر شخص کی جسمانی ساخت پر منحصر ہوتی ہے۔ جب جسم چوڑا اور چھوٹا ہو یعنے جب سینہ کا گھیر جسمانی طول کے نسبت ۲ سنٹی میٹر زیادہ ہو تو معدے کی وضع اونچی ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 472) اور اس کے برعکس جب سینہ کا گھیر دھڑ کے طول کے نسبت ۲ سنٹی میٹر کم ہو تو معدے کی وضع نیچی ہوتی ہے۔ بلند معدہ کے ساتھ عموماً معدی رس کی بڑھی ہوئی ترشگی کا تلازم پایا جاتا ہے (12)۔ ایک ہی خاندان کے افراد معدہ کے تخلیے کی مدت، اور امتحانی غذائی منحنی کی قسم میں باہم مماثلت ظاہر کرتے ہیں۔ معدے کا کوئی لاشعاعی امتحان مکمل نہیں ہوتا تاوقتیکہ معدے کے تخلیے کی شرح دریافت نہ کی جائے۔ غذا کھانے کے دو، چار اور آٹھ گھنٹے کے بعد مریض کا امتحان کیا جاتا ہے۔ یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا اب بھی معدے میں کوئی سایہ باقی رہ گیا ہے۔ معمولی طور پر معدہ چار گھنٹوں میں خالی ہوتا ہے۔ چھوٹا بیش تنشی معدہ اکثر دو گھنٹوں میں خالی ہو جاتا ہے۔ اگر آٹھ گھنٹے کے بعد بھی معدے کے بیشتر باقیہ موجود ہوں تو یہ بوابی تضیق (pyloric stenosis) کی دلالت ہے۔ دیکھا جائے گا کہ ان اوقات کو

کیفقدر زیادہ ہیں جو کسری امتحانی غذائی طریقہ کے ذریعہ حاصل ہوتے ہیں۔

معدے کے مافیہ کا امتحان

قئے کے امتحان سے اور دوران ہضم میں معدے کے اندر سے مصنوعی طور پر نکالے ہوئے مائعات کے امتحان سے ہم یہ جاننے کی کوشش کرتے ہیں کہ مرض کی مختلف اقسام نے اور خاص کر ہضم کے مزمن فسادات میں ترشوں، پیپسین (pepsine) یا معدے کی حرکی قوتوں کی قلت کیا حصہ لیتی ہے۔

قئے۔ اگر مریض کو استفراغ ہوجائے تو مائع کی مقدار، رنگ و بو، اور قوام کو نوٹ کرنا چاہیئے۔ حال ہی میں لی ہوئی چیزیں (مثلاً طیران پذیر روغن یا الکحل) بو میں ترجیح کرتی ہیں۔ بالغ بلے رنگ، یا مختلف درجہ کے بھورے رنگ کا، یا صفرا کے لون سے زرد یا سبز، یا خون سے گلابی یا سرخ رنگ کا ہوسکتا ہے۔ خون معدی رس کے تماس سے اکثر تبدیل ہوجاتا ہے، اور اس کے نتیجہ کے طور پر سیاہ بھورا اور غیر شفاف ہوجاتا ہے، اور دُرد قہوہ سے مشابہ ہوتا ہے۔ قوام میں قئے پانی جیسی، یا مخاط کی وجہ سے کم و بیش لیج ہوتی ہے، یا وہ کف دار ہوتی ہے۔ نیم ہضم شدہ یا ناہضم شدہ غذا کی موجودگی کو دیکھنا چاہیئے۔

خوردبین سے دیکھنے پر حیوانی اور نباتی باقیں شناخت ہوسکتی ہیں، جیسے کہ عضلی ریشے، سیلولوس، نشاستہ کے ذرات، روغن کے قطرے، خون کے سرخ جسیمات، سپید خلیے اور کثیر التعداد خرد عضویے، بالخصوص ٹارولی (torulæ) اور نبقات۔ حزمیہ (sarcinæ) اور بعض اوقات عصیۂ آپلر بوآس (Oppler Boas bacilli)۔ کیمیائی امتحان کے لیے قئے شدہ سیال کو باریک ململ میں سے چھانا جائے گا اور ان کاشفات کے ذریعہ سے جو ابھی بیان کیے جائیں گے چھنے ہوئے حصہ کا امتحان کیا جائے۔

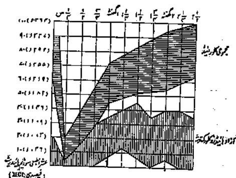
امتحانی غذا۔ معدے کے افعال ایک امتحانی غذا دینے سے اس سے زیادہ صحیح طور پر معلوم کیے جاسکتے ہیں کہ جتنے قئے کا امتحان کرنے سے۔ اس کے دو طریقے مستعمل ہیں:-

(۱) آیوالڈ کا امتحانی ناشتہ۔ پہلے معدے کو دھو ڈالتے ہیں، یا غذا جو ۲ یا $\frac{1}{2}$ اونس روٹی یا ٹوسٹ (toast) اور ۲۰ اونس ہلکی چائے پر مشتمل ہوتی ہے صبح کے وقت خالی پیٹ

329 دیجاتی ہے۔ ایک گھنٹہ کے وقفہ کے بعد معدے کے مافیہ کو نکال کر ان کی تقطیر کرلی جاتی ہے۔ مقطر شدہ حصہ کے دو نمونے لئے جاتے ہیں اور انہیں بذریعہ تبخیر خشک کرکے اور سوڈیم کاربونیٹ ملاکر اور بغیر ملائے ان کی ترمید کیجاتی ہے۔ اس سے مجموعی کلورین کا اور اس کلورین کا جو فلزی کلورائڈ کے طور پر ممزوج ہے، ارتکاز حاصل ہوجاتا ہے۔ پھر $AgNO_3$ (سلور نائٹریٹ) استعمال کرکے وولہارڈی معایرتیں (Volhard titrations) عمل میں لائی جاتی ہیں۔ مجموعی کلورین اور فلزی کلورین کے درمیان جو فرق پایا جاتا ہے اس سے "فاعلی ہائیڈروکلورک ایسڈ" کی مقدار معلوم ہوجاتی ہے، یعنی اس ہائیڈروکلورک ایسڈ کی جو آزاد ہے اور اس ہائیڈروکلورک ایسڈ کی جو پروٹین کے ساتھ ممزوج ہے۔

(۲) کسری امتحانی غذا (Fractional test meal)۔ صبح کے وقت ناشتہ سے پہلے ایک چھوٹے سوراخ والی ربر کی نلی جس کے سرے میں چھید ہوں، معدے کے اندر داخل کی جاتی ہے، اور ایک پچکاری کے ذریعہ سے معدے کے مافیہ "سکونی رس" ("resting juice") نکال لئے جاتے ہیں۔ پھر حسب ذیل غذا دی جاتی ہے:۔ ناشتہ کی جئے کا آٹا دو ٹیبل اسپون (یعنی بقدر ۱ اونس) ایک کوارٹ (۱/۴ گیلن) پانی کے ساتھ یہاں تک ابالا ہوا کہ اس کا حجم ایک پنٹ رہ گیا ہو اور پھر اسے ململ میں سے چھان لیا گیا ہو۔ ہر پاؤ پاؤ گھنٹے کے بعد معدی مافیہ کے تقریباً دس دس سی۔ سی کے نمونے باہر نکال لئے جاتے ہیں، یہاں تک کہ معدہ خالی ہوجائے۔ مخاط، صفرا، خون، نشاستہ اور ڈیکسٹروز کی موجودگی نوٹ کی جاتی ہے۔ عشر الطبعی سوڈیم ہائیڈریٹ کے ذریعہ ان نمونوں کی معایرت اس طرح کی جاتی ہے کہ اس کے لئے ڈائی میتھل (dimethyl) کو بطور نمائندہ استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ معایرت جاری رکھی جاتی ہے یہاں تک کہ اس نمونہ کو فینال تھالین بھی قلوی ظاہر کرے۔ پہلی معایرت سے "آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ" ("free HCl") معلوم ہوتا ہے۔ اور قلی کی وہ مقدار جو فینال تھالین کو متغیر کرنے کے لئے درکار ہوتی ہے، "مجموعی ترشگی" ("total acidity") ظاہر کرتی ہے۔ مجموعی ترشگی اور آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ کے درمیان جو فرق حاصل ہوتا ہے وہ خاصہ مستتر ہوتا ہے۔ اگر دوسرے ترشے (جیسے کہ لیکٹک ایسڈ) موجود ہوں تو ممکن ہے کہ وہ بہت زیادہ ہوجائے۔ مجموعی کلورین کی تعیین یوں کیجاتی ہے:۔ ۵ ۰۔ یا ایک سی۔ سی مافیہ میں عشر الطبعی سلور نائٹریٹ

(0.1N AgNO$_3$) اور ایک سی سی مرتکز نائٹرک ایسڈ (conc.HNO$_3$) ملا دیں۔ اس آمیزہ کو گرم کریں تاکہ اگر پروٹین موجود ہو تو وہ مرسوب ہوجائے۔ اب ایک سی۔ سی الکحل آمیز کریں۔ الکحلی عشر الطبعی پوٹاسیم سلفوسائنیٹ (0.1N KSCN) کے ذریعہ زائد سلور نائٹریٹ کی معائرت کریں اور اس کے لئے آئرن الم (iron alum) کا ایک قطرہ نمائندہ کے طور پر استعمال کریں۔ (یہ ایک ترمیم شدہ وول ہارڈ کی معائرت ہے)۔



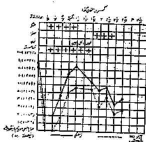
شکل ۴۴۔ چھائیں دار رقبے۔ فی صدی طبعی طلبا میں آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ (HCl) اور مجموعی کلورین (Cl) کی حدود کا نشان ظاہر کرتے ہیں (14)۔
س ۔ "سکونی رس"

کوئی کھانا دیئے بغیر زیر جلدی گرم ہسٹامین (histamine) کا اشراب کرنا اور اس کے بعد معدی ناقیہا کا امتحان کرنا حال ہی میں رائج ہوا ہے۔ ایک الکحلی امتحانی غذا (۵۰ سی سی ۷ فی صدی الکحل کے) بھی استعمال کی جاتی ہے۔ الکحل میں ایک سی سی فینال تھالین ملائی جاتی ہے تاکہ تخلیہ کی مدت ناپی جائے۔
آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ اور مجموعی کلورین دونوں کھانے کے شروع ہی سے

بڑھنے لگتے ہیں لیکن ازاں بعد ہائیڈروکلورک ایسڈ تو کم ہو کر گرنا شروع ہوتا ہے، اور مجموعی کلورین برابر بڑھتی رہتی ہے یہاں تک کہ یہ ایک انتہائی نقطہ پر پہنچنے کا رجحان رکھتی ہے (18)۔ معدی رس کی ترشگی پر اثر ڈالنے والے دوسرے عاملات یہ ہیں:۔ لعاب دہن کی مقدار، اثنا عشری کے مافیہ کی باز روی اور معدی رس میں مخاط کی مقدار (یہ اس کی تعدیل کر دیں گے)۔ اور وہ سرعت کہ جس کے ساتھ معدہ خالی ہوتا ہے (یہ اسے بڑھا دیگی)۔ جب "آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ" موجود نہ ہو تو اس حالت کو بے ترشگی (achlorhydria) کہتے ہیں، لیکن اس سے یہ مطلب کہ کوئی "فاعلی ہائیڈروکلورک ایسڈ" موجود ہی نہیں، یعنے معدے نے HCl کا کوئی افراز بالکل پیدا ہی نہیں کیا، ہرگز نہیں ہو سکتا اور اس لحاظ سے یہ اصطلاح کیسقدر مغالطہ پیدا کرنے والی ہے۔ "فاعلی ہائیڈروکلورک ایسڈ" دراصل مجموعی ترشگی کی قیمت کے ساتھ کیسقدر قریبی طور پر متناظر ہوتا ہے (13)۔ شکل ۴۴ میں ۱۰۰ فی صدی طبعی طلبا میں آزاد HCl اور مجموعی کلورائڈ سایہ دار رقبوں کے اندر واقع تھے۔ عموماً مجموعی ترشگی آزاد HCl کی نسبت تقریباً ۱۰ فی صدی زائد ہوتی ہے۔

نفسی اثرات HCl کے منحنی کو بہت کچھ بدل سکتے ہیں۔ مثلاً جب ایک طالب علم کو تنویم کے تحت متلی کا احساس پیدا کرا دیا گیا تو اس احساس سے معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ہو گئی، اسی طرح بھوک کے احساس سے معدہ بہ سرعت خالی ہو گیا جو بلاشبہ تحرکی فاعلیت بڑھ جانے کی وجہ سے واقع ہوا۔ یہ ان لاشعاعی مشاہدات سے جو اوپر بیان کئے گئے تھے مطابقت رکھتا ہے۔ شدید عقلی ورزش اور گرم غسل HCl کا افراز کم کرنے والے اور معدے کے خالی ہونے میں تاخیر کرنے والے پائے گئے ہیں۔ ہلکی ورزش، جو محبوب دوستوں کی معیت میں کی جائے اس کے برعکس اثر پیدا کرتی ہے (20)۔ سب سے زیادہ طاقتور معدی رس، جو ترشہ اور پیپسین ہر دو لحاظ سے طاقتور ہو، اشتہا کے بعد اور گوشت کھلانے کے بعد مفرز ہوتا ہے (18)۔ شحم کھلانے سے افراز اور تحرک دونوں کا امتناع ہو جاتا ہے، بالخصوص اگر شحم تاسیر شدہ ہو (19)۔ جسم معدہ کے قرحہ کے ہمراہ کوئی ممیز منحنی نہیں پایا جاتا۔ لیکن اثنا عشری اور بوابی قرحہ کی حالت میں (شکل ۴۵) اکثر معدے میں نہایت ترشئی سکونی رس ہوتا ہے، اور آزاد HCl میں جو کمی غذا کے ساتھ ترقیق ہونے کی وجہ سے ہو جاتی ہے اس کے بعد

HCl کا ماقیہ برعت بڑھتا رہتا ہے یہاں تک کہ ساری غذا معدے سے چلی جاتی ہے جس کی تعیین نشاستہ کے غائب ہو جانے سے ہوتی ہے۔ اس نقطہ کے بعد معدی رس کا افراز پھر بھی ہوتا رہتا ہے (بیش افراز)۔ ممکن ہے کہ معدہ خود کو نہایت سرعت کے ساتھ خالی کر دے ("اثنا عشری عجلت" = "duodenal hurry")۔ بوابی تنیق کی حالتوں میں (شکل ۴۶) غذا معدے کے اندر طویل عرصہ تک رہتی ہے جیسا کہ نشاستہ کی مسلسل موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے۔



شکل ۴۸۔ اثنا عشری قرحہ (duodenal ulcer) کی ایک اصابت جس سے یہ امور ظاہر ہوتے ہیں:۔ نہایت ترشئی سکونی رس غذا کے بعد بسرعت بلند ہو جانے والا منحنی اور معدے کا جلد خالی ہونا۔ بالآخر ترشگی کا گر کر کم ہو جانا ایک حد تک رس باز روی کے باعث ہوتا ہے جو اثنا عشری سے واقع ہوتی ہے۔

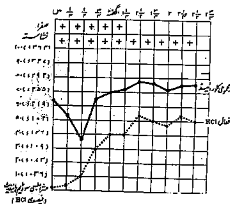
جوں جوں معدی رس کا افراز زیادہ ہوتا جاتا ہے، HCl کا ارتکاز بھی بڑھتا جاتا ہے۔ متلف عدم دمویت (pernicious anaemia) کی حالت میں امتحانی غذا (شکل ۴۷ میں بتلائی گئی ہے۔ اس میں آزاد HCl اور مجموعی کلورائڈ کی کمی مزمن التہاب معدہ (جس کا بیان ملاحظہ ہو) کے باعث ہوتی ہے۔ معدی سرطانی سلعہ (جو ملاحظہ ہو) کی بعض اصابتوں میں بھی ایسا ہی نتیجہ حاصل ہوتا ہے، کیونکہ اس صورت میں بھی مزمن معدی التہاب موجود ہو سکتا ہے۔

خون کے لئے کاشفات۔

جب قئے، یا معدی ماقیہ میں خون کا اظہار شوخ سرخ رنگ کے خون یا ذرد قہوہ کی حیثیت سے نہ ہو، تو ایسی صورت میں بھی وہ اتنی کافی مقدار میں موجود ہو سکتا ہے کہ کیمیائی کاشفات سے شناخت ہو جائے۔ لیکن اس سے بھی زیادہ یہ اہم ہے کہ براز کے اندر مخفی خون کے لئے امتحان کیا جائے، کیونکہ معدی ماقیہ میں خون کا ایک نشان

کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔

گوایاکم کے ذریعہ امتحان (Guaiacum test)۔ برازکو گلیشل ایسیٹک ایسڈ اور پانی کی مساوی مقدار میں ملاکر ایتھر کے ساتھ ہلایا جائے۔ ایک امتحانی نلی کے اندر اس ایتھری خلاصہ میں ٹنچر آف گوایاکم کے ایک یا دو قطرے اور پھر اوزونک الکحل (ozonic alcohol) (یعنے الکحل کے اندر ہائیڈروجن پرآکسائیڈ) کے ۲ سی۔سی۔ آمیز کر دئے جاتے ہیں



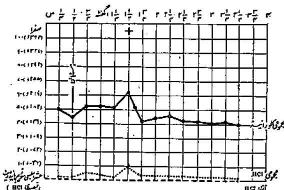
شکل ۴۴۔ مزمن بوابی قرحہ کے باعث بوابی تسدد کی حالت جو معدے میں غذا کا رکود (stasis) ظاہر کرتی ہے، نیز یہ کہ ہائیڈروکلورک ایسڈ اور مجموعی کلورین کے منحنی بڑھ کر ایک مستقر لیول تک پہنچ گئے ہیں۔ (18)۔

جس سے ایک شوخ نیلا رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ مخفی نزف کا ثبوت اسی وقت سمجھا جا سکتا ہے جب کہ مریض نے کم از کم اڑتالیس گھنٹے پیشتر سے کلوروفل (سبزی) اور خون شامل رکھنے والی غذاؤں یعنی گوشت اور سبز ترکاریوں سے پرہیز کیا ہو۔

331

تصدیقی کاشف کے طور پر یہ بھی مناسب ہے کہ اتھری خلاصہ کا امتحان ایک طیف نما کے ذریعہ آیسڈ ہیماٹن (acid hæmatin) کی موجودگی کے لئے کیا جائے۔ ازاں بعد اتھری خلاصہ ۳۰ فی صدی HCl کے ساتھ ملا لیا جاتا ہے' اور آبی خلاصہ کا طیف نمائی امتحان آیسڈ ہیماٹوپورفائرین (acid hæmatoporphyrin) کے لئے کیا جاتا ہے۔ اِس شئے کی موجودگی کے یہ معنی ہیں کہ خون جسم کے اندر متغیر ہو گیا ہے اور

332



شکل ۷۴۔ متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) کی حالت جو آزاد HCl کی غیر موجودگی' ترشگی کی کمی (اور غالباً فاعلی HCl کی کمی) اور مجموعی کلورین کی کمی ظاہر کرتی ہے (31) -

یہ کہ وہ غذائی قنال میں بہت اوپر سے' یعنے معدے' چھوٹی آنت' یا قولون کے بالائی حصے سے آیا ہے (Ryffel) -

خم پذیر معدہ بین (flexible gastroscope) تشخیص کے لئے حال ہی میں رائج ہوئی ہے (93) -

سوءہضم اور فعلی اختلالات

(DYSPEPSIA AND FUNCTIONAL DISORDERS)

سوءہضم کی اصطلاح کا مفہوم یہ ہے کہ بالائی غذائی خط کے اُن افعال میں خلل واقع ہو گیا ہے جن کا طبعی تعلق نگلی ہوئی غذا کی تیاری سے اور غذا کے چھوٹی آنت میں بغرض انجذاب منتقل ہونے سے ہے۔ یہ فعلی اختلالات مختلف علامات پیدا کر دیتے ہیں، جن میں غذا سے پہلے یا بعد درد یا تکلیف کا ہونا سب سے زیادہ نمایاں ہے اور چونکہ یہ علامات اور ان کو پیدا کرنے والے فعلی اختلالات ہمیشہ لازم ملزوم ہوتے ہیں، مثلاً ہزال نخاع کے معدی بحرانات کے ساتھ معدے کی غیر معمولی حرکت ضرور پائی جاتی ہے، لہٰذا سوءہضم کی اصطلاح کا استعمال محض ان علامات کو بیان کرنے کیلئے بھی کیا جا سکتا ہے۔ بلاشبہ معدہ ہی وہ عضو ہے جو نہایت عام طور پر ماؤف ہوتا ہے، لیکن جیسا کہ بعد میں بتلایا جائے گا، اس سلسلۂ علامات کے پیدا کرنے میں مری اور اثنا عشری بھی حصہ لے سکتے ہیں۔ "بدہضمی" ("indigestion") کی اصطلاح اکثر اس سے زیادہ وسیع معنوں میں استعمال کی جاتی ہے، یعنے سوءہضم، یا چھوٹی آنت میں قلت جذب ظاہر کرنے کے لئے، یا ان دونوں کے اجتماع کو ظاہر کرنے کے لئے جس سے "غیر ہضم شدہ براز" ("undigested stools") کی اصطلاح نکلی ہے۔ معدے کے دوسرے فعلی اختلال جن پر اس باب میں بحث کی گئی ہے، اگرچہ بعض اوقات سوءہضم کے ساتھ بھی موجود ہوتے ہیں، لیکن وہ اکثر بالکل الگ واقع ہوتے ہیں۔

سوءہضم حاد

(acute dyspepsia)

حاد سوءہضم، ناکافی طور پر چبائی ہوئی غذا، یا خاص طور پر خراش آور تغیّت کی غذا، یا حد سے زائد مقدار میں غذا کے لینے سے پیدا ہو سکتا ہے۔ کامل صحت کی حالت میں ہر شخص یہ غلطی کر سکتا ہے کہ وہ غذا کی اُس سے زیادہ مقدار کھائے کہ جتنی

اُس کا معدہ برداشت کرسکتا ہو۔ یا غذا کی معمولی مقدار کے ساتھ کوئی ایسی چیز (جیسی کہ برف یا قہوہ یا الکحلی مشروب زیادہ مقدار میں) کھالے کہ جو ہضم کے عمل میں سستی پیدا کردے اور داخل شدہ سب مقدار چند گھنٹوں تک معدے ہی میں پڑی رہے۔ یا غیر متوقع طور پر ہضم نہ ہوسکنا ممکن ہے کہ ما سبق عام خستگی کی وجہ سے ہو جس نے معدہ کو بھی متاثر کردیا ہو۔ مثلاً بلا ناشتہ کے کئی گھنٹہ تک چلنے یا بلندی پر چڑھنے کی شدید ورزش کے بعد ممکن ہے کہ معدہ ایک معتدل غذا بالکل ہضم نہ کرسکے۔

علامات۔ غذا لینے کے فوراً بعد یا چند ہی گھنٹوں کے بعد معدی خطے میں تمدد اور بے آرامی کا احساس ہونے لگتا ہے یا حقیقی درد ہوتا ہے۔ اگر وہ کھانا کہ جس سے شکایت پیدا ہوئی ہے رات کے وقت بہت دیر کرکے لیا گیا ہے، تو ممکن ہے کہ تھوڑی بے آرامی کے بعد مریض کو نیند آجائے، لیکن چند گھنٹوں کے بعد وہ معدے کی تکلیف سے جاگ اٹھتا ہے، اُس کی زبان خشک ہوتی ہے اور شاید اُس کے سر میں درد ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ کئی گھنٹوں تک جاگتا ہوا پڑا رہے۔ بعض اوقات قلب کے متزاد انکماشات کی وجہ سے پیش قلبی خطے میں ایک تیز پھڑپھڑاہٹ محسوس ہوتی ہے یا منفرد متزاد انکماشات نسبتہً طویل توقفوں سے محسوس ہوتے ہیں۔ صبح کے وقت غذا کی رغبت نہیں ہوتی، زبان خشک اور فرواز اور جلد چپچپی ہوتی ہے۔ لیکن چند گھنٹوں کے عرصہ میں یہ علامات رفع ہوجاتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں قئے ہوکر شکایت نسبتہً جلد جاتی رہتی ہے، اور عموماً معدہ اپنے سارے مافیہ سے خالی ہوجاتا ہے، جو اگر ہضم ہوئے بھی تو ناکمل طور پر ہوتے ہیں اور اُن میں معدی مخاطلی ہوائی ہوتی ہے۔ اِس سے درد میں اکثر فی الفور تخفیف ہوجاتی ہے۔ دوسرے موقعوں پر قئے مکرر ہوتی ہے، اور صفرا جو اثنا عشر سے معدے کے اندر بذریعہ بازروی آگیا ہے، بعد کی قیئوں کے ساتھ نکل جاتا ہے۔ بعض اوقات بعد کے بارہ گھنٹوں کے عرصہ میں آنتوں کے اندر غیر ہضم شدہ یا خراش آور مادہ آجانے کی وجہ سے، اُن کا فعل تیزی کے ساتھ ہوکر اجابتیں ہوجاتی ہیں۔

علاج۔ جہاں درد شدید ہو اور اُس کا سبب ظاہر ہو، ایک قئے آور دوا مثلاً سال وولیٹائل (sal volatile) یا عرق الذہب (ipecacuanah) سے فوری آرام حاصل ہوسکتا ہے۔ اگر یہ اپنے عمل میں قاصر رہے تو معدے کے مافیہ ایک نلی کے ذریعے

خارج کئے جاسکتے ہیں۔ نسبتہً خفیف تراصابتوں میں اسیقدر کافی ہوتا ہے کہ نہایت تھوڑا سا برف پیاس بجھانے کے لئے دے دیں، اور معدے میں اور کوئی چیز صرف اس وقت داخل کریں جب کہ یہ تکلیف دہ علامات رفع ہو جائیں۔

مزمن سوء ہضم

(chronic dyspepsia)

اوپر جو بحث کی گئی ہے وہ یہ ظاہر کرنے کے لئے کافی ہے کہ مزمن سوء ہضم کوئی مرض نہیں بلکہ ایک سلسلۂ علامات ہے، جو بالائی غذائی خطّے کے فعل کے اختلال سے پیدا ہو جاتا ہے۔

امراضیات۔ اِس مسئلہ پر غور کرتے وقت دو سوالات کو الگ الگ رکھنا چاہیئے: (۱) وہ کونسا عضو ہے، جس کے افعال کا اختلال سوء ہضم کا باعث ہوتا ہے، اور کس طرح یہ اختلال علامات پیدا کر دیتا ہے؟ (۲) وہ کونسا ضرر ہے جو اس اختلال پیدا کرتا ہے؟

موجودہ زمانہ میں یہ دریافت کرنا کہ علامات کس عضو میں پیدا ہو رہے ہیں ایک نسبتہً آسان امر ہے۔ درد کی علامت کے متعلق نہایت کامل طور پر تحقیقات ہو چکی ہے (7)۔ جب وہ شراسیف میں خوب اوپر قص خنجری کے قریب یا عظم القص کے پیچھے محسوس ہو تو وہ مری سے پیدا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صحفہ ۱/ب اور صفحہ 325)۔ تحت القصی مریوی درد کی تفریق درد قلب سے اس طرح کی جاسکتی ہے کہ مریض سے نگلنے کی حرکت کرائی جائے۔ پیدا شدہ حرکت دودی کی موج جو ۱ انچ فی سیکنڈ کی شرح سے مری میں نیچے کی طرف پھیلتی ہے مریوی درد میں ایک لمحہ کے لئے تخفیف پیدا کر دیتی ہے، لیکن اگر یہ درد بہت خفیف ہے تو ممکن ہے کہ یہ موج اس میں شدت پیدا کر دے۔ نگلنے کا فعل درد قلب میں کوئی فرق نہیں پیدا کرتا، لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ درد کی یہ دونوں قسمیں بہت عام طور پر لازم ملزوم ہوتی ہیں۔ معدہ کا درد شراسیف پر محسوس ہوتا ہے، اور یہ غالباً مری کے درد کے نسبت ذرا نیچے، اور بعض اوقات بائیں ضلعی حاشیہ کے برابر برابر، اور نہایت عام طور پر ناف کے گرداگرد ہوتا ہے۔ اثنا عشری کا درد

تقریباً اسی لیول پر لیکن خطِ درمیانی سے ذرا دائیں طرف کو محسوس ہوتا ہے بمعا ءِ صائم (jejunum) کا درد غالباً ناف سے نیچے محسوس ہوتا ہے۔

حشائی درد (visceral pain) تجربتہً اس طرح پیدا کیا جا سکتا ہے کہ ایک حشاء کے اندر رکھی ہوئی ہوا کی تھیلی میں پھونک کر ہوا بھر دی جائے۔ یہ درد حشائی دیوار میں کی الی عصبی منتہاؤں کے کھنچ کر تن جانے کی وجہ سے ہوتا ہے (22'21)۔ مری ایک ایسا عضو ہے جس کی تحقیقات نہایت کامل طور پر کی گئی ہے۔ مری کے اندر مذکورہ بالا جسمِ غریب کی موجودگی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دودی الحرکت موجوں کا ایک سلسلہ اس کے نیچے تک گذر جاتا ہے۔ ہر بار جب کہ ایک موج تھیلی پہ پہنچ کر اسے پچکا دیتی ہے، درد کم یا غائب ہو جاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عضلہ منقبض ہو کر تھیلی کے قطر کو کم کر دیتا اور عصبی ساختوں پر پڑے ہوئے بار کو دور کر دیتا ہے، قطع نظر اس کے کہ اس انقباض سے ایک بلند "انکماشی" دباؤ پیدا ہو جاتا ہے۔ موج کے گذر جانے کے ساتھ ہی درد پھر ہونے لگتا ہے، کیونکہ دورانِ "انبساط" ("diastole") میں دیوار پھر تن کر کھنچ جاتی ہے۔ ایسی صورت میں درد غیر مسلسل یا "مروڑ" کا سا ہوتا ہے۔ ایک سادہ عضلہ کے تناؤ کی تعریف یہ کی گئی ہے کہ یہ اس کا وہ تناؤ ہے جو کہ دورانِ انبساط میں ہوتا ہے، اور وہ درد جو تجربتہً پیدا کیا جاتا ہے اس تناؤ کے بڑھ جانے کے ساتھ وابستہ ہے۔ اگر ایک نہ پچکنے والی آبی تھیلی استعمال کی جائے تو درد مسلسل اور نہایت شدید ہو جاتا ہے کیونکہ حرکتِ دودی کی موج اپنے ممر میں رک جاتی ہے۔ یہ درد ایک حد تک تو مسلسل کھنچاؤ کے باعث ہوتا ہے، لیکن اس منطقہ کے اندر کی عصبی ساختوں پر بار کی وجہ سے بھی ہوتا ہے، جو کہ تھیلی سے اوپر انکماشی طور پر منقبض عضلہ کے، اور اس سے نیچے کے اس عضلہ کے درمیان ہے جو کہ ہم ابعادی طور پر منقبض اور اسی لئے اب تک تھیلی سے تنا ہوا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ درد ہر حرکتِ دودی کے ساتھ بد سے بدتر ہو جاتا ہے۔ یہ تجربہ اس درد ناک تشنج کا قائم مقام ہے جو قنات کے اندر سنگہائے صفرا یا سنگ گردہ کی موجودگی کے ساتھ وابستہ ہے۔ کھوکھلے احشاء میں بڑا ہو جانے کی یعنی (شیرنگٹن کی اصطلاح میں) اپنی "وضع" یا "کیفیت" ("posture") بدلنے کی بڑی طاقت ہوتی ہے اور اگر کوئی جسمِ غریب ایسا ہو کہ وہ ابتداءً علامات پیدا کر دے، تو اس کا یہ علامات

پیدا کرنا اُس وقت موقوف ہوجاتا ہے جب کہ عضو اپنے ریشوں کی تطویل یا جدید ترتیب کے ذریعہ اتنا کافی بڑا ہوجائے کہ وہ بدون کھینچے ہوئے اُس جسم غریب کو اپنے اندر گرفت کر سکے۔ لیکن یہ عمل صرف کسیقدر تدریجاً ہی واقع ہو سکتا ہے۔ اسیواسطے کسی ریشے کی وضعی تطویل میں اور اُس کے اس کھنچاؤ میں فرق کرنا چاہئے جو کہ درد پیدا کرتا ہے۔ خراشِ مقابل کا طریق عمل بالخصوص یہ ہے کہ وہ کینڈے کی زیادتی معکوس طور پر پیدا کرتی ہے۔

ڈوبنے یا خلو کا احساس معدے میں پیدا ہوتا ہے۔ سینہ میں گرہ یا ہوا کے گولے کا احساس مری میں پیدا ہوتا ہے۔ اور متلی کا احساس جو حلق کی پشت اور اُس کے زیریں حصے میں محسوس ہوتا ہے' مری کے بالائی حصے کے معکوس اختلالات کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ یہ احساسات نوعی منتہائی اعضا کی وجہ سے ہوتے ہیں جو اس سے پست تر درجہ کے تناؤ کا ردِ عمل ظاہر کرتے ہیں جتنے درجہ کا المی عصبی منتہا میں ظاہر کرتی ہیں۔ لیکن جیسے جیسے تناؤ بڑھتا جاتا ہے' ان احساسات پر درد کا احساس غالب آجاتا اور ان کی جگہ لے لیتا ہے' جیسا کہ جسم میں دوسری جگہ بھی واقع ہوا کرتا ہے۔ پری کا احساس دیوارِ شکم کی توسیع کے باعث ہو سکتا ہے۔ 334

پانی کی ایک چھوٹی تھیلی کے ذریعہ سے عمل میں لائے ہوئے مشاہدات سے جو کہ مریضوں پر دورانِ احساسِ درد میں کئے گئے' ایک سلسلۂ انقباضات کی موجودگی ظاہر ہوئی۔ یہ انقباضات مری' معدے' اثنا عشری یا صائم میں دیکھے گئے۔ مزید برآں حشا' کے اندر کا انبساطی دباؤ بھی بڑھا ہوا تھا' اگرچہ اس زیادتی کی مقدار مختلف مریضوں میں مختلف تھی۔ انقباضات کا رجحان درد کو کم کر دینے کا تھا' اور یہ درد ایک مریض میں بعد کے عضلی ارتخاء کے دوران میں محسوس ہوا جب کہ حشاء کے بڑھے ہوئے انبساطی دباؤ کی وجہ سے آلی منتہاؤں کا کھنچاؤ واقع ہوگیا۔ گویا مصنوعی طور پر پیدا کئے ہوئے درد' اور قدرتی طور پر پیدا ہونے والے درد کے درمیان بہت بڑی مشابہت پائی گئی۔ مزید برآں مختلف احشاء کے درمیان نہایت قریبی تعلق مشاہدے میں آیا۔ معدے کو ہوا سے پھلانے سے مری میں بھی اوپر سے نیچے کے رُخ دودی الحرکت موجیں پیدا ہوگئیں (معدی مریوی منعکسہ بازروی معکوسہ)۔ ایک مریض میں جسے آلام الجوع تھے' معدے کے

انقباضات کے تقریباً ایک ثانیہ کے بعد اثناعشری میں بھی ویسی ہی موجیں پیدا ہوگئیں۔

سوءِ ہضم کا درد، دیوار کی عضلی الیافی نہایاؤں کے کھنچاؤ کے باعث ہوتا ہے، جس کی تطبیق دوسرے مشاہدات سے ہوتی ہے کہ سوءِ ہضم اکثر معدے کو خالی کرنے کی ناکام کوششوں کا نتیجہ ہوتا ہے (24)۔ یہ بالکل ممکن ہے کہ بعض حالتوں میں تکان کے باعث عضلہ غیر معمولی طور پر تمدد پذیر ہو جائے، اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ الیافی نہایاؤں کا کھنچاؤ نسبتہً پست تر انبساطی دباؤ کے تحت واقع ہو جائے۔ لیکن جہاں دباؤ زیادہ ہو وہاں عضلاتِ عاصرہ کی ہمزماں مسدودی بھی واقع ہونی چاہیئے، ورنہ مافیہ خارج ہو جائیں گے، اور یہ بہت ممکن ہے کہ سوءِ ہضم کے علامئیہ کا اولی انحصار ذیل کی دو علامات میں سے ایک پر ہو:۔ عضلی دیوار کی غیر معمولی تمدد پذیری۔ یا عضلاتِ عاصرہ کی مسدودی یا تمایدان کا عدم استرخا۔ ممکن ہے کہ عضلاتِ عاصرہ کے علاوہ دوسرے مقامات، مثلاً مری یا اثنا عشری میں، یا معدے کے انحنائے کبیر پر محدود المقام انقباضات (تشنجات) پیدا ہو جائیں۔ معدے میں کا درد عموماً دو قسم کا ہوتا ہے۔ وہ غذا کے تھوڑی دیر بعد ہو سکتا ہے، یا چند گھنٹوں کے بعد اس وقت ہوتا ہے جب کہ معدہ غذا سے خالی ہوتا ہے، یعنی نام نہاد الم الجوع۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ ان قسموں کے درد کے ساتھ دو اہم عاملات پائے جاتے ہیں، جو دونوں کے دونوں دیوار کا کھنچاؤ پیدا کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ وہ یہ ہیں:۔ (۱) بلع الہوا جو بالکل بلا ارادہ ہو سکتا ہے، اور (۲) معدی غشائے مخاطی سے دیر تک افراز ہوتا۔ فی الحقیقت یہ عاملات تعویضی سمجھے گئے ہیں، کیونکہ بلع الہوا دباؤ کو زیادہ کر دیتا اور اس طرح معدے کے خالی ہونے میں ممد ہوتا ہے، اور افراز کا دیر تک ہوتے رہنا کسی مضرت رساں شئے کے لئے ایک مرقق (diluent) کی طرح عمل کرتا ہے، اسی طرح جس طرح دہن میں ہونے والی خراش ریقی افراز کثرت پیدا کر دیتی ہے (24)۔

اب تک ہم نے ہائڈروکلورک ایسڈ کے متعلق کوئی غور نہیں کیا کہ آیا یہ بھی درد کے پیدا کرنے میں کوئی حصہ لے سکتا ہے یا نہیں۔ ۵ء۰ فی صدی HCl کے ۲۰۰ سی سی معدی نلی کے ذریعہ دینے پر معدی قرحہ کی مجیبت ۲۵ مریضوں میں درد کی صورت میں اور ۲۳ مریضوں میں بلا درد کے ہوئی۔ اثنا عشری قرحہ کے لئے ایسے اعداد ۱۳ اور

ہو تے تھے۔ مزید برآں ان اصابتوں میں بھی درد ہوا کہ جن میں ضرر معدہ سے بہت دور تھا (17)، لیکن ان اصابتوں میں التہاب المعدہ کو خارج از بحث نہیں کیا جاسکتا تھا۔ ترشہ سے جو درد پیدا ہوتا ہے، وہ شاید معدہ کا تناؤ بڑھ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ ق
سوءِ ہضم کی متلی یا بیری کا احساس یا درد ممکن ہے کہ معکوس طور پر قئے یا ابکائیاں پیدا کردے، جو غذائی خطے کے بالائی حصے کے لئے اپنے ما فیہ خارج کرنے کا سریع ترین اور محفوظ ترین طریقہ ہے۔ یہ ڈھانچے کے مختلف عضلات کے قوی انقباضات کی وجہ سے ہوتا ہے، جن سے معدے کے ما فیہ مری کی راہ سے اور دہن میں سے ہو کر بزور خارج ہو جاتے ہیں۔ بالغوں میں قئے عموماً ایک نہایت دردناک فعل ہوتا ہے۔ لیکن یہ درد غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ معدے کے ما فیہ ایک مسدود فواد میں سے بزور خارج کئے جاتے ہیں۔ قئے بجائے خود بلا درد ہوتی ہے، جیسا کہ خود راقم الحروف نے ایک بار اس وقت مشاہدہ کیا جب کہ اس نے ایک سخت قاثاطیر کے سرے پر چڑھی ہوئی تھیلی کو خود اپنی مری کے نیچے دھکیلنے کی کوشش کی۔ اس کے سوا کچھ نہیں ہوا کہ وہ شکمی انقباضات سے باہر نکل آئی۔ نہایت چھوٹے بچوں کی قئے اور ہسٹریائی قئے بلا درد ہوتی ہے، اور اکثر یہی صورت حالات اس وقت بھی ہوتی ہے جب کہ قئے دروں جمجمی مرض کی وجہ سے ہو۔ اثنائے عشری کے زیریں حصے کا تہیج قئے کی حرکات پیدا کر دیتا ہے۔ عضلاتِ شکم منقبض ہوتے ہیں اور معدہ بے حرکت رہتا ہے (11)۔ 335

(۲) مزمن سوءِ ھضم پیدا کردینے والے ضررات:۔

(الف) خود معدہ ہی اولی سبب ہو سکتا ہے، یا تو اپنے عضلہ کی تنش کی کمی کے نتیجہ کے طور پر (اس حالت میں معدہ اکثر لٹک پڑتا ہے۔ ملاحظہ ہو صفحہ 339)، یا جلی عضوی مرض، جیسے کہ معدی قرحہ اور سرطان، اور بوابی تضیق، یا مزمن التہاب معدہ کے نتیجہ کے طور پر۔

(ب) سوءِ ہضم معکوس طور پر ان ضررات سے پیدا ہو سکتا ہے:۔ عضوی ضررت جو کہ فاصلہ پر واقع ہوں، نیز اثنا عشری قرحہ، مزمن التہاب زائدہ سنگیاء صفرا، اور مرارہ کے دوسرے ضررات، مزمن التہاب لبلبہ، ضررات گردہ، بالخصوص

حرکت پذیر گردہ اور سنگ گردہ۔ وہ قبض کے بعد ثانوی طور پر بھی ہو سکتا ہے۔ ہُزال نخاع کے معدی بحرانات میں اولی ضرر پچھلی عصبی جڑوں میں ہوتا ہے۔ ذُبحۂ صدریہ (augina pectoris) ایک ثانوی سوء ہضم پیدا کر سکتا ہے (بالخصوص سوزشِ سینہ)۔ یہ امر کہ ان مثالوں میں سوء ہضم کی پیدائش معکوس طور پر ہوئی ہے، مشاہداتِ ذیل سے ظاہر ہوتا ہے۔ مزمن التہابِ زائدہ میں زائدے کے رقبہ پر دست ورزی کرنے سے معدے کے انحنائے کبیر کا ایک محدود المقام تشنج پیدا ہو گیا۔ ایسا ہی تشنج عملیہ کے وقت ایک اثنا عشری ترحہ کی بار یطونی سطح کی برقی تہیج سے پیدا ہو گیا (11)۔ سنگہائے صفراء سے یرقان کے ایک مریض میں شراسیفی درد معدی حرکات کے ساتھ وابستہ پایا گیا۔ ایک مزمن طور پر ملتہب زائدہ کی دست ورزی کرنے پر معکوس تحت القصی درد دیکھا گیا (25)۔

(ج) سوء ہضم نسبتہً زیادہ عام عوامل کے باعث بھی ہو سکتا ہے:۔ حمل، پروٹین غریبہ کے لئے حساسیت (ملاحظہ ہو صفحہ 138)، دماغی تشویش، حد سے زائد محنت، اور دوسرے مُضعف اثرات، جیسے کہ طویل علالت، بخار، عدم دمویت، مرض برائٹ، جو کہ معدے کی دیوار کی زیر تغذیہ گی پیدا کر کے یا اس کے افراز میں مداخلت کر کے عمل کرتے ہیں۔ قلیل شکر دمویت، درد کے ساتھ بھوک کا احساس پیدا کر سکتی ہے۔ یہ امر کہ بعض اشخاص بلا کسی ظاہری سبب کے ساری عمر سوء ہضم میں مبتلا رہ سکتے ہیں، گذشتہ زمانوں میں اس خیال کا موجب ہوا کہ ایک سوء ہضم "بلا سبب" (dyspepsia "sine materia") بھی ہوتا ہے۔ لیکن ان مریضوں میں اگر غور کے ساتھ امتحان کیا جائے تو اغلب ہے کہ قطع نظر نمایاں عضوی مرض کے، کوئی نہ کوئی ضرر ضرور پایا جائے گا، خواہ یہ دیوار معدہ کی اس کمزوری کی شکل میں ہو جسے بے تنشی سوء ہضم (atonic dyspepsia) کا نام دیا گیا ہے، یا غشائے مخاطی میں نزفی تاکلات کی صورت میں ہو (24)۔ موجودہ راقم الحروف مزمن سوء ہضم میں خفیف نزف کی کثیر الوقوع موجودگی سے بہت متاثر ہوا ہے۔ راقم الحروف کے مریضوں کی غالب تعداد معدے اور اثنا عشری کے لاشعاعی مناظر میں کوئی صریح غیر طبعی حالت نہیں ظاہر کرتی، لیکن اجابتوں میں مخفی خون موجود ہوتا ہے اور وہ بھیا تو پورفرین کا طیف ظاہر کرتی ہیں۔ اور یہ ا ب

مزمن التہاب معدہ کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ ترشئی سوء ہضم (acid dyspepsia) کی اصطلاح ایک ہی مختلف الوقوع علامت یعنے کھٹی ڈکاروں کے طرف اشارہ کرتی ہے جن کے ساتھ معدی افراز میں کثرت حمض الملح کبھی ہوتی ہے کبھی نہیں ہوتی۔ عصبی سوء ہضم (nervous dyspepsia) کی اصطلاح عضوی عصبی مرض یا اختلالی دماغی حالتوں کا سوء ہضم بیان کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جیسے کہ عدم اشتہا اور متلی کے ہمراہ شراسیف کے مقام پر محسوس ہونے والی بے چینی اور ڈوبنے کا احساس جو کہ بعض نفسی عصبانی حالتوں کا ممیز خاصہ ہیں۔

عصبی عدم اشتہا (anorexia nervosa) - دماغی ماخذ کے اس مرض میں جس کا ذکر گل (Gull) نے کیا ہے، مریضہ (جو کہ عموماً ایک نوجوان عورت ہوتی ہے) غذا لینے سے انکار کر دیتی ہے یا بہت کم غذا لیتی ہے اور لاغر ہو جاتی ہے۔ وہ بیان کرتی ہے کہ وہ بیمار نہیں ہے بلکہ ممکن ہے کہ وہ غیر معمولی چستی بھی ظاہر کرے۔ مرض کی ابتدا بہت سی مثالوں میں اس طرح ہوتی ہے کہ مریضہ اپنا جسم چھریرا رکھنے کی کوشش کرتی ہے۔ وہ اپنا وزن حد سے زیادہ گھٹا دیتی ہے، یہاں تک کہ خاندان والے فکر کرنے لگتے ہیں بلکہ اس کا پیچھا لیتے ہیں اور سرزنش کرنے لگتے ہیں، لیکن اس کا نتیجہ اکثر یہی ہوتا ہے کہ وہ اور بھی زیادہ مستعدی کا اظہار کرتی ہے۔ ممکن ہے کہ تغذیہ کی کمی سے تمدن کی نوبت پہنچ جائے۔ علاج سختی کے ساتھ کرنا چاہیے، اور اس مقصد کے لئے بستر میں آرام و سکون اور ایک مجوزہ غذا دینی چاہیے، اور ایک خاص ممرضہ ہونی چاہیے تاکہ یہ یقین ہو کہ وہ غذا درحقیقت لی گئی ہے۔ سرکش یا ضدی مریضاؤں میں ممکن ہے کہ ناک کی راہ سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔

سوء ہضم کی علامات، سبب مرض کے دفع کر دینے کے بعد ممکن ہے کہ کچھ عرصہ تک باقی رہیں۔ اس کی مثال ایک تجربہ سے ملتی ہے، جس میں مری کو ایک تھیلی سے پھلایا گیا تاکہ درد پیدا کیا جائے۔ عظم القص پر کی جلد الیم تھی اور پشت میں درد تھا۔ تجربہ ختم ہونے کے بعد یہ دونوں علامتیں چند گھنٹوں تک قائم رہیں، اور دوسرے دن معمولی سوء ہضم کا ایک شدید حملہ ہو گیا۔ غالباً مری کے عضلی ریشے خفیف طور پر متفرز ہو گئے تھے اور ان سے معکوس معدی اختلالات پیدا ہو گئے۔ 336

علامات۔ یہ مختلف مریضوں میں مختلف ہوتے ہیں۔

درد۔ سوءِ ہضم کا اظہار اکثر اوقات شراسیفی خطے میں درد سے ہوتا ہے، جو غذا لینے کے بعد شروع ہو جاتا ہے، اور کچھ عرصہ تک جاری رہ کر بتدریج موقوف ہو جاتا ہے۔ یہ درد عموماً ناف کے گرد، اور بالخصوص اس سے ذرا اوپر، یا قص خنجری کے لیول پر یا بائیں ضلعی حاشیہ کے برابر برابر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عظم القص کے پیچھے محسوس ہو۔ اس درد کو وجع القلب (cardialgia) یا سوزش سینہ (heartburn) کہتے ہیں۔ اکثر یہ "پشت کے آر پار" جا کر شانوں کے درمیان محسوس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ معدی درد سر میں محول ہو کر درد آبرو پیدا کر دیں۔ دوسری اصابتوں میں درد اس وقت شروع ہوتا ہے جب کہ معدہ خالی ہو، اور ادخالِ غذا سے اس میں آرام ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد کے بجائے صرف ایک تکلیف، ضیق، یا پُری کا احساس یا جی ڈوبنے کا احساس ہو۔ ممکن ہے کہ شدید درد کے ساتھ یا اس کے بعد اوپر کی جلد پر اوپری الیمیت موجود ہو یا شکم کو دبانے پر عمیق الیمیت پائی جائے۔

ریحیت۔ اس کا وقوع بدہضمی کی تمام قسموں میں عام ہوتا ہے۔ معدہ پھول جاتا ہے اور ساتھ ہی بالائی شکم میں تکلیف ہوتی ہے اور ڈکار آنے سے درد میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ ریحیت کا سبب عموماً بلع الہوا سمجھا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 338)، لیکن بعض اوقات ریحیت جزءً اس CO_2 کی وجہ سے ہوتی ہے جو اثنا عشری کے قلوی مافیہ کے باز رو ہونے اور معدے میں ترشئی معدی مافیہ کے ساتھ اس کے مل جانے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس طرح معدے کے اندر کی گیس میں بعض اوقات ۔ ا فی صدی CO_2 پائی گئی ہے۔

متلی سوءِ ہضم کی ایک عام علامت ہوا کرتی ہے، اور قئے نسبتہً کم کثیر الوقوع علامت ہے، بہ استثنائے اُکلی سوءِ ہضم کے، جس میں وہ اکثر ہوا کرتی ہے۔ قئے کردہ مادہ یا تو کھائی ہوئی غذا پر مشتمل ہوتا ہے یا صرف مخاط پر۔ متواتر قئے ہونے کی حالت میں ممکن ہے کہ صفرا اور خون کی چند دھاریاں خارج ہوں۔ حرقان القلب (pyrosis, or water brash) اس حالت کا نام ہے، جس میں مائع کی کچھ مقدار ڈکار کے ذریعہ سے منہ میں آ جاتی ہے۔ یہ مائع بعض اوقات تعدیلی تعامل والا یا قلوی ہوتا ہے، اور ایسی

حالت میں اسے عموماً بیشتر ریق پر مشتمل سمجھا جاتا ہے۔ لیکن یہ اکثر ترشئی ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ حلق میں اور عظم القص کے پیچھے جلن کا احساس ہوتا ہے۔ یہ ترشہ سے جلنے کی وجہ سے نہیں ہوتا' کیونکہ اس طاقت کا ترشہ مری میں کوئی احساس نہیں پیدا کرتا۔

عام علامات۔ زبان مختلف طرح کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات وہ فردار ہوتی ہے۔ یہ فر پتلی اور سپید' یا دبیز اور زرد یا بھوری ہو سکتی ہے۔ وہ فر جو اکثر پائی جاتی ہے رقیق غذا کی وجہ سے ہو سکتی ہے' جب کہ چبانے کا عمل نہ ہوا ہو' یا سیلان ریق کی کمی کی وجہ سے ہو سکتی ہے' جب کہ سطح کے چھلکے رگڑ کر جدا نہ ہوئے ہوں۔ اس کے ساتھ سانس بودا ہوتی ہے۔ قبض اکثر ہوا کرتا ہے' لیکن ممکن ہے کہ اس کی اثنا میں کبھی کبھی اسہال ہو جائے۔ بھوک تغیر پذیر ہوتی ہے' ممکن ہے کہ پیاس موجود ہو' بالخصوص قئے کی حالت میں سوء ہضم کے ساتھ اکثر جلدی ثورانات' احمرار گلابی کنی (rosacea) شری (urticaria) اور معمولی کنی پائے جاتے ہیں۔ بدن پر عام طور پر' یا زیادہ صحیح الفاظ میں عصبی نظام پر جو اثر ہوتا ہے' اس کا اظہار کسلمندی' محنت کے لئے بے رغبتی' چکر' تفکر کے موضوعی احساسات' غنودگی' چڑچڑے پن' اور دماغی پستی کی صورت میں ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں خفیف عدم دمویت یا پھیکاپن' کسیقدر نقصان تغذیہ اور مزمن اصابتوں میں چہرہ پر تکلیف یا تشویش کے مستقل آثار کا پایا جانا بھی غیر عام نہیں۔ لیکن دوسری مثالوں میں خرابی معدہ کی کوئی علامت دلالت نہیں پائی جاتی۔

تشخیص۔ سوء ہضم کے علامات' اور غذا یا بھوک کے ساتھ اُن کا وابستہ ہونا اس قدر مخصوص و ممیز ہے کہ تشخیص میں کوئی دقت پیش نہیں آتی۔ بایں ہمہ اس حالت کے سبب کی تشخیص کرنا ایک بالکل دوسری بات ہے' اور دیرینہ اصابتوں میں کامل عام سرسری امتحان کے علاوہ' غذائی خط کے لاشعاعی امتحان' مخفی خون کے لئے براز کے امتحان' امتحانی خوراک اور اثنا عشری کے مافیہ کے تجزیہ' ان سب سے قیمتی معلومات کا حاصل ہونا ممکن ہے۔ اُس وقت بھی جب کہ معدے کا کوئی بڑا امر مرض خارج از بحث کر دیا گیا ہو' مخفی خون کی موجودگی ممکن ہے غشائے مخاطی کے نزفی جزیرہ' دلالت کرے' جو ممکن ہے کہ مزمن معدی التہاب کی وجہ سے ہو۔

علاج۔ اگر کوئی مرض یا ناقص طرز زندگی سوء ہضم پیدا کر رہی ہو تو اس کا

تدارک کرنا ضروری ہے۔ خصوصاً فمی عفونت کے دفعیہ کے طرف متوجہ ہونا چاہئے۔ سوءِ ہضم کے حقیقی علاج کی جماعت بندی حسبِ ذیل طریقے پر کی جاسکتی ہے :—

337 (ا) غذا: تمام ایسی غذاؤں سے کہ جن کے اندر پھلوں کے بیجوں اور چھلکوں کی شکل میں غیر منہضم پذیر ثفل موجود ہوں پرہیز کرنا چاہئے' اور ٹھوس غذا کو نگلنے سے پہلے پوری طرح چبا لینا چاہئے' یا دانت نہ ہوں تو اس کا چورا کرکے کھانا چاہئے۔ تیز خوشبودار یا مسالے دار چٹنیوں' تلی ہوئی غذاؤں' کئی کئی اجزا والے کھانوں' گرم مسالوں' کھٹے پھلوں' اور کچی چیزوں' جیسے کہ مولیوں' سلاد (salad) وغیرہ کا استعمال ممنوع ہے۔ غذا سادہ ہونی چاہئے' لیکن جن چیزوں کی اجازت ہے ان کی نام بنام فہرست دینا ناممکن ہے۔ بہت کچھ خود مریض کے تجربہ پر منحصر ہوتا ہے۔ مندرجہ ذیل اصول یاد رکھنا چاہئے :۔ لحمی غذائیں معدے کی تہییج کرکے ایک اعلیٰ درجہ کا ترشئی رس پیدا کرتی ہیں جس کے ساتھ پیپسین بھی پیدا ہوتی ہے اور یہ غذائیں ایسے واسطہ کے اندر بہترین ہضم ہوتی ہیں۔ نشاستہ دار غذائیں ریق کے اینزیم (enzyme) سے ہضم ہوتی ہیں' جس کے لئے خفیف سے قلوی واسطہ کی ضرورت ہوتی ہے' لیکن شحوم ہائڈروکلورک ایسڈ کا افراز کم کر دیتی اور معدے کے خالی ہونے میں تاخیر واقع کر دیتی ہیں۔ لہٰذا معمولی حالات کے تحت اور بالخصوص اس وقت جب کہ معدی رس کسیقدر کم ہو گوشت کھانے کے شروع میں دینا چاہئے تاکہ معدی رس کی پیدائش کی تہییج ہو' اور کھانے کی تکمیل نشاستہ دار غذاؤں اور شحوم کے ذریعہ کرنی چاہئے جو سبزیوں' اناج (cereals)' یا پھلوں' اور ساتھ ہی مسکہ یا بالائی کی صورت میں ہوں۔ اس کے برعکس اگر معدی رس کا افراز نہایت افراط کے ساتھ ہو تو ابتداءً شحوم (½ اونس روغنِ زیتون یا روغن کے اندر سارڈین مچھلیاں مسکہ کے ساتھ دی جائیں) اور از اں بعد گوشت اور اناج وغیرہ دینے سے بہترین نتائج حاصل ہو سکتے ہیں۔ شحم کے ذریعہ افراز کو کم کرنیکا طریقہ غالباً بہتر ہے بہ نسبت اس کے کہ معدہ کے اندر ہائیڈروکلورک بن جانے کے بعد اس کی تعدیل دواؤں کے ذریعہ کی جائے۔ لحمی غذاؤں کے ساتھ چربی نہیں دینی چاہئے' اور ممکن ہے کہ لحم خنزیر میں زیادہ چربی کی موجودگی ہی اس کا سبب ہو کہ وہ ناقابلِ برداشت ہوتا ہے۔ مچھلی جس کی بہت سی قسموں میں چربی نہیں ہوتی' عموماً سب سے زیادہ قابل

برداشت ہوتی ہے۔

زیادہ شدید احالتوں میں معمولی جسامت کا کھانا لیا ہی نہیں جا سکتا، اور یقیناً صورت حالات ایسی ہوتی ہے کہ جب معدہ میں غذا تھوڑی مقدار میں ہو تو وہ اپنا فعل بہترین طور پر انجام دیتا ہے، اور جب معدہ بھرا ہوا یا بالکل خالی ہوتا ہے تو درد یا تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ اسی واسطے غذا ایک وقت میں تھوڑی مقدار میں اور متواتر وقفوں کے بعد دینا مناسب ہے۔ ہلکے سے ناشتے، اور دوپہر اور رات کے کھانوں کے علاوہ ان اوقات پر بھی تھوڑا کھا لینا چاہئے:۔ صبح کے وقت سو کر اٹھنے کے بعد، صبح کے درمیانی وقت میں، ۴ بجے شام کو، اور رات کو سونے سے پہلے۔

غذا کے مائع حصہ پر دو نقطوں سے نظر ڈالی جا سکتی ہے۔ اولاً سیال کا وہ حجم ہے جو غذا کے ٹھوس حصے کے ساتھ مل کر ہضم کے لئے انسب ارتکاز (optimum concentration) پیدا کر دیتا ہے۔ اس کو کھانے کے دوران میں یا کھانے کے فوراً بعد لے لینا چاہئے، اور یہ چوبیس گھنٹوں میں ایک پنٹ یعنے ڈیڑھ پاؤ تک لیا جا سکتا ہے۔ مزید سیال، جو مقدار میں ایک یا دو پنٹ ہوتا ہے، وہ ہے جو کہ جسم کے عام تحول میں ضروری ہوتا ہے۔ اسے کھانے سے پاؤ یا آدھ گھنٹے پہلے لینا چاہئے۔ جامدات اور مائعات کو ہمیشہ گرم کر لینا چاہئے۔ مناسب ترین سیالات پانی، ہلکی چائے یا کوکو ہیں، اور یقیناً دودھ بھی جو کہ ایک اہم غذا بھی ہے۔ الکحل نہیں لینی چاہئے۔

سوءہضم کے بعض مریض بہت لاغر ہو جاتے ہیں کیونکہ وہ ناگوار نتائج کے خوف سے غذا لینے سے انکار کر دیتے ہیں۔ ایسے مریضوں کے لئے بستر پر آرام کرنا ضروری ہے، اور انہیں اپنی قاعدی احتیاج (basal requirement) (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۷) سے زائد غذا لینے پر مجبور کرنا چاہئے یہاں تک کہ ان کا وزن پھر آ جاتا ہو جائے۔ ایک عمدہ تجویز یہ ہے کہ تغیر پذیر ناشتہ، اور دوپہر اور شب کا کھانا دیا جائے، اور غذا کی مقدار قاعدی احتیاج کے معادل ہو۔ علاوہ ازیں سو کر اٹھنے کے بعد، ۱۱ بجے صبح، ۴ بجے شام کو، اور شب میں آخری چیز کے طور پر ۳ پنٹ (ایک سیر دو چھٹانک) دودھ لے لیا جائے۔

ادویہ ۔ یہ صرف اسی وقت تجویز کی جائیں جب کہ غذا کی بہ احتیاط تنظیم

کر دیے گئے باوجود علامات کی شکایت ہو۔ ایک نہایت نفع بخش چیز CO_2 ہے، جو معدے کے اندر آزاد کرائی جا سکتی ہے اور جس کا فعل معدی انقباض کا امتناع کرنا یا ڈکاریں لانا ہے جن سے دروں معدی دباؤ کم ہو جاتا ہے۔ دو آمیزے تیار کئے جاتے ہیں:۔ (۱) سوڈا بائی کارب۔ گرین ۳۰، خیساندہ جنتیانہ مرکب تا بحد ایک اونس۔ (۲) سائٹرک ایسڈ، گرین ۳۰، آب کلوروفارم، تا بحد ایک اونس۔ ڈکاروں کا اعظم اثر حاصل کرنا ہو تو پہلے آمیزے کے بعد فوراً دوسرا آمیزہ استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر اس سے خفیف تر اثر پیدا کرنا ہو تو پہلے آمیزے کا ایک ڈی سپون فل لینے کے بعد دوسرے آمیزے کا ایک ڈی سپون فل لیا جائے اور اس کا تکرار کیا جائے یہاں تک کہ درد یا تکلیف کا ازالہ ہو جائے۔ سوڈا بائی کارب کے بجائے تیار شدہ کھڑ (prepared chalk) اور میگنیشیا کارب (mag. carb.) کے مساوی حصوں کا ایک ڈی سپون فل قدرے پانی کے اندر ملا کر اسی طرح استعمال کیا جا سکتا ہے۔ میگنیشیا کارب اُس قبض کو رفع کرنے میں مفید عمل کرے گا جو اکثر موجود ہوتا ہے۔ جب سوڈا بائی کارب تنہا دیا جاتا ہے تو درد رفع کرنے میں اس کا مفید اثر تقریباً یقینی طور پر اسی وجہ سے ہوتا ہے کہ معدے میں کے ترشہ سے CO_2 آزاد ہوتی ہے، نہ کہ سوڈا بائی کارب کی قلوی خاصیت کی وجہ سے۔ سائٹرک ایسڈ دینے کا یہ فائدہ ہے کہ وہ اس عمل کو اور بھی زیادہ یقینی کر دیتا ہے، اور دوران ہضم میں دفعتہً معدی رس کے ہائیڈروکلورک ایسڈ کی تعدیل کر دینا غالباً بہت سی حالتوں میں ایک خراب مزاولت ہے۔ اگر CO_2 کے اثر سے بالکل علیحدہ ایک قلی تجویز کرنا مقصود ہو تو میگنیشیم آکسائڈ استعمال کیا جا سکتا ہے۔ جہاں یہ شبہ ہو کہ غشائے مخاطی میں ضربات موجود ہیں، وہاں ان ضربات کو ایک پلستر سے ڈھانکنے اور اس طرح ان کی حفاظت کرنے کے مقصد سے بسمتھ (bismuth) یا کے اولین (kaolin) تجویز کر سکتے ہیں۔ لیکن انھیں خاصی بڑی مقدار میں، مثلاً ۲ تا ۴ ڈرام کی مقدار میں لعاب (mucilage) کے ساتھ پانی میں معلق کر کے دینا چاہیے۔ سوء ہضم کی بعض حالتوں میں مرقق ہائیڈروکلورک ایسڈ، ایک ڈرام تک کی مقداروں میں، پانی کے ساتھ خوب ہلکا کر کے کھانے کے ساتھ اور اس کے بعد لیا جائے تو بہت مفید ہوتا ہے، بالخصوص اُس وقت جب کہ معدی رس کا HCl پست ہو اور بہت ریکیت کے ساتھ چہرے کی تمتماہٹ موجود ہو، جیسے کہ گلابی کنی کی حالتوں میں۔

338

دوسری دوائیں جن کو کاسر ریاح کہتے ہیں' زمانہ دراز سے لی گئی ہیں اور اُن کی ذیلی اہمیت ہے۔ وہ یہ ہیں :۔ سال وولیٹائل (Sal volatile)' کچلہ کا صبغیہ (tr. nucis vomicæ) اسٹرکنین (strychnine)' عرق الذہب (ipecacuanha) نباتی مُرّیات (vegetable bitters) جیسے کہ کیالمبا کی جڑ (calumba root)' اور طیران پذیر روغنیات (volatile oils) جیسے کہ روغن پودینہ۔

طبیعی طریقے۔ شکم کے بالائی حصہ پر لگائی ہوئی حرارت ایک قوی ممدہضم ہے اور غالباً اپنا عمل خراش مقابل کی طرح' معکوس طور پر موثر حشائی حرکات پیدا کرکے کرتی ہے۔ حرارت کا استعمال کھانے کے بعد گیمگی ٹشو (Gamgee tissue) کو شکم کے گرد باندھ کر یا ایک چھوٹی نقل پذیر گرم پانی کی تھیلی یا برقی یا معمولی پولٹسوں یا پلستروں [جن میں اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistin)' یا تھرموجن وول (thermogene wool) شامل ہیں] کی وساطت سے کیا جاسکتا ہے۔ دوسرے طریقے جن کا اطلاق سقوط المعدہ (gastroptosis) کی حالت پر ہوتا ہے کہ جس میں افعال حرکی کی قلت ہوتی ہے' صفحہ 340 پر بیان کئے گئے ہیں۔ نہایت شدید حاد غیر علاج پذیر درد معدہ کی حالتوں میں معدے کے اندر ایک نلی گزرانی چاہئے تاکہ دباؤ کم ہوجائے۔ یہ مارفیا دینے کے نسبت زیادہ مناسب ہے' لیکن بعض اوقات مارفیا کا دینا ناگزیر ہوجاتا ہے۔

بلع الہوا

(ærophagy)

بلع الہوا یا کثرت ہوا نگلنے کی حالت ریحی سوءہضم کی ایک قسم پیدا کردیتی ہے۔ گذشتہ زمانہ میں معدے میں گیس کا اجتماع تخمیر کا نتیجہ سمجھا جاتا تھا۔ لیکن طبعی طور پر کسی معتد بہ حد تک نہیں واقع ہوتا' کیونکہ معدی اغذیہ بہت ترشئی ہوتے اور معدے میں بہت قلیل عرصہ تک ٹھہرتے ہیں۔ معدہ کا سرطانی سلعہ' جو بوابی تضیق (pyloric stenosis) پیدا کردیتا ہے' وہ خاص حالت ہے جس سے تخمیر کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے' کیونکہ اس حالت میں بہت ترشگی اور غذا کا رکود دونوں موجود ہوتے ہیں۔ طبیعی طور پر غذا کے ساتھ کسیقدر ہوا نگلی جاتی ہے' جو لالاشاعوں کے ذریعہ حلق سے کے اندر

دائیں ڈایافرام سے بالکل نیچے ہی ایک صاف رقبہ کے طور پر دیکھنے میں آتی ہے اور وہ طبلی آواز پیدا کر دیتی ہے جو معدے کے بالائی حصے پر قرع کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ وہ حالت جو بلع الہوا کے نام سے مشہور ہے، صرف اُسی وقت موجود سمجھی جاتی ہے جب کہ ہوا کی بہت زیادہ مقداریں نگلی جائیں، اور خاص کر جب کہ یہ عمل کھانوں کے درمیان بھی جاری رہے۔

بحث اسباب۔ بلع الہوا کی اصابتوں کے تین گروہ ہوتے ہیں:۔

۱۔ **سوء الہضمی۔** اسے اُس طبعی میکانیت کا جس کے ذریعہ سے معدے میں ہوا داخل ہوتی ہے (24) مبالغہ آمیز حالت سمجھنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 335)۔

۲۔ **خراب عادات۔** یہ سوء الہضمی قسم سے قریبی تعلق رکھنے والا گروہ ہے اور ممکن ہے کہ اُسی سے پیدا ہو جائے۔ مریض کسیقدر تکلیف محسوس کرتا ہے، جیسے کہ شراسیف میں تنگی یا پُری کا احساس، اور اسے محسوس ہوتا ہے کہ اچھی طرح ڈکار لے کر وہ اس میں تخفیف پیدا کر سکتا ہے۔ تکلیف کا یہ احساس ممکن ہے کہ خود بخود پیدا ہو جائے، یا حاد بدہضمی یا حاد معدی ترحہ، یا کسی دوسری بیماری کے حملہ کا نتیجہ ہو۔ نیز یہ اصلی سبب کے دفع ہو جانے کے بعد بھی بدستور قائم رہتا ہے۔ یہ معدے میں گیس کی زیادتی کی وجہ سے نہیں ہوتا، اور معدہ اکثر تقریباً خالی ہوتا ہے۔ مریض ڈکار لے کر تخفیف مرض کی کوشش کرتا ہے، لیکن اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ہوا زور کے ساتھ معدے کے اندر داخل ہو جاتی ہے جس سے تکلیف اور بڑھ جاتی ہے۔ مریض ایسا ایک دو بار اور کرتا ہے، یہاں تک کہ ہوا کی بہت بڑی مقدار جمع ہو جاتی ہے۔ ایک اور مرتبہ ڈکار لینے پر ساری گیس خارج

339

ہو جاتی ہے اور فی الفور کامل آرام کا احساس ہوتا ہے۔ تھوڑے عرصہ کے بعد پھر وہی تکلیف کا احساس ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہی دَور غیر متعین طور پر بار بار ہوتا ہے۔ دوسرے مریضوں کو یہ شکایت ہو جاتی ہے کہ ہر چند سیکنڈ کے بعد ان کو بلند آواز کے ساتھ ڈکاریں آتی ہیں، جس کی وجہ سے وہ خود اپنے لئے اور دوستوں کے لئے ایک وبال ہو جاتے ہیں۔ فی الحقیقت یہ ایک قسم کا "تقلص" ("tic") ہے اور اکثر ہسٹریائی ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں ہوا معدے میں نہیں داخل ہوتی، بلکہ وہ مَری کے اندر چوسی جا کر فی الفور زور کے ساتھ باہر نکال دی جاتی ہے۔ اور بھی دوسری اصابتوں میں ہوا متقاص

کے ذریعہ معدے کے اندر کھینچ آتی ہے۔

۳۔ افراطِ ریق۔ اس کا سبب مبہم ہے۔ لیکن جب یہ پیدا ہوتا ہے تو مریض اسے دن بھر برابر نگلتے رہتے ہیں اور ساتھ ہی ہوا بھی نگلی جاتی ہے۔

علامات یہ ہیں:۔ شراسیف میں پُری اور ساتھ ہی تکلیف کا احساس، اور بعض اوقات شدید درد کے ساتھ تمدد، ڈکاریں، ہچکی، عدم اشتہا، قئے۔ بعض بعید معکوس اختلالات بھی بلع الہوا سے منسوب کئے جا سکتے ہیں، یعنے چہرہ کا امتلا، درد سر، جسم کا گرم ہو کر تمتما جانا، اختلاج، سرعتِ ضرباتِ قلب متزاد انکماشات اور مری میں پیدا ہونے والے تحت القصی درد۔ یہ پایا گیا ہے کہ اگر معدہ کا تجربی تمدد پیدا کیا جائے تو مری کی حرکت دودیہ میں زیادتی پیدا ہو جاتی ہے۔ نگلی ہوئی ہوا کا اکثر حصہ بواب کی راہ سے آگے چلا جاتا ہے اور لا شعاعوں سے عارضی طور پر اثنا عشری کے پہلے حصے میں دیکھا جا سکتا ہے۔ پھر یہ چھوٹی آنت میں سے گذر کر قولون کے اندر بڑے بڑے بلبلوں کی شکل میں جمع ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مافیہ کے آگے بڑھنے میں مزاحمت زیادہ ہو جاتی ہے اور اس طرح اس سے قولونی رکود کی ایک قسم پیدا ہو جاتی ہے۔ آخر کار ہوا مبرز کی راہ سے گوز بن کر نکل جاتی ہے۔ قولون کی راہ سے اس کے گزرتے وقت اکثر قلقل کی آوازیں پیدا ہوتی ہیں، جن کو قراقر امعا کہتے ہیں۔

تشخیص۔ معدے اور امعاء کے اندر زیادہ گیس کی موجودگی لا شعاعوں سے دیکھی جا سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ معدہ چھوٹا ہو یا بڑا ہو۔

علاج۔ سوء الہضمی قسم پر پہلے ہی غور کیا جا چکا ہے۔ دوسری قسموں میں مریض کو احتیاط کے ساتھ پوری صورتِ حالات سمجھا دینی چاہئے اور اسے کھانوں کے درمیان میں جس قدر ممکن ہو کم نگلنے کی ہدایت کرنی چاہئے۔ ایسا کرنے میں مریض کو اپنے منہ میں ایک سگریٹ کی منہ نال (cigarette-holder) پکڑلے رکھنے سے، یا غضروف درقی سے اوپر گردن کے گرد ایک تنگ گلو بند پہننے سے مدد مل سکتی ہے۔ ان فرائع کی وساطت سے وہ نگلنے کے عمل کے آغاز سے مطلع ہو جاتا اور اپنے آپ کو قابو میں رکھ سکتا ہے۔ تنفسی ورزشیں بھی مفید ہوتی ہیں۔ کھانے کے وقت سیالات کو غٹ غٹ کرتا یا جھکنا نہ چاہئے بلکہ ایک گلاس کے تنکے میں سے لینا چاہئے۔ ابتدا اچھا ہوتا کہ

ہسٹیریائی اصابتوں کے لئے ممکن ہے کہ علاج کے خاص طریقوں کی ضرورت پیش آئے (ملاحظہ ہو صفحہ 785)۔

سقوط المعدہ

(gastroptosis)

احشاء پر سقوط کی اصطلاح کا اطلاق ہو تو اس کا یہ مفہوم ہے کہ شکم کے اندر وہ معمول کے نسبت ایک نیچی جگہ پر واقع ہیں۔ سقوط المحل یہ تنہا پایا جاتا ہے لیکن اکثر اوقات وہ احشاء کی عمومی گراوٹ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے جسے سقوط الاحشاء (visceroptosis) یا مرض گلینارڈ (Glenard's disease) کہتے ہیں۔ اس مرض میں ممکن ہے سقوط کبد (hepatoptosis) (۴۸) سقوط طحال (splenoptosis)، سقوط کلیہ (nephroptosis) (دائیں طرف کا ۱۹) اور سقوط قولون (coloptosis) (۴۷) موجود ہو۔ یہ تمام حالتیں، خاص کر قولون اور اس کے عوجات کی گراوٹ بالکل تندرست شخصوں میں بھی مل سکتی ہے۔ ان احشاء کے سقوط کے یہ معنی ہیں کہ پورا احشاء گر پڑتا ہے لیکن سقوط المعدہ کی اصطلاح اس مفہوم میں نہیں استعمال کی جاتی کیونکہ معدے کی چوٹی عملی طور پر ہمیشہ ڈایافرام سے متماس رہتی ہے۔ معدے کا زیریں حصہ ہی گر پڑتا ہے، یعنے یہ حشار لمبا ہو جاتا ہے۔ ڈایافرام کی گراوٹ شاذ ہی واقع ہوتی ہے (2)۔

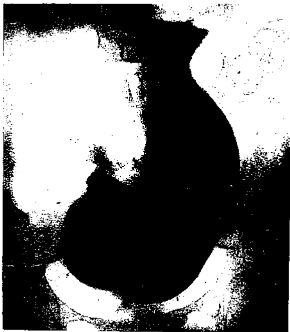
اسباب۔ صفحہ 327 پر بتایا گیا ہے کہ سقوط المعدہ بالکل تندرست اشخاص میں بھی واقع ہو سکتا ہے، یعنے لمبے اور تنگ سینہ اور شکم والے اشخاص میں۔ یہ حالت مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ جن عورتوں کو کوئی بچہ نہ ہوا ہو یا زیادہ سے زیادہ ایک یا دو بچے ہوئے ہوں، اُن کے نسبت اکثر یہ اُن عورتوں میں زیادہ عام ہوتی ہے جن کو کئی بچے ہو چکے ہوں۔ یہ بالخصوص تیس سال سے اوپر کی عمر میں ہوتی ہے۔ علامات کا پہلے پہل انکشاف حاد نوعی حمیات یا التہاب زائدہ دودیہ کے بعد، یا شکم کے جراحی عملیہ کے بعد، یا دماغی اور جسمانی محنت یا بار کے بعد ہوتا ہے۔ بہت زیادہ محنت بھی سقوط المعدہ پیدا کر سکتی ہے۔

علامات۔ قبض سب سے زیادہ عام ہے (۹۷)، پیٹر شکم کی تکلیف (۳۵)، ریحیت (۵۴)، نقصانِ توانائی (۴۴)، درد شکم (۴۳)، وزن کا کم ہوجانا (۳۶)، درد سر (۳۱)، متلی (۲۴) اور سستی (۲۴)۔ سینہ کی جلن کسیقدر ممیز ہوتی ہے۔ یہ یقین کرنے کے لئے کوئی وجہ نہیں ہے کہ معدی تقرح سقوط المعدہ میں ان اصابتوں کی نسبت زیادہ عام ہوتا ہے جن میں شکمی علامات کے ساتھ معدہ طبعی محل وقوع رکھتا ہو لیکن لاشعاعی مناظر سے اس امر کی طرف اشارہ ہوتا ہے کہ اثنا عشری تقرح (۲۳) کسیقدر زیادہ عام ہوتا ہے۔ پیڑی سے ڈھکی ہوئی زبان (۴۶)، ناکافی دانت (۴۳) جو قیحی سیلانِ لثہ (pyorrhoea alveolaris) (۱۹) عام تھے۔ عام عقیدے کے خلاف معدی بیش ترشگی کثیر الوقوع تھی (۴۹) لیکن کم ترشگی بھی تھی (۲۱)[1]۔

تشخیص۔ سقوط المعدہ کو شناخت کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ غیر شفاف کھانا دینے کے بعد مریض کو انتصابی وضع میں رکھ کر لاشعاعوں کے ذریعہ سے دیکھا جائے۔ طبعی حالت میں انحنائے صغیر حرقفی عرفوں سے اوپر ہوتا ہے اور انحنائے کبیر ان سے نیچے۔ جب معدہ گرا ہوا ہو تو ممکن ہے کہ انحنائے کبیر اس قدر نیچے ہو کہ انتہائی اصابتوں میں وہ ارتفاقِ عانی تک پہنچ جائے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۱ صفحہ 340)۔ جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے، معدے کے محل وقوع کا نیچے ہونا تندرستی کی حالت کا منافی نہیں، اور ایسے عاملات موجود ہیں جو عارضی طور پر اس حالت کو پیدا کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 328)۔ سقوط المعدہ عموماً قلت تنش (۱۷) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، اور یہ غالباً علامات پیدا کرنے میں سب سے زیادہ اہم عامل ہوتی ہے۔ قلت تنش کا ثبوت غیر شفاف کھانے کی تھوڑی تھوڑی سی مقداریں متواتر دینے سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔ طبعی حالت میں عضلہ اس کا تعامل اس طرح ظاہر کرتا ہے کہ وہ غذا کے استوانہ کو ایک مستقل بلندی پر قائم رکھتا ہے (شکل ۴۸ الف اور ب میں م ن)، خواہ دی ہوئی غذا کی مقدار کچھ بھی ہو لیکن جب معدہ میں قلت تنش ہوتی ہے تو غذا کا ابتدائی حصہ تہ نشین ہو جاتا ہے اور

---

[1] قرینوں میں درج کئے ہوئے اعداد ظاہر کرتے ہیں کہ سقوط المعدہ کی غیر پیچیدہ ... اصابتوں میں سے جن میں شکمی علامات موجود تھے کتنی اصابتوں میں یہ علامتیں موجود تھیں (26)۔



ایک گرے ہوئے یا اطالت پذیر معدہ کی شعاعی تکاشت جوکہ بیریم سے بھرا ہوا ہے۔ انحنا کبیر کا زیریں حصہ حوض میں
اتفاق سے عین اوپر واقع ہے۔ یہ حرقفی عرف سے بہت نیچے ہے۔ معدہ کا بالائی حصہ نظر نہیں آتا لیکن معدہ کے
وسط کے قریب دروہ تنگ نظر آتا ہے۔ یہ اطالت پذیر معدہ کی دیواروں کے لٹک پڑنے کی وجہ سے ہے۔
ریت گھڑی معدہ کی طرح اس میں کوئی تشنج یا مذبلی انقباض نہیں۔ جب معدہ گرتا ہے تو اس کا حجم طبعی سے زیادہ
ہوجاتا ہے گویا یہ ایک قسم کا تسع معدہ بن جاتا ہے۔ دوسری قسم میں جوکہ بوابی ضیق کے ساتھ متلازم ہے
ایک بالکل دوسرا منظر نظر آتا ہے۔ (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶ صفحہ 351) (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے جو صفحہ ہے)
باقی اس صفحہ 351

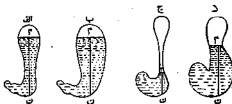
ضہ۲۲



ایک بیش تنشی معدہ کی شعاع نگاشت۔ یہ ایک چھوٹا سا معدہ ہے جو کہ بیریم سے بھرا ہوا اور شکم میں وار یا عرضی طور پر پھیلا ہوا ہے۔ یہ شکم میں بہت بلندی پر ہے اور مرتفع حرقوف سے جو کہ تصویر میں دکھائے نہیں گئے بہت اوپر واقع ہے۔ اثنا عشری کا اول حصہ معدہ کے بوابی سرے کے پیچھے چھپا ہوا ہے۔ بیریم کا تھوڑا سا حصہ گزر چکا ہے اور نیچے نظر آرہا ہے۔ معدہ کے تقعر میں ایک بہت بڑا ہوا کا بلبلہ جو کہ بائیں ڈایافرام کے عین نیچے نظر آتا ہے معدہ میں سیال کا بالائی لیول جو کہ افقی بنا ہوا ہے نیچے نظر آتا ہے۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے صحفہ سے)

بعد کے حصے معدے کو ایک تھیلی کی طرح پُر کر دیتے ہیں (24) (ملاحظہ ہو شکل ۴۸ ج اور د)۔ معدے کے خالی ہونے میں عموماً تاخیر ہو جاتی ہے (۵۷) اور لاشعاعی شہادت سے اکثر پتہ چلتا ہے کہ زائدہ دودیہ کی غیر طبعی حالت (۵۹) قولون میں تاخیر (۶۶) سقوط القولون (۴۷) اور لفائفی رکود (۴۲) موجود ہے۔ معدہ کے نیچے ہونے اور اکثر قلت تنفس کے باوجود معدے کے حرکات دودیہ فاعلی پائے گئے۔

تحریز کا طریقہ یہ ہے کہ عمر بھر باقاعدہ ورزش کی جائے تنگ کارسیٹوں (corsets) اور زیادہ محنت سے احتراز کیا جائے غذا ایسی لی جائے کہ جس میں پھل



شکل ۴۸

اور ترکاریاں بہ افراط ہوں، پاخانہ جانے میں پابندی وقت کی عادت ڈالی جائے اور آنتوں کی ہر بے قاعدگی یا علامات سوءِ ہضم کی طرف فوری توجہ کی جائے۔

سقوط المعدہ کی ایک سریری علامت یہ ہے کہ ناف سے اوپر خط وسطی میں دبانے سے درد پیدا ہو جاتا ہے اور اگر ہم زمان طور پر ارتفاق عانی سے عین اوپر دبایا جائے تو اس میں فوری تخفیف پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج۔ نسبتہً خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ کسی علاج کی ضرورت نہ ہو، اگرچہ ان میں بھی عضلات شکم کو جمناسٹک یعنی اکھاڑے اور کسرت وغیرہ کی ورزشو گھوڑے کی سواری یا ہاکی یا شمشیرزنی کی مشقوں سے کچھ تقویت دینا مفید ہے۔ شکمی ڈلک اور بجلی بھی مفید ہو سکتی ہے۔ زیادہ نمایاں اصابتوں میں ایک بیسٹی

مسلسل دن بھر پہنے رہنا چاہیے۔ یہ پیٹی ایسی بنی ہوئی ہو کہ ارتفاق عانی سے عین اوپر سخت دباؤ ڈالے۔ اور پیٹی کے اندر کے طرف ایک چھوٹی ابھری ہوئی گدی کا رکھنا ایک عمدہ تجویز ہے۔ جہاں معدہ بہت تمسع ہو، ایک وقت میں کھانے کی تھوڑی تھوڑی مقدار لینی چاہئیں، اور کھانے کے بعد مریض کو داہنی کروٹ پر لیٹ جانا یا پاؤں اور ہاتھوں کے بل چلنا چاہیے، جس سے غذا کو بواب کے آر پار گزرنے میں آسانی ہوگی۔

ہسٹیریائی قئے

(hysterical vomiting)

دوسرے ہسٹیریائی مظاہر کی طرح، ہسٹیریائی قئے بھی عموماً کسی ایسی شکایت سے پیدا ہوجاتی ہے جس کی علامتوں میں سے قئے ایک علامت ہوتی ہے، اور جب اصلی شکایت رفع ہوجاتی ہے تو یہ قئے ایحاذ کی وجہ سے جاری رہتی ہے۔ وہ قئے جو حمل کے ساتھ قدرتی طور پر متلازم ہوا کرتی ہے، ایحاذ پذیر افراد میں اسی وجہ سے جاری رہ سکتی ہے۔ اس قسم کی قئے التہاب زائدہ دودیہ کے حملہ کے بعد اس وقت بھی جاری رہ سکتی ہے جب کہ زائدہ دودیہ جراحی عملیہ کے ذریعہ سے خارج کردیا گیا ہو۔ دوران جنگ میں "گیس زدگی" کی علامتوں میں سے قئے ایک علامت تھی، اور بہت سی اصابتوں میں ہسٹیریائی قئے پیدا ہوگئی۔

علاج۔ دوسری ہسٹیریائی اصابتوں کی طرح، اس میں علاج نفسی (psychotherapy) کا استعمال کرنا چاہیے۔ مریض کو اصلی صورتِ حالات سمجھا دینا چاہیے۔ تمام مخصوص دوائیں اور غذائیں جو ابتداءً قئے کی وجہ سے تجویز کی گئی تھیں، اور جو ممکن ہے کہ بذریعہ ایحاذ اس حالت کو جاری رکھیں اب بند کردینی چاہئیں، اور مریض کو معمولی غذا لینے کی ترغیب دینی چاہیے۔ عسیر العلاج اصابتوں میں معدے کی راہ سے اثنا عشری میں ربر کی ایک پتلی نلی گزار کر مریض کو غذا دی جاسکتی ہے۔

دوری قئے

(cyclical vomiting)

بچوں اور ہسپتالی مزاولت دونوں میں یہ شکایت تین تا تیرہ سال عمر والے بچوں میں نسبتۃً عام ہوتی ہے' اگرچہ اس کا امکان ہے کہ اسے "صفراء کے حملوں" ("bilious attacks") کی تشخیص کے تحت نظرانداز کر دیا جائے جو غذا کی کسی بے احتیاطی سے منسوب کر دیئے جاتے ہیں۔ اس کے حملے مختلف فاصلوں پر ہوا کرتے ہیں اور ذہنی یا دماغی ہیجان (جیسا کہ جلسوں کی شرکت سے یا امتحان دینے سے پیدا ہو جاتا ہے) سرایت (جیسے کہ زکام یا التہاب لوزہ) زائد عضلی محنت (جیسے کہ مسابقتی کھیلوں میں) یا بلنے سے (جیسے کہ موٹر کی سواری میں) شروع ہو جاتے ہیں۔ اکثر ان کی موجودگی کی ایک خاندانی سرگذشت ہوتی ہے' اور اس شکایت کے موضوع بعض اوقات (گو کہ ہمیشہ نہیں) معمولی صحت کی حالت میں نہیں ہوتے' اور وہ قبض غفلت' شحوب' عصبی مزاج' شب بولی (nocturnal enuresis)' پھسڈی پن (backwardness)' کیٹون بولیت (ketonuria) وغیرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔

علامات۔ حملہ دفعتۃً شروع ہو جاتا ہے۔ علامات جو دو یا تین دن تک جاری رہتے ہیں' یہ ہیں:۔ کسلمندی' غنودگی' دردِ سر' قئے' اور انبلاع۔ ارتفاع حرارت جو ممکن ہے کہ ۱۰۳ درجہ فارن ہائٹ تک پہنچ جائے' پہلے دن ضرور موجود ہوتا ہے۔ دردِ شکم ہوتا ہے جو اکثر دائیں حرقفی حفرہ میں ہوتا ہے اور بعض اوقات اس کے ساتھ الیمیت اور استواری ہوتی ہے' چنانچہ التہاب زائدۂ دودیہ سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں یا خانے حملہ کے آغاز میں بدبودار اور حملہ ختم ہو جانے کے بعد غیر معمولی طور پر بڑے تھے۔ قاعدہ ہے کہ حملہ کے دوران میں قبض ہوا کرتا ہے۔ مریض کی قئے اور سانس دونوں میں ایسیٹون (acetone) کی بو آتی ہے' اور قارورہ کے اندر ایسیٹون اجسام (acetone bodies)' یعنے ایسیٹون ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ (aceto-acetic acid)' بیٹا آکسی بوٹائرک ایسڈ (β-oxybutyric acid) پائے جاتے ہیں۔ یہ کیٹونیت حملہ کے آغاز میں قئے

شروع ہونے سے پہلے موجود ہو سکتی ہے ۔ اگر قئے جاری رہے تو بچہ جلد ہی دُبلا ہو جاتا ہے، اُس کا شکم بازکشیدہ، چہرہ لٹکا ہوا ہوتا ہے، اور آنکھوں میں گڑھے پڑ جاتے ہیں۔ کبھی کبھی اس کا حملہ مہلک ہوتا ہے، اور درد سر، ہذیان، بیہوشی، تشنجات کے ساتھ ہبوط یا کیتونیت کی وجہ سے قوما ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 466)- مہلک اصابتوں میں جگر بالعموم شحمی انحطاط کی حالت میں پایا گیا ہے۔

امراضیات ۔ بعض اصابتوں میں قلیل شکر دمویت پائی گئی ہے، اور بعض میں خون کی شکر معمولی مقدار میں ہوتی ہے۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ عصب مشارکی کے تہیج کے ذریعہ سے اَیڈرینالین کا افراز زیادہ نکلتا ہے، اور یہ تکوین شکر کو بڑھاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)، اور بالآخر جگر کی گلائکوجن کو گلوکوز کی شکل میں یہ افراط منتشر کر دیتا ہے، جو جسم کے اندر بہ سرعت جل جاتا ہے۔

تجویز اور علاج ۔ حملوں کی روک تھام اور علاج اس طرح کیا جا سکتا ہے کہ یہ افراط شکر دی جائے ۔ اگر بچہ بے ہوش ہے تو ۵ فی صدی ڈکسٹروز (dextrose) ایک انفی انبوبہ کی راہ سے جو کہ بواب یا اثنا عشری تک داخل کر دیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)، اور معاء مستقیم کی راہ سے دیا جا سکتا ہے ۔ کیتونیت کا علاج بہ کثرت سیالات، سوڈا بائی کارب وغیرہ دے کر کرنا چاہئے، لیکن انسولین نہیں دینی چاہئے۔

معدہ اور اثنا عشری کا حاد اتساع

342

(acute dilatation of the stomach & duodenum)

معدی اور اثنا عشری ایلاؤس

(gastric & duodenal ileus)

معدہ ۔ اس قسم کی اصابتیں شاذ و نادر ہیں، اگرچہ اب بہت اصابتوں کا اندراج ہوا ہے ۔ ان کے وقوع کا سبب آسانی سے سمجھ میں نہیں آتا ۔ ان کی غالب تعداد میں تمدد کا کوئی صریح سبب نہیں ہوتا، لیکن بعض اصابتیں معدے کو حد سے زائد بھر لینے کے بعد (خاص کر سبزی ترکاریوں سے) پیدا ہو گئی ہیں ۔ کثیر المقدار گیس جلد پیدا ہو کر معدہ اسی طرح پھول جاتا ہے جس طرح کہ ایک بھیڑ کا پہلا معدہ (rumen)

ہرے گیہوں کھا لینے کے بعد۔ چند اصابتیں تعفن لگنے کے بعد واقع ہو گئی ہیں اور گمان غالب ہے کہ ان میں معدی عضلہ مشلول ہو جاتا ہے' اور ایک چوتھائی سے زائد اصابتیں جراحی اعمال کے بعد ہوئی ہیں۔ ایسی اصابتوں میں قیاس ہے کہ معدم حس (anæsthetic) دوا باعث مرض ہے' بالخصوص جب کہ وہ ایتھر ہو' کیونکہ اس معدم حس کے ساتھ مریضوں کے ہوا نگل لینے کا امکان ہوتا ہے۔

اس کا آغاز عموماً نہایت ناگہانی ہوتا ہے۔ مریض کو قئے ہونے لگتی ہے' جس کے ساتھ وہ بار بار ہرے' بھورے' یا رمادی سیال کی بڑی مقداریں باہر نکال دیتا ہے۔ اس کے ساتھ معدی تکلیف' درد' اور آلیمیت ہوتی ہے۔ شکم عموماً اپنے بالائی اور زیریں حصوں میں بہت پھولا ہوا ہوتا ہے' لیکن شراسیف نسبتہً چپٹا ہوتا ہے۔ صریح حرکتِ دودی بالکل استثنائی طور پر پائی جاتی ہے (سی۔ تھامپسن کی جمع کردہ چوالیس اصابتوں میں سے صرف ایک میں)۔ لیکن گڑگڑ' تموج' اور چھلکاؤ کی مختلف مقداریں حاصل ہوتی ہیں۔ مریض مہبوط ہو جاتا ہے' اُسے پیاس لگتی ہے' پیشاب کی مقدار کم ہوتی ہے' اور قبض ہوتا ہے۔ یہ علامتیں چند روز تک قائم رہ سکتی ہیں۔

موت کے بعد معدہ بے انتہا متمدد ہوتا ہے' اور نیچے عانہ تک پہنچ کر اپنے اوپر خم کھاتا ہے' اور اس کا ایک حصہ اثنا عشری کی طرف واپس لوٹتا ہے۔ بعض اوقات تمدد کچھ دُور اثنا عشری میں بھی پھیل جاتا ہے۔

باکس (Box) اور والیس (Wallace) کے مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ اِتساع جب ایک بار شروع ہو جاتا ہے تو متمدد معدہ شکم میں گر جاتا ہے اور اثنا عشری میں ایک شعنیہ پیدا کر کے اس سے ایک تسدد پیدا کر دیتا ہے' جس کی وجہ سے معدے سے گیسوں کا خارج ہونا رک جاتا ہے اور اس طرح اِتساع میں اور زیادتی ہو جاتی ہے۔ اور گیسیں جتنی زیادہ جمع ہوتی ہیں اُتنے ہی زیادہ یقینی طور پر وہ خارج نہیں ہونے پاتیں۔

علاج ۔ ایک نلی داخل کر کے معدے کے مافیہ کو جو کہ بہت دباؤ کے تحت ہیں نکال لینا چاہیے۔ مریض کو منہ کے بل لیٹنا چاہیے۔ اور بستر کی پائنتی کو اونچا اٹھا دینا چاہیے تاکہ کوئی شنیات جو موجود ہوں سیدھے ہو جائیں۔

اثنا عشری۔ اس حالت میں ممکن ہے کہ اساریقی عروق کے ذریعہ سے تشنج پیدا ہو کر خواہ اس کے ساتھ اثنا عشری سائمی موجہ کے قریب تشنج ہوا ہو یا نہ ہو قے پیدا ہو جاتا ہے۔ اثنا عشری کے اجتماع کی ایک مزمن حالت غالباً زیادہ شاذ نہیں اور اس کے ساتھ سوء ہضم کے علامات، تمدد شکم اور صفراوی قئے بھی ہوتی ہے (28)۔

التہاب معدہ

(INFLAMMATION OF THE STOMACH)

حاد التہاب المعدہ

(acute gastritis)

اسباب۔ معدے کا حاد التہاب یا حاد معدی نازلات مختلف اقسام کے خراش آوروں کے ذریعہ پیدا ہو سکتی ہے۔ معدی التہاب کی شدید ترین قسم قوی معدنی ترشوں یا دوسرے آکالات سے تسمم واقع ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ زیادہ عام اصابتیں ناقابل ہضم غذا مثلاً جھینگا مچھلی، کیکڑے یا کھیرے دار مچھلی، یا کچے پھل یا ایسے گوشت، مچھلی، پھل، سبزی ترکاریوں یا دوسری غذائیں جو سڑنے لگی ہوں کا استعمال کرنے سے پیدا ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 367)۔ چنانچہ یہ مرض گرمی کے موسم میں عام ہوتا ہے۔ شیر خوار بچے اکثر التہاب المعدہ میں مبتلا ہوتے ہیں، جس کے ساتھ التہاب الامعاء متلازم ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 365)۔ متعدد معدی آکالات، جو حاد معدی قرحہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں، حاد التہاب المعدہ کی ایک قسم ہیں۔

مرضی تشریح۔ الیکسس سینٹ مارٹن (Alexis St. Martin) کی مشہور اصابت میں یہ ثابت کیا گیا کہ غشائے مخاطی کی خراش کے بعد جلدی تغیرات نمودار ہو جاتے ہیں۔ سرخ دانے پیدا ہو جاتے ہیں جو بعض اوقات ریمی مواد سے بھر جاتے ہیں یا سرخ چکتیاں یا قلاعی پپڑیاں یا خراشیدگیاں موجود ہوتی ہیں۔ معدی رس کا افراز کم مقدار میں ہوتا ہے اور مخاط آزادانہ خارج ہوتی ہے۔ بعض اوقات خفیف ترفی بھی

343

واقع ہوتا ہے۔

علامات۔ اکال قسم سے جو علامات پیدا ہو جاتے ہیں وہ یہ ہیں:۔ شراسیف میں حلو درد اور آلیتیت، خون اور مخاط کی قئے، اور ہبوط۔ بارہا اس کا نتیجہ موت ہوتا ہے۔ یہ اصابتیں سمومیات کی کتابوں میں بیان کی گئی ہیں۔

حاد التہاب المعدہ کی ان اصابت میں کہ جس سے زیادہ واسطہ پڑتا ہے، علامات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ حاد سوء ہضم کے شیر خواروں کے معدی معسائی التہاب کا بیان بعد میں درج ہوگا۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ تپ محرقہ، انفلوئنزا اور التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis) جیسے امراض کا آغاز حاد التہاب المعدہ کی صورت اختیار کرتا ہے۔

علاج۔ کچھ عرصہ تک غذا بالکل روک دینی چاہئے۔ ازاں بعد غذا اسی قسم کی دینی چاہئے جیسی کہ ہضمی قرحہ کے بیان میں درج کی گئی ہے۔ درد کے لئے گرم تکمیدات یا پولٹیس کام میں لائی جا سکتی ہیں، یا نہایت شدید اصابتوں میں مارفیا کا اشراب کیا جا سکتا ہے۔ اس دوا سے بعض اوقات مسلسل قئے میں افاقہ ہو جائے گا۔ بسمتھ اور ایک قوار جرعہ (ملاحظہ ہو صفحہ 337)، یا آیوڈین کے صبغیہ کی ۲ یا ۳ بوندیں ایک چائے کے چمچہ بھر پانی میں ہر نصف گھنٹے سے دینا بھی مفید ہے۔ ممکن ہے کہ حملہ کے شروع میں سیفنی عمل (syphonage) کے ذریعہ معدے کو دھو ڈالنا اکثر مفید ثابت ہو۔

حاد تقیحی التہاب المعدہ (acute suppurative gastritis) یا فلغمونی التہاب معدہ (phlegmonous gastritis)۔ معدے کی دیواروں کا تقیح ایک نہایت شاذ واقعہ ہے، جو یا تو ایک محدود خراج کی شکل میں یا ایک ریمی وردیریشن کی صورت میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے علامات عموماً حاد معوی تسدد (acute intestinal obstruction) کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی شراسیف پر شدید درد ہوتا ہے (30)۔

مزمن التہاب المعدہ

(chronic gastritis)

بوجہ ان سریع تغیرات کے جو موت کے بعد معدے میں اس کا بعد الممات ہضم واقع ہو جانے کے باعث رونما ہو جاتے ہیں، یہ مرض انتہائی بحث و تحقیق کا موضوع رہا ہے۔ تاہم موت کے بعد فی الفور شکم کے اندر دس فی صدی فارملین کا انشراب کر دینے سے عمدہ تثبیت حاصل ہو سکتی ہے۔ مزمن التہاب المعدہ دو طریقوں سے پیدا ہو جاتا ہے:- (۱) جوئے خون کے ذریعے سے، ان سمّی یا ساری حالات سے جو پوری معدی سطح کو ماؤف کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔ (۲) "بلا واسطہ" ایسے مضر حالات کا غشائے مخاطی پر اثر ہونے سے جو کہ معدہ کے درون میں موجود ہیں۔ یہ اولاً بوابی التہاب المعدہ (pyloric gastritis) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں (جس سے معدے کا بوابی حصہ ماؤف ہو جاتا ہے) کیونکہ معدے کے مافیہ دوسری کسی جگہ کی نسبت اسی حصہ زیادہ زور کے ساتھ دبائے جاتے ہیں (31)۔

ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ ہائیڈروکلورک کا وافر افراز ہو۔ اغلبیہ افراز کھانا معدہ سے گزر جانے کے بعد بھی جاری رہے۔ بے ترشگی مزمن التہاب المعدہ کا آخری نتیجہ ہے۔ "معدی بے کیلوسیت" ("achylia gastrica") کی اصطلاح اس خیال سے رائج کی گئی تھی کہ بعض اشخاص جبلتی طور پر ہائیڈروکلورک ایسڈ (HCl) کا افراز پیدا نہیں کر سکتے اور کسری امتحانی غذا کے اعداد و شمار سے یہاں تک پتہ چلتا ہے کہ ممکن ہے کہ ۴ فی صدی تندرست طلبا اس طرح ماؤف ہوں۔ لیکن یہ بعید الفہم معلوم ہوتا ہے کہ معدے کے اندر تندرست مفرز ترش خلیے موجود ہوں اور ان کا کوئی فعل نہ ہو۔ مزید برآں اس وقت بھی جب کہ آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ (free HCl) غیر موجود ہوتا ہے پیپسین (pepsin) اور کلورائیڈ کسی حد تک موجود پائے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۲۴۴) اور غالباً تھوڑا فعلی ہائیڈروکلورک ایسڈ ("active HCl") بھی موجود ہوتا ہے۔ قطع نظر اس کے بعض اصابتوں میں یہ بے ترشگی حد سے زائد اثنا عشری بازروی کے سبب سے ہوتی ہے (44)۔ یا ممکن ہے کہ افراز کو پیدا کرنے کے لئے ایک ایسی امتحانی غذا جو ۷ فی صدی الکحل پر مشتمل ہو دینے کی

ضرورت ہو یا ہسٹامین (histamine) کے ۵ ملی گرام کا انشراب کرنے کی ضرورت ہو۔ مستقل بے ترشگی یا بے کیلوسی کوئی فعلی حالت نہیں ہوسکتی۔ لہٰذا شدید عام دمویت یا سرطان المعدہ کی غیر موجودگی میں اس حالت سے مزمن التہاب معدہ ظاہر ہوتا ہے۔ یہ ذیابیطس اور گریوز کے مرض میں عام ہے۔

اسباب۔ مزمن التہاب معدہ کا ایک خاندانی میلان پایا جاتا ہے۔ بچوں میں حاد ساری امراض اور بالخصوص حاد پیدا ہوئی التہاب سے مزمن خون زاد التہاب المعدہ پیدا ہوسکتا ہے۔ اور بالغوں میں یہ مختلف حاد معوی سرایتوں مثلاً زحیر، حمیات معویہ، التہاب زائدہ دودیہ، نیز ریوی تدرن، گریوز کے مرض، پلاگرا، رثیت نما التہاب مفاصل اور حمل کے تسممات الدم کا نتیجہ ہوسکتا ہے۔ التہاب المعدہ کی بوابی قسم ایسی غذا کا جو کہ ٹھیک طور پر تیار نہ کی گئی ہو، ادویہ اور خاص کر الکحل کا نتیجہ ہوسکتی ہے۔ یہ عاملات پہلے تو ہائیڈروکلورک ایسڈ کے افرازات کی تہیج کرتے ہیں جو ممکن ہے کہ بہ افراط پیدا ہوجائیں۔ اور بعد میں صرف اسی وقت جب کہ التہاب معدہ سارے معدے میں پھیل جاتا ہے بے ترشگی پیدا ہوجاتی ہے۔ اعداد و شمار کے لحاظ سے پایا گیا ہے کہ بے ترشگی کی کثرت وقوع عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔

344

مرضی تشریح۔ خون زاد قسموں میں ابتدائی التہاب اپنی موجودگی غدودی خلیوں کی دور ریزش سے ظاہر کرتا ہے جو معدی غدد کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد غدد مذبول ہوجاتے ہیں اور ان کی جگہ ازیکی بافت پیدا ہوجاتی ہے یا بعض مقامات پر غدد کہن ویری ہوجاتے ہیں۔ بعض اوقات معوی سرحلمہ معہ جام نما خلیہ اور بلکہ معہ غدد لائبرکوہن (Lieberkuhn's glands) کے پیدا ہوجاتا ہے۔ جرابی التہاب المعدہ (follicular gastritis) میں تمثیلی لمف آسا جرابات کی تکوین ہوتی ہے۔ ایسے ہی تغیرات بوابی قسم میں بھی واقع ہوسکتے ہیں لیکن مزید برآں ممکن ہے کہ غشائے مخاطی کی سطح حلمہ دار ہو بلکہ ایک باقاعدہ سعلانیت ظاہر ہو اور اوپری تاکلات ممیز ہوتے ہیں۔

علامات۔ خون زاد قسم میں عام ترین علامات یہ ہیں:۔ رکیت، قبض یا اسہال یا باری باری سے دونوں، زخمی زبان، مذبول حلیموں یا تقرح کے ساتھ جیسی کہ متلف عدم دمویت میں پائی جاتی ہے، تکان، انخماص، بے خوابی اور شقیقہ ممکن ہو کہ

سوءِ ہضم کی علامتیں بالکل نہ ہوں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان کی موجودگی کا انحصار التہاب کی فعالیت پر ہوتا ہے۔ پاخانہ میں مخفی خون پایا جاتا ہے۔ اس کے برعکس بوابی التہاب المعدہ بالکل ویسے ہی علامات پیدا کر سکتا ہے جیسے کہ ایک مجاور البواب قرحہ (جو ملاحظہ ہو) کے ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی ہائیڈروکلورک ایسڈ کا افراز معمول کے نسبت بہت زیادہ ہوتا ہے اور درد، دیرگرسنگی بلکہ قئے الدم موجود ہوتے ہیں۔ مزید برآں جب معدے کا بوابی حصہ ہضمی قرحہ کے باعث بذریعہ عملیہ دور کر دیا گیا ہو، تو اس کا خوردبین سے امتحان کرنے پر پایا جائے گا کہ اکثر اوقات ایک بوابی التہاب المعدہ بلکہ التہاب اثناعشری موجود ہے، جو اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ ہضمی قرحہ اکثر اوقات محض اسی حالت کی ایک ترقی یافتہ شکل ہے۔ مزمن التہاب معدہ آخری درجوں میں جب کہ بے ترشگی پیدا ہو جاتی ہے، خردخلوی عدم دمویت (سادہ عدم جامضی عدم دمویت) مہلک عدم دمویت، اور نخاع شوکی کے تحت الحاد مجموعی انحطاط کے ساتھ متلازم پایا جاتا ہے۔ یہ سرطان معدہ کی استعداد پیدا کرتا ہے، لیکن یہاں جو دقت پیش آتی ہے وہ یہ ہے کہ بے ترشگی عورتوں میں نسبتہً زیادہ عام ہے، حالانکہ سرطان معدہ مردوں میں زیادہ عام ہے۔

تشخیص ۔ بے ترشگی کی اہمیت پہلے بیان کی گئی ہے۔ وہ سوءِ ہضم جو بیش افراز کے ساتھ متلازم ہو التہاب المعدہ سے، اور بالخصوص اس کی بوابی قسم سے منسوب کیا جا سکتا ہے، بشرطیکہ اس کے دوسرے اسباب مستثنیٰ کر دیئے گئے ہوں۔

علاج ۔ بے ترشگی کے لئے ایک ڈرام ہائڈروکلورک ایسڈ مرقق (acid hydrochlor. dil.) چار آونس پانی میں کھانے کے ساتھ دینا چاہیئے۔ سوءِ ہضم کے علاج پر پہلے غور کیا جا چکا ہے۔

ہضمی قرحہ

(peptic ulcer)

معدہ اور اثنا عشری کا قرحہ

ترشئی معدی کا رس کے ساتھ عادتاً متماس ہونے والے مخاطی اغشیہ پر تقرح واقع ہونے کا نہایت امکان ہوتا ہے۔ ایسے قروح کو بہ لحاظ سہولت ھضمی کہتے ہیں، اور ان کی کئی قسمیں ہوتی ہیں۔ حاد قرحہ (acute ulcer)، جو نہایت عام طور پر متعدد ہوتا ہے،

شکل میں غشائے مخاطی کے ایک چھوٹے سے اوپری تاکل سے لے کر ایک انچ قطر تک مختلف ہوتا ہے۔ مزمن قروح (chronic ulcers) عموماً منفرد ہوتے ہیں اور ان کی بہترین جماعت بندی اُن کے محلِ وقوع کے لحاظ سے کی جا سکتی ہے:۔ (۱) جسم معدہ میں عموماً انحنائے صغیر پر اور اگلی سطح کے نسبت زیادہ تر پچھلی سطح پر۔ (۲) معدے کے بوابی حصے میں، عموماً انحنائے صغیر اور پچھلی سطح پر لیکن پھیلتے پر حلقۂ بوابی سے ۱/۲ انچ دور رہتے ہیں اور اس سے زیادہ قریب نہیں جاتے۔ (۳) اثنا عشری کے پہلے حصے میں عموماً پیچھے کی طرف۔ اِس سلسلہ میں یاد رکھنا چاہیے کہ اثنا عشری کے پہلے حصے کا فعل اُس کے دوسرے حصوں کے فعل سے بالکل مختلف ہوتا ہے لیکن وہ معدے کے بوابی حصے سے زیادہ قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ مثلاً ترشئی کیموس بواب کی راہ سے اثنا عشری کے پہلے حصے میں دھکیلی جاتی ہے، اور جب تک کہ حرکت دودیہ کی دوسری موج کچھ اور کیموس آگے کے طرف نہ دھکیلے جو اِس کی جگہ لے وہ وہیں ٹھیری رہتی ہے۔ عین بوابی حلقہ پر واقع ہونے والے قروح چنداں عام نہیں۔ جسم معدہ میں کے قروح اکثر ممیز خصائص رکھتے ہیں، اور ان قروح اور بوابی قروح کو محض اس وجہ سے کہ یہ دونوں اتفاق سے ایک ساتھ معدہ کے اندر واقع ہوئے ہیں، "معدی قروح" کے عنوان کے تحت ایک ساتھ گروہ بند کرنے سے بہت کچھ خلط مبحث پیدا ہو گیا ہے، حالانکہ بوابی قروح اثنا عشری کے قروح کے ساتھ نسبتہً زیادہ قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ بوابی اور اثنا عشری قروح پر ایک ساتھ مجاورالبواب قروح (juxta-pyloric) کی حیثیت سے غور کرنا چاہیے معدہ اور اثنا عشری دونوں کے قروح بیک وقت موجود ہو سکتے ہیں۔ 345

اسباب۔ حاد ہضمی قروح بے قاعدہ طور پر جا بجا منتشر واقع ہوتے ہیں، اور غالباً مرد و عورت دونوں جنسوں میں بالکل عام ہیں۔ لیکن وہ عورتوں میں نسبتہً زیادہ عام ہوتے ہیں اور بالخصوص جسم معدہ کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اِس مقام کے بعض قروح مزمن ہو جاتے ہیں، اگرچہ ان میں سے بیشتر کافی سرعت کے ساتھ مندمل ہو جاتے ہیں۔ تاہم ممکن ہے کہ بعد میں وہ پھر پیدا ہو جائیں اور پھر مندمل ہو جائیں۔ اِس عمل کا تسلسل، یعنے حاد ناکس تقرح، ریت گھڑی معدہ (hour-glass stomach) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے، اِس قسم کا معدہ مردوں کے نسبت

عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے (32)۔ بعض تقرح عورتوں میں نہایت عام طور پر جسم معدہ کے اندر واقع ہوتا ہے لیکن مردوں میں وہ نہایت عام طور پر مجاور البواب خطے میں ہوا کرتا ہے اور اس قدر اچھی طرح مندمل نہیں ہوتا۔ اسی وجہ سے ہم پاتے ہیں کہ (۱) مزمن اثنا عشری قرحہ عورتوں کے نسبت مردوں میں چوگنے سے لے کر چھ گنا تک زیادہ عام ہوتا ہے لیکن (۲) مزمن معدی قرحہ دونوں جنسوں میں تقریباً مساوی طور پر عام ہوتا ہے کیونکہ بوابی خطے میں مذکر تقرح کی کثرت وقوع سے جسم معدہ کی مونث کثرت وقوع کی تقریباً تعدیل ہو جاتی ہے اور (۳) قرحی ندبات زیادہ عام طور پر جسم معدہ میں ملتے ہیں (33)۔ حال میں یہ ادعاء کیا گیا ہے کہ عورتوں میں اثنا عشری قرحہ معدی قرحہ کی بہ نسبت زیادہ عام ہے لیکن یہ کہ التہاب مرارہ کے سلسلہ علامات سے اس کی مشابہت پائی جاتی ہے (29)۔ بعض قرحہ خاندانوں میں واقع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ نہایت اتفاقی طور پر معدی قرحہ آتشک کے سبب سے ہوتا ہے۔ بلا درد قئے الدم جو نوجوان عورتوں میں اس قدر عام ہے اور جسے معدی نضیض (gastrostaxis) کہتے ہیں حاد تقرح کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ضربات اکثر اوقات اس قدر چھوٹے ہوتے ہیں کہ انھیں نزفی سامکلات کہتے ہیں اور اس قدر وسیع پھیلے ہوئے کہ ممکن ہے کہ غشائے مخاطی تقطر خون کا منظر پیش کرے۔ ایسی حالت میں مزمن التہاب المعدہ کا اشتداد ہو جاتا ہے۔ بعض قرحہ اور بوابی التہاب المعدہ کا تعلق بیان ہو چکا ہے۔ اثنا عشری قرحہ کا وقوع شیر خوار بچوں میں بھی بیان کیا گیا ہے۔

مرضی تشریح۔ حاد قرحہ۔ ابتدائی درجہ میں ممکن ہے کہ ایک اوپری تخری ضرر موجود ہو جس کے حاشئے سرخ ہوں اور جو مخاطی طبقہ کی ایک خفیف سی اٹھی ہوئی اور دبیز جھلی پر واقع ہو۔ پھر انکہاف واقع ہو کر اس کے پیندے میں چھوٹے چھوٹے عروق منکشف ہو جاتے ہیں اور یہ پیندا اکثر متغیر خون کی ایک پتلی سیاہ پرت سے ڈھک جاتا ہے۔ جب اندمال ہونا ہو تو اس پرت کے جدا ہو کر اتر جانے سے ایک صاف پیندا باقی رہ جاتا ہے۔ یہ قروح ایک سنبہ کی مجوفی شکل کے ہوتے ہیں۔ نسبتاً چھوٹے قروح بالکل اتھلے ہوتے ہیں کیونکہ وہ صرف مخاطی طبقہ کو ماؤف کرتے ہیں۔ نسبتاً بڑے قروح چھید کرتے ہوئے عضلی طبقہ میں پہنچ جاتے ہیں اور ان کی شکل

نہایت ماننا ہوتی ہے کیونکہ قرحہ جوں جوں زیادہ زیادہ گہرائی تک چھید کرتا جاتا ہے اسی قدر وہ زیادہ تنگ ہوتا جاتا ہے ۔ مزمن قرحہ عموماً نسبتہً بہت بڑا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اُس کا قطر ۲ یا ۳ انچ تک پہنچ جائے ۔ وہ دیوارِ معدہ میں گہرا پھیلتا ہے ۔ التہابی لیفی آسا مادہ کی دررِیزش ہونے کی وجہ سے اُس کی کوریں دبیز اور اُبھری ہوئی ہوتی ہیں' اور متقرح سطح کے اوپر سایہ کئے ہوئے ہوتی ہیں ۔ اور دبازت تھوڑے فاصلہ تک آس پاس کی غشائے مخاطی میں پھیل جاتی ہے ۔ جب مزمن قرحہ فعال حالت میں ہوتا ہے تو اُس کے پیندے میں اغشائی التہابی ارتشاح کا ایک تنگ منطقہ ہوتا ہے ۔ جب وہ حالت اندمال میں ہوتا ہے تو علیحدہ ہو کر قرحہ کا پیندا صاف ہو جاتا ہے' اُس کے حاشیے نسبتہً زیادہ چپٹے ہو جاتے ہیں' اور سرِ حلہ اندر کی طرف بڑھ کر پیندے پر آ جاتا ہے ۔ قرحۂ ثقن میں عمل اندمال ٹھہرا ہوا رہتا ہے ۔

جب یہ تقرح باریطون تک پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ باریطون پھٹ کر اِنثقاب واقع ہو جائے ۔ یہ انثقاب معدہ اور اثنا عشری دونوں کی پچھلی دیوار کی بہ نسبت اگلی دیوار کے زیادہ عام ہے ۔ حشائی مافیہ کہفۂ باریطونی میں داخل ہو جاتے ہیں اور شدید عام التہاب باریطون' یا ایک زیادہ محدود المقام پھوڑا پیدا کر دیتے ہیں' اگر دمعدی خراج: perigastric abscess ' یا زیر ڈائفرامی پھوڑا subphrenic abscess:) (ملاحظہ ہو صفحہ 416)۔ اب بھی پھوڑا ممکن ہے ڈائفرام کو چھید کر ذات الریۂ ذات الجنب یا التہاب تامور پیدا کر دے' یا ممکن ہے کہ یہ قولون یا اثنا عشری میں چھید کر دے' یا پھر ممکن ہے کہ یہ عام کہفۂ باریطونی میں پھوٹ پڑے ۔ مزمن انثقاب کی اصطلاح اس قرحہ کیلئے استعمال کی جاتی ہے جو ایک تحت میں تھوڑا تھوڑا کر کے عرصۂ دراز تک کہفۂ باریطونی کے اندر ٹپکتا رہتا ہے' اس سے انضمامات بن کر خاص کہفۂ باریطونی کے ساتھ مواصلت منقطع کر دیتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ یہ انضمامات اس قدر کثیف ہوں کہ سرطان کا گمان پیدا کر دیں ۔ معدہ اِس قرحہ کی راہ سے ایک بڑے کہفہ سے مواصلت حاصل کر لیتا ہے جو معدے سے باہر ہوتا ہے اور بعض اوقات تاجیۂ صغیر کے بیشتر حصے پر شامل ہوتا ہے ۔ نسبتہً زیادہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ التہابی عمل صلی سطح تک پھیلتا ہے' اور اِس سے پہلے کہ انثقاب واقع ہو سکے' معدے کو متصل اعضا میں سے کسی ایک کے ساتھ چپکا دیتا ہے ۔ یہ عضو بیشتر

اوقات لبلبہ یا جگر کا بایاں لختہ ہوتا ہے' لیکن کبھی کبھی ڈاانفرامِ طحالی' قولون' اگلی دیوارِ شکم' بلکہ فوق الکلوی کیپ کے ساتھ بھی انضمام واقع ہو جاتا ہے۔ پھر تقرحی عمل اس ابھی چپکے ہوئے عضو کے اندر پھیل جاتا ہے اور اس طرح ممکن ہے کہ جگر اور لبلبہ کے اندر کھفے بن جائیں۔ نہایت شاذ اصابتوں میں قولون کے اندر یا جلد کے آر پار ناسور پیدا ہو سکتے ہیں۔ نزف ایک عام واقعہ ہے' جو بیشتر ان معدی عروق میں سے ہوتا ہے جو قرحہ کی دیواریں ہوتے ہیں' لیکن بعض اوقات لبلبہ کے ساتھ انضمام ہونے اور اس کا تقرح واقع ہونے کے بعد طحالی شریان سے بھی نزف ہوتا ہے۔

لیکن بہت سے قرحے بالکل اچھے ہو جاتے ہیں' چنانچہ اکثر چھوٹے چھوٹے ندبات پائے جاتے ہیں۔ یہ اکثر مشکل سے نظر آتے ہیں اور بار ہا امتحان بعد الممات میں نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ نسبتہً بڑے ندبات' جو دبیز اور جھرّی دار ہوتے ہیں' خود بھی بے انتہا تکلیف کا باعث ہو سکتے ہیں۔ مثلاً بواب کے مقام پر یا اس کے قریب وہ اپنے انقباض سے ضیق اور اس کی وجہ سے اتساع معدہ پیدا کر سکتے ہیں۔ اگر وہ بوابی سرے کے قریب ہوں تو ممکن ہے کہ معدہ منقبض ہو۔ بعض اوقات ایک ہیت گھڑی انقباض قرحہ کی وجہ سے ہوتا ہے۔ گرد معدی انضمامات بعض اوقات درد اور کھنچاوٹ کے احساسات پیدا کر دیتے ہیں۔ سرطان کے ساتھ معدی قرحہ کے تعلق پر صفحہ 353 پر غور کیا گیا ہے۔

امراضیات۔ بولٹن (Bolton) نے ایک مخصوص معدہ سمی مصل تیار کر کے اور معدے کی باریطونی سطح کے نیچے اس کا اشراب کر کے حیوانات میں تجربتہً قروح پیدا کئے۔ اشراب کا نتیجہ یہ ہوا کہ خلیات حیویت ربودہ ہو گئے اور معدے کے ہائڈروکلورک ایسڈ نے ان خلیات کے ہضم میں حصہ لیا' جس سے ایک حاد قرحہ بن گیا۔ جب معدی مافیہ کو قلوی رکھا گیا تو قرحہ نہ بنا۔ انسان میں قدرتی طور پر واقع ہونے والے قرحہ کی توجیہ بھی اسی اصول کے مطابق کی جا سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے کئی مختلف عاملات ہوں جو بولٹن کے معدہ سمی مصل کا ماثل کرتے ہوں' مثلاً سداد یت جو کسی دوسرے مقام پر کے عفونی مراکز' مزمن طور پر ملتہب زائدہ دودیہ یا مرارہ' عفونی دانتوں' یا مسیح اور مرایت زدہ احتراقات کی وجہ سے پیدا

شـ ۲۳



الف۔ مری کے زیریں سرے پر کا عطفہ۔ مریض چیت پڑا ہے۔



ب۔ اثنا عشری پر معدی قرحہ جو کہ ایک طاقچہ کے ذریعہ دکھایا گیا ہے۔ کچھ مقابلی تشنج موجود ہے۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہیں)

ہوجائے۔ یا چھوٹے عروق کی وریدی علقیت یا نزف' جو بعض اوقات بانی تسدد کی وجہ سے واقع ہوجاتا ہے۔ شاذ موقعوں پر ممکن ہے کہ معدہ براہِ راست کسی چوٹ سے زخمی ہوجائے' یا ایک اوّلی بوابی التہاب المعدہ موجود ہو۔ ہائڈروکلورک ایسڈ اور پیپسن تخریبی بافت کو ہضم کرکے قرحہ پیدا کردیتے ہیں۔ قروح بولٹن' جو تجربتہً پیدا کئے گئے آسانی چند ہی ہفتوں میں اچھے ہوگئے۔ جب ان قروح کو جراثیمی کاشتوں سے سرایت زدہ بنانے کی کوشش کی گئی' یا جانور کو عدیم الدم بنانے کے لئے اس کا خون نکالا گیا' تو اِندمال کی شرح میں بہت کم تبدیلی ہوئی۔ لیکن جب ان جانوروں (بلیوں) کو دودھ کے بجائے گوشت کی غذا دی گئی' یا بواب کی کسی قدر مسدودی پیدا کی گئی' تاکہ معدہ خالی ہونے میں تاخیر ہوجائے' تو اِندمال واقع ہونے میں واضح طور پر تاخیر ہوئی۔ بندروں میں ہائڈروکلورک ایسڈ دینے سے اِندمال میں کسیقدر تاخیر ہوگئی' اور بواب کو جزءً مسدود کردینے سے یہ تاخیر نمایاں طور پر زیادہ ہوگئی۔ اس میں شک نہیں کہ انسان میں بہت سے قروح کافی سرعت کے ساتھ اچھے ہوجاتے ہیں' لیکن ان کی کچھ تعداد ایسی ہے جو کہ قائم رہتی ہے اور بتدریج متغیر ہوکر مزمن قرحہ بن جاتی ہے' جس کے دو ممکن سبب ہوسکتے ہیں:۔ (۱) ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اِس تغیر کے پیدا کرنے میں حصہ لیتا ہو۔ لیکن مجاورالبواب قرحہ کی حالت میں معدی صائمی تفویہ (gastro-jejunostomy) کا عملیہ معدی رَس کے ہائڈروکلورک ایسڈ میں بہت کم تغیر پیدا کرتا ہے' اور ان مشاہدات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ عامل کوئی بڑی اہمیت نہیں رکھتا (39) (۲) معدی دیوار کے تناؤ کی زیادتی بھی عام ہے' جو درد یا تکلیف کے احساسات پیدا کردیتی ہے' اور یہ حرکات' جو کہ غالباً عضلات عاصرہ کی مسدودی یا بالائی غذائی خطے کے مختلف حصوں کے تشنجات یا مزمن اثنا عشری ایلاوس (chronic duodenal ileus) (40) کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں' ممکن ہے اور بھی زیادہ اہم عامل ہوں' کیونکہ نسبتہً بلند درجہ کے دباؤ کے اندراجات حاصل ہوئے ہیں (7)۔ یہ ممکن ہے کہ ایک دائرہ فاسدہ قائم ہوجائے' یعنی اولاً قرحہ بلند تناؤ پیدا کردیتا ہے' اور وہ اس کے اِندمال کو روکنے کا رجحان رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اس طرح عمل کرتا ہو کہ وہ بواب کی معکوس مسدودی پیدا کرکے اِس طرح میکانی عامل کو زیادہ شدید کردیتا ہو۔

بالآخر یہ حقیقت بیان کر دینا ضروری ہے کہ لوتین اور مختلف منبعوں سے بیت قنثیت والے نبقات سبحیہ کی ایسی نسلیں جدا کی گئی ہیں، جن کے وریدی اشرابات جانوروں میں ہضمی قرحہ پیدا کر دیتے ہیں، اور انسان کے قرحوں میں بھی یہی دقیق عضویے قدرتی طور پر موجود ہوتے ہیں، چنانچہ معلوم ہوتا ہے کہ جس طرح تپ محرقہ کے عصیّے آنت پر حملہ آور ہوتے ہیں، اسی طرح یہ بھی معدے اور اثنا عشری کے لئے ایک نوعی الف رکھتے ہیں۔ اس مظہر کو انتخابی تحیز (elective localization) کہتے ہیں (41)۔
34

ہضمی قرحہ کے ساتھ التہاب زائدہ دودیہ اور التہاب مرارہ ہمزماں طور پر موجود ہو سکتے ہیں (مشکلی مثلث) اور تینوں افراز سے ایک ہی نبقہ سبحیہ تفرید کیا گیا ہے (29)۔

علامات۔ حاد قرحہ۔ متعدد اصابتوں میں پہلی دلالت، قرحہ سے نزف ہونے کی وجہ سے ہوا کرتی ہے۔ معدی قرحہ کی اصابتوں میں اکثر اس سے قیئے الدم یعنے خون کی قیئے ہو جایا کرتی ہے، اور ممکن ہے کہ خون خالص ہو یا معدی افیہ کے ساتھ مخلوط ہو۔ مریض کو غشی سی محسوس ہوتی ہے، شراسیف میں ضیق کا احساس ہوتا ہے، اور چند منٹ میں خون کی قیئے ہو جاتی ہے، جس کی مقدار ایک یا دو پینٹ تک ہو سکتی ہے۔ معدے کے اندر نکلے ہوئے خون میں سے کچھ آنت کے اندر پہنچ جاتا ہے، اس کی ہیموگلوبین (hæmoglobin) متغیر ہو کر ہیماٹین (hæmatin) اور ہیماٹو پورفائرین (hæmatoporphyrin) بن جاتی ہے اور پھر جو اجابتیں ہوتی ہیں وہ سیاہ، راب جیسی، یا تار کول جیسی ہوتی ہیں۔ اسی حالت کا نام براز الدم الاسود (melæna) ہے۔ ممکن ہے کہ ایسی اجابتیں قیئے الدم کے موقوف ہو جانے کے چند گھنٹوں بعد ظاہر ہوں۔ خالص خون کی قیئے آنا شاذ ہی مہلک ہوتا ہے، عموماً وہ بکلیہ موقوف ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ مکرر نہ ہو۔ خون کے نقصان کی وجہ سے شدید درجہ کی عدم دمویت اور کمزوری ہو جاتی ہے۔ اثنا عشری قرحہ میں قیئے الدم کا ہونا بھی ممکن ہے۔ لیکن رجحان یہ ہوتا ہے کہ خون کا بیشتر حصہ براہ امعاء مستقیم براز الاسود کے طور پر خارج ہوتا ہے۔ نزف کے علاوہ، ہضمی قرحہ سوراخ ہضم کے علامات پیدا کر سکتا ہے، جن کا آغاز حاد ہوتا ہے۔ ان علامات کے ساتھ شاید معدی افراز کی اطالت بھی ہو جاتی ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (صفحہ 335 پر)۔ قرحہ کے

انشقاف سے شاذ ہی اس کی موجودگی کی پہلی دلالت حاصل ہوتی ہے۔

جسم معدہ کے مزمن قرحہ کا ممیز خاصہ درد ہے، جو غضروف خنجری کے عین نیچے، شراسیف میں گہرائی پر محسوس ہوتا ہے، یا بعض اوقات ناف سے زیادہ قریب، یا خطِ درمیانی سے دائیں جانب کو یا بائیں جانب کو، اور بائیں کی نسبت دائیں جانب کو زیادہ کثرت سے۔ یہ ادخالِ غذا سے پیدا ہو جاتا ہے، اور کھا لینے کے نصف گھنٹے بعد سے لے کر دو گھنٹے بعد تک شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ قے ہونے تک شدت کے ساتھ جاری رہے اور قے سے اس میں عموماً تخفیف ہو جاتی ہے، یا اس وقت جب کہ غذا معدے کو چھوڑ کر آگے جاتی ہے اس میں افاقہ ہو جاتا ہے۔ درد کی نوعیت، ناخش ثاقب یا سوزشی ہوتی ہے اور یہ کسی دوسرے معدی عارضہ کی نسبت اس مرض میں زیادہ شدید نوعیت کا ہوتا ہے۔ بعض اوقات پشت میں آٹھویں ظہری اور دوسرے قطنی فقرات کے درمیان، بلکہ پیشانی پر بھی درد ہوتا ہے۔ درد کے ساتھ ہی، اور اکثر اوقات درد کے رفع ہو جانے کے بعد بھی کچھ تھوڑے عرصہ تک جلدی بیش حسیت دیکھی جاتی ہے، یا اگر جلد میں ہلکی سی چٹکی بھری جائے تو تکلیف معلوم ہوتی ہے۔ سوزشِ سینہ (ملاحظہ ہو صفحہ 336) کسی قدر عام ہوتی ہے، لیکن گرسنگی کے درد صرف ایک چوتھائی اصابتوں میں ملتے ہیں۔ مگر معدے کے بالکل خالی ہو جانے میں اکثر تاخیر ہوتی ہے، اگرچہ ابتداً جلدی ہی معدے سے باہر چلی جاتی ہے (33)۔ ہائڈرو کلورک ایسڈ کا افراز طبعی پایا جاتا ہے (39)۔

مزمن مجاورِ البواب قرحہ۔ درد کی نوعیت ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ پہلے بیان کی گئی ہے۔ لیکن بعض اوقات درد ناف کے دائیں جانب محسوس ہوتا ہے، اور وہ غذا کے دو تین یا چار گھنٹے بعد شروع ہوتا ہے، یا مریض کو علی الصباح جگا دیتا ہے۔ یہ درد کچھ غذا لینے سے کم ہو جاتا ہے، اسی واسطے اس کو دردِ گرسنگی کہتے ہیں۔ اس مرض کی اصابتیں دو قسموں کی ہوتی ہیں:۔ (۱) جب کہ بواب آزادانہ طور پر کھلتا ہے اور معدہ جلد ہی غذا کو خارج کر کے خالی ہو جاتا ہے۔ سکونی رس کی نمایاں بیش ترشگی ہوتی ہے، جو شاید اثنا عشری قرحہ کی حالت میں نمایاں ترین ہوتی ہے، اور معدہ خالی ہو جانے کے بعد نہایت تیز ترشئی رس کا افراز طویل عرصہ تک ہوتا رہتا ہے۔ (۲) جب کہ بواب

ابتداءً تو آزادانہ طور پر کھلتا ہے لیکن بعد میں اس کا تشنج ہوجاتا ہے۔ یہ بوابی ضیق کا ابتدائی درجہ ہے۔ معدی رسس کا ہائیڈروکلورک ایسڈ ایک چڑھتا ہوا منحنی ظاہر کرتا ہے، اور اس کے ساتھ بھی طویل عرصہ تک افراز اور جیش ترشگی پائے جاتے ہیں۔ لیکن معدے کے خالی ہونے میں دیر ہوجاتی ہے، اور قئے کا ہونا عام ہے۔ جب کوئی بڑی شریان متاکل ہوگئی ہو تو ممکن ہے کہ نزف شدید ہو یا ہلاک ہوجائے۔ اس حالت میں قئے کئے ہوئے خون میں اس کی شریانی چمک باقی رہتی ہے۔ ممکن ہے کہ علامات میں تخفیف ہوجائے لیکن سرگذشت اس قدر طولانی نہیں ہوتی جس قدر کہ جسم معدہ کے قرحہ میں کیونکہ آعشاپذیر بوابی ضیق کی وجہ سے علامات عموماً شدید تر ہوجاتے ہیں اور اساسی علاج کی زیادہ ضرورت ہوتی ہے۔

مزمن ہضمی قرحہ میں دوسرے وہ علامات بھی جو مزمن سوءہضم کے تحت بیان کئے گئے ہیں [جیسے کہ ریحیت (flatulence) اور تمدد (distension)] عموماً موجود ہوتے ہیں۔ مسلسل درد، قئے کی وجہ سے غذا کا تمثل ناقص ہونا اور نقصانِ خون قدرتی طور پر جلد یا دیر سے مریض کی عام حالت کو کمزور کردیتے اور عدم دمویت پیدا کردیتے ہیں۔ لیکن بخار نہیں ہوتا، زبان صاف ہوتی ہے، اور بھوک اکثر نہایت اچھی ہوتی اور قئی غیر موجود ہوتی ہے۔ تاہم قبض اکثر ہوا کرتا ہے۔ امتحان شکم سے عموماً کچھ ظاہر نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ شکم کی دیواروں کی کچھ سختی موجود ہو یا وہ تنی ہوئی ہوں۔ صرف ایسے پرانے قرحوں میں، جن میں دبازت زیادہ ہوگئی ہو یا دوسرے اعضاء کے ساتھ انضمام ہوگیا ہو، سلعہ ایسی کوئی چیز محسوس ہوسکتی ہے۔ اور اگر بوابی ضیق پیدا ہوجائے تو ممکن ہے کہ توسع معدہ شناخت کیا جاسکے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۶) اور مرئی حرکت دودیہ موجود ہو۔

348

تشخیص۔ قئے الدم کے مریض میں جہاں نزف ہی واحد علامت ہو ساری مبدا رہو، ایسے حاد قرحہ کی تشخیص قائم کرنے سے پہلے کثیف جگر (cirrhosis of the liver) اور طحالی عدم دمویت (splenic anaemia) کا خیال ضرور کر لینا چاہئے۔ قئے الدم کو نفث الدم کے ساتھ یا نکسیر کے بعد واقع ہونے والی خون کی قئے کے ساتھ خلط ملط نہیں کردینا چاہئے۔ مزمن ہضمی قرحہ کے ساتھ جن شکایتوں کے خلط ملط ہونے کا

امکان ہوا کرتا ہے وہ یہ ہیں: ۔ سوءِ ہضم کے مختلف اقسام جو پہلے بیان کئے گئے ہیں،
سرطان اور مزمن التہاب زائدہ دودیہ (زائدی سوءِ ہضم: appendix dyspepsia) یا
وہ سوءِ ہضم جو حصواتِ صفراویہ (gall stones) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔

ایک ایسی امتحانی غذا سے جو "آزاد" یا "فعال" ہائڈروکلورک ایسڈ کا بلند ارتکاز
ظاہر کرے، مجاور البواب قرحہ کی تائید ہوتی ہے۔ اِس غذا میں خون کی نہایت خفیف سی
مقدار کی موجودگی نہایت معنی خیز ہے، گو کہ ممکن ہے کہ وہ غشائے مخاطی کی خفیف سی
اُس ضرب سے پیدا ہوگئی ہو جو نلی سے واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن پاخانوں میں مخفی خون کی،
اور برازی خلاصہ میں ہیماٹوپورفرِین کے طیف کی موجودگی معدی یا اثنا عشری قرحہ کی
تائید میں ایک قیمتی شہادت ہے۔

مزمن معدی قرحہ کی تائید میں سب سے زیادہ قیمتی شہادت غیر شفاف غذا کھانے
کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ سے حاصل ہوتی ہے۔ انحنائے صغیر کے قریب معدے کی کور پر ایک
چھوٹا اُبھار ایک قیف یا تھیلی کی شکل میں نکلا ہوا نظر آتا ہے (جسے طاقچہ یا عطفہ
کہتے ہیں) (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۳ ب)۔ اِس ابھار کا انحصار قرحی کہف کے اندر معدی افیہ
کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ اور اگر کل اندمال میں وہ کہف پٹ رہا ہے تو یہ اُبھار نہیں نظر آئیگا۔
معدے کی پچھلی سطح پر کا قرحی کہف اُس وقت نظر نہیں آئے گا جب کہ معدہ بھرا ہوا ہو۔ اسکی
تشخیص کے لئے یہ ضروری ہے کہ جب مریض پہلا نوالہ کھا چکے تو دیوارِ شکم کو ہاتھ سے
اِس طرح سہلا دیا جائے کہ کھایا ہوا غیر شفاف مادہ دیوارِ معدہ پر پھیل جائے۔ جس میں
کچھ مادہ قرحی کہف میں چپک کر اُس کو نمایاں کر دے گا۔ سب میں نہیں مگر بعض احاطوں
میں یہ اُبھار انحنائے کبیر کے ایک گہرے دندانے یا کٹاؤ یا تلمہ کے ساتھ متلازم
ہوتا ہے، جو اُسی لیول پر یا اُس سے کسی قدر اوپر یا نیچے ہوتا ہے، اور تشنج کے باعث
پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ محدود المقام دردناک نقاط بھی ہوں۔ ممکن ہے کہ بلا ابھار
کے یہ دندانہ ہماری نظر آئے اور اس کا محلِ وقوع مستقل رہے جب کہ علامات پر سے یہ نتیجہ
نکالا جائے گا کہ قرحہ مندمل ہوگیا ہے۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ لیفی بافت کے بننے کی
وجہ سے یہ تشوہ مستقل ہو جائے اور ایک تدریجی ساعت گھڑی معدہ پیدا ہو جائے۔ یہ
دندانہ اثنا عشری قرحہ یا التہاب زائدہ دودیہ کی حالت میں بھی واقع ہو سکتا ہے، لہٰذا یہ

بذاتِ خود معدی قرحہ کا مستحق نہیں۔ یہ دیکھنا بھی اہم ہے کہ معدے کے خالی ہونے میں کتنا وقت لگتا ہے، تاکہ بوّابی تشنج اور اسی طرح ندبی بوابی ضیق کا پتہ لگ جائے۔ مثبت تعاملِ واٰزدمن سے یہ اشارہ ہوگا کہ معدی قرحہ آتشکی ہے، چنانچہ دوسرے مناسب طبی علاج کے علاوہ دافعِ آتشک تدابیر اختیار کرنا چاہئے (38)۔

مزمن اثنا عشری قرحہ کی تشخیص اثنا عشری کلاہ کے لاشعاعی منظر سے کی جا سکتی ہے۔ اگر غیر شفاف غذا کے ساتھ سوڈیم بائی کاربونیٹ دے دیا جائے تو یہ کلاہ بہتر دکھلائی دیتی ہے۔ اس قرحہ کی شکلیں نہایت تغیر پذیر ہوتی ہیں کیونکہ ان کا انحصار کچھ تو قرحی کہف پر ہوتا ہے اور کچھ عضلی طبقہ کے تشنج پر (ملاحظہ ہو صفحات ۲۴ اور ۲۵)۔

اثنا عشری کے عطفات، لاشعاعوں سے نظر آتے ہیں، اور نسبتہً عام ہیں۔ قرحہ سے ان کو تمیز نہیں کیا جا سکتا اور بلاشبہ بعض اصابتوں میں وہ مندمل شدہ قرحات ہی ہوتے ہیں۔ تاہم علامات اکثر اوقات قرحہ کے علامات سے ملتے جلتے ہیں۔ پاکٹ، بالعموم ایک انگلی کی نوک کی جسامت رکھتا ہے، اور حصہ اول اور حصہ دوم کے اتصال پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حصہ دوم اور حصہ سوم میں اور صائم میں واقع ہو لیکن یہاں اس کا علامات پیدا کرنا اس قدر عام نہیں ہے۔ مرارہ کے ساتھ انضمام ہونا اور حصہ دوم اور حصہ سوم کے اتصال پر مروڑ پڑنا، عطفات سے ملتے جلتے مناظر پیدا کرتا ہے (34)۔

انذار۔ مزمن معدی قرحہ کی ۱۵۰ اصابتوں اور مزمن اثنا عشری قرحہ کی ۲۰۰ اصابتوں پر ایک ساتھ غور کر کے ان کے سببِ موت کا تجزیہ کیا گیا تو ظاہر ہوا کہ ۵۱ فی صدی میں موت کا سبب انثقاب ہے، جو معدی قرحہ کی نسبت اثنا عشری قرحہ کی حالت میں زیادہ عام تھا۔ ۹ فی صدی میں نزف، ۵ فی صدی میں طویل تسدد کے اثرات، سرطان وغیرہ، ۱۰ فی صدی میں عملیہ کے نتائج، بالخصوص ریوی پیچیدگیاں سببِ موت ہیں، اور ۲۰ فی صدی میں موت کے سبب کا قرحہ سے کوئی تعلق نہیں (37)۔ حاد قرحہ میں نزف اگرچہ عام ہے لیکن وہ شاذ ہی مہلک ہوتا ہے، اور انثقاب بھی شاذ ہے۔ مزمن قرحہ میں نزف مہلک ہو سکتا ہے اور انثقاب کا ہونا غیر معمولی نہیں لیکن ان پیچیدگیوں سے پہلے تقریباً ہمیشہ شدید درد ہوتا ہے۔

849



الف

شعاع نگاشت جو کہ ایک طبعی اثنا عشری کلاہ کو ظاہر کرتی ہے۔ کلاہ شکل میں مثلث ہے اور اسکے نیچے معدہ کا بوابی حصہ ایک حرکت دودی موج کے دکھائی دیتا ہے۔ کلاہ کا بالائی دایاں کنارہ کنگرہ دار نظر آتا ہے کیونکہ اثنا عشری کے دوسرے حصے کی دیوار یہاں مرلی پائی جاتی ہے۔



ب

ایک شعاع نگاشت جو کہ تقرح کی وجہ سے نہایت ہی چھوٹی مشوہ اثنا عشری کلاہ ظاہر کرتی ہے۔ اثنا عشری اور صائم کی گنڈلیاں اپنے کنگرہ دار کنارے کے ذریعہ نظر آتی ہیں۔ گول تاریک سایہ جس میں ایک حرکت دودی موج ہے معدہ کا بوابی حصہ ظاہر کرتا ہے۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک کے لئے ہوئے صحفوں سے)



الف

ایک شعاع نگاشت جو کہ تقرح کی وجہ سے مشوہ اثنا عشری کلاہ ظاہر کرتی ہے۔ ایک حرکت دوری موج معدہ کے بوابی حصہ پر سے گزر رہی ہے اور غذا تنگ بوابی قنال کے اندر سے گزر رہی ہے۔



ب

ایک شعاع نگاشت جو کہ اثنا عشری قرحہ ظاہر کرتی ہے۔ اثنا عشری کلاہ ایک قرحی کہفہ کی موجودگی کے باعث مشوہ ہے جس کے ساتھ تشنج اور شاید انداب بھی موجود ہے۔ معدہ کا بوابی حصہ بھی ظاہر کیا گیا ہے۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے صحفوں سے)

جو کچھ مدت تک رہتے ہیں۔ یہ اس امر کی دلالت ہے کہ موثر علاج ضروری ہے۔ درد کی عدم موجودگی اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ قرحہ مندمل ہو رہا ہے اور ایسی صورت میں یہ پیچیدگیاں پیدا ہونے کا احتمال کم ہوتا ہے۔ ایسے حالات کے تحت تمام علامات اور بالخصوص درد کے زائل ہونے میں مدد پہنچتی ہو بڑی سے بڑی جسامت کے مزمن قروح کا اندمال واقع ہو جاتا ہے' اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اس عمل میں مہینوں لگ جائیں۔

علاج۔ مقاصد علاج میں سے اہم ترین یہ ہے کہ معدے کو حتی الامکان آرام دیا جائے۔ مریض کو چاہیے کہ بستر پر لیٹ جائے' تمباکو نہ پیئے' اور چند ہفتوں بعد تک ورزش بھی صرف تھوڑی ہی کرے۔ معدے کو "آرام دینے" کی کوشش کا قدیم طریقہ' جس میں مریض کو لگاتار ہفتوں تک منہ کی راہ سے کوئی غذا لینے کی اجازت نہ دی جاتی' بلکہ اس کے بجائے براہ معاء مستقیم غذا پہنچائی جاتی' اب ترک کر دیا گیا ہے۔ خالی معدے کے مشہور تقاضاتِ گرسنگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ وہ علاج ایک مغالطہ پر مبنی تھا۔ معدے کو آرام دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ غذا ایک وقت میں تھوڑی لی جائے اور کثیر الوقوع وقفوں کے ساتھ لی جائے۔

دن کے وقت مریض کو ہر گھنٹے یا دو دو گھنٹے کے فاصلوں سے غذا دی جاتی ہے' لیکن شب میں کامل آرام دیا جاتا ہے۔ غذا کی خاص چیز دودھ ہو گی' اور اس کے ساتھ کچے انڈے بھی ملائے جا سکتے ہیں' بشرطیکہ مریض انھیں برداشت کر سکے۔ رائب (junket) اور بالائی' ارارونٹ' کسٹرڈ' آلو' یا آرٹی چوک پوری (Artichoke puree) غذائے بنجر (Benger's food) مسیح منقی کی جیلی اور تازہ پھل کا رس بھی علاج کی ابتدا ہی سے دے سکتے ہیں۔ کچھ عرصہ بعد ہلکی چپاتی' سفید روٹی (bread) اور مسکہ اور ٹوسٹ' پسی ہوئی مچھلی' چوزے کا قیمہ' اور گوشت کا قیمہ بھی شامل کیا جا سکتا ہے۔ خاص کھانے سے پہلے روغن زیتون کا آدھا اونس دیا جائے۔ الکحل اور تمباکو نوشی کی اجازت نہ دی جائے۔ مریض کو کسی وقت بھی بھوک نہ لگنے پائے۔ مثلاً رات کو جاگ اٹھنے پر ایک بار زائد غذا کی ضرورت ہونا ممکن ہے۔

درد' استوابری' یا عاملوں کے مخفی خون اور قرحہ کی لاشعاعی شہادت کے جاتے رہنے کے بعد

چودہ روز تک بستر میں لٹا کر علاج جاری رکھنا چاہیئے۔

ہضمی قرحہ کے علاج میں قلویات (بالخصوص سوڈیم بائی کاربونیٹ) بہت مستعمل ہیں، اور طریقہ سپی (Sippy's method) میں متواتر معتادین دیگر معدی مافیہ کو ہمیشہ قلوی رکھنے کی کوشش کی جاتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ بعض اصابتوں میں اتنی قلی دی گئی ہے کہ جو التہاب گردہ اور بول دمویت پیدا کرنے کے لئے کافی ثابت ہوئی (42)۔ اِس امر کے متعلق کہ آیا معدی رس کا ترشہ فی الحقیقت مزمن قرحہ کو تازہ رکھنے کا سبب ہو سکتا ہے، پہلے ہی شبہ ظاہر کیا گیا ہے۔ بہر صورت زیادہ معقول طریقہ یہی ہوگا کہ چربی، بالائی یا روغن زیتون وغیرہ کی صورت میں دے کر بیش ترشگی کا ردِ عمل کر دیا جائے۔ راقم الحروف کا طریقہ صرف دو سفوف استعمال کرنے کا ہے، یعنے پری پیرڈ چاک (prepared chalk)، اور ایک آمیزہ میگنیشیم کاربونیٹ (magnesium carbonate) اور پری پیرڈ چاک کا۔ ان دونوں میں سے کسی کا ایک ٹی سپون فل پانی یا دودھ میں ہر کھانے کے بعد، اور اِس سے دُگنی معتاد شب میں سب سے آخری چیز کے طور پر لینا چاہیئے۔ دوسرے سفوف کا استعمال زیادہ بار کرکے امعاء کے فعل کو باقاعدہ بنا لیا جاتا ہے۔ ان ادویہ کا مفید عمل درد اور ساتھ ہی سوزش سینہ میں تخفیف پیدا ہو جانے سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تخفیف اس وجہ سے ہو کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) آزاد ہو جاتا ہے۔ اور جب کم ترشگی موجود ہو تو ساتھ ہی قدرے سائٹرک ایسڈ (citric acid) تجویز کر دینے سے نہایت کامیاب نتائج حاصل ہو سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 338)۔ ہمارا مقصد یہ ہونا چاہیئے کہ مریض کو طویل عرصہ تک درد اور تکلیف سے بچایا جائے، اور اس طرح قرحہ بھی بتدریج مندمل ہو جائے گا۔ درد کے علاج کے لئے دوسری دوائیں یہ ہیں: ٹنکچر بیلاڈونا ۵-۱۰ قطرے اور ایٹروپین کے اشرابات بقدر ۱/۱۰۰ گرین، افیون تھوڑی معتادوں میں، خلاصہ یا صبغیہ کی شکل میں، یا لائکر مارفینی ہائیڈرو کلورائیڈی (liquor morphinæ hydrochloridi) ۱۰ یا ۱۵ قطروں کی معتادوں میں۔ شدید اصابتوں میں تحت الجلدی اشراب استعمال کیا جا سکتا ہے، مگر جوں ہی کہ افاقہ حاصل ہو جائے علاج بذریعہ افیون کو موقوف کر دینا چاہیئے۔ شراسیف پر مقامی لاسقات کا استعمال کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 338)۔ ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں، جن میں متذکرہ بالا طبی علاج سے

درد اور تکلیف جلد دفع نہ ہو جائیں، ایک اثنا عشری انبوبہ کے ذریعہ سے غذا پہنچانا پڑے یہ انبوبہ ایک وقت میں ایک ہفتہ کے لئے اسی وضع میں رکھا جاتا ہے، اور یہ بالخصوص مزمن معدی قرحہ کی حالت میں قابل استعمال ہے۔

اگر کثرت نزف واقع ہو تو مریض کو مارفیا کے زیر اثر آرام کی حالت میں رکھنا چاہئے، اور کیلیشیم کلورائیڈ (calcium chloride) ایک گرین ۔۔ ا قطرے پانی کے اندر کا دروں عضلی اشراب کیا جا سکتا ہے (نالز ملاحظہ ہو صفحہ 175)۔ ایک معدی انبوبہ داخل کر کے مافیہ معدہ کو سینوران کے آلہ تفریغ (Senoran's evacuator) سے خارج کر کے معدے کو یا تو برف جیسے ٹھنڈے پانی سے یا ۳۰ ا درجہ فارن ہائٹ والے پانی سے دھوڈالنا چاہئے تاکہ وہ متہیج ہو کر منقبض ہو جائے۔ ایڈری نالین (... ا میں ا والے محلول کے ۲۰ تا ۳۰ قطرے) معدے کے اندر رہنے دینا چاہئے۔ نزف موقوف ہو جانے کے بعد چوبیس گھنٹے تک کوئی غذا نہیں کھانی چاہئے، مگر پانی پیا جا سکتا ہے، جس کی مقدار ایک وقت میں ۵ اونس سے زائد نہ ہو۔ شرائیف کے مقام پر برف لگانا چاہئے۔ جب موت کا خطرہ ہو تو نقل الدم عمل میں لا سکتے ہیں۔ یہ نزف کو جاری رکھنے کا رجحان نہیں رکھتا، جیسا کہ خون کا دباؤ بڑھ جانے کی وجہ سے ممکن الوقوع خیال کیا جا سکتا ہے۔ مزمن قرحہ سے نزف روکنے کے لئے جراحی تدابیر (مثلاً وامی عرق کو گرہ لگا کر باندھ دینا) بھی کامیاب ثابت ہوئی ہیں۔

اگر ایک ایسے مریض پر جس کا معدی قرحہ میں مبتلا ہونا معلوم ہو، انثقاب کے علامات (ملاحظہ ہو التہاب باریطون) کا حملہ ہو جائے تو جس قدر جلد ممکن ہو یعنے پانچ یا چھ گھنٹے کے اندر شکم کو کھول کر کہفہ باریطونی کو دھو ڈالنا اور قرحہ کو ٹانکے لگا کر سی دینا چاہئے۔

پرانے تقرح میں جس کے ساتھ درد اور قئے، یا شدید نزفات بار بار واقع ہوتے رہتے ہیں، یا قرحہ کے آس پاس بہت وبازت ہو گئی ہو قدرتی طور پر جراحی عملیہ کے متعلق غور کیا جائے گا۔ یہ ان حالتوں میں نہایت کامیاب ثابت ہوا ہے جن میں قرحہ کے ساتھ بواب کا ضیق یا بندبی ریت گھڑی معدہ موجود ہو۔ مزمن معدی قرحہ کے لئے ذیل کے جراحی عملیے کئے جاتے ہیں:۔ معدی صائمی تفویہ

(gastro-jejunostomy) بعض اوقات استیصالِ قرحہ کے ساتھ، یا کوواۃ کے ذریعہ اُس کے اتلاف یا صائمی تقویہ (jejunostomy) کے ساتھ معدی معدی تقویہ (gastro-gastrostomy) جزئی معدہ برآری (partial gastrectomy) (یعنے معدے کے بوابی حصہ کا استیصال) اور معدے کا وسطی "آستین نما" جزئی استیصال ("sleeve" resection) ۔مزمن اثنا عشری قرحے کے لئے یہ اعمالِ جراحی کئے جاتے ہیں:۔ قرحہ کا استیصال، معدی اثنا عشری بوابی ترقیع (gastro-duodeno-pyloro-plasty) اور معدی صائمی تقویہ (gastro-jejunostomy)۔

تحریز۔ جب کوئی قرحہ مندمل ہو گیا ہو تو اِس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ اُس کا نکس نہونے پائے، جو آسانی واقع ہو جاتا ہے۔ دانتوں، لوزتین، زائدہ دودیہ، مرارہ وغیرہ میں کے عفونی مرکزوں کا تدارک کرنا چاہیئے، اگر ضرورت ہو تو عملیہ کے ذریعہ سے۔ کھانا زود ہضم ہونا چاہیئے اور منظم وقفوں کے ساتھ کئی بار کرکے لینا چاہیئے، اور غذا کے اُن قواعد پر عمل پیرا ہونا چاہیئے جو صفحات 337 اور 349 پر درج ہیں۔ الکحل سے پرہیز ہی بہتر ہے، اگرچہ شاید ہلکی انگوری شراب اور نہایت کم طاقت والی وسکی کھانے کے وقت دے سکتے ہیں۔ مریض کو چاہیئے کہ آہستہ آہستہ کھائے اور خوب چبا کر کھائے اور تمباکو نوشی کم کرے۔ دانتوں کی خبرگیری ضروری ہے۔ مریض کو آمادہ رہنا چاہیئے کہ درد کا حملہ ہونے پر ایسی غذا لے کر کہ جس میں زیادہ تر دودھ ہو لیٹ جائے اور کھانے سے پہلے روغنِ زیتون لیا جا سکتا ہے۔

معدی صائمی تقویہ کے عواقب۔ اعداد و شمار ظاہر کرتے ہیں کہ معدی صائمی تقویہ کے عملیہ کے بعد شفایابی ہونا ہرگز ضروری نہیں۔ گائی (Guy) کے ہسپتال میں ۱۹۱۷ء اور ۱۹۱۸ء کے درمیان ۵۰۰ عملیہ کردہ اصابتوں میں سے ۶۵ فی صدی مریض سات برس بعد شفایاب یا نسبتۃً بہت بہتر حالت میں پائے گئے، گر ۲۵ فی صدی مریضوں کی حالت غیر تشفی بخش تھی۔ بہترین نتائج بوابی ضیق میں پائے گئے (43)۔ ایکاوارتھ مریضوں کے ایک گروہ میں جنہیں معدی صائمی تقویہ کے بعد علامات کی شکایت تھی، امتحان سے مختلف حالتیں ظاہر ہوئیں:۔ معدی صائمی یا صائمی قرحہ (۳۰)، معدہ میں تاخیر (۱۸)، متوالی اثنا عشری قرحہ (۱۰)، صفراء کی باز روی (۸)، عملیہ کی وجہ سے سوء ہضم

(۴۴) وغیرہ۔ علامات ذیل کی شکایت پائی گئی:۔ درد (۵۰) ریحیت (۴۰) قئے (۴۰) کمزوری (۴۳) قبض (۴۳) اسہال (۲۲) اور درد بائے سر (۲۲)۔ ممکن ہے کہ مریض میں سکر بولیت پائی جائے اور شحم کے تمثّل کی قلت ہو (۴۵)۔

معدی صائمی اور صائمی قروح (gastro-duodenal & duodenal ulcers)۔ معدی صائمی قرحہ عین مقام تفوہ پر واقع ہوتا ہے اور بیشتر اصابتوں میں وہ کسی غیر جذب پذیر جیسز کے ٹانکے کے استعمال سے یا دموی سلعہ سے یا دوران عملیہ میں شکنوں سے کوفتگی ہو جانے کی وجہ سے ہوا کرتا ہے (44)۔ صائمی تقرح مقام اتصال سے ذرا ہی آگے واقع ہوتا ہے اور وہ بہ ظاہر انھیں حالات کی موجودگی کے سبب سے ہوتا ہے جو کہ اثنا عشری قرحہ پیدا کر دیتے ہیں جیسے کہ ایسی مرکزی عفونت سے متاثرہ ہو جانا کہ جس کا استیصال نہ کیا گیا ہو، بیش ترشگی جو باوجود عملیہ کے بدستور باقی رہ گئی ہو اور فم کے گرد یا چنبر نازل میں تشنجات اور تبدیل شدہ ذاتی تحرک۔ علامات ویسے ہوتے ہیں جیسے کہ اثنا عشری قرحہ میں، مگر بایں استثناء کہ اب مقام درد نسبۃً کسی قدر نیچے اور شکم کے بائیں جانب ہوتا ہے۔ جب یہ قرحہ نقب لگاتے ہوئے قولون تک پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ تبرز کے وقت شراسیفی درد ہو۔ بعض اوقات صائمی قولونی نواسیر واقع ہو جاتے ہیں اور اُن کے ساتھ برازی مادے کی قئے ہوتی ہے۔ غیر شفاف غذا دینے کے بعد یہ لاشعاع سے عموماً نہیں دکھلائی دیتے۔

علاج۔ ثانوی تقرح کا علاج اسی اصول پر کرنا چاہئے جس طرح کہ ہضمی قرحہ کا کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عملیہ کرنے کی ضرورت لاحق ہو اور اگر یہ اب اچھی طرح کام کر رہا ہے تو ممکن ہے معدی صائمی تفویہ کو بند کیا جا سکے۔ دوسری اصابتوں کے علاج کا انحصار لاشعاعی کشوفات پر ہوتا ہے۔ اگر معدہ غیر معمولی سرعت کے ساتھ خالی ہو جاتا ہے تو کھانا کھاتے وقت مائیات نہ لئے جائیں۔ ممکن ہے کہ ذلک اور معدی تغسیل مفید ہو۔ عموماً یہ مریض شحم کو اچھی طرح برداشت نہیں کر سکتے۔

ــــــ قوسین کے اندر اعداد و ر کے جو اعداد درج ہیں وہ فی صدی ہیں۔

اتساع المعدہ

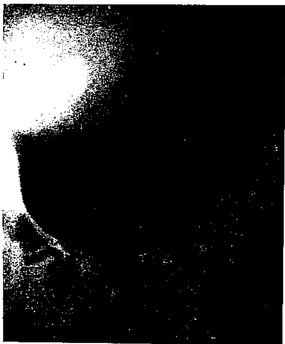
(DILATATION OF THE STOMACH)

ممکن ہے کہ اتساعِ معدہ نہایت تدریجی طور پر واقع ہو (مزمن اتساع = chronic dilatation)، یا ممکن ہے کہ بالکل دفعتہً ہو جائے (حاد اتساع = acute dilatation)۔ آخرالذکر کا بیان اِس سے پہلے درج ہو چکا ہے۔

مزمن اتساع المعدہ

یہ مندرجۂ ذیل کا نتیجہ ہوتا ہے :۔ (۱) وہ مختلف حالتیں جو بواب کی مسدودی پیدا کر دیتی ہیں؛ جس سے معدی دیوار بھی بیش پرورده ہو جاتی ہے۔ اور (۲) وہ حالتیں جو عضلی دیواروں کی قوتِ انقباض کو متغیر کر دیتی ہیں (ملاحظہ ہو سقوط المعدہ)۔ مسدودی کے اسباب یہ ہیں :۔ بواب یا اثنا عشری کے قروح کے ندبات۔ بواب کا تشنج جو قرب و جوار کے تقرح کا ثانوی نتیجہ ہو۔ معدے کے بوابی حصے کا سرطان۔ بواب کا بیش پرورشی ضیق۔ بیرونی دباؤ، انضمامات کے ذریعہ جڑ جانا، یا ایک سقوط گردے کا کھنچاؤ۔ اور بالکل استثنائی طور پر اکال اشیا کی وجہ سے پیدا شدہ ندبات؛ لیکن یہ عموماً مریئی روزن کو ماؤف کرتے ہیں۔

بوابی ضیق کے بعد کے اتساع کے طبیعی امارات۔ نمایاں احاجتوں میں جب شکم برہنہ ہو تو وہ غیر متشاکل نظر آتا ہے اور اپنے بائیں نصف میں ایک گول اُبھار پیش کرتا ہے۔ یہ اُبھار ناف کے لیول سے نیچے تک پھیلتا ہے، اور اس کا زیریں حاشیہ ایک خم رکھتا ہے جو نیچے اور باہر کے طرف محدب ہوتا ہے اور ضلعی حاشیہ کے زیریں حصے سے خطِ درمیانی کے داہنے جانب تک جاتا ہے۔ وقتاً فوقتاً حرکت دودی کی ایک موج اس اُبھرے ہوئے حصے پر سے عرضاً بائیں جانب سے دائیں اور نیچے کی جانب جاتی ہے۔ بائیں جانب کی انتہا پر ایک حصہ تقریباً ہتھیلی کی جسامت کے برابر بہ سرعت ایک محدب اُبھار بنا دیتا ہے، جیسے



شعاع نگاشت ایک متسع معدہ کی جو کہ تقرح کے بعد بوابی تضیق کا ثانوی نتیجہ ہے۔ معدہ بڑا ہے اور شکم کے وار پار عرضی طور پھیلا ہوا ہے، اور انحنار کبیر حرقفی عرف سے کچھ دور نیچے تک چلا گیا ہے۔ کھانا کھانے کے دو گھنٹے بعد یہ بیرم سے بھرا ہوا ہے۔ لیکن کھانے کے تھوڑے حصے بواب کی راہ سے گزر چکے ہیں اور معاء صغیر کی کنڈلیوں میں ادھر ادھر منتشر نظر آتے ہیں۔ بمنا کبیر پر معدہ کے بوابی حصہ کے آغاز میں حرکت دودی کی ایک خفیف موج نظر آتی ہے۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے صحفہ)

بالمقابل صفحہ 351

دیا منے پر قطعی طور پر مزاحمت محسوس ہوتی ہے۔ چند ہی ثانیوں میں یہ اُبھار بیٹھ جاتا ہے اور ایک دوسرا حصہ، جو نسبتہً دائیں طرف کو ہوتا ہے، اُتنے ہی عرصہ تک پھول کر اُبھر آتا ہے۔ جب معدی دیوار کا ایک ایک حصہ کیے بعد دیگرے سخت ہو کر اُبھر چکتا ہے تو اس کے بعد سارا اُبھار بیٹھ جاتا ہے۔ یہ مظہر خود بخود طور پر رونما ہوتا ہے، یا ممکن ہے کہ دیوارِ شکم کو ہاتھ لگانے سے شروع ہو جائے، یا اُسے اُنگلی سے تیزی کے ساتھ تھپکنے سے، یا بعض اوقات محض شکم کو برہنہ کر دینے سے۔ اِسے معدی حرکت دودی کہتے ہیں۔ شکم کے تیز حرکات سے، جیسے کہ مریض کو ہلانے پر ہوتے ہیں، مایع مافیہ میں حرکت پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ چھلک سنی جا سکتی اور محسوس کی جا سکتی ہے۔ لیکن اِس کی کوئی اہمیت نہیں ہوتی، تاوقتیکہ یہ کسی غیر طبعی رقبہ پر نہ پائی جائے، مثلاً ناف سے ایک انچ نیچے، یا اُس وقت جب کہ طبعی طور پر معدے کو خالی ہونا چاہیے، یعنے کھانا کھانے کے چھ یا سات گھنٹے بعد۔

مزمن اتساع کی بہت سی اصابتوں کا ایک نمایاں خاصّہ وہ طرز ہے کہ جس پر قئے ہوتی ہے۔ غذا تین یا چار دن تک معدے میں رہتی ہے اور پھر یکبارگی ۲ یا ۳ پینٹ سیّال قئے کے ذریعہ نکل آتا ہے۔ یہ عموماً رادی مائل بھورے رنگ کا ہوتا ہے اور اس کی سطح پر جھاگ ہوتا ہے۔ اور خرد بینی امتحان سے اس میں لبن کے کثیر التعداد ذرّے، تبیّات خزمیہ (sarcinæ)، اور لمبے عصائی شکل کے عصیّے نظر آتے ہیں، جو اُپلر بو آس کے عصیات (Oppler-Boas bacilli) ہیں۔ دوسری اصابتوں میں قئے زیادہ بار بار ہوتی ہے اور اس کی ایک وقت میں باہر نکلی ہوئی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔

352

قئے کے علاوہ مریض تکلیف یا حقیقی درد میں مبتلا ہوتا ہے جو مافیہ کے اجتماع کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے، اور اُن کے نکل جانے پر اُس میں عارضی طور پر افاقہ ہو جاتا ہے۔ شدید پیاس، کمزوری، لاغری، شحوب اور قبض بھی دیکھا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ زیادہ ذہنی انحطاط اور بعض اوقات وقفہ دار تکزز (tetany) اور تشنجات ہوں۔ مقدارِ بول قلیل ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ کیتونیت موجود ہو [یہ وہ حالت ہے جس میں جسم کے اندر ایسٹونی اجسام (acetone bodies) پائے جاتے ہیں]۔

تشخیص۔ بالآخر اس کا انحصار لاشعاعی امتحان پر ہوتا ہے، جو غیر شفاف غذا کھلانے کے بعد کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶)۔ معدہ نیچے کو اور دائیں طرف بڑا ہوتا ہے۔ ابتداءً ممکن ہے کہ حرکت دودی غیر معمولی طور پر تیز ہو اور اس کے ساتھ معدہ جلد خالی ہو جاتا ہو۔ پھر حرکت دودی وقفہ کے ساتھ ہونے لگتی ہے اور اس کی موجوں کی گہرائی مختلف ہو جاتی ہے، چنانچہ چھ گھنٹوں کے بعد تقریباً آدھا کھانا بطور ثفل باقی رہ جاتا ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ حرکت دودی محض گاہے ماہے نظر آئے اور وہ مخالف سمت میں چلتی ہو اور چوبیس گھنٹے کے بعد بھی معدہ بھرا ہوا رہے۔ کسری امتحانی غذا (fractional test meal) (ملاحظہ ہو شکل ۴۲، صفحہ 331) سے بھی معدے کے خالی ہونے میں تاخیر اور آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ کا بتدریج چڑھتا ہوا منحنی ظاہر ہوتا ہے۔

اِنذار۔ بوّاب کی تنگی کی وجہ سے واقع ہونے والے اتساع کا اُس وقت تک باقی رہنا لازمی ہے جب تک کہ تسدد پیدا کرنے والا مرض باقی ہے، اور جراحی علاج کے علاوہ دوسرے علاج سے محض وقتی تسکین ہو سکتی ہے۔

علاج۔ اس کا علاج جراحی ہے اور زیادہ کثرت سے معدی صائمی تفویہ عمل میں لائی جاتی ہے۔ ایک وقتی تسکین دہ تدبیر کے طور پر معدے کو طبعی مالح سے دھو ڈالنے کا عملیہ (تغسیل) اکثر بہت مفید ہوتا ہے۔ اس عمل کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حد سے زیادہ تنے ہوئے معدے سے مالح اور غیر منہضم شدہ غذا کا اجتماع خارج ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی یہ اُس نازلت کے لئے بھی نفع بخش ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ اتساع کے ساتھ ساتھ موجود ہو۔ ربر کی ایک نلی جو ایک قیف سے لگی ہوئی ہوتی ہے، معدے کے اندر داخل کر دی جاتی ہے۔ قیف کو منہ کے لیول سے اوپر اٹھا کر اور اس میں پانی ڈال کر معدے کو بھر دیا جاتا ہے۔ پھر قیف کو نیچے لا کر اور اسے ایک مناسب ظرف میں اُلٹ کر یا اس سے بھی بہتر سینوراں کے آلۂ تفریغ (Senoran's evacuator) کے ذریعے معدہ کو خالی کر دیا جاتا ہے۔ مالح کا استعمال وقفہ دار سکڑ کا ازالہ کرنے کے مقصد سے کیا جاتا ہے۔ دھونے کا عمل روزانہ ایک بار رات کے بڑے کھانے سے نصف گھنٹہ پہلے کرنا چاہئے۔

نقشہ ۴



ایک شعاع نگاشت جو کہ ریت گھڑی انقباض ظاہر کرتی ہے۔ بالائی خانہ جو کہ بیریم سے بھرا ہوا ہے ایک گول زیریں کنارہ رکھتا ہے اور زیریں خانہ کے اندر داخل ہونے کا فتحہ انحناء صغیر کے قریب واقع ہے اور بالائی خانہ کے فرش سے اوپر ہے۔ یہ اس امر کی دلیل ہے کہ ریت گھڑی معدہ ابتدائی انقباض کی وجہ سے ہے گو کہ ہمیشہ کچھ تشنج بھی ساتھ موجود ہوتا ہے۔ قرحی باطیہ (ulcer crater) عین انحناء صغیر پر کے فتحہ پر واقع ہے۔ یہ اس طرح معلوم ہوتا ہے کہ فتحہ کا دائیں طرف کا کنارہ معدہ کی طرف مقعر ہے۔ بیریم نیچے زیریں خانہ میں ٹپکتا ہوا نظر آتا ہے جہاں یہ معدہ کے پیندے پر بیٹھ جاتا ہے اور افقی بالائی رکھتا ہے۔ معدہ ساقط ہے کیونکہ اس کا زیریں سرا حرقفی عرف سے بہت نیچے ہے۔ اثنا عشری کلاہ دکھائی نہیں دیتی کیونکہ ابھی تک بیریم معدہ سے بالکل نہیں نکلا۔ (مسٹر ڈبلیو لنڈسے لاک کے لئے ہوئے صحفہ سے)

(مقابل صفحہ 352

معدہ کا ریت گھڑی انقباض

(HOUR-GLASS CONTRACTION OF THE STOMACH)

یہ حالت تقریباً ہمیشہ ایک مزمن معدی قرحہ کے اندمال کی وجہ سے ہوتی ہے۔ اگرچہ کبھی کبھی گرد معدی انضمامات بھی معدے کو جگر سے پیوستہ کر دیتے اور تشنج واقع کر کے ایسی ہی شکل پیدا کر سکتے ہیں۔ سرطان معدے کا تضیق پیدا کر سکتا ہے۔ اور سقوط المعدہ کی حالت میں معدہ ایک بالائی اور ایک زیریں حصّے میں منقسم ہو جاتا ہے جن کے درمیان میں ایک تنگ گردن حائل ہوتی ہے۔ لیکن حقیقی ریت گھڑی انقباض سے ان حالتوں کی تفریق کرنے میں کوئی دقت نہیں پیش آتی۔

علامات متلازم معدی قرحہ کے علامات ہوتے ہیں۔ لیکن جب آخرالذکر کامل طور پر مندمل ہو چکتا ہے اور تضیق بہت زیادہ ہو جاتا ہے تو مریض کو یہ شکایت ہوتی ہے کہ وہ ایک وقت میں غذا کی صرف تھوڑی مقدار ہی لے سکتا ہے، اور نسبتاً بڑی مقدار فوراً واپس نکل آتی ہے۔ چنانچہ اس پر مری کے تسدد کا شبہ ہو سکتا ہے۔

تشخیص۔ یہ غیر شفاف غذا دینے کے بعد لاشعاعوں سے عمل میں لائی جا سکتی ہے۔ معدہ ایک تنگ گردن کے ذریعہ سے دو خانوں میں تقسیم ہوتا ہے، اور یہ گردن بالائی خانہ سے دائیں جانب مجڑی ہوتی ہے۔ دکہ اس کے سب سے نیچے لٹکتے ہوئے حصہ پر۔ یہ بالکل ممیز خاصہ ہے اور اس حالت کو معدے کے اس تنگ پڑنے سے متفرق کرتا ہے جو سقوط المعدہ میں ہوا کرتا ہے۔ اگر قرحہ کامل طور پر مندمل نہیں ہوا ہے تو علاوہ اندمال کے نظام عضلی کا کچھ تشنج بھی موجود ہوگا۔ یہ تسدد کو اور بھی زیادہ کر دیتا ہے، چنانچہ ان دونوں خانوں کو بیریم کی محض ایک نہایت باریک سی لکیر جوڑتی ہے۔ جب تشنج موجود ہو تو ممکن ہے کہ وہ احتیاط کے ساتھ دست ورزی کرنے پر یا بلفاح (belladonna) کی ایک معتاد دینے کے بعد کسیقدر ڈھیلا پڑ جائے۔ ایک فاعلی قرحہ کبھی موجود ہوتا ہے کبھی نہیں ہوتا اور وہ گردن کی دائیں جانب کو ایک ابھار کے طور پر نظر آتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۷)۔

سرطان کی حالت میں بالیدہ معدے کے اندر اُبھری ہوئی ایک صافہ قبہ کی طرح نظر آئے گی (ملاحظہ ہو صفحہ 355)۔ لیکن اگر وہ ایک قرحے سے پیدا ہوئی ہے تو لاشعاعی منظر ویسا ہی ہو سکتا ہے جیسا کہ ریت گھڑی انقباض میں۔

353

علاج ۔ واحد کارگر تدبیر صرف جراحی علاج ہے۔ تنگی کو چوڑا کیا جا سکتا ہے اور یا قریبی کیفہ کو بعدی کیفہ سے یا صائم سے جوڑ دیا جا سکتا ہے۔

پیدائشی بیش پروردشی ضیق

یہ بوابی تسدد کی ایک قسم ہے، جس کے علامات بالعموم پیدائش کے چند روز بعد سے لے کر چھ یا سات ہفتے بعد تک اور نہایت عام طور پر زندگی کے ابتدائی چار ہفتوں کے دوران میں ظاہر ہوا کرتے ہیں (47)۔ لڑکیوں کے نسبت یہ مرض لڑکوں میں تقریباً پانچ گنا زیادہ عام ہے۔ علامات یہ ہوتے ہیں :۔ قے کا ہونا اور قبض (جس کی وجہ یہ ہے کہ آنتوں تک جو غذا پہنچتی ہے اُس کی مقدار تھوڑی ہوتی ہے) اور لاغری۔ اور قے شدہ مادے اکثر کثیر المقدار ہوتے ہیں اور بہت زور کے ساتھ باہر نکلتے ہیں۔ ابتداءً وہ غذا پر مشتمل ہوتے ہیں، لیکن کچھ عرصے بعد جب کہ التہاب معدہ قائم ہو جاتا ہے تو ان میں مخاط اور متغیر شدہ خون بھی ہوتا ہے، لیکن شاذ ہی کبھی صفرا۔ بائیں جانب سے دائیں جانب کے طرف حرکت دودی جو بوابی ضیق کا اس قدر ممیز خاصہ ہے دیکھی جائے گی۔ اور تقریباً تمام اصابتوں میں (جن میں ممکن ہے کہ خوراک لیتے وقت اور اس کے بعد نہایت غور کے ساتھ اور دیر تک امتحان کرنا پڑے) خط وسطی کے دائیں جانب، ضلعی حاشیہ سے ذرا نیچے، ایک سلعہ یا دیازت پائی جائے گی جس کا قطر $\frac{1}{2}$ یا $\frac{3}{4}$ ہوگا، اور جو بواب کے انقباض کے ساتھ سختی میں وقتاً فوقتاً بدلتی رہے گی؛ اور اس طرح تسددوں سے تمیز کی جا سکے گی۔ چونکہ عضوی مرض کے بغیر بھی مرئی حرکت دودی کا واقع ہونا ممکن ہے، لہٰذا یقینی تشخیص کے لئے سلعہ کی موجودگی ضروری ہے۔ لاشعاعوں سے بھی مدد مل سکتی ہے۔

یہ دبازت بواب کے عضلی ریشوں کی، بالخصوص مدور ریشوں کے طبیعت کی بیش تکوین ہے، اور غالباً جنینی زندگی کے دوران میں نمویاب ہو جاتی ہے۔ دبازت یافتہ تودے کے اندر غشائے مخاطی میں شکنیں پڑی ہوئی ہوتی ہیں۔

علاج ۔ طبی علاج یہ ہے کہ معدہ کی تغسیل کی جائے اور اس کے بعد گاڑھی غذائیں دی جائیں۔ تغسیل کے بعد (جس میں قلیات کے استعمال سے اجتناب کرنا چاہیئے کیونکہ ان سے کثیر قلویت ہونے کا خطرہ ہے) معدہ میں اٹروپین کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں باقی رہنے دینی چاہئیں۔ لیومنال (luminal) کی ایسی خوراکوں سے کہ جن سے بچہ غنودہ رہے، عمدہ نتائج درج کیے گئے ہیں۔

اس ملک میں بہترین نتائج رام سٹیٹ (Rammstedt) کے عملیہ کے ذریعہ حاصل ہوئے ہیں۔ یہ اس پر مشتمل ہے کہ بار لیطونی سطح سے سلعہ کے اندر ایک طولی شگاف غشائے مخاطی تک دیا جائے تاکہ تسدد رفع ہو جائے۔ عملیہ کے بعد غذا بہت آہستہ آہستہ بڑھانی چاہیئے۔ یکایک بڑھا دینے سے بالعموم اسہال آنے لگتے ہیں، کیونکہ گذشتہ تجوع کے دوران میں غذا کا تہیج موجود نہ ہونے کے باعث ہضمی انزیموں (enzymes) کا افراز بہت کم ہو گیا ہے۔ کم خوراندہ (under-fed) شیر خوار بچوں میں اس وقت جب کہ ان کی غذا کو بہت سرعت سے بڑھا دیا جائے اسی قسم کا عدم تحمل پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات اس عملیہ کے بعد اسہال ہو جاتا ہے جس میں براز شحمی ہوتا ہے (48)۔ اس سے گمان ہوتا ہے کہ اس مرض میں صفراوی اور غالباً بانقراسی عدم کفایت بھی کچھ حصہ لیتی ہے۔

سرطانِ معدہ

اسباب ۔ معدے کا سرطان تیس سال کی عمر سے پہلے شاذ ہی دیکھا جاتا ہے اور اس کی ۹۰ فیصدی اصابتیں چالیس اور ساٹھ سال کے درمیان کی عمروں میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں دگنا عام ہے۔ توارث سرطان معدہ میں کوئی نمایاں خصوصیت نہیں۔ یہ امیر و غریب دونوں میں مساوی الوقوع ہے اور کسی خاص پیشہ

کے ساتھ تعلق نہیں رکھتا۔ اس کے متعلق بڑی بحث ہوئی ہے کہ آیا سرطان عموماً معدی قرحہ سے پیدا ہوجاتا ہے یا نہیں۔ اس رائے کے خلاف یہ واقعہ ہے کہ اثنا عشری قرحہ نہایت عام ہے حالانکہ اثنا عشری کا سرطان نہایت شاذ ہوتا ہے۔ سرطان معدہ کی بیماریوں کے اصابتوں کے ایک گروہ میں ۶۵ فی صدی کی سرگذشت ایک سال پہلے تک جاتی تھی لیکن اس سے زائد نہیں۔ ۷۰ فی صدی میں دو سال پہلے تک کی سرگزشت موجود تھی (57)۔ لہذا بیشتر اصابتوں میں سرسری طور پر یوں سمجھئے کہ دو تہائی مریضوں میں سرطان خود بخود شروع ہوجاتا ہے (46)، اگرچہ مزمن التہاب المعدہ اور بالخصوص معدہ کی سعدانیت ممکنہ اسباب معدہ ہیں۔ باقی ماندہ اصابتوں میں یہ معدی قرحہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔

امراضیاتی تشریح۔ سرطان معدے کے تمام حصوں کو ماؤف کرسکتا ہے لیکن مریضوں کی غالب تعداد میں بواب ماؤف ہوتا ہے۔ اور مرض یہاں سے معدے کے متصل حصوں میں پھیل جاتا ہے، بالخصوص انحنائے صغیر کے برابر برابر۔ اگر یہ فوادی سرے کو ماؤف کرتا ہے تو عموماً اس کا حملہ مری پر بھی ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات معدے کی دیوار یکساں طور پر دور سخت اور دبیز ہوجاتی ہے اور معدہ بحیثیت مجموعی سکڑ کر چھوٹی جسامت کا ہوجاتا ہے (متاذبہ نما معدہ = leather-bottle stomach) چند ہی مستثنیات کو چھوڑ کر سرطان معدہ کرہ آسا سرطان (spheroidal carcinoma) یا استوانہ نما سرطان (cylinderical carcinoma) کی شکل میں ہوتا ہے، اور اول الذکر نسبتہً بہت زیادہ عام ہے۔ ان دونوں میں سے ہر قسم لیفی بافت کی زیادتی کی وجہ سے جرزی (scirrhous) ہوسکتی ہے، یا اس کی قلت کی وجہ سے لبی (medullary)۔ اور دونوں میں کولائڈی انحطاط واقع ہوسکتا ہے، اگرچہ یہ کرہ آسا قسم میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ جرزی تغیر عام ترین ہے۔ لمحی سلعہ شاذ ہے۔

سرطان کی ابتداء غشائے مخاطی کے غدد کے سرحلمی خلیوں کی بیش بالیدگی سے ہوتی ہے۔ یہ بالیدگیاں تحت المخاطی بافت کے اندر ابھر جاتی ہیں، پھر مزید تکاثر کرتی ہیں اور تدریج تمام طبقات کو ماؤف کردیتی ہیں۔ معدے کی دیوار موٹی ہوجاتی ہے اور بالیدہ ابھر جاتی ہے اور اس سے معدہ کا دروزہ بہت تنگ ہوجاتا ہے۔ بالیدہ اثنا عشری پر حملہ آور نہیں ہوتی۔ آخری درجوں میں وہ اکثر اندرونی سطح پر متقرح ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ متصلہ غشائے مخاطی عملی

354

زائدوں کی گرگی بالیدگیاں ظاہر کرے، جو کہ مزمن التہاب معدہ کا نتیجہ ہوتی ہیں۔

ممکن ہے کہ یہ تقرحی عمل عروق کو متآکل کر کے نزف پیدا کر دے۔ سادہ قرحہ کے نسبت سرطان میں یہ بہت کم ہوتا ہے کہ نزف کثیر مقدار میں ہو۔ بوابی بالیدہ کے پیدا کردہ ضیق کا نتیجہ اکثر اوقات اتساع معدہ ہوتا ہے۔ لیکن ایک متارہ نما معدہ (leather-bottle stomach) چھوٹا ہوتا ہے۔ جب بالیدہ باریطونی سطح تک پہنچ جاتی ہے تو عام طور پر دوسرے اعضاء سے معدہ کا انضمام واقع ہو جاتا ہے، اور اس کے بعد ممکن ہے کہ اس عضو پر (جس کے ساتھ انضمام واقع ہوا ہے) سرطان کا حملہ ہو جائے۔ اس طرح جگر اور لبلبہ پر اکثر اوقات، اور طحال یا قولون پر کبھی کبھی حملہ ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں ایک معدی قولونی ناسور کا پیدا ہو جانا ممکن ہے۔ فوادی سرے کا سرطان اکثر اوقات مری پر حملہ آور ہوتا اور اسے مسدود کر دیتا ہے۔

مختلف اعضاء، باریطون، جگر، لبلبہ، پھیپھڑوں، اور متصلہ لمفائی غدد میں ثانوی جماؤ واقع ہو جاتے ہیں۔ یہ ماساریقی، پس باریطونی، اور بابی غدد ہیں۔ لیکن جیسا کہ مری کے سرطان میں بھی ہوتا ہے، بعض اوقات عنقی لمفائی غدد بالکل ابتداء میں ماؤف ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ سریری نقطۂ نظر سے ان اصابتوں کے دو گروہ ہوتے ہیں، اس لحاظ سے کہ آیا بوابی فعل میں خلل اور اس کے ساتھ معدی ماقیہ کا غیر معمولی احتباس ہوا ہے یا نہیں۔

(ا) اس گروہ کے ابتدائی درجوں کے علامات خاص کر سوء ہضم کے علامات ہوتے ہیں۔ اول تو عدم اشتہا اور متلی ہوتی ہے، اور پھر جی کا ڈوبا جانا، غذا کے بعد درد اور ریحیت۔ یہ درد شراسیف میں، یا سوزش سینہ کے مقام پر ہو سکتا ہے۔ جب سرطان بواب کے مقام پر واقع ہو تو قئے کا اس حالت میں جلد تر واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، بہ نسبت اس کے کہ جب وہ اس نقطہ سے دور واقع ہو۔ قئے میں غذا موجود ہوتی ہے جو ہضم کے مختلف مدارج میں ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ کم و بیش مخاط یا خون کی دھاریاں ملی ہوتی ہیں۔ قئے کے ساتھ ملا ہوا خون اکثر ذرد قہوہ کا منظر رکھتا ہے۔

پھر درد ایک نمایاں علامت بن جاتا ہے، اور اگر بالیدہ متصلہ اعضا (جیسے کہ لبلبہ) پر حملہ آور ہو جائے تو وہ مستمر ہوا کرتا ہے، یا اُس کا اُٹھنا کھانے پر منحصر نہیں ہوتا۔ وہ شانوں کے درمیان محسوس ہوتا ہے، یا قطنی خطہ میں۔ وہ اکثر وخزی اور ممزق ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ ناقب، سوزشی، قارض یا خارق ہو۔ اِس قسم کے سرطانِ معدہ میں شدید بنیئی اختلال کے علامات نسبتہً جلد شروع ہو جاتے ہیں۔ مریض دُبلا ہو جاتا ہے، اُس کی طاقت گھٹ جاتی ہے، اور رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور ترقی یافتہ اصابتوں میں لاغری اور عدمِ دمویت بہ درجۂ انتہا موجود ہوتے ہیں۔ آنتوں میں زیادہ تر قبض ہوا کرتا ہے۔ براز دم الاسود بہ طور ایک ابتدائی اَمارت کے شاذ ہوتا ہے، لیکن مخفی خون (ملاحظہ ہو صفحہ 330) عام ہے۔

(۲) جب بواب کے فعل میں کوئی خلل نہ ہوا ہو تو بالیدہ عموماً جسمِ معدہ میں ہوتی ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔ ممکن ہے کہ جب تک کہ بالیدہ بہت زیادہ ترقی یافتہ نہ ہو جائے کوئی علامات موجود ہی نہ ہوں۔ اور پھر قرب وجوار کی ساختوں کی دررسیدگی کی وجہ سے پشت میں درد محسوس ہونے لگے۔ لیکن ایسی بالیدہ سے مسلسل خون بہتا ہے، اور مستیرہ خون پاخانوں کے اندر پایا جاتا ہے۔ اِس سے جو عدمِ دمویت پیدا ہو جاتی ہے سلعہ غیر جس پذیر ہونے کی حالت میں اُس سے متلف عدمِ دمویت (pernicious anæmia) کا شبہ پیدا ہو سکتا ہے۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ ترقی پذیر ضعف موجود ہو۔

عام طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ سرطان کی اصابتوں کی غالب تعداد میں ایک سلعہ کسی نہ کسی وقت پایا جاتا ہے اگرچہ وہ ابتدائی تین یا چار مہینوں میں شاذ ہی ملتا ہے، اور بعض اعداد و شمار کی رو سے وہ ابتدائی چھ مہینوں کے اندر صرف ۳۳ فی صدی اصابتوں میں ملتا ہے۔ سلعہ کا محلِ وقوع، بلاشبہ معدے کے ماؤف حصے کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ بوابی سلعہ عموماً خطِ درمیانی میں یا کسیقدر دائیں طرف قصِ خنجری اور ناف کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ جب معدہ بہت متسع ہوتا ہے تو یہ سلعات ناف سے بھی نیچے ہوتا ہے۔ جسامت میں وہ ایک اخروٹ سے لے کر ایک چھوٹی نارنگی کے برابر متغیر اور عموماً نہایت سخت ہوتا ہے۔ ابتداءً وہ آزادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتا ہے اور تنفس کرنے پر نیچے چلا جاتا ہے، لیکن نسبتہً بعد کے درجوں میں ممکن ہے کہ وہ انضمامات پیدا کرنے اور

355

زیادہ مثبت ہو جائے۔ اکثر اوقات اس میں زیر افتادہ اور طی کا صدمہ منتقل ہو جاتا ہے۔ قرع کرنے پر وہ اصم یا غیر کامل طور پر گنگی ہوتا ہے۔ اسے ہاتھ لگانے سے درد محسوس ہوتا ہے۔ کبھی کبھی انثقاب کیسۂ باریطونی کے اندر واقع ہو جاتا ہے، اور اس کے بعد التہاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن اس حادثہ کے علامات مبہم ہوتے ہیں اور صاف نمایاں نہیں ہوتے۔ پس باریطونی غدد کا سرطان پیروں کا تہیج پیدا کر دیتا ہے، اور یہی نتیجہ بڑی وریدیا کی علقیت سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ معدی قولونی ناسور (جو بیشتر سرطان کے معدے سے قولون تک پھیل جانے کا نتیجہ ہوا کرتا ہے) کی نمایاں خصوصیت یا تو یہ ہوتی ہے کہ معدے کے غیر منہضم شدہ مافیہ براہ راست قولون کے اندر اور یہاں سے براہ معاء مستقیم چلے جاتے ہیں یا یہ کہ برازی قئے ہوتی ہے، کیونکہ قولون کے مافیہ معدے کے اندر چلے جاتے اور پھر یہاں سے قئے کے ذریعہ نکل جاتے ہیں۔

موت عموماً خستگی کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، اور یہ خستگی غذا کے ناقص تمثیل کا نتیجہ ہوتی ہے یا باریطون کے اندر ثانوی بالیدگیوں کے بسرعت پھیل کر استسقاء زقی ہونے کا، یا جگر کے اندر ثانوی بالیدیں پھیل کر مسلسل ارتفاع حرارت ہونے کا۔ کثیر القدف یا التہاب باریطون، التہاب شعبی، یا ذات الریہ اس منظر کو ختم کر سکتے ہیں۔

مدت مرض ۔ یہ بیماری عام طور پر چھ ماہ سے دو سال تک جاری رہتی ہے۔ دو تہائی اصابتیں آٹھ مہینے سے کم جاری رہتی ہیں، اور ایک نہایت تھوڑی تعداد دو سال سے زائد تک جاری رہتی ہے۔

تشخیص ۔ سرطان اپنے آخری مدارج میں سلعہ کی موجودگی کی وجہ سے معدے کے دوسرے بیشتر امراض سے شناخت کر لیا جاتا ہے۔ کبھی کبھی ایک بڑھے ہوئے سخت عنقی غدہ کے مل جانے سے، بالخصوص جب کہ یہ غدہ بائیں جانب ہو، اس تشخیص کی طرف اشارہ ہوتا ہے۔ اگر کوئی سلعہ شناخت نہ ہو سکے، تو جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے، سرطان کا مختلف عدم دمویت (pernicious anæmia) کے ساتھ، یا مزمن سوءِ ہضم اور اس سے متلازم التہاب المعدہ یا ہضمی قرحہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے، یا ممکن ہے کہ خالصاً وجع العصبی دردوں کے متعلق یہ خیال کر لیا جائے کہ یہ سرطان کی وجہ سے ہیں۔ استثنائی اصابتوں میں یہ بھی ممکن ہے کہ حصوں کا وہ تشابک اور انضمام جو

قرحہ سے پیدا ہوجاتا ہے' سرطان کی مشابہت پیدا کردے۔ مریض کی عمر اور مرض کی نشست
قلیل مدت' یہ بھی اس کی تشخیص میں اہم عناصر ہیں' کیونکہ بیشتر اصابتوں میں سرطان
سابقہ معدی قرحہ کا نتیجہ نہیں ہوتا۔

لاشعاعیں ممیز مناظر ظاہر کرتی ہیں۔ بسمتھ کی خوراک کی وجہ سے سایہ ایک
کم و بیش وسیع صاف رقبہ یا "نقص پُری" کے ذریعہ سے منقطع ہوتا ہے۔ یہ رقبہ
یا نقص دو یا زائد ہموار یا صدقی خاکوں کے ذریعہ سے اس سایہ میں متداخل ہوتا ہے۔
یہ اس تنفظ بالید کا قایم مقام ہے جو معدے کے درونہ میں اُبھر آتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ
۲۸ الف)۔ دبائے پر یہ الیم ہوتا ہے' اور اس کی شکل مستمر ہوتی ہے۔ یہ حرکات
دودیہ میں شرکت نہیں کرتا' جو معدے میں دوسرے مقامات پر نظر آسکتے ہیں۔ ممکن
ہے کہ کوئی نقص پُری مرئی ہونے سے پہلے حرکت دودی کا یہ انقطاع ہی ابتدائی ترین
امارت ہو۔ متارہ نما معدے کی حالت میں یہ نظر آتا ہے کہ غذا ایک مقابلتاً تنگ نالی کی
راہ سے' بلا کسی مرئی حرکت دودی کے سیدھی اثنا عشری کے اندر بہ سرعت گرتی ہے
(ملاحظہ ہو صفحہ ۲۰ ب)۔ ۱۶ فی صدی اصابتوں میں ایک طبعی لاشعاعی روئداد حاصل
ہوئی (57)۔

مریض کو شب میں دودھ کے اندر دو ٹی سپون فل کوئلہ (charcoal) دینا
چاہئے' اور دوسرے روز علی الصباح اس کے معدے کے مافیہ کا امتحان کرنا چاہئے
(49)۔ تازہ یا متغیر مرئی خون کی موجودگی سرطان کی طرف اشارہ کرتی ہے' بالخصوص
جب کہ خون اس طرح ایک سے زائد موقع پر پایا جائے' لیکن کوئلہ کی موجودگی سے
معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ظاہر ہوتی ہے۔ ۷۴ فی صدی اصابتوں میں سکونی رس
میں خون موجود تھا' اور ۸۷ فی صدی میں آزاد ہائڈرو کلورک ایسڈ بالکل نہ تھا (57)۔
خون کا مسلسل رساؤ سرطان کا ممیز خاصہ ہے' مگر کبھی اتفاق سے بہنے والا وافر نزف اغلباً قرحہ کا نتیجہ B60
ہوتا ہے۔ دُرد قہوہ جیسی قئے دونوں حالتوں میں دیکھی جاتی ہے۔

معدے کو دھو ڈالنے کے بعد ایک امتحانی خوراک دی جائے۔ امتحانی
خوراک کے اندر لیکٹک ایسڈ کی موجودگی سرطان معدہ پر دلالت کرتی ہے۔
۴۴ فی صدی اصابتوں میں بے ترشگی تھی۔ چنانچہ آزاد ہائڈرو کلورک ایسڈ تغیر پذیر

۲۸ ۔



الف ۔ معدہ بیریم سے بھرا ہوا ہے ۔ بوالی حصہ میں سرطان کی موجودگی نقص پری سے ظاہر ہوتی ہے ۔ اثنا عشری کلاہ اچھی طرح نظر آتی ہے ۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک نے لی ہے)



ب ۔ سرطان کی وجہ سے ایک متاثرہ نما معدہ ۔ (شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک نے لی ہے)

مقدار میں عموماً پایا جاتا ہے۔ بلکہ ممکن ہے کہ بیش ترشگی بھی موجود ہو (57)۔ لیکن اکثر "فاعلی ہائڈروکلورک ایسڈ" ("active HCl") میں اور "آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ" ("free HCl") کی مقدار میں بڑی کمی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک مستلازم مزمن التہاب المعدہ کے باعث معدی کلورائڈ گھٹا ہوا ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں معدی کلورائڈ بڑھا ہوا ہوتا ہے جس سے یہ اشارہ ہوتا ہے کہ بالیدہ سے رسنے والے مصل سے ہائڈروکلورک ایسڈ کی تعدیل ہو گئی ہے۔ صرف ۴۶ فی صدی اصابتوں میں معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ظاہر ہوئی۔ ۶۴ فی صدی میں خون کسی نہ کسی وقت موجود تھا، اور باقی ماندہ ۳۶ فی صدی میں جب پاخانوں کا مخفی خون کے لئے امتحان کیا گیا تو خون مختلف مقداروں میں موجود پایا گیا۔ لہٰذا امتحانی خوراک اور پاخانوں، دونوں میں خون کی غیر موجودگی تقریباً ہمیشہ سرطان کو خارج از بحث کر دے گی، لیکن راقم الحروف نے ایک چہل سالہ مریضہ کی ایسی اصابت دیکھی جس کا سرطان معدہ ہونا جراحی عملیہ سے ثابت ہو چکا تھا، مگر جس میں امتحانی خوراک اور پاخانوں میں کوئی خون نہ تھا، اگرچہ بے ترشگی موجود تھی اور لاشعاعوں سے ایک بڑا نقص پُری ظاہر ہوا۔

اِنذار۔ یہ ناموافق ہوتا ہے کیونکہ تاوقتیکہ بالیدہ اور تمام سرایت زدہ غدد کا بالکل استیصال نہ کیا جا سکے موت ناگزیر ہے۔

علاج۔ مشتبہ ابتدائی اصابتوں میں شکم شگافی کے عملیہ کا مشورہ دینا چاہئے، کیونکہ بالیدہ کا استیصال ہی تقریباً واحد شفا بخش طریقہ ہے۔ اس وقت جب کہ ایک گولہ محسوس ہو سکے یہ عملیہ بعد از وقت ثابت ہوگا، کیونکہ اس وقت تک بالیدہ پھیل چکتی ہے اور لمفائی غدد ماؤف ہو جاتے ہیں۔ معدی صائمی تفویہ کا عملیہ ایک تخفیفی تدبیر کے طور پر انجام دیا جا سکتا ہے۔ عمیق لاشعاعی علاج بھی آزمایا جا سکتا ہے۔

اگر اتساع نمایاں علامت ہو اور ہر چند روز کے بعد غذا کی بڑی مقداریں قئے سے نکل جاتی ہوں تو ممکن ہے کہ معدے کو روزانہ دھو ڈالنے سے عارضی تسکین معلوم ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 352)، یا مریض کو درد محسوس ہونے کے وقت ایک تی دافل [illegible] کی ترکیب کھلا دینی چاہئے، کیونکہ بعض اوقات صرف اسی سادہ تدبیر سے

تسکین حاصل ہو جاتی ہے۔ ورنہ مزمن سوء الہضم کے تحت بیان کردہ تدبیریں کام میں لانی چاہئیں۔

معدے کے غیر خبیث سلعات۔ اس زمرہ میں ذیل کے سلعات شامل ہیں :۔ غدی سلعہ، عضلی سلعہ، معین لبلبہ، شحمی سلعہ، لیفی شحمی سلعہ، لمفائی غدی سلعہ، اور دو یرے۔ یہ بہت کم واقع ہوا کرتے ہیں۔ پہلے تین سب سے کم غیر عام ہیں اور کبھی کبھی وہ بواب کو مسدود کرکے علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں علامات کا انحصار سلعہ کی جسامت اور جائے وقوع پر ہوگا۔

قبض

(CONSTIPATION)

آنتوں کے تحت مند فعل کا انحصار غذا کی کافی رسید پر ہوتا ہے کہ جس کا فضلہ براز کا مادہ بنتا ہے نیز معائی رسوں کے قدرتی افراز پر اور ایک ایسے معائی عضلی نظام پر جو آسانی کے ساتھ متہیج ہو اور اتنا کافی قوی ہو کہ براز کو ایک مقام سے دوسرے مقام تک آگے دھکیل سکے۔ لیکن یہ فعل مختلف افراد میں مختلف ہوتا ہے، جو بایں ہمہ ممکن ہے تندرست ہوں۔ بیشتر اشخاص میں پاخانہ دن بھر میں ایک بار ہوتا ہے، لیکن دوسروں میں روزانہ دو بار اور بعضوں میں صرف ایک دن چھوڑ کر ہوتا ہے۔ جب چوبیس گھنٹے کے طبعی عرصہ سے زیادہ تک یا بعض اشخاص میں دو دن تک احتباس براز ہو تو یہ قبض ہے۔ یہ نتیجہ ہوتا ہے (۱) بڑی آنت کے طول میں براز کی عام حرکت میں تاخیر کا (قولونی رکود = colonic stasis) یا (۲) حوفی قولون اور معاء مستقیم کی تفریغ میں تاخیر کا (عسر تبرز = dyschezia) یا مجموعی طور پر ان دونوں اعمال میں تاخیر کا۔

۱۔ معائی قنال میں براز کی عام حرکت خالصتاً غیر ارادی ہوتی ہے اور اس کا انحصار معائی دیوار کی کافی عضلی طاقت پر ہوتا ہے، جسے مناسب غذا سے معقول

تحریک پہنچتی ہے۔ کمزور عضلی نظام ایک موروثی قصور ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ آخری عمر میں طاری ہو کر شیخوخی قبض (senile constipation) کا سبب بن جائے۔ عضل کی عارضی کمزوری حمیّات اور حاد امراض میں واقع ہو جاتی ہے، اور عدم دمویت اخضریت (chlorosis) کساحت اور اُن امراض کا نتیجہ ہو سکتی ہے جن میں عصبی انخفاض ہوتا ہو جیسے کہ مالیخولیا، نہاکتِ اعصاب (neurasthenia) وغیرہ۔ مقامی طور پر ممکن ہے یہ ریحی تمدد اور غشاءِ مخاطی کی نازلت کا نتیجہ ہو۔

357 معاء کو تہیج بالخصوص غذا سے حاصل ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ مقدار میں ناکافی ہو، یا از حد خشک ہو، یا اِس میں میکانی تہیجات کی قلت ہو، جن میں نباتی اشیاء کا سیلولوز (cellulose) سب سے زیادہ اہم ہے۔ نیز معلوم ہوتا ہے کہ بعض افراد میں آنتوں میں غیر معمولی قوتِ ہضم و جذب کے باعث اس قدر کم ثفل باقی رہتا ہے کہ اِفراغات لازمی طور پر بہت کم مرتبہ ہوتے ہیں۔ اِس حالت کو "حریص قولون" ("greedy colon") کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔ معدے کی بہت سی خرابیوں میں بالخصوص جہاں قئے بار بار ہوتی ہو، قبض ہوا کرتا ہے۔ مزید برآں حوض یا شکم کے التہابی یا ضربی نوعیت کے دردناک مقامی عوارض سے آنت کا معکوس فعل براہِ راست ممتنع ہو سکتا ہے۔

قولونی رکود کی تشخیص صرف اُسی وقت ہو سکتی ہے جب کہ ایک غیر شفاف خوراک دینے کے بعد امعاء کا امتحان کیا جائے۔ معمولی حالات میں چار گھنٹوں کے اختتام پر معدہ خالی ہوتا ہے اور غذا لفائفی کے انتہائی سرے پر جمع ہوتی ہے۔ دوسری خوراک لینے سے لفائفی کی انتہا پر اور قولون کے اندر خاص فعلیت پیدا ہو جاتی ہے، جس کی وجہ سے معائی ما فیہ بسرعت آگے کی طرف حرکت کرتے ہیں۔ (معدی لفائفی اور معدی قولونی معکوسات)(50)۔ غیر شفاف غذا معدے سے کلی طور پر غائب ہو جانے کے عموماً چار گھنٹے بعد لفائفی کو چھوڑ چکی ہوتی ہے۔ لیکن لفائفی رکود کی تشخیص بلا خطر صرف اُسی وقت کی جا سکتی ہے جب کہ اِس غذا کے کھانے کے چھ گھنٹے بعد تک اِس کا خفیف سا حصہ بھی اعور کے اندر داخل نہ ہوا ہو، یا جب کہ اس غذا کا بیشتر حصہ غذا کھانے کے نو گھنٹے بعد بھی لفائفی کی انتہا ہی میں ہو اور یہ معلوم

ہو چکا ہو کہ معدے نے خود کو تین یا چار گھنٹوں میں خالی کر دیا ہے۔ طبعی طور پر غیر شفاف غذا چوبیس گھنٹے میں معاء مستقیم میں پہنچ جاتی ہے۔ قولونی رکود اس وقت موجود ہوگا جب کہ اس مدت کے اختتام پر وہ اب بھی بلکہ اعور یا قولون صاعد میں ہو یا جب کہ چوبیس گھنٹے میں وہ طحالی تعریج میں پہلی مرتبہ پہنچی ہو لیکن غیر شفاف غذا اس خوراک کے کھانے کے اڑتالیس گھنٹے بعد بھی قولون مستعرض میں موجود ہو۔ اگر قولونی رکود شدید درجہ کا ہے تو لفائفی اعوری مصراع کے پار معائی مافیہ کے گذرنے میں بھی تاخیر ہوگی (لفائفی رکود) لفائفی رکود قولونی رکود کے بغیر بھی واقع ہوسکتا ہے، بالخصوص تحت الحاد التہاب زائدہ کی اصابتوں میں (زائدۂ ضابط = controlling appendix)۔

۲ چوبیس گھنٹے کے دوران میں جو براز حوضی قولون کے اندر جمع ہو جاتا ہے اس کے معاء مستقیم کے اندر داخل ہونے سے تبرز کی خواہش پیدا ہوتی ہے، اور معاء مستقیم کے اندر براز کا یہ داخلہ ناشتہ کھانے کے تہیج یا اٹھ کر کھڑے ہونے کے تہیج یا کسی اور روزانہ وظیفہ کے تہیج سے معکوس طور پر واقع ہو جاتا ہے۔

تبرز کے آخری عمل یعنے مستقیم کے اندر براز کے داخلہ اور اس کی آخری تفریغ میں خلل واقع ہونا نام نہاد عادتی قبض (habitual constipation) کا ایک عام سبب ہے۔ ہرسٹ (Hurst) نے اسے عسرِ تبرز کا نام دیا ہے۔ اس فعل کی انجام دہی کا انحصار ایک تہیج پر ہوتا ہے جو معاء مستقیم سے متعلق ہوتا ہے، اور اس مجمعیت پر جو حوضی قولون کی طرف سے ظاہر ہوتی ہے۔ ان اشخاص میں جن میں اجابت پابندی اوقات کے ساتھ ہوا کرتی ہے، یہ تہیج روزانہ ایک خاص وقت پر پیدا ہوا کرتا ہے اور اگر اسے عمل کرنے دیا جائے تو اس کا نتیجہ افراغ ہوتا ہے لیکن اگر اس تہیج سے بے اعتنائی کی جائے اور پاخانہ پھرنے کی خواہش کو دبا دیا جائے تو بعد کے موقع پر اس معکوس کے نسبتاً کم فعال ہونے کا امکان ہوتا ہے، اور کچھ زمانہ گذر جانے کے بعد ممکن ہے کہ یہ تہیج محسوس ہی نہ ہو۔ چنانچہ اس خواہش کا دبانا اور اس کے احساس سے بے اعتنائی کرنا قبض کے عام اسباب ہیں۔ کام پر جانے کے لئے جلدی کرنے والے اشخاص کی حالت میں عدم فرصت، بڑے مکانوں میں یا لڑکیوں کے

مدرسوں میں چھوٹی شرم' بڑے دفاتر میں جگہ کا کافی نہ ہونا اور بہت سے لوگوں میں محض کاہلی
یہ اس کا سبب ہوتے ہیں' چنانچہ اس عمل کو ملتوی کر دیا جاتا ہے یہاں تک کہ پابندیٔ وقت
کی عادت بالکل چھوٹ جاتی ہے' براز دو یا تین دن بلکہ ایک ہفتہ تک محبوس رہتا ہے'
اور پھر صرف ملین ادویہ یا حقنہ کے استعمال سے افراغ حاصل کیا جا سکتا ہے۔

عسرِ تبرز کا ایک دوسرا سبب اُن ارادی عضلات کی کمزوری ہے' جو اقبیہ
شکم کو کھینچتے ہیں' اور قولون سے معاء مستقیم کے اندر' اور معاء مستقیم سے مبرزی گذرگاہ
کے آر پار براز کے گذرنے میں ممد ہوتے ہیں۔ یہ شہیقی عضلات شکم' ڈایافرام' عضلۂ
رافع المبرز اور حوضی فرش کے دوسرے عضلات ہیں۔

اگر غیر شفاف خوراک کا بیشتر حصہ اس کے کھانے کے چوبیس گھنٹے بعد حوضی
قولون اور معاء مستقیم میں پہنچ گیا ہے' اور اگر باوجود اس کے تبرز کی خواہش نہ ہو تو
عسرِ تبرز کی تشخیص قائم کی جا سکتی ہے۔

براز کے گذرنے میں میکانی رکاوٹیں' جیسے کہ قولون کا ضغط یا تنگی' براز کی
سخت گٹھلیاں' بالید کی وجہ سے تضیق' عضلۂ عاصرۃ المبرز کا تشنج' اور قولون کا تشنج 358
(یعنے وہ حالت جسے تشنج الامعاء : entrospasm کہتے ہیں) بڑی آنت کے
کسی بھی حصہ میں تاخیر واقع کر سکتی ہیں۔ ان میں بعض حالتیں بلند تر درجہ میں مکمل تسدید پیدا
کر دیتی ہیں۔

علامات۔ اگر آنتوں کو اپنے حال پر چھوڑ دیا جائے تو ان کا عمل یعنی اجابت
دو تین یا چار یا زیادہ دنوں کے وقفہ سے ہوتی ہے۔ قولون یا معاء مستقیم برازی مادے
کی سخت گول گٹھلیوں (مُشَدّدون) سے پُر ہو جاتی ہے' جو کسی قدر پھیکے رنگ کی
ہوتی ہیں' اور باہم پیوستہ ہو کر تودے بنا دیتی ہیں۔ پاخانہ پھرنے کی خواہش کا
نتیجہ پہلے شاید یہی ہوتا ہے کہ کانکھنے کی کوششیں ہوتی ہیں جو غیر موثر ثابت ہوتی ہیں۔
لیکن بالآخر کچھ سدے نکلتے ہیں' اور ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے اندر کچھ اور دو یا تین
بار کر نکلیں' یہاں تک کہ نیچے والی آنت خالی ہو جائے۔ اس کے بعد کئی روز کے
دوسرے عرصے تک آنت غیر فعال رہتی ہے یعنی اجابت نہیں ہوتی۔ اس احتباس
کے دوران میں ممکن ہے کہ مریض مختلف الاقسام کی بے آرامیاں محسوس کرے۔

مقامی طور پر ممکن ہے کہ مجان میں پُری یا بھاری پن کا احساس ہو' یا اُسے مبرزی خارش کی شکایت ہو۔ اور ممکن ہے کہ اُوردہ باصوری پھول جائیں' اور بواسیر پیدا ہو جائے۔ بعض اوقات اعصاب حوض پر برازی تودوں کے دباؤ کی وجہ سے نیچے رانوں تک درد ہوتا ہے۔ اکثر شکم میں اوسط درجہ کا تمدد ہو جاتا ہے' جس کے ساتھ شاید ریحیت اور ڈکاریں بھی ہوں۔ زبان اکثر فردار' سپیدی مائل یا میلی بھوری ہوتی ہے' اور ممکن ہے کہ سانس میں بدبو ہو۔ بعض مریضوں میں سستی اور پریشانی کا احساس ہوتا ہے' چستی یا تازگی مفقود ہو جاتی ہے' اور حقیقی دردِ سر ہوتا ہے' یا یہاں تک ہوتا ہے کہ بہت زیادہ ذہنی انخفاض ہوتا ہے۔ بعض اصحاب ان علامتوں کو اور بہت سی دوسری علامتوں کو امعاء کے ما فیہا کی سست رفتاری یا معوی ر کود پر محمول کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 360)۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہیے کہ اکثر قبض حقیقی زیادہ عادتی ہوتا ہے' عام اختلال اُسیقدر کم ہوتا ہے۔ اور بہت سے لوگوں میں باوجود اِس کے کہ انھیں آخری تفریغ بہت دن پہلے ہوئی تھی خود بین کسی خرابی کا احساس نہیں ہوتا۔

جہاں براز معاءِ مستقیم میں محبوس ہو جاتا ہے آخرالذکر اُسے جگہ دینے کیلئے بے انتہا متسع ہو جاتی ہے۔ براز کی وہ حالت کہ جبکہ اِس کے سدے بن جاتے ہیں' اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ وہ قولون میں محبوس ہو جاتا ہے' اور اس احتباس کے دوران میں اس کے اندر جو کچھ پانی موجود ہوتا ہے اُس میں سے زیادہ تر کے جذب ہو جانے کا موقع پیدا ہوتا ہے۔ اُس وقت بھی جب کہ معاءِ مستقیم سدّوں کے تودوں سے پُر ہو کر تی ہوئی ہو مبرز سے کسیقدر برازی سیال خارج ہو سکتا ہے یا مخاط کے افراز کی تحریک ہو سکتی ہے' اور ممکن ہے کہ ان مائیات کے اِخراج سے اسہال کی مشابہت ہو جائے۔ نتیجۃً زیادہ وسیع نازلتی التہابِ قولون' اور برازی قروح بھی قبض سے پیدا ہو سکتے ہیں۔

حوضی قولون کے اندر برازی مادّے کا اجتماع ممکن ہے ایسا ہو کہ وہ شکم کے حصۂ زیریں میں ایک بڑی رسولی بنا دے جس کا امتیازی خاصہ یہ امر ہے کہ انگلی کے سخت دباؤ سے اس میں گڑھا پڑ سکتا ہے۔

علاج۔ مجملاً یہ کہا جا سکتا ہے کہ قولونی رکود کا علاج غذا کے ذریعہ سے اور شدید تر درجوں میں ذلک شکمی ورزشوں اور ادویہ سے کرنا چاہئے' اور عسرِ تبرز کا علاج ترغیب اور ورزشوں سے' اور شدید تر درجوں میں درجہ دار حقنوں سے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بعض مریض ہر دوسرے یا تیسرے روز پاخانہ جانے کی صورت میں بھلے چنگے رہتے ہیں۔

مریض کو روزانہ پابندئ وقت کے ساتھ اور بلا عجلت کئے پاخانہ جانا چاہئے خواہ اُسے اُس وقت حاجت معلوم ہو یا نہ ہو' اور اِس طریقہ کو بقیہ زندگی بھر ایک عادت کے طور پر جاری رکھنا چاہئے' لیکن ممکن ہے کہ اِس طرزِ عمل کے عمدہ اثرات کا پورا اظہار مہینوں کے بعد ہو۔ عسرِ تبرز کی حالت میں اُکڑوں وضع اختیار کرنی چاہئے

غذا کی ترمیم اس نہج پر کرنی چاہئے کہ اس میں کافی سبزیاں ترکاریاں تازہ یا مصئون پھل' یا سلاد معہ سلاد کے تیل کے شامل ہوں۔ لال روٹی (brown-bread) یعنے چھنے آٹے کی روٹی' یا چنے کے دلئے سے بعض اوقات آنتوں کو مطلوبہ تہیج حاصل ہو جاتا ہے۔ غذا کافی مائع بھی ہونی چاہئے' اور بعض لوگوں میں ناشتہ سے پہلے ایک گلاس ٹھنڈا پانی پینے یا ایک سیب کھا لینے سے روزانہ ایک اجابت ہو جاتی ہے۔ حریص قولون کی اصابتوں میں دلئے' آلوؤں یا دم پخت کردہ پھلوں میں جذب ناپذیر پسے ہوئے اگار اگار (agar agar) کے ایک دو چھوٹے چمچے ملا لینا مفید ہوتا ہے۔

اُن لوگوں میں جو نقل و حرکت کم کرتے ہوں اور گھر میں بیٹھے رہنے کی عادتیں رکھتے ہوں چلنے کی ورزش' شمشیر بازی' گھوڑے کی سواری' گاڑی کی سواری یا گاف کھیلنا مفید ہوتا ہے' یا سویڈش ورزشوں سے عضلاتِ شکم کو خاص طور پر ورزش کرائی جائے اور قولون کی مالش اُس خط کے طول میں کی جائے جو غیر شفاف خوراک کے بعد لاشعاعوں سے ظاہر ہوا ہو۔ عورتوں میں فرش حوض کو ورزش کرائی جائے یعنی مریضہ کو کہا جائے کہ وہ صبح و شام مبرز کو تیس بار اندر کھینچے اِس طرح جس طرح کہ ریح کے اخراج کو روکنے کے لئے کیا جاتا ہے۔

359

لیکن باایں ہمہ ممکن ہے کہ پھر بھی ادویہ کے استعمال کی ضرورت پڑے'

اور ان کے انتخاب میں احتیاط اور غور کی ضرورت ہے۔ عام طور پر نہایت تیز یا شدید الفعل مسہلات سے پرہیز کیا جائے، کیونکہ اُن سے بہت سے پتلے دست ہوجاتے ہیں، جن کے اثر سے معوی عضلہ کلی طور پر خستہ ہوجاتا ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بعد میں کئی دن تک کوئی تفریغ نہیں ہوتی۔ لیکن یہ پہلے ہی بتلایا گیا ہے کہ قبض کا انحصار حرکت دودی کی قلت پر ہوتا ہے، اسی واسطے حد سے زائد تہیج اور خستگی سے خاص طور پر احتراز لازم ہے۔ اس نقطۂ نظر سے اس سے بہت فائدہ حاصل ہوتا ہے کہ معمولی ملینات کے ساتھ ایسی دوائیں بھی شریک کردی جائیں جو معوی عضلہ پر مقوی اثر رکھتی ہوں۔ یہ بالخصوص کچلا اور لوہا ہیں۔ سنا کی پھلیاں جنھیں چند گھنٹے ٹھنڈے پانی میں بھگو رکھا اور پھر پیا جاتا ہے، ایک مفید ملین ہیں۔ کاسکیرا اسیگریڈا (cascara sagrada) کا مائع خلاصہ، ۳۰ یا ۴۰ قطروں کی مقداروں میں شربت زنجبیل (syrup of ginger) کے ساتھ شریک کرکے یا اس کا خشک خلاصہ ۲ یا ۳ گرین کی مقداروں میں گولی کی صورت میں روزانہ شب کے وقت دیا جاسکتا ہے۔ خالص لکوڈ پیرافین، حالتِ مرض کی ضروریات کے لحاظ سے ½ اونس تا ۱ اونس کی مقداروں میں روزانہ ایک یا دو بار دیا جاسکتا ہے۔ آلائن (aloin) ⅛ یا ½ گرین اور کچلے کا خلاصہ ⅛ یا ¼ گرین، ایک کارگر امتزاج ہے، جس کا استعمال صبح کے وقت ناشتہ سے پہلے کرنا چاہیے۔ بعض اوقات اس کے ساتھ خلاصہ لفاح (extract of belladonna) ¼ گرین، یا عرق الذہب (ipecacuanha) ½ گرین شامل کردینا مفید ہوتا ہے۔ سلفیٹ آف آئرن (sulphate of iron) (۱ گرین)، آلائن اور کچلے کے ساتھ بھی نہایت مفید ہوتا ہے۔ اگر روزانہ ایک گولی ناکافی ہو تو دو بلکہ تین گولیاں لی جاسکتی ہیں۔ لیکن بہرصورت اصل علاج یہ ہے کہ فعال اسہال سے پرہیز کرنا چاہیے، اور جیسے ہی کہ اس کے پیدا ہونے کا امکان معلوم ہو، روزانہ تین گولی کو گھٹا کر دو یا دو سے ایک کردینا چاہیے۔ اور آخرکار آنتوں کا فعل یعنی اجابت بلا کسی قسم کی خارجی مدد کے خود ہونے لگے گی۔ بعض حادثی حالتوں میں یا شکمی عملیات کے بعد ایسرین سیلی سلیٹ (eserine salicylate) یا پچوٹرین (pituitrin) کا تحت الجلدی انجکشن کیا جاسکتا ہے۔ قدرتی نمکین پانی (natural saline waters) جیسے کہ کروبیناٹ

(Rubinat)، پولنا (Pullna) ہنیاڈیکنوس (Hunyadi Janos)(اِن میں میگنیشیم اور سوڈیم کے سلفیٹس موجود ہوتے ہیں)، اور کارلس باڈ (Carlsbad) (جو خاص کر سلفیٹ آف سوڈیم ہے) جب کبھی دستیاب ہوسکیں مفید ہوتے ہیں۔ انھیں مریض ناشتہ سے پہلے ایک وائن گلاس بھر سے لے کر ایک نصف ٹمبلر تک لے سکتا ہے۔ کارلس باڈ کے نمک جو مختلف چشموں کے پانی سے نکالے گئے ہوں، یا خود سلفیٹ آف سوڈیم بھی دے سکتے ہیں۔ آدھے ٹمبلر گرم پانی میں ایک چھوٹا چمچہ بھر نمک حل کرکے ناشتہ سے پہلے پی لینا چاہئے۔ علاج کے آغاز میں آنت کے اندر، بالخصوص معاء مستقیم میں، جو مفتحات (aperients) کے راست عمل کے نقطہ سے نیچے ہوتی ہے، براز کا اجتماع ہوتا ہے اِس لئے اکثر ٹھنڈے پانی کے حقنوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب براز کا ایک بڑا اجتماع واقع ہوگیا ہو تو ممکن ہے کہ حقنہ کے ساتھ انگلی کی مدد سے بھی کام لینا پڑے۔ اِس کے بعد چند روز تک حقنہ کا استعمال جاری رکھنا چاہئے تاکہ زیادہ قدرتی طریقہ قائم ہونے تک اُس سے آنت کو تحریک حاصل ہوتی رہے۔ اُس عسر تبرز میں جو ترغیب اور ورزشوں سے شفایاب نہ ہو، گلیسرین کے درجہ وار حقنے آزمائے جاسکتے ہیں۔ اِنھیں ایک اونس گلیسرین سے شروع کرنا چاہئے اور بتدریج گلیسرین کو کم کرتے ہوئے اُس کے بجائے پانی کی مقدار دن بدن زیادہ بڑھاتے رہنا چاہئے۔

قتال غذائی تسمم الدم

(alimentary toxæmia)

قتال غذائی تسمم الدم سے مراد خون کے اندر اُن سموم کا جذب ہوتا ہے جو قنال غذائی سے اخذ ہوتے ہیں۔ اب یہ یقین زیادہ مستحکم ہوتا جارہا ہے کہ کثیر التعداد علامات امراضیاتی حالتیں، بلکہ صریح امراض بھی اسی تسمم الدم کے باعث ہوتے ہیں۔ مگر اِس سے پہلے کہ یہ نظریہ بالکل سائنٹیفک بنیاد پر قائم کردیا جاسکے بہت سی مشکلوں پر غالب آنا پڑے گا۔ فی الحال ہم اِس سے اور کچھ زیادہ نہیں کہہ سکتے کہ وہ علاج جو اِس مفروضہ پر مبنی رکھا گیا اکثر کامیاب ثابت ہوا۔ ظاہر ہے کہ سبب اور نتیجہ کی درمیانی کڑیوں کا پتہ لگا لینا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔

اولاً ممکن ہے کہ ان سموم کا منبع وہ عفونیات ہوں جو باہر سے داخل ہو جاتے ہیں، جیسے کہ عفونتِ دہن (oral sepsis) کی صورت میں کہ جس کا تذکرہ پہلے ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 321) اور ایسی صورت میں جو نئے خون کے اندر بتقاضاتِ مسجیہ داخل ہو جاتے ہیں یا وہ خرد عضویات جو دانتوں کے خانوں (sockets) سے آتے ہیں متواتر نکلتے جاتے ہیں اور مرض کا باعث ہوتے ہیں۔ یہ غذائی نخطے کے مختلف حصوں میں جا کر رنج سکتے ہیں اور وہاں سرائتیں پیدا کر دیتے ہیں۔ حال ہی میں رشیت نما التہابِ مفاصل (rheumatoid arthritis) اور التہابِ عظمی مفصلی (osteo-arthritis) کی بعض انواع اسی سبب کی طرف منسوب کی گئی ہیں۔ دوئم ممکن ہے کہ در اصل خود غذا ہی میں زہر موجود ہوں، یا پروٹینز بمقدارِ کثیر موجود ہوں جو تحلیل ہو جائیں یا کاربوہائیڈریٹس بمقدار کثیر موجود ہوں جن میں تخمیر پیدا ہو جائے۔ اور سوئم ممکن ہے کہ عادتی قبض کے نتیجہ کے طور پر غذا یا یوں کہنا زیادہ موزوں ہوگا کہ براز بہت عرصہ تک محبوس رہے یہاں تک کہ اس میں جراثیمی یا کیمیائی تغیرات نمودار ہو کر سموم یا زہری کیمیائی اشیاء پیدا ہو جائیں (معوی سرکود)۔

360

معلوم ہوتا ہے کہ ہضم کے پیچیدہ اعمال جو قنال غذائی میں معدے سے معاء مستقیم تک (بشمول ہر دو) واقع ہوتے رہتے ہیں، اور تاخیر و اختلال کے وہ امکانات جو ایک ایسے طویل کہفہ میں موجود ہیں، کیمیائی زہروں یا سموم کی تکوین کے لئے، اور دوران خون کے اندر ان کے داخلہ کے لئے وافر موقع بہم پہنچاتے ہیں لیکن تبدیل شاید یہ صرف جدید زہروں یا سموم کی پیدائش کا ہی سوال نہیں ہوتا بلکہ اس میکانیت کے ٹوٹ جانے کا بھی سوال ہوتا ہے جو غذائی قنال یا دوسرے مقامات کے زہروں کو خون کے اندر داخل ہونے سے طبعاً روکتی ہے۔ یہ میکانیت ہضمی افرازات مخاطی اغشیہ اور ان کا مخاط، جگر کا مانع سمیت فعل، اور ممکن ہے کہ غدہ درقی کا فعل ہے۔

لیکن یہ غیر یقینی معلوم ہوتا ہے کہ آیا وہ جراثیم جو عموماً آنت کے اندر پائے جاتے ہیں کوئی حقیقی نقصان کرتے بھی ہیں یا یہ کہ وہ کن حالات میں ایسا کرتے ہیں۔ اور کیمیائی اشیاء کے متعلق یہ ہے کہ ابھی بہت کچھ جاننا باقی ہے، کیوں کہ بعض اصحاب نے تو انڈال (indol)، اسکیٹال (skatol) اور فینال (phenol) کی تکوین اور انتھیریکل سلفیٹس

(ethereal sulphates) کی زائد تکوین کو بہت اہمیت دیتے ہیں، اور دوسرے اصحاب جیسے کہ میلان بی (Mellanby) امائنس (amines) میں بہت خطرہ دیکھتے ہیں، جو کہ اس وقت پیدا ہوتے ہیں جب کہ معوی جراثیم کی وساطت سے پروٹین پاش آمینو ایسڈز سے ان کی کاربن ڈائی آکسائیڈ الگ ہو جاتی ہے۔

غذائی قسم کی ان اصابتوں پر رائے زنی کی چنداں ضرورت نہیں۔ جن میں نوکی عصبیے موجود رکھنے والی تحلیل پذیر غذا کا ادخال ہو جاتا ہے، اور اس کے اثر سے علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔

نقرس (gout) اور اس سے مماثل حالتیں ایسی غذا کے طویل استعمال کی طرف منسوب کی جاتی ہیں جس میں پروٹینز کی مقدار بہت زیادہ ہو، لیکن یہ امر ابھی تک معرض بحث میں ہے کہ آیا ایسا اس وجہ سے کیا جاتا ہے کہ پروٹینز جلد تحلیل ہو جاتے ہیں، یا آیا خرد عضویے پروٹینز کے ساتھ کوئی تعلق رکھتے ہیں؟ یا آیا جراثیمی سموم، یا دوسرے کیمیائی مرکبات، جیسے کہ پیورینس (purins)، یہ فساد پیدا کر دیتے ہیں۔ اسی طرح ممکن ہے کہ کاربوہائیڈریٹس کی زیادتی بچوں میں ایک سمی حالت پیدا کر دے، جس میں تپ، متلی، ہری اجابتوں کے ساتھ اسہال، اور تمدد شکم موجود ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ بعض جلدی ثورانات کا انحصار معدی معوی بے قاعدگیوں پر ہوتا ہے، مثلاً سیپ دار مچھلی کھانے کے بعد شدید شری (acute urticaria) پیدا ہونا، خواہ یہ راست تسمم کے باعث ہو یا جیسا کہ بعضوں کا یقین ہے، استہداف کی ایک مثال ہو۔

تھوڑے عرصہ سے تیسرا جزو عامل دلچسپی کا مرکز بن گیا ہے، یعنے مزمن قبض یا معدی رکود، جو احتباس براز پیدا کر دیتا ہے، سر آربتھ ناٹ لین (Sir Arbuthnot Lane) نے اس احتباس کی طرف بہت سے خراب نتائج منسوب کئے ہیں۔ اس کا کہنا ہے کہ ابتدائی زندگی میں نامناسب غذا دینے سے اور انتصابی وضع قایم رکھنے سے آنتوں میں لٹک پڑنے کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ کہ ان کو سہارا دینے کے لئے مختلف حصوں میں باریطونی انضمامات بن جاتے ہیں، اور یہ کہ ازاں بعد مسلسل احتباس کی وجہ سے اور محبوس برازی مادے کے زائد بوجھ کی وجہ سے لفائفی کے آخری سرے پر اور اثنا عشری میں تثنیات بن جاتے ہیں، جو احتباس کو اور بھی بڑھا کر اس سے اوپر کے

حصوں کا اِتساع پیدا کر دیتے ہیں، اور ساتھ ہی تمام احشا کا عمومی سقوط بھی ہوتا ہے۔ اِس معوی رکود کے نتیجہ کے طور پر جو برازی مادہ اِس طرح محبوس ہو جاتا ہے اُس سے سمیات پیدا ہو جاتے ہیں جو مقامی اور عمومی دونوں طرح سے مضر اثر رکھتے ہیں۔ مقامی نتائج حسب ذیل کہے جاتے ہیں :- التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis)، اثنا عشری قرحہ تشنج بواب (spasm of the pylorus) معدی اتساع (gastric dilatation)، معدی قرحہ، معدے کا سرطانی سلعہ، اور جوفیسری سیلان ریم (pyorrhoea alveolaris) ۔

مریض کی عام حالت میں اِس معوی رکود سے جو تسمم پیدا ہو جاتا ہے وہ اُسے جسم کی ہر بافت میں محسوس ہوتا ہے :- ہاتھ ٹھنڈے، دورانِ خون ناقص، چہرے کا رنگ سیاہی مائل، چہرے اور بدن کی لونیت، صلبیہ کا دھندلا پن اور ملتحمہ کا تہیج، ذہنی سستی، انخفاض، دردِ سر، بے خوابی، جسمانی یا دماغی محنت کی ناقابلیت، وجع العصب۔ وہ بیان کرتے ہیں کہ اِس کے اثرات عورتوں میں بالخصوص مختلف ہوتے ہیں :- چربی کم ہو جاتی ہے، گردے لٹک پڑتے ہیں، رحم پس خمیدہ ہوتا ہے، پستان کا دویری مرض (cystic disease) اور سرطان پیدا ہو جاتا ہے، اور تناسلی بولی خطے کی سرایت بآسانی واقع ہو جاتی ہے۔

لیکن یہاں اِس کا اعتراف ضروری ہے کہ دوسرے مشاہدین یہ یقین نہیں رکھتے کہ مزمن معوی رکود دراصل اِس قدر خراب نتائج پیدا کر دیتا ہے۔ وہ یہ عقیدہ رکھتے ہیں کہ ایسے مریض جن علامات کی شکایت رکھتے ہیں وہ دراصل اُس نہاکتِ اعصاب کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں، جو استیطان کی عادت کے باعث نمویاب ہو جاتی ہے، اور بالخصوص اپنی آنتوں کے حرکات پر ہمیشہ مبالغہ کے ساتھ توجہ دینے سے۔

پروفیسر آرتھر کیتھ (Prof. Arthur Keith) سعاد میں رکود کے مبدا کے متعلق سر آربتھ ناٹ سے مختلف رائے رکھتے ہیں۔ سعاد اور معدے کے حرکات پر لاشعاعوں کے ذریعہ مشاہدات اور آؤربیک کے ضفیرے (Auerbach's plexus) اور متلازم معوی ساختوں کی خوردبینی تحقیقات کی بنا پر وہ یہ نظریہ پیش کرتے ہیں کہ حرکاتِ دودیہ معوی قنال میں جدا جدا نقطوں سے شروع ہوتے ہیں جو اِن حرکات

لحاظ سے مندرجۂ ذیل شعبوں میں تقسیم کئے جا سکتے ہیں :۔ اثنا عشری، صائمی، لفائفی، ترقوی، قولونی اور بُعدی قولونی ۔ ان میں سے ہر شعبہ میں حرکت دودیہ بالائی سرے پر زیادہ فاعلی، اور جوں جوں وہ نیچے کے طرف بڑھتی ہے نسبتۃً کم فاعلی دیکھی گئی ہے، چنانچہ نیچے کے سرے پر ایک ایسی حالت پیدا ہو جاتی ہے جو عضلۂ عاصرہ کے فعل سے مماثل ہوتی ہے۔ کیتھ ان میں سے ہر شعبہ کے بالائی سرے پر قلب کی جوفی اُذینی گرہ (sino-auricular node) سے مماثل ایک عصبی عضلی بافت تسلیم کرتا ہے، جسے وہ اسی واسطے کریبی بافت کے نام سے موسوم کرتا ہے۔ اور ماساریقی (آؤر بیک کے) ضفیرے کو وہ اُذینی بطینی بنڈل (auriculo-ventricular bundle) کا مثیل تصور کرتا ہے۔ وہ خیال کرتا ہے کہ ان میں سے کسی ایک شعبہ کے طول میں اُس کی بالائی گرہی بافت سے نیچے کے طرف صدمات کے بانظم انتقال میں تغیر و تبدل ہونا متعلقہ شعبہ میں معوی رکود کی توجیہ کر سکتا ہے بغیر اس کے کہ لین کے بیان کردہ انضمامات، بندوں اور ثنیات کی ضرورت ہو۔ وہ اس عقیدے کی طرف میلان رکھتا ہے کہ ممکن ہے کہ علی الترتیب مری اور معدے میں بھی اسی سے مشابہ عصبی عضلی بافت اسی طریقہ پر فعل کرتی ہو۔

علاج نہایت کامل طور پر اور طبی اصول کے مطابق غذا، مسہلات، اور دوسری تدبیروں کے ذریعہ سے اُسی طرح پر کرنا چاہئے جیسا کہ "قبض" کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

اسہال

(DIARRHŒA)

اسہال سے یہ مراد ہے کہ اجابتیں معمول کے نسبت زیادہ بار بار اور زیادہ پتلے قوام کی ہوں۔ یہ زائد حرکت دودیہ اور زائد معوی افراز یا قلیل جذب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کے اسباب کی جماعت بندی حسب ذیل ہو سکتی ہے :۔ (۱) معدہ کا زاد۔ اکثر کم نمک ترشگی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ۲۰ یا ۳۰ قطرے مرقق ترشۂ نمک دن میں تین بار دینے سے اسہال رُک جائے۔ معدی صائمی تفویہ کے بعد اسہال ہو سکتا ہے۔ (۲) چھوٹی آنت کی

سرایت، جیسی کہ نازلق التہاب امعاء، تپ محرقہ اور تدرن میں ہوتی ہے، اسہال کا سبب ہوسکتی ہے۔ تدرن میں پاخانوں کی نابستگی اور غیر ہضم شدہ نوعیت کی جذب کی وجہ سے ہوسکتی ہے۔ مرض شکمی (cœliac disease)، مزمن التہاب لبلبہ (chronic pancreatitis)، اسپرو (sprue) اور مرض چربیشی (lardaceous disease) کا اسہال بھی ہوتا ہے۔ (۳) قولون اور معاء مستقیم میں اسہال کے اسباب کثیر التعداد ہوتے ہیں، جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں:- زحیرات (dysenteries)، تقرحی التہاب قولون، حاد التہاب قولون جو اکثر عفونت ہائے دمویہ کے ساتھ مثلاً نبقی دیوی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، مزمن التہاب گروہ کا قولونی التہاب، خبیث مرض، وہ خراش جو مسہلات اور حقنوں کے بیجا استعمال کے بعد پیدا ہوجاتی ہے۔ (۴) معکوس اسہالات التہاب مرارہ (cholecystitis) اور التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis) سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ (۵) عصبی نظام، جذبات یا ہسٹیریا کے ذریعہ سے اسہال پیدا کرسکتا ہے، اور اسہال کی ایک شاذ قسم ہے جو ہزال نخاعی (tabes) کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے۔ (۶) ایک مخلوط گروہ ہے، جس میں مرض گریو (Grave's disease) کا اسہال اور انسولین (insulin) کی زیادتی سے پیدا ہوجانے والا اسہال شامل ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہیے کہ تھوڑی تھوڑی مقداروں میں امعات کا بار بار خارج ہونا بذاتہ یہ ظاہر نہیں کرتا کہ آنت کی تمام کھلی ہے۔ مثلاً انسداد معوی کے ساتھ جو آنت میں ایک جزئی تسدد پیدا کرتا ہے، مخاط اور خون کا اخراج ہوجاتا ہے۔ مخاط آمیز برازی سیال مغروز براز کے نہایت بڑے بڑے تودوں میں سے رستا ہوا نیچے جاسکتا ہے۔ اور سب سے آخر میں ممکن ہے کہ ایک واضح طور پر منقبض آنت بھی اس پتلے مائع میں سے جو کہ تسدد کے اوپر جمع ہوجاتا ہے، کسی قدر مقدار تسدد کے وار پار گذرنے دے، اور اسطرح اسہال کا اشتباہ پیدا ہوجائے۔ اِن کو اسہالات کاذب کہتے ہیں۔

362

اقسام۔ اُن مادوں کی نوعیت کے لحاظ سے جو خارج ہوتے ہیں، اسہال کے مختلف نام رکھے گئے ہیں۔ مثلاً ایک اسہال ہیضوی (choleraic diarrhœa) ہوتا ہے، جس میں دست بڑے بڑے اور پانی جیسے پاخانوں کی بیچ جیسے ہیضہ کے دستوں

کی طرح ہوتے ہیں۔یا منہ حیلوی اسہال (dysenteric stools) جس میں مخاط بڑی مقدار میں اور شاید خون بھی موجود ہوتا ہے۔اسہال خلفی (lienteric diarrhœa) جس میں معدے میں غذا پہنچتے ہی پاخانہ ہوجاتا ہے۔یہ غالباً طبعی معدی قولونی منعکسہ کی زیادتی کی وجہ سے ہوتا ہے (50)۔اور اسہال صفراوی (bilious diarrhœa) جب کہ خارج شدہ مادے ایک بھورے بھورے یا سبزی مائل بھورے رنگ سے گہرے ملوّن ہوں جو صفرا کی مقدار میں کوئی زیادتی ہونے کے باعث اتنا نہیں ہوتا جتنا کہ اس سبب سے کہ اثنا عشری اور صائم کے مائعہ جو صفرا سے ملوّن ہوتے ہیں غذائی قنال میں سے سرعت کے ساتھ گذر گئے ہیں اور صفرا کے متغیر شدہ لون (یعنے یوروبائے لین urobilin =) کے قدرتی بازانجذاب کیلئے وقت نہیں ملا ہے۔اسہال ذوبانی (colliquative diarrhœa) کی اصطلاح ان کثیر المقدار خستگی پیدا کرنے والے اور دشوار علاج دستوں کے لئے استعمال کی جاتی ہے جو سل ریوی کے آخری درجوں میں ہوا کرتے ہیں۔اسہال بحرانی (critical diarrhœa) کی قدیم اصطلاح اُس اسہال کے لئے ہے جو ذات الریہ کے ایسے اختتام کے ساتھ ہوا کرتا ہے جو بحران کے ذریعہ سے ہو۔یہ اسہال غالباً ایک متلازم معوی قولونی التہاب کے سبب سے ہوتا ہے۔

علاج۔اس کا انحصار سبب پر یا متلازم حالت پر ہونا چاہئے۔بیشتر اماتیوں میں جو نوعی نہوں وہی علاج اختیار کیا جاسکتا ہے جو التہاب امعاء کے تحت بیان کیا گیا ہے۔اسہال خلفی کا علاج پوٹاسیم برومائڈ (potassium bromide) کی پوری مقداروں سے کیا جائے کیونکہ اُس کا انحصار ایک مبالغہ آمیز معوی منعکسہ پر ہوتا ہے۔

نزفِ معوی

(HÆMORRHAGE FROM THE BOWEL)

پہلے تذکرہ کیا گیا ہے کہ معاء مستقیم کی راہ سے خون کا نکلنا تپ معویہ میں اور

معدی اور اثناعشری قرحہ میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ دوسرے تقرحات (مثلاً زحیر اور تقرحی التہاب قولون)؛ اِنغماد الامعاء؛ سگمائڈ اور معاء مستقیم کے سرطان؛ شدید امتلائی حالتوں ماساریقی عروق کی سداویت یا علقیت؛ پرپیورا اور دموی مرض کی دوسری اصابتوں کا بھی نتیجہ ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ اِس امر سے کہ خون کس طور سے آتا ہے اِس کا کچھ پتہ لگ جائے کہ وہ کہاں سے آ رہا ہے۔ معدی اور اثناعشری قروح کے ادماء میں خون افرازات سے بہت کچھ متغیر ہو جاتا ہے، اور ایک سیاہ، کولتار کا سا نیم مائع یا راب جیسا تودہ بنا دیتا ہے (براز دم الاسود)۔ ٹائیفائڈی قروح سے جو نزف ہوتا ہے سابق الذکر حالت کی طرح اُس میں بھی خون براز کے ساتھ غیر مخلوط ہوتا ہے، مگر وہ نسبتہً زیادہ شوخ سرخ رنگ کا، اور قلوی مافیہ کے فعل کی وجہ سے زیادہ سیال ہوتا ہے۔ زحیر میں خون دھاریوں یا چھوٹے تھکّوں کی صورت میں مخاط یا ریم کیساتھ یا رقیق برازی مادے کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً خالص خون کی تھوڑی تھوڑی مقداریں بھی خارج ہوں۔ خون کی بڑی مقداریں بواسیر سے یا معاء مستقیم کے قرحہ سے ضائع ہوتی ہیں۔ یہاں ادماء عموماً تبرز کے فعل سے واقع ہو جاتا ہے۔ اور یہ خون یا تو ٹھوس برازی تودہ کی ایک جانب پر دھاریاں بنا دیتا ہے یا پاخانہ خارج ہو جانے کے بعد کم و بیش خالص قطروں یا دھار کی صورت میں نکلتا ہے۔ داء الحفری (scorbutic)، پرپیوری، اور نزفی حالتوں (اِسکروی، نزفی پرپیورا، جگر کے حاد زرد ذبول: acute yellow atrophy، خبیث چیچک malignant: variola) میں خون معاء مستقیم سے اس طرح آتا ہے کہ وہ (معاء کے اُس حصے کے لحاظ سے جہاں سے کہ وہ نکلے یا اُس آزادی کے لحاظ سے جس سے کہ وہ خارج ہو) کم و بیش براز کے ساتھ مخلوط یا خالص حالت میں ہوتا ہے۔ خون کی قلیل مقداروں کی تشخیص کے متعلق پہلے غور کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 330) نزف کا علاج اُن مختلف امراض کے ساتھ دیا گیا ہے جو اُسے پیدا کر سکتے ہیں۔

قولنج

(COLIC)

اگرچہ قولنج کی اصطلاح لفظِ قولون سے ماخوذ ہے، اُس سے مراد وہ شیخ دردِ شکم ہے جو حشائی مبداء رکھتا ہے۔ وہ اس زبردست وودی الحرکت انقباض سے پیدا ہوتا ہے، جس کو اس وقت جب کہ وہ غذا پرسے گذر رہا ہو کوئی مزاحمت روک دے۔ قولنج حالب میں ہوسکتا ہے (قولنج کلوی=renal colic) یا صفراوی قناتوں میں (صفراوی یا کبدی قولنج=biliary or hepatic colic) یا امعاء میں (معوی قولنج = intestinal colic)۔

بحثِ اسباب ۔ معوی قولنج کا ایک عام سبب خراش آور اور نامناسب اغذیہ ہیں، جیسے کہ لحمِ خنزیر، پنیر، ہرن نیل گائے وغیرہ جیسے شکاری جانوروں کا ثقیل گوشت، سیپ دار مچھلی، بر غیلے مشروبات وغیرہ۔ بچوں میں قولنج غیر مضموم غذا کا بلکہ سادہ بسیار خوری کا عام نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی زمرہ میں زیادہ فاعلی مسہلات شمار کئے جاسکتے ہیں۔ اِس کے برعکس، قولنج کے ساتھ اکثر قبض متلازم ہوتا ہے، اور قسمِ رصاصی میں ایسا نمایاں طور پر ہوتا ہے، خواہ یہ قسم حاد ہو یا مزمن (ملاحظہ ہو تسمم رصاصی)، بشاید بعض اصابتیں ایک خالصاً عصبی ماخذ کی طرف منسوب کی جاسکتی ہیں، مثلاً ہزال نخاعی میں معدی بحران کا شدید درد۔ سب سے آخر میں، آنت کے میکانی اور حاد التہابی ضربات، جیسے کہ تخنیق اور انغاد الامعاء شدید درد پیدا کردیتے ہیں جو جزئۃً یا بکلیہ عضلی انقباض کے باعث ہوتے ہیں۔ تاہم قولنج کی اصطلاح عموماً ان حالتوں کے لئے محفوظ رکھی جاتی ہے جن میں کوئی تغیرِ ساخت یا التہابی تغیر نہ ہو۔

علامات ۔ اہم علامت درد ہے، جو ناف کے قرب و جوار میں ہوتا ہے لیکن شکم کے دوسرے حصوں میں اِدھر اُدھر پھر سکتا ہے۔ دبانے سے اِس درد میں اکثر افاقہ ہوجاتا ہے، لیکن بعض اوقات الیمیت محسوس ہوتی ہے۔ شکم یا تو اندر بھنچا ہوا ہوتا ہے اور عضلاتِ شکم منقبض ہوتے ہیں، یا ریح کی موجودگی کی وجہ سے پیٹ متمدد ہوتا ہے۔

363

جب ریح موجود ہوتی ہے تو اُس وقت جب کہ اختلاف پذیر معوی تشنج اُسے آگے دھکیلتا ہے
اُس کی حرکت سے قراقر پیدا ہوجاتے ہیں۔

ممکن ہے کہ یہ درد اس قدر شدید ہو کہ بہت ہبوط پیدا کردے جس کے ساتھ
چپچپا پسینہ بکثرت آئے اور نبض صغیر وضعیف ہو۔ بعض اوقات قے موجود ہوتی ہے۔
اکثر قبض ہوا کرتا ہے۔ اس کے برعکس بعض اغذیہ جو قولنج پیدا کردیتی ہیں ابتدائً
فاعلی اسہال پیدا کردیتی ہیں جس میں دست بھورے اور پانی جیسے پتلے ہوتے ہیں اور
کچھ عرصہ کے بعد مخاط آتی ہے۔ یہاں قولنج ایک معین کو خفیف التہاب امعاء کے ساتھ
متلازم ہوتا ہے۔ زیادہ تیز مسہلات بھی مروڑ اور "قولنج نما" درد پیدا کردیتے ہیں جو عموماً
ہر تفریغ کے بعد کم ہوجاتے ہیں۔

تشخیص۔ قولنج کی کوئی ایک قسم شکم کے کسی حاد التہاب یا حاد معوی انسداد
کے دردوں کے ساتھ خلط ملط ہوسکتی ہے ممیز خصوصیات یہ ہیں:۔ مریض کی بے چینی
جس کی وجہ سے ممکن ہے کہ وہ اپنے ہاتھ اِدھر اُدھر پھینک رہا ہو۔ اُس کی خمیدہ وضع
کیونکہ شکم پر دباؤ پڑنے سے درد میں عموماً تخفیف ہوجاتی ہے۔ درآنحالیکہ دورانِ
درد میں استواری کا ہونا عام ہے۔ درمیانی وقفوں میں ڈھیلا پن ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ
درد ایک مخصوص سمت میں جائے، بالخصوص کلوی اور صفراوی قولنج کی صورت میں۔

علاج۔ ظاہر ہے کہ شدید درد شکم کی اصابتوں کا علاج نہایت احتیاط
کے ساتھ کرنا چاہیے۔ اگر درد یقینی طور پر خراش آور اغذیہ کی وجہ سے ہو تو عموماً ایسے
مسہلات کے استعمال سے افاقہ ہوجاتا ہے، جیسے کہ ایک اونس ارنڈی کا تیل
(castor oil)، ۵ بوند صبغیہ افیون (tinct. opii) کے ساتھ یا نصف اونس
میگنیشیم سلفیٹ (magnesium sulphate)، ½ ڈرام صبغیہ اجوائن (tr. hyoscyami)
کے ساتھ۔ یا ۵ گرین کیلومیل (calomel)۔ اور قولنج رصاصی (lead colic) کا بھی اسی
اصول پر علاج کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو تسمم رصاصی)۔ گرم پانی یا کیسٹر آئیل کا حقنہ بھی
مفید ہوسکتا ہے اور گرم تکمیدات یا گرم پانی کی شیشی شکم پر لگانی چاہیے۔ نیز ½ تا
⅔ گرین پیپاویرین ہائڈروکلورائڈ (papaverine hydrochloride) ایک دافع
تشنج (antispasmodic) کے طور پر براہ ورید آزمائی جاسکتی ہے۔ اگر ایسا کوئی شبہ ہوکہ

التہاب زائدۂ التہاب باریطون یا قسد موجود ہے تو مسہلات سے احتراز کرنا چاہیئے۔
اور علاج بالعلیہ کے مسئلہ کے متعلق غور کرنا چاہیئے۔

معوی التہاب

(ENTERITIS)

قنال غذائی کے مختلف حصوں کو ماؤف کرنے والی ایسی کئی حالتیں ہیں جن کو فی الحقیقت معوی التہاب یا آنتوں کا التہاب کہا جا سکتا ہے۔ مثلاً وہ نازلتی عمل جس سے اسہال کے بعض اقسام پیدا ہوتے ہیں۔ لفائفی کے تدرنی اور ٹائفائڈی تقرحات قولون کا وہ تقرحی التہاب جسے زحیر کہتے ہیں۔ اور وہ حاد تغیرات جو انسداد الامعاء اور تختنقات کی وجہ سے شروع ہو جاتے ہیں، فی الحقیقت سب کے سب معوی التہاب ہیں۔ لیکن ان میں سے بہتوں کو پہلے ہی ممیز نام مل چکے ہیں۔ دوسری حالتیں وہ ہیں جو محض ثانوی ہیں، اور چند ہی علامات ایسی پیدا کرتی ہیں جو اول عارضہ کی علامات سے ماورا ہوں۔ علاوہ ازیں، دوسری حالتیں ایسی بھی ہیں جن میں آنت کے طبقات کے التہاب کے ساتھ ہی التہاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے، جو مخاطی طبقہ کے التہاب کے علامات کو بالکل پوشیدہ کر دیتا ہے۔ لہٰذا اُن حالتوں کی تعداد، جنھیں معوی التہاب کی حیثیت سے جداگانہ بیان کرنے کی ضرورت ہے، صرف تھوڑی ہی ہے۔ اگرچہ کہ یہ ممکن ہے کہ اگر ہماری بہت سی معوی حالتوں (مثلاً اسہال) کے امراضیاتی پہلو پر صحیح طور پر غور کیا جائے تو ظاہر ہوگا کہ معوی التہاب کا نام بجا طور پر زیادہ کثرت سے استعمال کیا جا سکتا ہے۔

یہاں معوی التہاب کی مندرجۂ ذیل قسمیں بیان کی جائینگی:۔ نازلتی معوی التہاب (catarrhal enteritis)، صبیانی معوی التہاب (infantile enteritis)، تسمم غذا (food poisoning)، سپرو (sprue)، ڈفتھیریائی معوی التہاب (diphtheritic enteritis)، تلغمی معوی التہاب (phlegmonous enteritis)۔

364

نازلتی معوی التہاب

(catarrhal enteritis)

(معوی نازلت = intestinal catarrh)

ہر وہ چیز جو آنت کی غشائے مخاطی میں خراش پیدا کرے، نازلت پیدا کر سکتی ہے، مثلاً نامناسب غذا، بعض زہر، اور مسہل ادویہ۔ نازلت بعض اوقات سردی لگ جانے کی طرف بھی منسوب کی جاتی ہے۔ لیکن اس کی پیدائش میں نسبتہً بہت زیادہ کارگر عامل شدید حرارت ہے، چنانچہ نازلت گرما اور خزاں کے گرم موسم میں اس سے زیادہ پھیلتی ہے کہ جتنی سال کے بقیہ حصے میں۔ گرما میں اس کی کثرت وقوع سے ہر عمر کے اشخاص متاثر ہوتے ہیں، لیکن شیر خواروں پر بالخصوص حملہ ہوتا ہے جیسا کہ آگے چل کر بیان کیا جائے گا۔ ممکن ہے کہ قلب اور جگر کے مرض میں انفعالی امتلاء امعاء کی نازلت پیدا کر دے۔

تشریح۔ معاء کی غشائے مخاطی میں تغیرات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ جسم کی دوسری مخاطی سطحوں میں۔ بافتیں زیادہ عرقی اور متورم ہو جاتی ہیں۔ سرحلمی خلیئے، معہ لیبرکوئن کے غدد کے سرحلمی خلیوں کے، متورم، ابر آلود ہو جاتے ہیں اور علیحدہ ہو کر وہ مخاط بنا دیتے ہیں جو بڑی مقدار میں موجود ہوتا ہے، اور بین آنتیبی بافت میں خلوی در ریزش واقع ہوتی ہے۔ زیادہ ترقی یافتہ اماتوں میں جرابات منفردہ بڑے ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان میں تاکل واقع ہو کر چھوٹے چھوٹے قروح پیدا ہو جائیں (جرابی معوی التہاب = follicular enteritis)۔ بعض اماتوں میں غشائے مخاطی کے دوسرے حصوں میں بھی تقرح واقع ہو جاتا ہے، اور آن کے افرازات میں مخاطی ریم بلکہ ریم موجود ہو سکتا ہے۔ بالعموم یہ التہاب رفع ہو جاتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ بگڑ کر بتدریج ایک مزمن حالت بن جائے، جس میں غشائے مخاطی کے اندر زیادہ نمایاں تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات آن میں بہت کچھ دبازت پیدا ہو کر سطح کا رنگ سلیٹ (slate) جیسا ہو جاتا ہے۔ اکثر بالخصوص شیر خواروں کی مزمن نازلت میں، غشائے مخاطی کا ذبول ہوتا ہے، جو غددی

تہ کو تو ماؤف کر دیتا ہے مگر غشائے مخاطی کی عضلی تہ کو، اور تحت المخاطی بافت کو صحیح و سالم چھوڑ دیتا ہے۔

علامات ۔ معوی التہاب کی خاص علامت اسہال ہے، یعنے پاخانوں کا بار بار آنا جن کا قوام پتلا یا مائع ہو۔ اِس علامت کا سبب نہ صرف اُن افرازات کا تغیر و تبدل ہے جو معوی قنال میں داخل ہوتے ہیں، بلکہ بڑی حدتک اُن حرکات دودیہ کی زیادتی بھی ہے جو غشائے مخاطی کی خراش سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ براز کی حالت بہت مختلف ہوتی ہے: وہ عموماً ابتداءً کثیر المقدار، مائع، اور بھورے سے رنگ کا ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس میں نسبتہً زیادہ ٹھوس مادے کے گالے یا ڈلے ہوتے ہیں۔ لیکن جلدی وہ نسبتہً ہلکے رنگ کا ہو جاتا ہے، یا ممکن ہے کہ زردی مائل، یا بعض اوقات سبز ہو۔ اس کا قوام اکثر بالکل پانی جیسا، یا شاید چکنا ہوتا ہے، یا اس میں مُلوّن مخاط کے ڈلے موجود ہوتے ہیں۔ خرد بین کے نیچے غیر ہضم شدہ غذا کے ریزے، گوشت کا ریشہ، نشاستہ کے ذرات، اور چربی، معدامونیم میگنیشیم فاسفیٹ کی قلموں، سرطلی اور ریمی خلیوں، اور جراثیم کے نظر آتے ہیں۔ اجابتوں کی تعداد روزانہ دو یا تین سے لے کر دس، بارہ یا زیادہ ہو سکتی ہے۔

قولنجی درد اکثر موجود ہوتا ہے، جو اجابت ہونے سے پہلے ہوا کرتا ہے۔ حقیقی الیمیت بعض اوقات موجود ہوتی ہے۔ زیادہ فاعلی معوی حرکات کے ساتھ ساتھ وقتاً فوقتاً قراقر سنائی دیتے ہیں۔ تپش مختلف ہوتی ہے۔ بھوک اکثر اوقات جاتی رہتی ہے، مریض کو پیاس کی شکایت ہوتی ہے، اُس کا منہ خشک ہوتا ہے، زبان کسیقدر فروار ہوتی ہے، اور جب اسہال بہت زیادہ ہو تو حد درجہ کی جسمانی کمزوری ہو جاتی ہے۔ ایک نہایت ناگہانی اور حاد حملہ قئے کے ساتھ شروع ہو سکتا ہے۔

بیشتر اصابتوں میں علامات چند ہی روز کے عرصہ میں رفع ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اسہال دفعتہً موقوف ہو جائے اور پھر ایک طویل وقفہ کے بعد اجابت ہو، یا اجابتیں بتدریج کم ہوتی جائیں اور اُن کا قوام بتدریج سخت تر ہوتا جائے۔ جب یہ شکایت مزمن ہو جاتی ہے تو مریض کو روزانہ تین یا چار اجابتیں پانی جیسے مخاط کی آتی ہیں اور ساتھ ہی کبھی کبھی مروڑ کے درد ہوتے ہیں۔ غذا کے نامکمل ہضم، جذب سے

ممکن ہے تغذیہ میں بہت کمی واقع ہو جائے۔

معوی التہاب کے اختلالات اکثر اوقات بڑی آنت تک پھیل جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حقیقتہً ایک معوی قولونی التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ جب ان دونوں میں امتیاز ممکن ہو تو چھوٹی آنت کی نازلت کا شبہ اس وقت زیادہ ہوتا ہے جب کہ معدہ بھی ساتھ ساتھ ماؤف ہو۔ اس کے ساتھ اسہال کی موجودگی کا امکان کمتر ہوتا ہے، کیونکہ اسہال کا انحصار بالآخر بڑی آنت کے فعل پر ہونا چاہئے۔ تفریغات میں اکثر صفرا اور غیر ہضم شدہ غذا موجود ہوتی ہے۔ اور اگر مخاط موجود ہوتا ہے تو وہ براز کے ساتھ نسبتہً زیادہ مخلوط ہوتا ہے۔ بڑی آنت کی نازلت میں مخاط جداجدا لوندوں کی صورت میں ہوتا ہے۔ مخاطی ریم یا خود ریم بھی پہچانا جا سکتا ہے۔ جوں جوں نازلت معاء مستقیم سے قریب تر ہوتی ہے تاثیر کی علامت موجود ہونے کا امکان زیادہ ہوتا جاتا ہے۔

علاج۔ مریض کو بستر میں لٹائے رکھنا اور گرم رکھنا چاہئے۔ شدید اصابتوں میں قرین مصلحت یہ ہوگا کہ مریض کو ابتدائی چوبیس گھنٹے تک کوئی غذا نہ دی جائے۔ لیکن پانی مریض جتنا پینا چاہے اسے دینا چاہئے۔ ازاں بعد معمولی کھانے کے بجائے آش، اراروٹ، گائے کے گوشت کا عرق، یا بکری کے گوشت کی یخنی، جس کے ساتھ سینکی ہوئی ڈبل روٹی، دودھ اور سوڈا واٹر، یا دودھ اور چونے کا پانی تھوڑی تھوڑی مقداروں میں ہو دینا چاہئے۔ انھیں بہت زیادہ گرم نہیں دینا چاہئے۔ علاج کا آغاز ایک مسہل کے ذریعہ کرنا عمدہ تجویز ہے۔ اس مقصد کے لئے ارنڈی کے تیل کی ایک ہی خوراک کافی ہو سکتی ہے، یا ریوند چینی کے مرکب سفوف (compound rhubarb powder) کی یا کیلومل (calomel) کی ایک خوراک۔ لیکن عام طور پر مریض کے زیر علاج آنے تک اسے آزادانہ تفریغ خوب ہو چکی ہوتی ہے، اور اب اس امر کی ضرورت ہوتی ہے کہ حرکت دودیہ کی زیادتی اور دوافر اخراج کو روکا جائے اور درد میں بھی تخفیف پیدا کی جائے۔ لہٰذا ٹنکچر آف اوپیئم (tincture of opium) ۵ قطروں کی مقداروں میں ہر چوتھے گھنٹے دے سکتے ہیں، اور اسے ایسے قابضات کے ساتھ شریک کر سکتے ہیں، جیسے کہ ہیماٹاکسیلم (hæmatoxylum)،

کتھا، ٹیانی جن (tannigen) (ہ گرین برشامہ کے اندر) ایرومیٹک چاک پاؤڈر (aromatic chalk powder) یا رقیق سلفیورک ایسڈ (dilute sulphuric acid) ۔ بسمتھ کاربونیٹ (bismuth carbonate) اور بسمتھ سیلی سلیٹ (bismuth salicylate) بھی مفید ہیں اور افیون کے ساتھ دئے جا سکتے ہیں۔ اگر مروڑ نہایت شدید ہو تو مارفیا کا تحت الجلدی اشراب کیا جا سکتا ہے۔ اگر اسہال مواظب اور خستگی پیدا کرنے والا ہے تو ۲ اونس نشاستہ کا حقنہ جس میں لاڈینم (laudanum) کے ۱۵ قطرے موجود ہوں، اکثر کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جا سکتا ہے۔

صبیانی معوی التہاب

شیرخوار بچے کئی اسباب سے اسہال میں مبتلا ہوتے ہیں (۱) دارالعصبی ہیجہ میں جو کہ تمام ہیجات کے لئے غیر طبعی طور پر خراش پذیر ہوتا ہے، بڑھی ہوئی حرکت دوری باسانی پیدا ہو جاتی ہے، اور اس سے اسہال واقع ہوتے ہیں، جو اکثر اوقات اس وافر غذا سے جو کہ بچہ کا رونا بند کرنے کی کوشش میں دی جاتی ہے اور زیادہ شدید ہو جاتے ہیں (۲) ایسے بچوں سے قطع نظر بیش خورانی سوء الہضم پیدا کرتی ہے جو کہ ریشیت اور قولنج کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ حاد اسہال کے حملے سے پہلے عدم اشتہا اور قے بھی پائی جاتی ہے۔ یہ بیش خورانی موسم گرما میں جب کہ بچہ کی پیاس بجھانے کے لئے دودھ دیا جاتا ہے خصوصیت کے ساتھ واقع ہو سکتی ہے۔ (۳) مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں غذا میں شکر یا شحم کی کثرت آنت میں تخمیر اور ایک مفرقع اسہال پیدا کرتی ہے۔ حملے سے پہلے اکثر اوقات وزن میں غیر طبعی طور پر سریع اضافہ پایا جاتا ہے۔ پستان پروردہ بچوں میں غذا کے اجزائے ترکیبی اتنی اہمیت نہیں رکھتے۔ گو کہ ولادت کے فوراً بعد ایسا اسہال جس میں ترشی سبز پاخانہ ہو، عام طور پر ملتا ہے اور اس میں زائد پروٹین دینے سے شفا ہو جاتی ہے۔ (۴) اکثر اوقات اسہال کسی عمومی سرایت کی علامت ہوتا ہے۔ (۵) باسی اور ملوث دودھ اسہال میں تخمیر پیدا کرتا ہے جس سے اسہال ہو سکتا ہے۔ نوعی عضویات سے غذائی خطہ کا سرایت

ہوا' غالباً ایک شاذ سبب ہے' گو کہ چھوٹی چھوٹی وبائیں بلاشبہ وقتاً فوقتاً ہوتی رہتی ہیں۔

(۶) نام نہاد صیفی اسہال (وبائی صبیانی اسہال) کا حدوث کرۂ ہوائی کی تپش کے ساتھ قریبی تعلق رکھتا ہے۔ طویل ارتفاع تپش کے حالات کے تحت اکثر بچوں میں غذا کا تحمل کم ہو جاتا ہے' اور غذائی قنالی معکوسات مبالغہ آمیز ہو جاتے ہیں۔ پیاس کی طلب کو پورا کرنے کے لئے دودھ کی درآمد غلطی سے بڑھا دی جاتی ہے' بجائے اس کے کہ اس کو ایسے وقت میں جب کہ جسم کم غذا چاہتا ہے کم کیا جائے۔ غذا ایسے عضویات سے ملوث ہو جاتی ہے کا جو کہ بلند تر تپش پر نشوونما حاصل کرتے ہیں اور مکھیوں کے ذریعہ اس تک بآسانی پہنچ جاتے ہیں زیادہ رجحان رکھتی ہے۔ تخمیر' جو کہ غذا لینے سے پہلے شروع ہو چکی ہوتی ہے' تاوقتیکہ غذا کی محتاط تعقیم کے ذریعہ عضویات کو ہلاک نہ کیا جائے' آنت میں بھی جاری رہتی ہے۔ بے چینی اور اچاٹ نیند شیر خوار بچہ کی قوت مدافعت کو گھٹا دیتے ہیں۔ بالعموم کئی ایک پستان پروردہ بچے متاثر ہوتے ہیں' لیکن مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں اس کا حدوث اور بھی زیادہ ہے' اور مرض بہت زیادہ شدید ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ اس سے آسانی میں سمجھ میں آ سکتا ہے جو کہ اوپر بیان کیا جا چکا ہے۔ مصنوعی غذا لینے والے اکثر بچے پہلے ہی سے سوء ہضم میں مبتلا ہوتے ہیں' ان بچوں میں تحمل پہلے ہی کم ہوتا ہے' اور ابتدائی یا متزاد سرایتوں سے ان کی قوت مدافعت اور بھی گھٹ جاتی ہے۔

علامات خفیف سوء ہضم کے علامات سے لے کر تسمم کی علامات تک اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ آخر الذکر حالت' تدرنی التہاب سحایا (tuberculous meningitis) کے آخری درجوں کی حالت سے ملتی جلتی ہے' الا یہ کہ جب بچہ کو چھیڑا جاتا ہے تو کچھ وقت تک اس کے تعاملات (reactions) تقریباً طبعی معلوم ہوتے ہیں۔ آغاز پر بلند درجہ تپش ہونا عام ہے۔ بعد ازاں' یہ اکثر گر جاتا ہے۔ کیفیت کے ساتھ بسا اوقات گرسنگی ہوا (air-hunger) متلازم ہوتی ہے۔ سیال کے نقصان سے پست یافوخ اور خشک' بے لچک' جھری دار جلد پائی جاتی ہے' خاص کر شکم پر۔

شیمی ذات الریہ عام ہے۔

تحریز۔ بیش خورانی سے اور بار بار غذا دینے سے اجتناب کرنا بہت اہمیت رکھتا ہے مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں وزن کا بہت سرعت کے ساتھ بڑھ جانا' کاربوہائیڈریٹ اور شحم کی وافر درآمد کے ساتھ متلازم ہوتا ہے' لہذا ان سے اجتناب کرنا چاہئے۔ موسم گرما میں غذا کی کل درآمد گھٹا دینی چاہئے' اور پیاس بجھانے کے لئے جوشش دیا ہوا پانی استعمال کرنا چاہئے۔ دودھ حتی الامکان زیادہ سے زیادہ تازہ ہونا چاہئے اور استعمال سے قبل اس کو عقیم کر لینا چاہئے یا بطریق پاسچر گرم کر لینا چاہئے۔ اگر برودہ میسر ہو تو روز کی رسد شیر اس میں رکھ دینی چاہئے' اور اسے صرف استعمال سے ذرا پہلے گرم کر لینا چاہئے۔ اگر دودھ کی صفت کے متعلق شبہ کرنے کی وجہ موجود ہو' تو خشک کردہ دودھ کی تجہیزات میں سے کوئی ایک استعمال کرنی چاہئے۔ تمام بوتلیں' ظروف اور چوسنیاں کامل طور پر صاف ہونی چاہئیں اور ان کو مکھیوں کی رسائی سے بچانے کے لئے ڈھانک کر رکھنا چاہئے اور استعمال سے پہلے جھلسا لینا چاہئے۔ ترویح' کمرہ کی تپش' اور بچہ کے لئے مناسب کپڑوں کی بہم رسانی پر ہر وقت نگرانی کی ضرورت ہے (نیز ملاحظہ ہو طفل کو غذا دینا)۔

علاج۔ اگر اسہال شدید نہ ہو' تو ارنڈی کے تیل کی ایک خوراک دینا فائدہ مند ہے کیونکہ اس سے آنت کے تخمیر پذیر مافیہا خارج ہو جاتے ہیں۔ غذا ۱۲ سے لے کر ۲۴ گھنٹہ تک روک رکھنی چاہئے' لیکن جوشش دیا ہوا پانی آزادانہ دیا جا سکتا ہے۔ اس مدت کے بعد' اگر متلازم قے موقوف ہو گئی ہو' تو غذا کو تبدریج بڑھایا جا سکتا ہے' لیکن صرف اس وقت جب کہ کئی دن گزر جائیں پوری غذا کی اجازت دینی چاہئے' اور غذا میں گذشتہ غلطیاں درست کر دینی چاہئیں۔ جب اسہال غیر معائی سرائت کی علامت ہو تو غذا کی مقدار گھٹا دینی چاہئے' دودھ کو پیتونیدہ کر لینا چاہئے اور پانی آزادانہ دینا چاہئے۔ اسہال میں افاقہ کی توقع صرف اس وقت کرنی چاہئے جب کہ ساری عمل میں افاقہ ہو۔ دوا العصبی بچوں میں کلورل کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں جو صبغہ لفاح (tincture of belladonna) کے ایک دو قطرات کے ساتھ ممزوج ہوں' بہت فائدہ مند ثابت ہو سکتی ہیں۔ بچہ کے

ماحول کی تپش حتی الامکان مستمر رکھنی چاہئے۔ والدین اور ممرّضات اور دوسرے بیمار بچوں سے تقاطعی سرایت (cross-infection) کے خطرہ کو اقل کر دینے میں کوئی کسر نہ اٹھا رکھنی چاہئے۔ خفیف اصابتوں میں ممکن ہے اس کے علاوہ کسی دوسرے علاج کی ضرورت نہ پڑے لیکن اگر اسہال جاری رہے تو ممکن ہے رنجر (Ringer) کے نیم گرم محلول کے ذریعہ معدہ اور آنت کو ہلکے سے دھونا بہت مفید ہو۔ اگر معدہ کو ہلکے سے دھویا جائے اور ایک فٹ (foot) سے زیادہ کے دباؤ سے اجتناب کیا جائے تو یہ عمل زیادہ تکلیف دہ نہیں ہوتا' اور کچھ مدت کے بعد یہ دیکھا جائے گا کہ سیال بواب کی راہ سے آزادانہ گزر جاتا ہے۔ اس طرز پر نصف پائنٹ گزرنے دیا جا سکتا ہے۔ اس کے بعد بچہ کو کلورال کی ایک خوراک دینی چاہئے اور اسے سونے دینا چاہئے۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ مرقق کردہ غذا دی جائے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں اور تسمم میں' اگر مذکورہ بالا تدابیر ناکام ثابت ہوں تو غالباً بہترین یہ ہے کہ سوڈیم کلورائیڈ کے ۰٫۱۸ فی صدی محلول میں ۵ فی صدی گلوکوس' کے مسلسل درون وریدی تقاطر کے ذریعہ غذا دینے کا اہتمام کیا جائے۔ بالعموم اس علاج کا آغاز نقل الدم کے ساتھ کرنا اچھا ہے جو کہ اسی قنولیچہ کی راہ سے کیا جا سکتا ہے۔ بہاؤ کی شرح ہر چوبیس گھنٹہ میں فی کلو میٹر وزن جسم علی الاوسط تقریباً ۱۲۰ سی سی ہونی چاہئے۔ تہیج کا نمودار ہونا بالعموم دلیل ہے اس امر کی کہ بہاؤ بہت سرعت سے ہوا ہے۔ ماہرانہ نگرانی قطعاً ضروری ہے' اور جب تک ایسے حالات میسر نہ ہوں ہرگز اس علاج کا اقدام نہ کرنا چاہئے۔ اگر گھر پر علاج کرنے کی ضرورت ہو تو سیال کا نقصان' زیر جلدی یا درون باریطونی اشرابات کے ذریعہ پورا کرنا چاہئے۔ ہبوط کی علامات کی چارہ جوئی برانڈی (۱۰ قطرات) سے' جو کہ ترقیق کرکے براہ دہن دی جاتی ہے' یا سٹرکنین (strychnine) ($\frac{1}{200}$ گرین) کے اشرابات سے کی جاتی ہے۔

غذائی تسمم

(food poisoning)

انگلستان میں حاد غذائی تسمم کا عام ترین سبب عصیات کے گروہ سالمونیلا

(salmonella) کی سرایت ہے، اور ان میں سے عصیہ ایرٹرائکی (B. ærtryche) (چار قسم کا) تین چوتھائی اصابتوں کا باعث ہوتا ہے۔ یہ عصیہ ایک پست شرح موت یعنے تقریباً ایک فی صدی غالباً اس وجہ سے پیدا کرتا ہے کہ اس کی حملہ آور قوتیں پست ہوتی ہیں۔ تواترِ وقوع کے لحاظ سے دوسرے درجے پر گیرٹنر کا عصیۂ التہاب الامعاء (B. enteritidis of Gaertner) ہے جو نسبتہً زیادہ تشویشناک مرض کا باعث ہوتا ہے۔ عصیہ طاعون خنزیری (B. suipestifer) انسان کے لئے پست تشبیت رکھتا ہے اور تسمم کا ایک شاذ سبب ہوتا ہے، اگرچہ وہ سوروں میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ یہ زندہ عصیتے گرم موسم میں ایسی غذاؤں جیسے کہ "بنائے ہوئے" گوشت ("made up" meat)، پنیر، مچھلی، کیکڑوں، ام الخلول اور دودھ سے بنائی ہوئی غذاؤں بلکہ آلو اور بطخ کے انڈوں (54) تک میں داخل ہو جاتے ہیں۔ لیکن سالمونیلا کے سموم بھی زہری ہوتے ہیں اور ٹین کے ڈبوں میں بستہ کی ہوئی غذاؤں میں موجود ہو سکتے ہیں، حتیٰ کہ اس وقت بھی جب کہ خود عصیتے تلف کر دیئے گئے ہوں۔ یہ سموم یا ٹومینس (ptomains) ۷ فی صدی اصابتوں کی توجیہ کرتے تھے۔ عصیاتِ محرقہ نما (paratyphoid bacilli) غالباً غذائی تسمم نہیں پیدا کرتے، لیکن عصیاتِ زحیر (dysentery bacilli) ۸ فی صدی اصابتوں کی توجیہ کرتے تھے۔ زحیر (ساقی: Sonne) کی ایک وبا حال ہی میں ہوئی ہے (55)۔ عصیہ کلمگینہ (B. botulinus) جو التہاب الامعاء کے علامات نہیں پیدا کرتا، جرمنی میں بالخصوص جگر اور خون سے بنے ہوئے کلموں میں پایا گیا ہے، اور ریاست ہائے متحدہ امریکہ میں ٹین میں بند کئے ہوئے پھلوں اور سبزیوں میں۔ اس کے بذرے قدرت میں وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، اور یہ عصیہ نا ہوا باشی طور پر بالیدگی حاصل کر کے ایک ایسا سم پیدا کر دیتا ہے جو نہایت قوی زہر ہے، مگر جو ۸۰ درجہ سنٹی گریڈ کی تپش سے باآسانی تلف ہو جاتا ہے (53)۔

"گیرٹنر" اور "ایرٹرائکی" کے علامات بالعموم غذا کھانے کے بعد چھ تا بارہ گھنٹوں کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ ہوتے ہیں: قے، اسہال، قولنجی درد، شکن پن اور کمزوری، اور ساتھ ہی شاید البیومن بولیت، نازلتی ذات الریہ،

اور جلدی حمرات جیسے نملہ، احمرار، شری اور نمشی نزفات۔ نسبتہً کم حاد اور زیادہ طوالت یافتہ اصابتوں میں محرقہ یا محرقہ نما بخار سے قریبی مشابہت ہو سکتی ہے۔ یہ اصابتیں بعض اوقات مہلک ثابت ہوتی ہیں اور امتحاناتِ بعد الممات سے حاد معدی معائی التہاب ظاہر ہوا ہے، جس کے ساتھ بعض اوقات نزفات پے یر (Peyer) کی چکتیوں کا تورّم، کلائی طحال، اور جگر اور گردوں کا امتلا موجود ہوتا ہے۔ خونؔ، آنتوں، یا بعض اعضاء سے عصیّے علیحدہ کئے جا سکتے ہیں۔ اِن عضویوں سے پیدا ہو جانے والے غذائی تسمم کو ٹائیفائڈی اور پیرا ٹائیفائڈی سرایتوں سے متفرق کرنا چاہئے، جس کا معمولی طریقہ یہ ہے کہ اِن مختلف عضویوں کے لئے مریض کے مصل کی اِلتزاقی قوت کا امتحان کیا جائے۔

عصیہ کلمگینہ سے پیدا ہو جانے والے علامات، جنکو کلمگی (botulism) کہتے ہیں، نظامِ عصبی سے متعلق ہوتے ہیں اور یہ ہیں:۔ قوتِ توفیق کا شلل، دو نظری، استرخارِ الجفن، عسر البلع، بے صوتی، اور قلتِ افرازِ ریق۔ موت نہایت کرب و تکلیف کے ساتھ واقع ہوتی ہے، کیونکہ مریض کو پورا ہوش رہتا ہے مگر وہ نہ دیکھ سکتا ہے، نہ بول سکتا ہے اور نہ نگل سکتا ہے، اور حرکاتِ نفس بتدریج مشلول ہو جاتے ہیں (56)۔

علاج۔ معدی معوی التہاب کی اصابتوں میں مزید سرایت کو روکنے کے لئے معدے کو دھو ڈالنا چاہئے، اور بہت ہبوط کی اصابتوں کے سوائے دوسری اصابتوں میں آنتوں کو صاف کرنے کے لئے ایک مُلیّن دے دینا چاہئے۔ مہیجات، جیسے کہ برانڈی، ایتھر اور امونیا کی اکثر ضرورت ہوتی ہے، اور اگر اسہال ایک نمایاں علامت ہو تو افیون قلیل مقدار میں دینا چاہئے، مثلاً اس کے صبغیہ کے ۵ تا ۱۰ قطرے۔ نہایت ہبوط کی اصابتوں میں تحت الجلد بافت کے اندر طبعی مالح کا اِشراب کرنا چاہئے۔

شکمی مرض

(cœliac disease)

یہ نام گی (Gee) نے بچوں کے ایک غیر معمولی مرض کا رکھا ہے، جو اسپرو (sprue) سے کسی قدر مشابہت رکھتا ہے۔ بچہ کو، جس کی عمر ایک اور پانچ سال کے درمیان ہوتی ہے، شاحب یا تقریباً بے رنگ نیم سیال کثیر المقدار، آش یا دلیہ جیسے پاخانے ہوتے ہیں جن میں سے نہایت ناگوار بو آتی ہے۔ ان پاخانوں میں چربی بہت ہوتی ہے، اور شحمی ترشے کے ساتھ کیلسیم کا نقصان ہوتا ہے۔ شکم پُر ہوتا ہے لیکن تنا ہوا نہیں ہوتا۔ ریحیت موجود ہوتی ہے مگر قئے نہیں ہوتی۔ سرینوں کی لاغری ایک ممیز خاصہ ہے۔ بچہ کا رنگ شاحب ہو جاتا ہے، اور وہ دُبلا اور بے پروا ہو جاتا ہے۔ بے قاعدہ تپ ہو سکتی ہے بچہ کی بالیدگی میں نمایاں تأخیر ہوتی ہے، اگرچہ اُس کے دماغی یا ذہنی خصائص طبعی حالت میں ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت اِس مرض کو بعض اوقات شکمی تعنی (cœliac infantilism) کہتے ہیں۔

368

یہ حالت گاہے گاہے بالغوں میں بھی ملتی ہے، اور خود رو سیلان الدہن (idiopathic steatorrhœa) کہلاتی ہے۔ بالعموم سرگذشت کا سراغ بچپن تک لگایا جا سکتا ہے۔ دوسرے خصائص یہ ہیں:۔ قولون کا اتساع، تکرز لینت العظام عدم دمویت، اور جلدی اصفرار۔ مصلی فاسفورس اور کیلشیم گھٹے ہوئے ہوتے ہیں، جس کی وجہ سے تکرز ہوتا ہے، اور پاخانوں میں ان کی برآمد بڑھ جاتی ہے (51)۔ شحموں کا انجذاب گھٹ جانے کی وجہ سے اور حیاتینوں کی قلت کی علامات ہمیشہ موجود ہوتی ہیں، گو کہ کساحتی مظاہر صرف بالیدگی کے زمانہ میں منکشف ہوتے ہیں۔ ایک اور رائے یہ ہے کہ آنتوں کے اندر شحم کا افراز ہوتا ہے کیونکہ اگر یہی روغن براہ دہن دیا جائے تو وہ پاخانے میں نمودار نہیں ہوتا جس سے معلوم ہوتا ہے کہ انجذاب تسلی بخش ہے (سنیپر Snapper)۔ دیگر قلتی علامات غذا ہی کی مشکلات سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ شدید عدم دمویت عام ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ بالعموم

خرد خلوی ہوتی ہے، اور بعد میں یہ احمر نہوتی ہو سکتی ہے۔
علاج۔ شحموں سے اجتناب کرنا چاہئے، اور حیاتینیں مرتکز شکل میں بہم پہنچانی چاہئیں۔ بہت سے مریض ایسی غذا پر جو کہ تازہ کیلوں پر مشتمل ہو نشوونما پاتے ہیں۔ مالٹ زدہ رسکز (malted rusks) مربے، چوزہ، یخنی، پانی میں ابلے ہوئے چاول، آلو اور مسور سے تیار کیا ہوا ریولینٹا (revalenta) بالعموم اچھی طرح برداشت ہو جاتے ہیں۔ اس امر کا لحاظ کرتے ہوئے کہ بہت محدود تعداد میں اشیا دی جا سکتی ہیں، تبدیلی حتی الامکان زیادہ سے زیادہ مرتبہ کرنی چاہئے تاکہ بعض اشیا کے متعلق نفرت کا ایک قوی جذبہ نہ پیدا ہو جائے، جس سے ان مریضوں کو غذا دینے کی دقتیں بہت بڑھ جاتی ہیں۔ جب عدم دمویت کلاں خلوی ہو تو خلاصۂ جگر (liver extract) اور مارمائیٹ ضروری ہوتے ہیں، اور ان تمام اصابتوں میں جن میں عدم دمویت موجود ہو لوہا دینا چاہئے۔ مناسب علاج کرنے پر انذار خاصا اچھا ہوتا ہے۔

فلغمونی التہاب الامعاء

(phlegmonous enteritis)

اس قسم کے التہاب میں آنت کے تمام طبقات، مع مصلی طبقہ یا باریطون کے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ عموماً شدید سرخی اور عروقیت پیدا ہو جاتی ہے، مخاطی اور تحت المخاطی طبقات اس سے زیادہ دبیز، زیادہ نرم، اور زیادہ بھربھرے ہو جاتے ہیں کہ جتنے طبیعی حالت میں ہوتے ہیں، اور باریطون عروقی چیچپا یا لمف سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ فلغمونی التہاب الامعاء مقامی التہاب کے طور پر پیدا ہوتا ہے، یا متصلہ حصوں سے پھیلنے کا نتیجہ ہوتا ہے، یا انغلاف الامعاء یا فتق مخنوق سے پیدا ہو جاتا ہے۔
علامات۔ اکثر اس التہاب باریطون کا نتیجہ ہیں جو اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے اور وہ یہ ہوتے ہیں:۔ درد، قے، مقامی الیمیت، ہبوط، تمدد شکم اور حموی تعامل۔ متذکرہ بالا خاص سرایتی اصابتوں میں معوی تدرن کے علامات ظاہر ہوں گے۔
علاج میں اولی سبب کا تدارک ملحوظ رکھنا چاہئے، اور اگر یہ موجود نہ ہو تو علاج تقریباً وہی ہوگا جو کہ التہاب باریطون کا ہے۔

التہاب القولون

(COLITIS)

قولون کا التہاب بھی وہی اقسام پیش کرتا ہے جو دوسری مخاطی اغشیہ میں دیکھے جاتے ہیں، چنانچہ وہ نازلتی ہوسکتا ہے یا تقرحی۔ نازلتی التہاب القولون اکثر عمومی معوی قولونی التہاب کا ایک جزو ہوتا ہے، مماثل اسباب سے پیدا ہوتا ہے، اور نہایت مماثل علامات رکھتا ہے، یعنے درد، تمدد، آلیمیت، اور بار بار اجابتیں ہونا جن میں مخاط، بلکہ کبھی کبھی خون تک موجود ہوتا ہے۔ اگر ضرر معاء مستقیم کے قریب ہے تو تاسیر بھی ہوسکتی ہے۔ نازلتی التہاب القولون حاد یا مزمن شکل میں موجود ہوسکتا ہے، اور اس کا علاج التہاب الامعاء کے علاج سے فی الحقیقت مختلف نہیں۔ ٹائیفائڈ اور تدرنی ہر دو قسم کے قرحات اعور اور قولون صاعد میں پائے جاتے ہیں، جو کہ لفائفی میں مماثل ضررات کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ آتشکی قرحات معاء مستقیم میں پائے جاتے ہیں۔ قولونی تقرح عصیوی اور امیبائی پیچش، قفیزہ قولونی (balantidium coli) کی سرایت، اور معائی شستوسومیت (شستوسومۂ مینسونائی schitosomi mansoni اور شستوسومۂ جاپان schistosoma japonicum:) کا بھی نتیجہ ہوسکتا ہے۔ وہ جو کہ دارالمجانین اور جیلخانجات کا تقرحی التہاب قولون کہلاتا ہے اور بسا اوقات وبائی شکل میں پایا جاتا ہے، حقیقت میں زحیر ہے جو کہ عفونیات کے فلیکسنر وائی (Flexner Y) گروہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ حالتیں اس مزمن تقرحی التہاب قولون سے متمیز ہیں جو کہ نیچے بیان کیا گیا ہے۔

369

مخاطی غشائی التہاب القولون

(muco-membranous colitis)

(mucous colic= مخاطی قولنج)

(mucous colitis = مخاطی التہاب القولون)

مخاطی غشائی التہاب القولون کی امتیازی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں اختار کے

بڑے بڑے ٹکڑے یا سیاٹک براہ مستقیم خارج ہوتے ہیں۔ وہ اکثر اوسط عمر کی عصبانی عورتوں میں ہوا کرتا ہے، لیکن بچوں میں بھی اُس کا وقوع نہایت شاذ نہیں۔ اِس مرض میں عموماً عادی قبض ہوتا ہے اور ساتھ ہی شکمی بے آرامی، اور مزمن سوء ہضم کے دوسرے علامات۔ مرض کے حملے کے ساتھ مروڑ کی نوعیت کے شدید درد ہوتے ہیں، جن کا نتیجہ غشاؤں کا اخراج ہوتا ہے۔

اس مرض میں قولون کے ناگہانی تشنجی انقباضات ہو کر مخاط حد سے زائد پیدا ہوتی ہے۔ اِس کی ترویب خمیر، میوسینیس (mucinase) سے ہو جاتی ہے کیونکہ انقباضات کی وجہ سے وہ کچھ عرصہ تک غشائی مخاطی تماس میں محبوس رہتی ہے اور پھر جا کر خارج ہوتی ہے۔ یہ سیاٹک طول میں کئی انچ بلکہ کئی فیٹ ہو سکتے ہیں، اور بالکل پتلے اور نیم شفاف ہوتے ہیں اور چھلکوں کی طرح نظر آتے ہیں، اور ان میں سر حلمی خلیے، ایوسین پسند سپید خلیے کالیسٹیرین (cholesterin) اور امونیم میگنیسیم فاسفیٹ (ammonium magnesium phosphate) مدفون ہوتے ہیں ممکن ہے کہ معوی ریگ بھی خارج ہو۔ عموماً کسیقدر نازلتی التہاب القولون موجود ہوا کرتا ہے۔ قولون کے درونہ کی تنگی کا مشاہدہ اسطرح کیا جا سکتا ہے کہ غیر شفاف غذا سے قولون کو پُر کر لینے کے بعد لاشعاعی نگارشوں کا ایک سلسلہ حاصل کیا جائے۔ حوضی قولون کا سرطان چونکہ اس مرض کو پیدا کر سکتا ہے، لہذا اِسکی موجودگی کی صورت میں سگما ئیڈ بین کا استعمال کرنا چاہیئے۔ لاک ہارٹ ممری (Lockhart Mummery) کی رائے ہے کہ یہ مرض بہت سی حالتوں مثلاً گرد قولونی التہاب (pericolitis) تختیق (kinking)، استرخاء احشا (visceroptosis) اور جسم کی غیر وضعیت، وغیرہ کا ثانوی نتیجہ ہو سکتا ہے۔

اِن میں سے بعض اصابتوں میں سگما ئیڈ بین کے ذریعہ غشاء مخاطی کا التہاب، اُوذیما، اور تقیح دیکھا گیا ہے۔

علاج۔ اگر ممکن ہو تو اولی سبب کا علاج کرنا چاہیئے۔ غذا کا محتاط انتخاب تاکہ ایسی غذا پہنچائی جائے کہ جو ہر قسم کی میکانی خراش پیدا کرنے والے ذرات، ریشوں وغیرہ سے معرا ہو، آہستہ کھانا اور اچھی طرح چبانا، ۱ تا ۱½ پائنٹ نیم گرم پانی یا ۱۰ اونس روغن زیتون سے آنت کی آبیاری، یہ سب علاج کے مفید وسائل ہیں۔ شدید الفعل مسہلات سے احتراز کرنا چاہیئے کیونکہ وہ قولون کی خراش پیدا کرکے حالت کو

خواب تر بنا دینگے۔ روغن بیدا نجیر سب سے زیادہ موزوں ہوتا ہے۔ لکوڈ پیرافین بھی استعمال کی جا سکتی ہے۔ لفاح درد کے لئے مفید ہوتا ہے۔ ایک شکم بند کے ذریعہ شکم کو گرم بھی رکھنا چاہیئے۔ بعض اوقات ایسی غذا مفید ثابت ہوتی ہے، جس میں پھل اور سبزیاں ہوں، جو زیادہ تر بے پکائی ہوئی ہوں، اور جن کے ساتھ موٹی پھلیاں اور چھلکے بھی شامل ہوں، یعنے یہ غذا متذکرۂ بالا غذا کی بالکل ضد ہوتی ہے اور اس وجہ سے مفید ہوتی ہے کہ یہ اس قبض کو رفع کر دیتی ہے جس میں مریض مبتلا ہوتا ہے۔ ذہنی علامات کی طرف توجہ کرنی چاہیئے، اور مریضہ کے خیالات کو اُس کے مرض کی طرف سے ہٹانا چاہئے۔ یہ مرض جان کے لئے خطرے کا باعث نہیں ہوتا اگر برسوں تک قائم رہتا ہے۔ کبھی کبھی تفویہ ترائدہ کی گئی ہے، اور اسطرح بنائے ہوئے فتحہ کی راہ سے غسیل کی گئی ہے۔

تقرحی التہابِ قولون

(ulcerative colitis)

(خطرناک التہاب قولون، خطرناک تقرحی التہاب قولون)

مزمن تقرحی التہاب قولون، ایک غیر معلوم مبدا، رکھنے والا مرض ہے جس کا امتیازی خاصہ برازی مادہ کا بار بار خارج ہونا ہے جس کے ساتھ ریم، مخاط اور خون ملا ہوا، تپ ممکن ہے موجود ہو یا نہ ہو، اور مرض کی حاد اور مزمن اشکال پائی جا سکتی ہیں۔ خود بخود فترہ ہو جانا شاذ نہیں ہے۔

بحثِ اسباب۔ تقرحی التہاب قولون یورپ، امریکہ اور دیگر جگہ کثیر طور پر پھیلا ہوا ہے اور دونوں صنفوں کو متاثر کرتا ہے، لیکن بالغ زندگی میں سب سے زیادہ عام ہے۔ ممکن ہے اس سے قبل خرابی صحت کی کوئی حالت موجود نہ ہو، لیکن بعض اصابتیں مزمن عفونی فسادات مثلاً سرایت زدہ دانتوں، لوزتین اور اجواف کے بعد نمودار ہوئی ہیں، اور بعض لوگوں کے خیال میں اس سے اس نظریہ کی تائید ہوتی ہے کہ ایک نوعی تسبیحیہ [برگن (Bargen) کا دو سبحی نبد (diplo-streptococcus)] تسبیبی عضویہ ہے۔ دوسرے لوگ فلکسنر وائی (Flexner Y) کو ذمہ دار تسبیبی عامل سمجھتے ہیں، لیکن اس امر کی شہادت کہ ان دونوں لوی عضویات میں سے کوئی ایک ذمہ دار ہے، نہایت تسلی نابخش

ہے۔ یہ بھی رائے دی گئی ہے کہ غذائی قلتوں یا کسی دیگر سبب کے بعد جو کہ قولونی مدافعت کو مقامی طور پر گھٹا دیتا ہے، طبعی جراثیمی نباتیات (flora)، بالخصوص خبیثہ سبحیہ، مرضیاتی خصائص اختیار کر لیتے ہیں۔

امراضیات ۔ حاد خاطف اصابتیں عصیوی زحیر سے مشابہت رکھتی ہیں۔ غشاء مخاطی کا عام شدید التہاب اور اس کے ساتھ ارتشاح، غشا کا تنخر اور وسیع طور پر پھیلا ہوا تقرح پایا جاتا ہے۔ معمولی مزمن اصابت میں معاء مستقیم کی غشاء مخاطی میں ہیجان، تہیج اور دخنی تقرح ظاہر کرتی ہے اور آلہ کے استعمال سے یا پچارنے پر اس سے ادماء ہونے لگتا ہے۔ بعد ازاں، جب حالت ترقی کر جاتی ہے، تو قولون بتدریج ماؤف ہو جاتا ہے اور اس کی سطح ذراتی دامی ملتہب ہو جاتی ہے، آنت کی دیواریں دبیز اور متلیف ہو جاتی ہیں اور اس کا درون تنگ ہو جاتا ہے۔ تاخیر پذیر اصابتوں میں امتحان لاش پر دبیز منقبض آنت، بڑے بڑے روئیں دار قرحات اور ان کے درمیان التہاب زدہ یا سعدانہ دار غشاء مخاطی کی دھجیاں، نہایت ہی ممیز ہیں بعض مقامات پر یہ قرحات مندمل ہو رہے ہوتے ہیں اور ان کے مرحلہ کی باز تکوین ہو رہی ہوتی ہے۔ مکمل اندمال سے بسا اوقات متعدد سعدانیت (polyposis) پیدا ہو جاتی ہے۔

علامات ۔ حاد خاطف قسم کی اصابت میں آغاز دفعتہً ہوتا ہے اور اس کے ساتھ اسہال اور قولنجی شکمی درد ہوتا ہے۔ اجابتیں تاریک بھوری اور بدبودار ہوتی ہیں، اور ان میں بہت سی مخاط، خون اور ریم ہوتا ہے۔ زبان فردار ہوتی ہے، سانس بدبودار ہوتی ہے، اور تپ، شاید شدید تعریق کے ہمراہ نمویاب ہو جاتی ہے۔ شکمی تمدد اور قولون پر الیمیت اور کسیقدر استواری پائی جاتی ہے۔ وزن کی نمایاں کمی اور عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے علامات میں کوئی فترہ ہوئے بغیر مریض جانبر نہ ہو سکے۔

مزمن تقرحی التہاب قولون، ممکن ہے حاد قسم کے بعد پیدا ہو، لیکن زیادہ کثرت کے ساتھ اس کا آغاز بے تپ سہال کے ساتھ ہوتا ہے کہ جس میں بدبودار پاخانے بار بار آتے ہیں جن میں مخاط خون اور ریم ہوتا ہے۔ مستقیمی بے آرامی یا زحیر نمویاب ہو سکتی ہے اور عدم دمویت اور کمی وزن نمودار ہو سکتی ہے۔ کم نمک ترشگی عام ہے۔

۵ فیصدی اصابتوں میں یہ حالت ذراتی التہاب مستقیم کے طور پر شروع ہوتی ہے

نقشہ ۲۹



الف۔ تقرحی التہاب قولون۔ سطح کی چھوٹی چھوٹی بے قاعدگیاں ملاحظہ ہوں۔ (مصنف ہذا کے ایک مریض سے)



ب۔ بڑی آنت بیریم سے بھری ہوئی ہے اور قولون نازل میں عطفات ظاہر کرتی ہے۔ (یہ شعاع نگاشت مسٹر ڈبلیو لنڈ لاک نے لی ہے)

بالمقابل صفحہ 870

جو بتدریج جوفی صاعد اور مستعرض قولون میں پھیل جاتا ہے۔ آخر میں امعور ماؤف ہوجاتا ہے۔ شاذ طور پر بڑی آنت کے فلقی رقبہ جات، معا مستقیم ماؤف ہوئے بغیر متاثر ہوجاتے ہیں۔ پیچیدگیاں، نزف، انثقاب، تضیق، آنت کی سعد انیت، سرطان اور التہاب مفاصل پر مشتمل ہوتی ہیں۔ ان اصابتوں میں کہ جن میں سعدانے پائے جاتے ہیں، ۲۰ فیصدی میں بعد میں جاکر خباثت نمویاب ہوجاتی ہے۔

تشخیص۔ سرگذشت اور پاخانوں کے منظر سے مرض کی نوعیت کا شبہ پیدا ہوجاتا ہے لیکن ہر اصابت میں سگماڈ منی (sigmoidoscopy) اور لاشعاعی امتحان سے تشخیص کی توثیق کرنے کی ضرورت ہے۔ لیکن بےمستقیمی امتحان سے بےتنش حاصرہ ظاہر ہو اور ممکن ہے بعد کے حتی کیے جائیں، اور دستانہ پوش انگلی خون سے لتھڑ جاتی ہے۔ سگمائیڈ بینی سے ایک یکساں طور پر التہاب زدہ ذرّاتی سطح دریافت ہوتی ہے، جس سے پچارنے یا آلہ کے استعمال سے بآسانی ادماء ہونے لگتا ہے، نیز دخنی یا بڑی جسامت کے قرحات دکھائی دے سکتے ہیں۔ مستقیم اور قولون کا درون تنگ ہوگیا ہوتا ہے، اور اس کی دیواریں بے لچک اور ناہموار ہوتی ہیں چنانچہ اس کو ہوا سے متمدد کرنے پر درد ہوتا ہے۔ سگمائیڈ بینی کے لئے عمومی عدم حسیت کی کبھی ضرورت نہیں پڑتی، اور مریض کا امتحان رکبی صدری یا ظہری وضعات میں کیا جاسکتا ہے۔ ایک خوب نمویافتہ اصابت میں لاشعاعیہ سے انبوبی قصر یافتہ آنت ظاہر ہوتی ہے جس میں تاچکی بالکل زائل ہوگئی ہوتی ہے، اور اگر وسیع تقرح موجود ہو تو قولون پر نما اور کرم خوردہ منظر ظاہر کرتا ہے (صفحہ ۲۹ الف)۔

انذار۔ خاطف اصابتیں ممکن ہے اپنے پورے مرض میں تموی رہیں۔ اور آغاز سے ۲-۹ مہینے میں مرجائیں۔ مزمن اصابتوں میں ممکن ہے بخار کبھی نہ ہو، اور ان میں کئی دہنوں بلکہ سالوں کی مدت کا فترہ ہوسکتا ہے۔ ان حالات میں تمام علامات غائب ہوجاتی ہیں، بلکہ ممکن ہے سگمائیڈ بینی اور لاشعاع پر آنت طبعی منظر ظاہر کرے۔ بعد ازاں نکسات عام طور پر واقع ہوتے ہیں۔ مرض بہت سالوں تک پھیل جاتا ہے اور بعض اصابتوں میں عام صحت پر بہت کم اثر پڑتا ہے۔

علاج۔ جب بخار موجود ہو تو بستر پر لٹاکر آرام کرانا ضروری ہے۔ ایک مقوی، نرم، بلند حراری، بلند حیاتینی غذا کی ضرورت ہے، اور شروع میں اگرچہ اس کا تفصل کم ہو

تاہم حتی الامکان بہت جلد اس میں پھل اور خوب گلی ہوئی چھنی ہوئی (pureed) سبزیاں شامل کی جاسکتی ہیں۔ ایک ایسی غذا جس میں زیادہ تر سیب شامل ہوں بعض اوقات کامیاب ہوتی ہے۔ عفونی مراکز کا استیصال قرین مصلحت ہے۔ بعض لوگ خودزادینی سبجی جدرین، برگن (Bargen) کے ضد تقرحی التہابی قولونی مصل اور ضد زہری مصل (آخرالذکر روزانہ ۱۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰ اور ۱۰۰ مکعب سمر کی مقداروں میں دروں عضلی یا دروں وریدی طور پر دیا جاتا ہے) کی سفارش کرتے ہیں لیکن استہداف سے اموات ہوچکی ہیں۔ ملح سوڈیم بائی کاربونیٹ، پروٹارگال (protargol) اور البرجن (albargin) ($\frac{1}{500}$)، خالص پٹاسیم پرمینگنیٹ (potassium permanganate) (ایک گرین ایک پائنٹ میں) ٹینک ایسڈ (tannic acid) (ایک سے لیکر ۲ گرین ایک اونس میں) اور یوسال (eusol) کے ذریعہ قولونی تغسیل مفید ثابت ہوسکتی ہے۔ ہر دوسرے روز نیم گرم عقیم مالح کے ساتھ، اثنا عشری کی آبیاری جو اتنی مقدار میں ہو کہ آنت دھل کر صاف ہوجائے، بعض اوقات کامیاب ہوتی ہے۔ روغن زیتون میں بسمتھ سب گیلیٹ (bismuth subgallate) کی ۵ فیصدی تعلیق روزانہ دیجاسکتی ہے۔ اگر مریض عدیم الدم ہے تو علاج بالحدید اور نقل الدم قرین مصلحت ہے، اور مرقق ترشہ نمک (قرابادین برطانوی) (½ - ۱ ڈرام) کھانیکے بعد دن میں تین مرتبہ دیا جاسکتا ہے۔ عملیتی علاج، نبتی سبجی التہاب باریطون کے اندیشہ کی وجہ سے خطرناک ہے، اور اس کو ایسی دشوار علاج اصابتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے جہاں طبی علاج بالکل کارآمد نہو۔ تفویہ زائدہ تفویہ قولون اور تفویہ لفائفی اپنے اپنے موئیّد رکھتے ہیں۔ وہ عفونت گستر محلولات کے ذریعہ تغسیل کا موقعہ دیتے ہیں اور آخرالذکر علیہ آنت کو مکمل طور پر آرام دیتا ہے۔

التہاب زائدہ
(appendicitis)

بحث اسباب۔ یہ مرض ادھیڑ عمر یا بڑھاپے کے نسبت اوائلِ زندگی میں، اور اناث کی نسبت ذکور میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس شکایت کا گذشتہ چند سالوں میں زیادہ بڑھ جانا گو عام طور پر تسلیم کرلیا گیا ہے تاہم اس کی توجیہ بالکل

نہیں ہوتی۔

امراضیات۔ التہاب زائدہ عموماً عمومی عصیہ قولونی کی سرایت ہو جانے کے باعث ہوتا ہے، جو کہ آنت کا قدرتی باشندہ ہے۔ بعض اوقات نبقات سبحیہ، نبقات عنبیہ عصیہ ریم سیلگوں اور دوسرے ریم ساز عضویے، عصیہ درنی، عصیہ موتی اور شعاع فطر اس سے متعلق ہوتے ہیں۔ سرایت کی تحریک کہفہ زائدہ میں ایک جسم غریب کی موجودگی سے پیدا ہو سکتی ہے، جو اس کے دروزہ کو مسدود کر دیتا ہے۔ یہ ایک شاہ دانہ کی گٹھلی، نارنگی کا بیج کوئی دوسرا تخم، کرم، بال، یا ایسی ہی کوئی چیز ہو سکتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں ایک زرچیا رماوی رنگ کا انجماد یا پتھری پائی جاتی ہے، جو جسامت میں مٹر کے برابر ہوتی اور برازی مادے سے بنتی ہے، جس کے ساتھ مخاط، کلسی نمکیات اور کثیر التعداد جراثیم مخلوط ہوتے ہیں۔ اس کے متعلق اب یہ خیال ہے کہ یہ زائدہ کی نازلت کے بعد بنتی ہے۔

مرضی تشریح۔ زائدہ کے طبقات کی دردریزش اور وبا نست پیدا ہو کر اس کا کہفہ نازلتی حاصلات یا پیپ سے متمدد ہو جاتا ہے، اور بالآخر تقرح اور گنگرینا ہو جاتی ہے۔ بیشتر اصابتوں میں یہ فساد باریطونی غلاف تک پھیل جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ التہاب بریطونی محدود المقام اور انضمامی ہوتا ہے، اور زائدہ متصلہ آنت سے چپک کر اس کے منطقہ میں ایک کم و بیش مزاحم تودہ بنا دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ زائدہ کے گرد ایک خراج الزائدہ بن جائے اور انضمامات اسے عام کہفہ باریطون سے علیحدہ کر دیں، اور زائدہ عموماً متقوب یا گنگرینی پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات انضمامی التہاب باریطون واقع ہونے سے پہلے ہی زائدہ میں انثقاب یا اغتاث واقع ہو جاتا ہے اور پھر ایک نہایت مہلک قسم کا عام التہاب باریطون بسرعت پیدا ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی التہاب باریطون، جو ابتداءً مقامی ہوتا ہے، بتدریج پھیل کر شکم کے مختلف حصوں میں باریطونی خراجات بنا دیتے ہیں، مثلاً خراج گردوکلوی زیر ڈایا فرامی خراج، یا خراج الحوض۔ استثنائی اصابتوں میں سرایت رسالِ عضویے ورید الباب کی راہ سے جگر میں پہنچ کر تقیحی التہاب ورید الباب اور خراج الکبد پیدا ہو جاتے ہیں۔

لیکن اگر اغتاث یا تقیح نہیں واقع ہوا تو اس کے یہ معنی ہرگز نہیں کہ التہاب بظاہر رفع ہو جانے سے مرض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ اس حالت کا عکس واقع ہو سکتا ہے،

اور اس حملہ کے چھ مہینے بعد سے لیکر دو یا تین سال بعد تک حاد التہاب پھر بھڑک اُٹھتا ہے اور یہ یا تو مندرجہ بالا کیفیتوں میں سے کسی ایک میں مختتم ہو جاتا ہے، یا التہاب میں پھر افاقہ ہوتا ہے، لیکن شاید وہ ایک اور وقفہ کے بعد پھر فعال ہو جاتا ہے۔ اِن وقفوں میں جیسا بعض اصابتوں میں عملیہ کرنے پر ظاہر ہوا ہے، زائدہ کی دیواروں کی دبازت اور دوررویش پائی جاتی ہے، ساتھ ہی اُس کے وسط میں اکثر ایک تنگی اور بعدی سرے پر اتساع ہوتا ہے شاید اُس کے کہف میں انجمادات موجود ہوتے ہیں، اور خارجاً باریطونی انضمامات۔ یا ممکن ہے کہف مطموس ہو کر زائدہ لیفی ہو گیا ہو۔

علامات ۔ حاد حملہ ۔ حملہ کی ابتداء اکثر کسیقدر ناگہانی ہوتی ہے۔ مریض کو یوں ہی، یا کچھ عرصہ کے سوء ہضم کے بعد جس کے ساتھ کچھ قبض یا اسہال کبھی ہوتا ہے کبھی نہیں ہوتا، شدید دردِ شکم کا حملہ ہو جاتا ہے، جو پہلے سارے شکم پر پھیلا ہوا ہوتا ہے لیکن جلد ہی داہنی حرقفی حفرہ میں زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ اِس کے ساتھ ہی متلی قے، اور کسیقدر حموی تعامل ہوتا ہے۔ زبان فردار ہوتی ہے، اشتہا جاتی رہتی ہے، تشنگی موجود ہوتی ہے، اور آنتوں میں قبض ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شکم کسیقدر متمدد ہو، لیکن وہ داہنے حرقفی حفرہ میں عموماً اُستوار اور الیم ہوتا ہے۔ اگر زائدہ جوف کے اندر واقع ہے تو ممکن ہے کہ یہ اُستواری غیر موجود ہو۔ الیمیت اکثر متعین طور پر اُس نقطے پر واقع ہوتی ہے جو داہنے اگلے بالائی شوکی زائدے سے تقریباً ۲ انچ فاصلہ پر اس خط پر ہوتا ہے جو اس زائدہ سے ناف تک کھینچا جائے (نقطۂ میکبرنی = Mc.Burney's point) ممکن ہے کہ یہ علامات چند روز تک جاری رہیں اور قے، درد اور تمدد علاج کے اثر سے کم پڑ جائیں اور یہ شکایت دُور ہو جائے۔ یہ ہمیشہ نہیں ہوتا کہ درد ابتداءً سارے شکم پر پھیلا ہوا یا زائدہ کے خطے میں محدود المقام ہو۔ ممکن ہے کہ وہ شراسیفی ہو یا بائیں جانب پر ہو وہ بار بار نثری ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بائیں جانب پر شروع ہو کر داہنی جانب کو جائے۔ حرقفی خصری عضلہ میں درد ہو سکتا ہے، جس کا اظہار مریض کو بائیں کروٹ پر لٹا کر اور داہنے کولہے کو بیش انبساط کر کے کیا جا سکتا ہے۔ یا اُس وقت جبکہ زائدہ جوفِ حقیقی میں ہو عضلہ سادا اندرونی میں درد ہو سکتا ہے، اور اس کا اظہار گھٹنے کو خمیدہ رکھ کر داہنی ران کو باہر کی طرف گھمانے سے کیا جا سکتا ہے (علامت عضلۂ سادّہ)۔ کبھی کبھی قضیب

میں بھی موجود ہو سکتا ہے۔

جب پھوڑا بنانے والا انقلاب واقع ہو جاتا ہے، اور زائدہ حوض حقیقی کی گگر کے اوپر واقع ہوتا ہے، تو یہ استواری اور مزاحمت نسبتاً زیادہ متعین طور پر محدود المقام ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایک متعین رسولی بنا دیں جس کی حدبندی بیرونی جانب پر اور نیچے عظم حرقفی کے عرف اور رباط پوپارٹ کے ذریعہ ہوتی ہے اور جو رباط پوپارٹ سے ناف تک کے فاصلہ کے نصف یا دو ثلث حصوں تک پھیلتی ہوئی ایک محدب کنارہ بناتی ہے۔ قرع کرنے پر وہ اکثر بالکل ٹھوس یا اصم پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات اس میں ایک ترمیم شدہ طبلی آواز ہوتی ہے، اور بقیہ شکم ملائم اور گمک دار ہوتا ہے۔ تپش بلند ہو کر ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ فارن ہائٹ تک، اور نبض ۱۰۰ یا ۱۲۰ تک پہنچ سکتی ہے۔ درد بیقاعدگی کے ساتھ یا دورے کے طور پر ہو سکتا ہے، اور اکثر نیچے دائیں ٹانگ تک جا پہنچتا ہے۔ موافق اصابتوں میں، اگر عملیہ میں تاخیر ہو جائے تو ممکن ہے کہ یہ رسولی بتدریج کم متعین اور چھوٹی ہو ہو کر بیٹھ جائے، چنانچہ وہ ظاہر ہونے کے بعد سے دس تا بیس یوم میں غائب ہو جاتی ہے، اور تپ اور دوسرے ناموافق امارات بھی کم ہو جاتے ہیں۔ اس کے برعکس اسوقت جبکہ زائدہ حقیقی حوض کے اندر ہو، ممکن ہے کہ انقلاب کا نتیجہ یہ ہو کہ درد موقوف ہو جائے، اور شکم کی استواری تو ہوتی ہی نہیں۔ ایسی حالت میں باوجود اس کے کہ حوضی التہاب باریطون موجود ہوتا ہے، تشخیص نہیں ہونے پاتی۔ علاوہ امارت عضلہ ساذہ کے، جس کا تذکرہ اوپر کیا گیا ہے، عمیق الوقوع پھوڑا براہ معاء مستقیم یا براہ مہبل محسوس کیا جا سکتا ہے، یا وہ (ا) مثانہ کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے تواتر تبول، یا (ب) عضلہ مستقیمہ کے قریب واقع ہونے کے باعث اسہال اور تاسیر پیدا کر سکتا ہے۔

زائدہ کا انغلاف جلد واقع ہو جانے کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ مقامی دلالتیں بالکل غائب ہوں، یا اسقدر خفیف ہوں کہ مریض انھیں مشکل محسوس کرے، یا اسقدر قلیل المدت ہوں کہ مرضی حالت ابتدا ہی سے، یا جلد ہی، عام التہاب باریطون کی نوعیت رکھتی ہے (ملاحظہ ہو التہاب باریطون)۔

حساسیت درد یعنی دکھن کا احساس، یا محض جلدی حسیت یعنے بڑھی ہوئی ولمسی حسیت، تشخیص کے لئے کار آمد ہو سکتی ہے۔ اگر ایک اسپین کو مستر زاویہ پر رکھکر جلد پر

کھینچا جائے ' یا اگر جلد کو انگلی اور انگوٹھے کے درمیان آہستہ سے چٹکی میں لیا جائے تو یہ ظاہر ہو جاتے ہیں۔ حاد التہاب زائدہ میں یہ امارات تقریباً ۶۰ فیصدی اصابتوں میں پائے جاتے ہیں' اور تقریباً ہمیشہ دائیں حرقفی حفرے میں ہوتے ہیں' اگرچہ ممکن ہے کہ پیچھے اور بائیں جانب بھی ایسے مزید رقبے ہوں (58) ۔ حساسیت درد ایک بعید السبب درد ہے اور یہ امر کہ کسی تندرست حشا کی دیواروں کو تاننے سے وہ مصنوعی طور پر پیدا کیا جا سکتا ہے اور اس تناؤ کے موقوف ہو جانے کے بعد تقریباً ایک گھنٹہ تک جاری رہ سکتا ہے' ظاہر کرتا ہے کہ التہاب کے ساتھ اس کا تعلق ہونا ضروری نہیں' بلکہ وہ زائدہ کی یا شائد لفائفی اور اعور کے ایک قطعے کی دیواروں کے ثانوی اتساع اور تناؤ کا نتیجہ ہے۔

التہاب زائدہ کے نکسات کی صورت میں' جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے' علامات بالکل ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ اوّلی حملوں میں لیکن عام التہاب باریطون کا اندیشہ غالباً کمتر ہوتا ہے' کیونکہ ضرر کے گرد انضمامات بن چکے ہوتے ہیں۔

تحت الحاد التہاب زائدہ میں زائدے کے خطے میں گہرا دباؤ ڈالنے سے خفیف سا درد پیدا ہو سکتا اور دبازت محسوس ہو سکتی ہے۔ اکثر اوقات اس سے تکلیف دہ علامات پیدا ہو جاتے ہیں' جو غلط فہمی پیدا کر سکتے ہیں' کیونکہ اُن سے زائدہ سے دور کے کسی مرض کا ایما ہوتا ہے۔ مثلاً مریض کو درد کے حملے شراسیفی یا سرّی خطے میں ہوتے ہیں' بعض اوقات بائیں جانب تک ہی ہوتے ہیں' یا اگر زائدہ حوض کے اندر ہے تو معاء مستقیم میں ہوتے ہیں۔ آخری مثال میں ممکن ہے کہ پیشاب بار بار آئے' اور دوسری مثالوں میں قئے ہو سکتی ہے۔ یہ درد چند گھنٹوں سے لیکر ایک یا دو دن تک جاری رہتا ہے۔ اصابتوں کا ایک اہم گروہ وہ ہے جس میں علامات ایسے ہوتے ہیں کہ اُن پر معدی قرحہ کے اور نسبتہً کم بار اثنا عشری کے قرحہ کے علامات کا دھوکا ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں زائدہ کے مقام پر دباؤ ڈالا جائے تو شراسیف میں درد کا احساس ہوتا ہے۔ یہ درد ورزش یا ریاضت کرنے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ حملے وقفوں کے ساتھ چند سال تک ہوتے رہتے ہیں' اور شدید حملوں کے بعد جو وقفے ہوتے ہیں ان میں بھی مریض بہت سی مثالوں میں درد سے کلی طور پر معرا نہیں ہوتا۔ معدی اور اثنا عشری مرض کے اس اشتباہ کو زائدی سوءِ ہضم (appendix dyspepsia) کہتے ہیں' اور ان علامات کو ایسے سوءِ ہضم

373

کی طرف منسوب کیا جا سکتا ہے جو زائدی خطے سے معکوس طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔

تشخیص۔ کسی لڑکے یا لڑکی میں حاد عام التہاب باریطون جو بظاہر خود بخود پیدا ہو جائے تقریباً ہمیشہ التہاب زائدہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ نسبتاً زیادہ عمر والے مریضوں میں بہت سے ضررات التہاب زائدہ کے ساتھ خلط ملط کئے جا سکتے ہیں بشکم حاد کے تقریباً تمام اسباب پر مختلف اوقات میں اسی کا غلط گمان ہوا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 320)۔ گذشتہ سرگذشت پر، اتم درد اور الیمیت کے محل وقوع پر، اور اُن مقامی حالات پر جو بیرونی امتحان اور براہ معاء مستقیم امتحان سے دریافت ہوں، اچھی طرح غور کرنا چاہیئے۔ نسبتاً بعد کے درجہ میں، جبکہ رسولی بنگئی ہو، اسے برازی اجتماعات، اعور کی جعیث بالید، حرکت پذیر گردے، عورتوں کے حوضی احشاء کے التہاب اور عصری بھوڑے سے متمیز کرنا پڑتا ہے۔

زائدی سوء ہضم کی تشخیص کا انحصار بعض مقامی امارات پر ہوتا ہے جو زائدی خطے میں ظاہر ہوتی ہیں۔ نیز براز میں مخفی خون کی عدم موجودگی پر (اگرچہ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ مزمن التہاب زائدہ اور ہضمی قرحہ کا ایک ساتھ واقع ہونا غیر عام نہیں)، اور ہضمی قرحہ یا التہاب مرارہ کی دوسری منفی شہادت پر۔ امارت باسٹیڈو (Bastedo's sign) ایک قیمتی توثیقی کا شف ہے۔ یہ یہ ہے کہ جب ایک مستقیمی انبوبہ کے ذریعہ آہستہ آہستہ ہوا اندر پمپ کر کے قولون کو پھلا دیا جائے تو دائیں حرقفی حفرے میں درد اور الیمیت پیدا ہو جاتی ہے۔ تندرست شخص میں اس سے صرف کسیقدر بے آرامی تو پیدا ہو جاتی ہے لیکن درد صرف بہت زیادہ تمدد سے ہوتا ہے اور پھر یہ کہ درد دونوں طرف یکساں ہوتا ہے۔ جب التہاب زائدہ موجود ہوتا ہے تو اسطرح پھلانے سے دائیں حرقفی خطے میں درد پیدا ہو جاتا ہے اور زائدی خطہ اب دبانے پر الیم پایا جاتا ہے، یا اگر وہ پہلے ہی سے الیم ہے تو الیمیت کا یہ احساس اور زیادہ شدید ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ بھی ہوتا ہے کہ پھلانے کے بعد اس مقام کو دبانے سے شراسیف کا وہی درد نمودار ہو جاتا ہے جو کہ مریض کو از خود پیدا ہوتا رہا ہے (Hurst)۔ مریضوں کی بہت بڑی تعداد میں بیریم سلفیٹ اور حیاچھ کی غذا (Spriggs) یا بیریم سلفیٹ اور پانی کی غذا (Redding) دینے کے چھ تا اٹھارہ گھنٹے بعد لا شعاعوں سے زائدہ دیکھا جا سکتا ہے۔ خود زائدہ دروبہ کی ترویت سے

زیادہ اہم یہ امور ہیں:۔ مقامی الیمیت، اعور اور اختتامی لفائفی کی غیر طبعی تثبیت، اور لفائفی قولونی عاصرہ کی راہ سے غذا گذرنے میں تاخیر یعنی معدی لفائفی منکوسہ کی کی، جس کا امتحان اس طرح کیا جاتا ہے کہ بیریئم ملا ہوا کھانا دینے کے چار گھنٹہ بعد ایک کھانا دیا جائے اور اس کے ایک گھنٹہ بعد اعور کا معائنہ کیا جائے -(36, 35)

انذار۔ شفاخانۂ لندن کے تازہ اعداد و شمار کی رُو سے التہاب زائدہ کی ان تمام اصابتوں میں جن میں حملہ شروع ہونے کے بعد پہلے چوبیس گھنٹوں کے اندر علیہ کیا گیا تعداد اموات ۲ ء ۱ فیصدی تھی۔ یہ دوسرے دن بڑھ کر ۹ء ۳ فیصدی ہوگئی اور تیسرے دن ۷ ء ۸ فیصدی ہوگئی۔ علیہ جسقدر جلد کیا جائے انذار اُسیقدر بہتر ہوتا ہے۔

علاج۔ اِن واقعات نے کہ التہاب زائدہ بہت کم علامات ہوتے ہوئے بھی گنگرین اور تقیح کے درجوں تک ترقی کرسکتا ہے، اور بلا تاخیر کئے خطرہ کی وسعت کا صحیح اندازہ کرنا بہت مشکل ہے، یہ عقیدہ واسخ کر دیا ہے کہ جب کبھی التہاب زائدہ کی یقینی یا نہایت اغلب تشخیص قائم ہو جائے تو زائدے کے استیصال کا تہیہ کرنا چاہئے، اور اسے حتی الامکان جلد ترین موقع پر انجام دینا چاہئے۔ اگر تشخیص کے متعلق شبہ ہو، یا علامات نسبتہً کم ضروری التوجہ ہوں تو انتظار کرنا جائز ہے۔ ایسی صورت میں مریض کو بستر پر لٹا کر رکھنا چاہئے، اور اُسے صرف دودھ یا بینجرس فوڈ (Benger's food) یا ایسی ہی چیزیں کھانے کے لئے دینی چاہئیں۔ گرم مسالۂ بورک (hot boric lint) یا تکمیدات استعمال کرنی چاہئیں، اور تمام قسم کے مفتحات سے احتراز لازم ہے، یا ستثنائے اس کے کہ اگر حال ہی میں پاخانہ نہوا ہو تو ایک سادہ حقنہ دیدیں۔

374

یہ سوال کہ آیا ہر اُس اصابت میں جو طبی معالجہ سے شفایاب ہو چکی ہے۔ توالی مرض کو روکنے کے لئے چند ماہ بعد علیہ کردینا چاہئے یا نہیں، ہنوز تصفیہ طلب ہے۔ لیکن اگر دورہ مرحلہ ہو جائے تو علیہ کرنے کے اس موقع سے یقیناً فائدہ اٹھانا چاہئے۔ اس موقع پر یہ احتیاط عمل میں لانی چاہئے کہ کسی متلازم مرض کے لئے شکم کے دوسرے حصوں، اور بالخصوص مرارہ کا امتحان کر لیا جائے۔

عطفیت

(DIVERTICULOSIS)

بڑی آنت کے متعدد عطفے، جو غشائے مخاطی کے چھوٹے فتقوں کے سلسلے کی راہ سے زوائد ثربی (appendices epiploicæ) کے اندر ابھر آتے ہیں، اِس آنت کے کسی بھی حصے میں مل سکتے ہیں، لیکن حوضی قولون تقریباً تین چوتھائی اصابتوں میں ماؤف ہوتا ہے۔ پیش عطفی درجہ، آنت کا ایک مقامی عارضہ ہے اور خراش کا نتیجہ ہوتا ہے۔ خفیف سا دردِ شکم اور مقامی الیمیت ہوتی ہے۔ غیر شفاف غذا (۲۰ اگرین بیریم سلفیٹ جو ۵۰۰ سی سی بارلیک کے مالٹیڈ ملک یا چھاچھ میں معلق ہو) یا غیر شفاف حقنہ (59) کے بعد لاشعاعوں سے تشخیص کی جاتی ہے۔ اس وقت جبکہ قولون ماؤف ہوا اس حصہ کے خاکہ کا منظر ناہموار ہوتا ہے (شکل ۲۹، ب)، اور طبعی تا چکوں (haustra) کے درمیان کا انقطاع ملحوظ ہو جاتا ہے (ل)۔ اس کے بعد دوسرا مرحلہ عطفوں کا بننا ہوتا ہے، اور غالباً اِس کا سبب مُعدہ ترکیبی تمدد ہے (ج)۔ جب عطفے میں برازی اجتماع ہوتا ہے تو وہ ایک حصاۃ البراز (stereolith) بنا دیتا ہے، بیریم اسے صرف جزو پُر کرتا ہے، لہٰذا وہاں ایک پیالہ نما چھا میں ہوتی ہے، جو تا چک کے منقبض ہونے پر حرکت کرتی ہے (د)۔ اور ممکن ہے کہ وہ گردن کے قوی انقباض سے قولون کے کہف سے بالکل بے تعلق ہو جائے (س) (نیز ملاحظہ ہو صفحہ ۲۹، ب صفحہ 370)۔

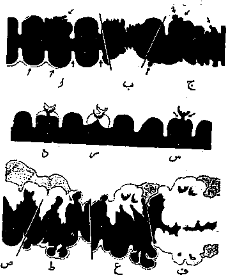
التہاب عطفہ

(diverticulitis)

عطفیت بلا کسی علامت کے سالہا سال جاری رہ سکتی ہے، لیکن التہاب عطفہ کسی وقت بھی نمودار ہو سکتا ہے۔ اِس کی اوّلین لاشعاعی اَمارت عطفہ کی گردن پر ظاہر ہوتی ہے، کیونکہ اِسی نقطہ پر ہر ریزش واقع ہوتی ہے۔ تا چک مزید اکہناف ظاہر

کرتی ہے، اور ساتھ ہی زاویہ متداخلہ کند ہوجاتا ہے (س)۔ سب سے زیادہ ممیز یہ واقعہ ہے کہ آنتا چکوں کی طبعی حرکت کا، جو سلسلہ وار فلموں سے ظاہر ہوتی ہے، بالکل امتناع ہوجاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ عطفے التہابی دبازت کی وجہ سے تعلق ہوجاتے ہیں (ع)۔ یا اُن کی گردنیں اسقدر چوڑی ہوجاتی ہیں کہ جیسی ۷ کی شکل کی ہوجاتی ہیں (ص، ط) اور ف کے مقام پر ایک انتہائی انقباضی درجہ دکھلایا گیا ہے، جو لیفی بیش تکوین کی وجہ سے واقع ہوگیا ہے۔ دوسرے تغیرات جو عطفوں کو ماؤف کرسکتے ہیں یہ ہیں :۔ (ا) تقیح۔ (ب) آنتقاب اور التہاب بارلیطون (ج) قرب وجوار کے اعضاء کے ساتھ ناسوری ارتباط۔ (د) عطفے کا مڑوڑا جانا جس سے اُس کی تخنیق واقع ہوجائے۔ (س) سرطان کا ثانوی طور پر نمویاب ہوجانا۔

التہاب عطف کے علامات خفیف قسم کے التہاب کے ہوتے ہیں۔ جو بڑی آنت میں، اور عموماً بائیں طرف شکم کے زیرین حصے میں ہوتا، اور متصلہ ساختوں میں پھیل جاتا ہے۔ اکثر شکم میں بے آرامی اور اس سے کمتر بار درد ہوتا ہے، جو بالعموم غذا کے ساتھ غیر متعلق ہوتا ہے اور ناف کے قریب یا اُس کے نیچے لیکن بالخصوص بائیں حرقفی حفرے میں واقع ہوتا ہے، اور بار ہا وقفہ دار رہتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ کھنچاؤ کے احساس اور درد پشت کی شکل اختیار کرلے۔ عام ذکیت اور تمدد کا احساس عموماً بیان کیے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ علامات صرف یہی ہوں۔ فی الحقیقت یہ بھی ممکن ہے کہ التہاب عطف کی ایک ترقی یافتہ حالت موجود ہو اور اُس کے ساتھ کسی قسم کی شکایت نہو۔ قبض، اجابتوں کی بیقاعدگی، اسہال، یا ناتمام تفریغ کا احساس اکثر موجود ہوتا ہے۔ مثانہ کی ماؤفیت کی مثالوں میں ممکن ہے کہ تبول بار بار ہو، اور بعض اوقات وہ پاخانہ ہوجانے کے بعد، درد کے ساتھ ہو۔ یا پہلے تبول بلا درد ہو اور بعد میں درد ہو۔ باستثناء بہت موٹے اشخاص کے، بائیں حرقفی حفرے میں ایک گلہ شکل رسولی محسوس کی جاسکتی ہے، جو بعض اوقات الیم ہوتی ہے لیکن ہمیشہ نہیں۔ ممکن ہے کہ اِس میں حاد التہاب پیدا ہو، اور اُس سے مریض کو تپ اور قئے ہوجائے۔ بعض اوقات التہاب عطف قولون کے دوسرے حصوں میں ہوجاتا ہے۔ نزف براہ معاء مستقیم عموماً نہیں ہوتا۔ بالعموم التہابی ضرر غشائے مخاطی کے باہر



شکل ۴۹ - ۲ ۔ ا ۔ نیچے طبعی تاچکیں ہیں اور اوپر پیش عطفی حالت کی چھوٹی چھوٹی چکتیاں۔
ب ۔ پیش عطفی حالت کے رقبے آنت کے محیط کو متاثر کرتے ہیں اور بظاہر ملتقی تنگی پیدا کر دیتے
ج ۔ آنت کا وہی ٹکڑا (جو کہ ب میں ہے) علاج کے بعد۔ تنگی بالکل نہیں ہے ۔
بے قاعدگیاں، جو کہ پیش عطفی حالت کا ماتبقی ہے۔ نیز چھوٹی چھوٹی جیبوں کی تکوین،
د ۔ بڑا حقناۃ الباریم برداعطفہ۔ نقطہ دار خط، دوران ارتخا میں اس کی وضع کو ظاہر
کرتا ہے مسلسل خاکہ (جو کہ ایک سیکنڈ بعد ایک سلسلہ وار فلم پر حاصل کیا گیا) ایک
تاچک کا انقباض ظاہر کرتا ہے ۔
س ۔ یہ بھی سلسلہ وار فلموں پر لی گئی ہے اور تاچک کا اعظم انقباض
ظاہر کرتی ہے ۔

س ۔ علقہ کی گردن پر زاویہ متداخلہ کا کند ہو جانا ۔ ص ۔ معوی دیوار کی نہایت دبازت ۔ بطنی گردنیں کھل گئی ہیں ۔ ط ۔ اس امر کی شہادت کہ التہابی تغیرات مقابل کی دیوار تک پھیل گئے ہیں ۔ ع ۔ عطفات کا آنت کے درون سے بے تعلق ہو جانا ۔ ف ۔ یہی اصابت ۴ سال کے بعد ترقی یافتہ انسلاسی درجہ ظاہر کرتی ہے ۔ باستثنا د اور س کے باقی شکلوں میں نقطہ دار خط، باریطونی سطح ظاہر کرتا ہے ۔

واقع ہوتا ہے۔

پیچیدگیوں کے باعث بھی علامات پیدا ہوسکتے ہیں۔ جب تقیح واقع ہوجاتا ہے تو بائیں ارتقفی حفرے میں، صرف شکم کے بائیں جانب پر، التہاب زائدہ جیسا حاد التہابی اختلال ہوسکتا ہے۔ التہاب عطفہ معوی تسدد پیدا کرسکتا ہے۔ ناسوروں کے بننے یا انثقاب ہونے کے باعث علامات پیدا ہوسکتے ہیں۔

انذار۔ عطفیت اور التہاب عطفہ دونوں کے ابتدائی مرحلوں میں انذار اچھا ہوتا ہے، بشرطیکہ مناسب علاج اختیار کیا جائے۔

علاج۔ عفونی مراکز کو خارج کردینا چاہیئے۔ غذا سادہ ہونی چاہیئے اور اس میں پھل اور سبزیاں بکثرت موجود ہوں۔ کھانا باقاعدگی اور پابندیٔ اوقات کے ساتھ کھانا چاہیئے۔ پاخانہ صاف ہونے کے لئے پیرافین استعمال کی جاتی ہے، اور پاخانہ کے لئے پابندیٔ اوقات کی عادت ڈالنی چاہیئے۔ ہر تیسرے دن طبعی مالح سے قولون کی تغسیل کرنی چاہیئے۔ روغن زیتون (olive oil) کے حقنے بھی مفید ہوتے ہیں۔ بہترین یہی ہے کہ مسہلات سے احتراز کیا جائے، اور آلک کرانے کی ہدایت ہرگز نہ دی جائے۔ مختلف پیچیدگیوں کا علاج جراحی سے کرنا چاہیئے۔ 376

آنت کا تدرّن، نوبالیدیں اور آتشک

(TUBERCLE, NEW GROWTHS AND SYPHILIS OF INTESTINE)

درنہ۔ آنت کا تدرن سل ریوی میں ہونے کے علاوہ، علیحدہ بھی ہوسکتا ہے، بالخصوص بچوں میں، جن میں سرایت اکثر دودھ سے منتقل ہوجاتی ہے۔ دونوں صورتوں میں ضررات بالخصوص لفائفی کی چپے پیر کی چکتیوں میں، اور لفائفی اور قولون کی منفرد جرابوں میں واقع ہوتے ہیں۔ تدرنی عمل بھی ویسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ دوسرے مقامات میں، یعنی تکاثر، تجبن، تنخر، اور تقرح۔ اور لفائفی کے قرحے بہت وسیع ہوسکتے ہیں، اور وہ گول یا بیضوی ہوتے ہیں، اور بسا اوقات آنت کے گرد عرضاً جاتے ہیں نہ کہ اس کے طول میں۔ انکی سطح ہموار، اور کوریں دبیز ہوتی ہیں، اس سطح سے متناظر مصلی

سطح عموماً چند چھوٹے چھوٹے سپید ورقے پیش کرتی ہے۔ مثلاً زم علامات تپ اور اسہال ہیں۔ پاخانے عموماً کثیر المقدار، پولٹس جیسے اور چربی دار ہوتے ہیں اور ان کا رنگ زرد ہوتا ہے بعض اوقات وہ زیادہ مائع اور بھی زرد ہوتے ہیں، اور اگر شکم متمدد ہو تو ممکن ہے کہ ٹائیفائڈ بخار سے قریبی مشابہت پیدا ہو جائے۔ نزف اور انثقاب شاذ ہوتے ہیں۔ علاج بیان کیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 175)۔ ناسور مبرزی (fistula -in-ano) بلاشبہ بعض اوقات درنیُ الاصل ہوتا ہے۔

توبالیدیں۔ آنت کی رسولیاں بالخصوص یہ ہوتی ہیں:۔ غدی سلعہ اور سرطان، اور شاذ بلغمی لحمی سلعہ۔ سرطان سب سے زیادہ کثیر الوقوع اور اہم ہے۔

اثنا عشری کے سرطان کو شیرن (Sherron) نے ماؤف شدہ حصہ کے لحاظ حسب ذیل تقسیم کیا ہے:۔ وہ جو صفراوی حلیمہ سے اوپر واقع ہو، اسے فوق الانتفاخی (supra-ampullary) کہتے ہیں۔ وہ جو خود حلیمہ میں واقع ہو، انتفاخی (ampullary) ہے۔ اور وہ جو نیچے واقع ہو، اسے تحت الانتفاخی (infra ampullary) کہتے ہیں۔ ہر حالت میں یہ ایک شاذ مرض ہے لیکن انتفاخی قسم اہم ہوتی ہے، کیونکہ اس صورت میں رسولی مشترک صفراوی قنات کو مسدود کر دیتی ہے، اور اگرچہ درد نہیں پیدا کرتی تاہم گہرا یرقان اور لاغری پیدا کر دیتی ہے۔ تحت الانتفاخی سرطان تیسرے حصے میں زیادہ عام ہے۔ ان اصابتوں میں قئے میں ہمیشہ صفرا اور بانقراسی رس موجود ہوتا ہے۔ آخر الذکر کی موجودگی اس طرح ظاہر ہو سکتی ہے کہ اگر منتظر قئے میں چند گرین سوڈیم بائی کاربونیٹ ملا دیں تو اس میں فائبرین ہضم ہو جائے گی۔ صائم اور لفائفی میں شاذ ہی رسولیاں پائی جاتی ہیں۔ غیر خبیث رسولیاں اکثر ڈنٹھل دار ہوتی ہیں اور ان سے انغلاف الامعا پیدا ہو سکتا ہے۔ بلانڈ سٹن (Bland Sutton) بتلاتا ہے کہ لفائفی اعوری اتصال کے مقام کی بعض رسولیاں جنہیں سرطانی سمجھا گیا درحقیقت بیشش بگوینی درنی تودے تھیں، جو آنت کی مسدودی پیدا کر دینے کی وہی قابلیت رکھتے ہیں جیسی کہ ایک سرطان۔ دونوں صورتوں میں ضروری علاج استیصال ہی ہے۔

سرطان چھوٹی آنت کی نسبت بڑی آنت میں بہت زیادہ عام ہے، اور

خاصکر اعور، حوضی قولون اور معاء مستقیم کو ماؤف کرتا ہے، اور اس سے کمتر قولون کے
دوسرے حصّوں کو۔ سریری لحاظ سے قولونی سرطان دو طرح کا ہوتا ہے، جس کا انحصار
اس پر ہوتا ہے کہ آیا وہ ایک حلقہ نما بالیدہ ہے جو ابتدائی درجہ ہی میں تسدد پیدا کر دیتی ہے
یا ایک متقطر بالیدہ جو تسدد دیر سے پیدا کرتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ مریض
کھانا کھانے کے بعد شکم میں بے آرامی اور قولنجی درد محسوس کرے اور ساتھ ہی قراقر بھی
ہو۔ اجابتوں میں بیقاعدگی ہوتی ہے، لیکن اعوری بالیدوں کا کسیقدر ممیز خاصہ
اسہال ہوتا ہے، اور حوضی اور قولونی بالیدوں کا ممیز خاصہ قبض۔ آخر الذکر میں ممکن
ہے کہ اسہال کاذب (spurious diarrhœa) ہو، یعنے بالیدہ کی خراش کی وجہ سے
بار بار چھوٹے چھوٹے سیال دست، کانکھنے یا آمیر کے ساتھ آتے ہیں۔ براز میں خون موجود
ہوتا ہے، جس کا بڑی مقدار میں ہونا ضروری نہیں۔ ہیماٹین (hæmatin) کی موجودگی
اور ہیماٹو پارفرین (hæmato-porphyrin) کی غیر موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ قولون
کے زیریں حصّے میں ادما ہوا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 330)۔ غشائی یا آوُن دار قسم میں مخاط
عموماً پائی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ تھوڑی پیپ بھی ہو۔ شکمی جس سے ممکن ہے کہ ایک سخت
مدور یا گرہی ڈلا ظاہر ہو، اور ممکن ہے کہ انگلی سے ہم نوبالیدہ کے ایک تودے کو پہچان سکیں
جو مبرز سے قریب ہی معاء مستقیم کے راستہ کو روک رہا ہو۔ تاہم ہر مشتبہ اصابت میں
سگمائیڈ بین استعمال کرنی چاہئے، کیونکہ اس سے حوضی قولون کی بالیدہ شناخت کیجاسکتی
ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 370)۔ تشخیص کے لئے لاشعاعیں بھی استعمال کی جاسکتی ہیں۔ بیریم

377

سلفیٹ کو گوند کے ذریعہ پانی میں معلق کر کے اس کا غیر شفاف حقنہ معاء مستقیم کے اندر
داخل کیا جاتا ہے۔ اگر حقنہ کے قیف کو مبرز سے دو فیٹ اوپر رکھا جائے تو یہ آمیزہ چکر کھا کر
اعور تک پہنچ جاتا اور قولون کو بالکل پُر کر دیتا ہے، بشرطیکہ مریض گہری سانس لے اور کبھی کبھی
اپنی وضع کو بدلتا رہے۔ امتحان سے پہلے یہ ضروری ہے کہ قولون خالی ہو، اس کے لئے
چھتیس گھنٹے پہلے روغن بیدانجیر دیا جاسکتا ہے، اور امتحان کی صبح کو اور ماسبق شام کو
پانی کے حقنہ کے ذریعہ مزید صفائی کی جاسکتی ہے۔ دورونہ کی تنگی یا خاکہ کی بے قاعدگی
سرطان کا شبہ پیدا کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۰ الف اور ب)۔ غیر شفاف غذا جسکا
قولون کی راہ سے نیچے کو تعاقب کیا جائے، تشخیص میں نسبتہً بہت کم مفید ہوتی ہے۔

صفحہ ۳۰



الف



ب

مستعرض قولون کا (الف) اور حوضی قولون کا (ب) سرطان جس میں نقص پری نظر آتا ہے۔ (یہ شعاع نگاشت مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہے)

بقایا صفحہ 577

آخری درجوں میں ممکن ہے کہ مریض حاد معوی تسدد یا مزمن معوی تسدد کے علامات پیش کرے' یا ایک شکم کے ڈلے کی شکایت کرے' جو دوسرے ضررات کے ساتھ خلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ اگر وہ اعور کو ماؤف کر رہا ہے' تو ممکن ہے کہ وہ مزمن التہاب زائدہ یا کلانی غدد سے مشابہ ہو۔ اور اگر قولون کے اندر ہو تو کلانی گردہ' التہاب علقہ کلانی مرارہ سے' یا اگر او ر طحال کے اوپر واقع ہو تو ایک انور سما سے۔

علاج جراحی ہوتا ہے' اور انذار ابتدائی درجوں میں اچھا ہوتا ہے۔ ناقابل علیہ اصابتوں میں عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) آزمایا جاسکتا ہے۔

قولون اور معاء مستقیم کی سعدانہ نما بالیدین یعنی غدی حلیمی سلعات شستوسومیت میں واقع ہوتے ہیں۔

معاء مستقیم کے التہابی تضیقات ۔ آتشک قتالِ غذائی کولمعوم اور معاء مستقیم کے درمیان کشاذہی ماؤف کرتی ہے' لیکن بعض اوقات وہ آخرالذکر مقام پر تضیق پیدا کر دیتی ہے۔ تحت المخاطی بافت میں صمغیے بن جاتے اور ثانوی التہابی تغیرات کے باعث ندبی انقباض پیدا کر دیتے ہیں۔ نیز سوزاک سے' اور نسبتہً شاذ اصابتوں میں تدرّن سے بھی تضیق پیدا ہو سکتا ہے (48)۔ یہ دونوں صنفوں میں مساوی طور پر ہوتے ہیں' اور ممکن ہے کہ ان کا کوئی علم نہ ہو حتیٰ کہ تضیق کے علامات مشاہدے میں آئیں اور انگلی سے امتحان کرنے پر تنگی شناخت میں آجائے۔

معوی تسدّد

(INTESTINAL OBSTRUCTION)

آنت کئی طریقوں سے مسدود ہو سکتی ہے جو یہ ہیں :- (۱) اجسام غریبہ۔ (۲) انغماد الامعاء۔ (۳) معوی دیوار میں تغیرات ہونا' جیسے کہ تضیقات مندمل شدہ قروح سے' یا خبیث بالیدوں سے۔ (۴) فتلتہ الامعاء۔ (۵) تحنیق ہونا بندھن کے ذریعہ یا روزنوں کی راہ سے۔ (۶) قطریہ کا گھٹ جانا آنت پر جرح کی وجہ سے' یا مختلف طرح کے بیرونی ضغطہ کے باعث۔

اجسامِ غریبہ۔ آنتوں کو مسدود کرنے والے اجسام غریبہ میں سے بعض یہ ہوتے ہیں:- پھلوں کی گٹھلیاں، کنکریاں، سکے، گولیاں، الپینیں، سوئیاں، خطافات اور مصنوعی دانت - نباتی ریشوں، اُون، یا بچّے کی بھوسی کا با ہم گوندا بجانے سے بھی بعض بڑے تودے بن جاتے ہیں - اس قسم کے اجسام غریبہ بالخصوص مجنونوں میں پائے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک بڑا سنگ صفرا مہلک تسدد کا سبب ہوجاتا ہے یا وہ کم و بیش دقت کے بعد برز کی راہ سے خارج ہوجاتا ہے۔ براز کے کتلے بھی مجتمع ہوسکتے ہیں اسطرح جیسا کہ قبض کے بیان میں تذکرہ کیا گیا ہے، اور یہ معاء مستقیم یا قولون میں ایک خطرناک رکاوٹ پیدا کردیتے ہیں۔

اِنغماد الامعا (intussusception)۔ یہ مخصوص صفات پیش کرتا ہے، چنانچہ اس پر علیحدہ غور کرنا مناسب ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 380)۔

تضیقات (strictures)۔ یہ چھوٹی اور بڑی دونوں آنتوں میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ یا تو قروح کے ندبلوں کے انقباض سے، یا فوبالیدوں سے پیدا ہوجاتے ہیں، اور گاہے ماہے معوی دیواروں میں دسنی دریزش کی وجہ سے بھی۔ کبھی کبھی ایسی سادہ رسولیاں بھی، جیسے کہ غدی رسولی یا لیفی رسولی، معوی تسدد پیدا کردیتی ہیں۔

فتلۃ الامعاء (volvulus)۔ اس اصطلاح سے یہ مراد ہے کہ آنت خود اپنے اوپر اس طرح مروڑی جائے کہ جس سے وہ "مخنوق" ہوجائے، بالفاظ دیگر مروڑ کی وجہ سے جو دباؤ پڑتا ہے وہ آنت کے جنبر سے وریدی خون کی واپسی کو روکنے کے لئے تو کافی ہوتا ہے مگر اس کی شریانی رسد کو روکنے کے لئے کافی نہیں ہوتا لہٰذا امتلا، نزف اور گنگرین پیدا ہوجاتی ہے۔

تخنیق، بندھوں کی وجہ سے اور روزنوں کی راہ۔ اصطلاحاً اس گروہ کو اندرونی مخنوق فتق (internal strangulated hernia) کہہ سکتے ہیں۔ 378

آنت کا ایک جنبر (عموماً لفائفی) ایک روزن، جیسے کہ سوراخِ ونسلو (foramen of Winslow) میں سے پھسل کر نکل آتا ہے، اور جب سوراخ کا حاشیہ اس کی گردن کو پکڑ لیتا ہے تو مخنوق ہوجاتا ہے۔ لیکن بسا اوقات یہ حلقہ خانق اس انضمامی بند سے بنتا ہے جو شکم کے ایک حصہ سے دوسرے حصہ تک پھیلتا ہے، اور جس کے نیچے سے

آنت کا چنبر گذر جاتا ہے۔ تسدد کی اس قسم کا ایک کثیر الوقوع سبب وہ پیدائشی غیر طبعی حالت ہے، جسے عطفۂ میکل (Meckel's diverticulum) کہتے ہیں۔ یہ لفائفی کی ناچسپیدہ جانب سے نکلا ہوا ایک انگشت نما زائدہ ہے، جس کا طول ۲ تا ۴ انچ اور قطر $\frac{1}{2}$ تا $\frac{3}{4}$ انچ ہوتا ہے۔ یہ سرّی ماساریقی قناۃ (omphalo-mesenteric duct) کا (جس کے ذریعہ سے ابتدائی غذائی کنال تا چہ زردی کے ساتھ ارتباط حاصل کرتی ہے) باقی ماندہ حصہ ہے۔ یہ لفائفی سے اس نقطہ پر نکلتا ہے جو اعور سے ۱۸ تا ۳۴ انچ فاصلہ پر ہوتا ہے، اور اس کی اندھی انتہا عموماً آزاد ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ وہ ایک لیفی بند کے ذریعہ ناف کے مقام پر شکم کی اگلی دیوار کے ساتھ، یا ماساریقا کے ساتھ، یا کسی دوسرے نقطہ پر باریطونی سطح کے ساتھ چسپاں ہو جائے۔ ایسی صورت میں ایک حلقہ بن جاتا ہے جس کے اندر سے آنت کے ایک چنبر کا گذر کر مختوق ہو جانا ممکن ہے۔

انضغاط اور تجرّ۔ اس گروہ میں ذیل کی حالتیں شامل ہیں:۔ حاد تشنج جو ایک منفذ وبند کے جز کے باعث ہو۔ انضمامات جو آنت کو دبا کر پچکا دیں۔ اور آنت کے متعدد دلچھوں کا باہم چپک جانا۔

امراضیات۔ حاد تسدد معوی کی جہلک اصابت میں مقام تسدد سے اوپر کی آنت بہت متمدد، اور اس سے نیچے کی آنت ہبوط اور خالی پائی جاتی ہے۔ یہ تمدد، تنگی کے عین اوپر شروع ہوتا ہے اور آنت کو تسدد کی شدت یا مدت کے لحاظ سے کم و بیش فاصلہ تک ماؤف کر دیتا ہے۔ مثلاً سگمائیڈ کے تسدد میں سارا قولون اور چھوٹی آنت کا بہت سا حصہ ماؤف ہو جاتا ہے۔ لفائفی کے تسدد میں چھوٹی آنت متمدد اور قولون پچکا ہوا ہوتا ہے۔ متمدد اوپر والے حصے میں برازی مادے کی کچھ مقدار ہوتی ہے، جس کا رنگ ہلکا بھورا یا زردی مائل بھورا، اور قوام یکساں طور پر گاڑھا سیّال ہوتا ہے۔ تسدد خواہ چھوٹی آنت میں ہو یا بڑی آنت میں یہی صورت حالات پائی جاتی ہے۔ مزمن اصابتوں میں ممکن ہے کہ متمدد آنت بوجہ اُن مساعی کے جو وہ تسدد کو دفع کرنے کے لئے کرتی رہتی ہے، بتدریج بیش پرورده ہو جائے۔ بالآخر ممکن ہے کہ اوپر کے متمدد حصے میں آنت کی طاقت جواب دیدے، اور نام نہاد برازی قروح (stercoral ulcers) بن جائیں، اور ان میں سے

بعض انثقاب پیدا کردیں۔ حاد تخنیق میں دوران خون میں راست مداخلت ہونے کے باعث، تنگی کے مقام پر اغشاث واقع ہوسکتا ہے۔

مسلسل معوی تسدد ایک مہلک مرض ہے، اور مقام تسدد جسقدر زیادہ بلند واقع ہو، وقوع موت اُسیقدر سریع تر ہوتا ہے۔ حیاتی کیمیائی تغیرات جو ایک حساسیتی حمل کے تغیرات سے کسی قدر مشابہ ہوتے ہیں، موجود ہوتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 138)، یعنے خون میں غیر پروتینی نائٹروجن اور بائی کاربونیٹ کی زیادتی اور اس کے ساتھ قلوی دمویت اور تقلیل کلورائڈ (جو غائب ہوکر بافتوں کے اندر چلاجاتا ہے)(61)۔ اور ناگہانی پروتینی تفرق یا پروتینی صدمہ کی وہی توجیہ اس پر بھی صادق ہوسکتی ہے۔ یہ رائے بھی پیش کی گئی ہے کہ عصیۂ ویلچی (B. Welchii) کا غیر معمولی نمو اور ساتھ ہی چھوٹی آنت سے سم کا انجذاب واقع ہوتا ہے۔ یہ پروتینی تفرق کو شروع کرسکتا ہے۔ ضد سم کے اشراب کے اچھے نتائج مندرج ہوئے ہیں (62)۔ دوسری رائے یہ ہے کہ آنت کے اندر صفرا کی موجودگی ایک ضروری شئے ہے، اور اس میں رکاوٹ پیدا ہوجاتی ہے۔ صفرا کے مستقیمی اشراب کے بھی اچھے نتائج بیان کئے گئے ہیں (63)۔

حاد تسدد کے علامات۔ ایک بند سے تخنیق ہوجانے کی صورت میں مریض کو یکایک شدید درد شکم ہوجاتا ہے، جو عموماً ناف کے قرب وجوار میں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ چلتا پھرتا ہو، یا کھانا کھا رہا ہو، یا نیند سے بیدار ہوجائے۔ پھر مریض قے کرتا ہے۔ مبرز کی راہ سے نہ تو پاخانہ نکلتا ہے نہ ریح خارج ہوتی ہے۔ قے جو پہلے معدی ہوتی ہے اور پھر صفراوی، بالآخر برازی ہوجاتی ہے۔ مریض پر اس کا اثر بہت اندیشہ ناک ہوتا ہے۔ ہبوط جلد ہی شروع ہوجاتا ہے۔ چہرہ ستا جاتا ہے، آنکھیں سیاہ ہوکر اندر بیٹھ جاتی ہیں، نبض صغیر وسریع ہوتی ہے، اور تپش طبعی یا تحت الطبعی درجہ پر۔ زبان خشک ہوجاتی ہے، اور تشنگی مسلسل ہوتی ہے۔ شکم کا تمدد عموماً بعد کی علامت ہے، اور تسدد کے مقام وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ اگر تسدد چھوٹی آنت کے بالائی حصے میں ہے تو ممکن ہے کہ شکم چپٹا ہو یا ناف سے اوپر صرف اُس کا بالائی حصہ متمدد ہو۔ اگر لفائفی کا زیریں حصہ یا بڑی آنت

مخنوق ہے تو تمدد نسبتہً جلد ہی پیدا ہوجاتا ہے اور شکم یکساں طور پر بڑا ہوجاتا ہے۔ الییت عموماً تاخیر کے ساتھ یعنے تمدد نمودار ہونے کے بعد پیدا ہوتی ہے۔ اگر یہ حالت دفع یا درست نہوئی تو خستگی یا حاد باریطونی التہاب سے (جس کی خاص علامت ایک عام منتشر الییت ہے) موت واقع ہوجاتی ہے۔ مدتِ مرض چار تا چھ روز ہے۔

جب آنت مسدود ہوتی ہے، مگر مخنوق نہیں ہوتی، تو مرض کی ابتدا، نسبتہً زیادہ تدریجی اور غیر محسوس طور پر ہوتی ہے۔ درد وقفوں کے ساتھ اور کم شدید ہوتا ہے۔ برازی قئے اور تمدد تاخیر کے ساتھ ہوتے ہیں، اور دیوارِ شکم ڈھیلی اور نرم ہوتی ہے۔

سنگ صفراء سے تسدد ہونے کے باعث جو علامات پیدا ہوتے ہیں وہ اکثر مبہم ہوتے ہیں۔ اثنا عشری میں تقرح ہوجانے کے باعث اور ازاں بعد سنگ صفراء سے اثنا عشری کے تسدد کے باعث پہلے وہ حاد ہوتے ہیں۔ خون کا اخراج یا خون کی قئے ہوتی ہے۔ پھر جب سنگ صفرا چھوٹی آنت میں سے گذرتا ہے تو علامات غائب ہوجاتے ہیں، لیکن اگر سنگ صفرا لفائفی اعوری مصراع کے مقام پر رُک گیا تو علامات ایک دو روز میں پھر حاد طور پر نمودار ہوجاتے ہیں۔

مزمن تسدد کے علامات۔ مزمن تسدد میں، جیسا کہ عوضی قولون یا قولون نازل کے مرض خبیث کے باعث ہوجاتا ہے، ابتداءً علامات صرف براز کے گذرنے میں متوسط درجہ کی رکاوٹ پر دلالت کرتے ہیں کسیقدر مقامی درد اور گاہے گاہے قئے ہوتی ہے، جو ادخال غذا سے کوئی خاص تعلق نہیں رکھتی۔ قبض بتقاعدگی کے ساتھ ہوجاتا ہے، لیکن وہ مفتحات سے رفع کیا جاسکتا ہے۔ قبض وقتاً فوقتاً نہایت تکلیف دہ ہوتا ہے۔ قئے زیادہ بار بار ہونے لگتی ہے مگر پھر بھی برازی نہیں ہوتی۔ شکم بہت متمدد ہوجاتا ہے، اور آنت کے بیش پروردہ لچھے حرکات دودیہ کے وقت شکم کی سطح پر سے نظر آنے لگتے ہیں۔ حرکتِ دودی کے ساتھ گڑگڑاہٹ کی آوازیں یا قراقر سنائی دیسکتے ہیں۔

ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً چند سیال دست آجائیں، اور مائع براز کی کئی بڑی تفریغیں ہوجائیں، جس سے شکم کی گنجائش جلد ہی کم ہوکر طبعی ہوجاتی ہے، اور تمام علامات میں آرام ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ واقعات کا یہ سلسلہ ایک سے زائد بار

رونما ہو، لیکن پھر ایسے ہی کسی حملہ میں تسدد کامل ہوجاتا ہے اور وہ حاد علامات، جو اوپر بیان کئے گئے ہیں، نمودار ہوجاتے ہیں۔

محل تفتیق۔ چھوٹی آنت اور بڑی آنت کے تفتیقات کے درمیان ذیل کے فروق نوٹ کرنے کے قابل ہوتے ہیں:۔ اول الذکر میں قئے جلد شروع ہوجاتی ہے، اور زیادہ تر ادخال غذا سے پیدا ہوتی ہے۔ آخر الذکر میں، جیسا کہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے تمدد نسبتہً زیادہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ تفتیق یا بالیدہ مبرز کے قرب میں ہونے کی وجہ سے پاخانوں کی شکل میں تغیرات پیدا ہوجائیں، اور وہ فیتہ نما ہوں۔ تاسیر بھی بارہا موجود ہوتی ہے۔ جب تمدد بالخصوص قولون کو ماؤف کرتا ہے تو متمدد قولون صاعد و نازل اور قولون مستعرض کی وجہ سے (جو درمیان میں سے نیچے کی طرف جھکتا ہے اور دوسرے دو لچھے بناتا ہے) آنت کے متمدد بڑے انتصابی لچھے نظر آسکتے ہیں۔ جب چھوٹی آنت خاص طور پر متمدد ہوتی ہے اور قولون ھبوط ہوتا ہے تو یہ متمدد لچھے شکم میں عرضاً پڑے رہتے ہیں اور اسطرح سیڑھی کا نمونہ (ladder pattern) بنا دیتے ہیں۔

تسدد کی تشخیص۔ تمدد واقع ہونے سے پہلے حاد معوی تسدد کو استواری کی غیر موجودگی اور نسبتہً زیادہ بار بار ہونے والی قئے کی وجہ سے جو برازی ہوجانے کا رجحان رکھتی ہے، مختلف حاد شکمی آفتوں (جیسے کہ ھضمی قرحہ کے انثقاب، التہاب نہاشلاہ، حاد نزفی التہاب بانقراس، اور التہاب مرارہ اور قولنجی دردوں) (ملاحظہ ہو صفحہ 363) سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔ جب تمدد موجود ہو تو معوی تسدد کو حاد التہاب باریطون کے آخری درجہ سے (جو کسی سبب سے ہو) تمیز کرنا چاہئے۔ حاد رکود کی موجودگی کی دریافت دو تار چینی حقنے چند گھنٹوں کے وقفہ سے دیکر کی جاسکتی ہے۔ پہلا حقنہ نیچے کی آنت کو صاف کر دیتا ہے۔ دوسرا حقنہ قبض کی موجودگی ثابت کردیتا ہے۔ معاء مستقیم کا بھی انگلی سے امتحان کرنا چاہئے۔ تسدد کی اصابتوں میں وہ اکثر خالی اور متسع، یا غبارگی یافتہ ہوتی ہے۔

دوسری حالتیں جنہیں متفرق کرنا چاہئے ماساریقی سدادیت اور علقیت اور ھینوک کا پرپیورا (Henoch's purpura) ہیں اور یہ سب ایسے ہی علامات پیدا کردیتی ہیں۔ لیکن حقنہ سے عموماً کچھ خون حاصل ہوگا۔ حاد تسدد کی

مشابہت بعض عصبی الاصل یا سمی الاصل حالتوں سے ہوسکتی ہے، جن میں میکانی یا التہابی ضررات کا کوئی حصہ نہیں ہوتا۔ ان میں سے ایک حالت ہزال نخاع کے معدی بحرانات کی ہے، جن میں درد اور قئے ہوتی ہے۔ لیکن ان میں شکم بازکشیدہ ہوتا ہے، اور قئے کیا ہوا ستیال اگرچہ مقدار میں بہت زیادہ ہوتا ہے تاہم وہ میلا بیز اور پانی جیسا ہوتا ہے مگر برازی نہیں ہوتا۔ اسی مریض میں اسی طرح کے حملوں کی سرگذشت، اور رکبی جھٹکے اور حدقی معکوسۂ نور (pupil light reflex) کی غیر موجودگی سے

380

ہزال نخاع کی تائید ہوگی۔ دوسری حالت آغاز پذیر ذیابیطسی قوما (diabetic coma) کا حاد درد ہے، جس میں ایک سے زائد بار تقریباً عملیہ کیا جائے کو تھا مریض کو غنودگی شروع ہونے کو ہوتی ہے، اور اگر اس کے بول کو دیکھا جائے تو اس میں شکر اور ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ (aceto-acetic acid) پائے جاتے ہیں۔ یوریا دمویت کی تشخیص مشکل ہوسکتی ہے، بالخصوص اس وجہ سے کہ مماثل حیاتی کیمیائی تغیرات واقع ہوجاتے ہیں۔ لیکن اس میں قئے برازی نہ ہوگی۔ بروں شکمی فتق (extra-abdominal hernia) سے تسدد ہونے کے امکان کو فراموش نہیں کرنا چاہئے، خواہ یہ فتق اربی، فخذی، یا ساذی ہو۔

علاج۔ جب حاد معوی تسدد کی تشخیص قائم ہوجائے تو پیٹ کو شگافی یا پیٹ کو کھولدینے کا عملیہ بلا تاخیر انجام دینا چاہئے۔ اور سبب تسدد کی تحقیق کے بعد اسے رفع کرنے کی کوشش کرنی چاہئے، یا اگر ضرورت ہو تو آنت کو تسدد سے اوپر اس کے سب سے زیادہ متمدد حصے میں سے صرف کھولکر ایک برازی ناسور قائم کردینا چاہئے۔ مالح تصعیقات اور ۵ فیصدی ڈیکسٹروز کے مستقیمی اشرابات دئے جا سکتے ہیں اور ان سے بہت فائدہ ہوتا ہے۔ ضد ویلچ مصل (anti-Welch serum) (۸۰ مکعب سنٹی میٹر دروں عضلی طور سے، جو حسب ضرورت روزانہ دئے جائیں) سے اور صفراء کے مستقیمی اشرابات سے علاج کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔ درد رفع کرنے کے لئے افیون یا مارفیا کا دینا شاذ ہی قرین مصلحت ہے۔ اس سے درد میں کمی ہوتی ہے اور قئے رک جاتی ہے لیکن اس میں یہ سخت قباحت ہے کہ دو اہم علامات جاتی رہتی ہیں اور مریض کی حالت کے متعلق ایک اطمینان کا ذب پیدا ہوجاتا ہے حالانکہ مرض

ترقی پذیر ہوتا ہے۔ مقامی طور پر تارپینی کمادات' یا فلالین کے ٹکڑوں کو گرم پانی میں نچوڑ کر اور اُن پر صبغیہ لفاح (tincture of belladonna) یا صبغیۂ افیون (tincture of opium) چھڑک کر' یا پسی ہوئی السی کی گرم پولٹسیں استعمال کرنے سے مزید آرام حاصل ہو سکتا ہے۔

مزمن تسدد میں' جو کہ بالخصوص تضیقات اور بالیدوں کا نتیجہ ہوتا ہے' خواہ وہ چھوٹی آنت میں ہوں یا بڑی آنت میں' غذا کے انتخاب میں احتیاط لازم ہے تاکہ ہضم باقاعدہ رہے اور معوی مشمولات تضیق کے پار بآسانی گذر جائیں جقنے اور کبھی کبھی ملینات استعمال کرکے وقتاً فوقتاً تفریغ قائم رکھنا چاہئے۔ اگر قبض نہایت سخت ہو' اور بالخصوص اگر تمدد زیادہ ہو اور قئے ہو تو علاج حاد تسدد کے علاج سے مماثل ہونا چاہئے۔ افیون' لفاح کے ساتھ یا بلا لفاح کے دیجا سکتی ہے اور غذا صرف خفیف مقداروں میں یا براہ معا مستقیم دیجاتی ہے' اور اسطرح جلد سکون حاصل ہوتا ہے۔ بالآخر اگر زندگی کی تطویل کرنا ہے تو عملیہ کرنا ضروری ہوگا۔

برازی اجتماعات کے لئے عموماً حقنے بڑے بڑے اور بار بار دینا کافی ہونگے' لیکن ایسے مریض کے لئے احتیاط کے ساتھ غذا' ورزش' بجلی یا ذلک کے ذریعہ طویل عرصہ تک زیر علاج رہنا ضروری ہے' تاکہ آنت کو اُس کی ماسبق قوت دوبارہ حاصل ہو جائے۔

انغماد الامعاء

(intussusception)

اگر آنت کا ایک فلقہ' یا یوں کہئے کہ اُس کے چند انچ' اُس کے فوری متصل حصے کے اندر پھسل کر داخل ہو جائیں' تو وہ انغماد الامعاء کہلاتا ہے۔ یہ فی الفور سمجھ میں آجائے گا کہ اس میں باہر سے اندر کی طرف آنت کے مرکز کو جاتے ہوئے معوی دیوار کی تین تہیں پائی جاتی ہیں' جن میں سے سب سے اندر والی تہ کو دخالی تہ (entering layer)' سب سے باہر والی کو گیرندہ تہ (receiving layer) یا غلاف' اور ان دونوں کو جوڑنے والی تہ کو درمیانی فتہ

(middle layer) کہہ سکتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ آنت کا کوئی بھی حصہ اپنے اوپر والے قلقہ کے اندر داخل ہو کر ایک انغماد صاعد (ascending intussusception)، یا اپنے نیچے کی آنت کے اندر داخل ہو کر انغماد نازل (descending intussusception) بنا سکتا ہے۔ ہمیں عملاً ہمیشہ آخر الذکر سے ہی واسطہ پڑتا ہے۔

انغمادات آنت کے کسی بھی حصے میں واقع ہو جاتے ہیں، اور اُن کے نام بھی اسی لحاظ سے رکھے گئے ہیں۔ مثلاً چھوٹی آنت کے انغمادات معوی، اور بڑی آنت کے قولونی یا مستقیمی کہلاتے ہیں۔ لیکن لفائفی اور قولون کے نقطۂ اتصال پر دو قسموں کے انغمادات واقع ہوتے ہیں:۔ (۱) لفائفی اعوری، جس میں لفائفی اور اعور قولون صاعد کے اندر داخل ہو جاتے ہیں، لفائفی اعوری مصراع سب سے آگے بڑھا ہوا نقطہ ہوتا ہے، لفائفی وخال تہ ہوتی ہے، اور اعور درمیانی تہ کا سب سے آگے بڑھا ہوا حصہ۔ (۲) لفائفی قولونی جس میں لفائفی کا سب سے نیچے کا حصہ لفائفی اعوری مصراع کے پار منعکس ہو جاتا ہے، یعنے ایک معوی انغماد کا سلسلہ قولون کے اندر تک چلا جاتا ہے۔ لفائفی قولونی انغماد ان مختلف قسموں میں سے نادر ترین قسم ہے، اور لفائفی اعوری سب سے زیادہ عام ہے کیونکہ وہ تمام اصابتوں میں سے تقریباً نصف میں ہوا کرتی ہے۔

ایک انغماد واقع ہونے پر نہایت اہم تغیرات رونما ہو جاتے ہیں، جن کا انحصار آنتوں کی تشریحی مجاورتوں پر ہوتا ہے۔ اگر یہ انغماد کچھ بھی وسیع ہو تو ایک دبیز اسطوانی ورم بنا دیتا ہے، کچھ تو اس وجہ سے کہ آنت کی پوری گولائی میں ایک کے بجائے تین تہیں موجود ہوتی ہیں، اور کچھ اس وجہ سے کہ امتلا اور تہیج موجود رہتا ہے جس کی توجیہ ابھی کی جائے گی۔ آنت کی ماساریقی مجاورتوں کی وجہ سے یہ اسطوانہ خمیدہ شکل کا ہوتا ہے، کیونکہ اُس کی اندرونی اور درمیانی تہوں کو رسد پہنچانے والے عروق اتنے ہی لمبے ہوتے ہیں کہ جتنے گیرندہ تہ کو رسد پہنچانے والے عروق، اور باوجود یکہ انھیں نہ صرف انغماد کے کنارے تک پہنچنا پڑتا ہے، بلکہ اُس کے اندرون میں اندرونی اور درمیانی تہوں کے درمیان بھی جانا پڑتا ہے، جس سے آنت کے اُس حصے کے بالائی سرے پر کھنچاؤ پڑتا ہے۔ جوں جوں انغماد بڑھتا ہے وہ آنت میں

381

اور آگے حرکت کرتا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ ایک لفائفی اعوری انغماد کا اندرونی اُستوانہ معاء مستقیم تک پہنچ جائے، بلکہ مبرز میں سے باہر اُبھر آئے۔ اسکے ساتھ ہی سا یہ سلعہ نسبتہً بڑا ہوجاتا ہے۔ عروق کی متذکرۂ صدر ترتیب کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ مضغوط اور مختوق ہوجاتے ہیں، جس کی وجہ سے اِنغماد کی دیواروں کا امتلاء اور اُذیما، بلکہ اُس کی مخاطی سطح سے نزف واقع ہوکر معاء مستقیم کی راہ سے خون خارج ہونے لگتا ہے۔ یہ واقعہ تشخیص مرض میں سب سے زیادہ کارآمد ہوتا ہے۔ اگر یہ حالت جلد ہی مہلک انجام کو نہ پہنچ جائے تو آنت کی تہوں میں التہابی تغیرات پیدا ہوکر اُنھیں باہم پیوستہ کردیتے ہیں، جس سے انغماد کے آگے بڑھنے اور اس کی ترجیع دونوں میں رکاوٹ پیدا ہوجاتی ہے۔ اور بالآخر، ممکن ہے کہ دخال اور درمیانی تہوں کی دموی رسد کی تختیق کی وجہ سے یہ تہیں گنگرینی ہوکر اغشاث پذیر ہوجائیں اور معاء مستقیم کی راہ سے خارج ہوجائیں۔ اگر اس واقعہ سے پہلے دخال تہ کا بیرونی اور درمیانی تہوں کے درمیانی زاویہ کے ساتھ مضبوط انضمامی الحاق ہوچکا ہے تو آنت کی قنال علاً پھر قائم ہوجاتی ہے، اور نتیجہ حقیقی شفایابی ہوتا ہے، اگرچہ ایسا نہایت شاذ ہی ہوتا ہے۔ اگر یہ الحاق ناکمل ہو تو اندرونی اُسطوانہ کی علٰحدگی کے بعد مہلک عایدری واقع ہوجاتی ہے۔

بحث اسباب۔ معوی التہاب، اِنغماد الامعاد کا عام ترین سبب مُعِدّ ہے۔ بعض اوقات اِنغماد راست تفرزات کے بعد پیدا ہوگیا ہے۔ بعض اوقات معوی سعلافے اور سرطانات اس کا سبب ہوتے ہیں، اور معلوم ہوتا ہے کہ ہینا ک کے پرپیورا (Henoch's purpura) میں یہ معوی دیوار کے اندر نزف واقع ہونے کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ ہر عمر میں ہوسکتا ہے، لیکن طفلی میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ انغماد کی فوری میکانیت کے متعلق کوئی ایسی بات نہیں کہی جاسکتی جو متعین ہو، سوائے اِس کے کہ وہ غیر منتظم حرکت دودی کی وجہ سے ہوتا ہے۔

علامات۔ حاد انغماد کا حملہ اُس تختیق کے حملے سے غیر مشابہ نہیں ہوتا جو بندوں کے ذریعہ سے واقع ہوجائے۔ یعنے مریض کسیقدر دفعتہً درد میں مبتلا ہوجاتا ہے جو کم وبیش مستمر ہوتا ہے، اگرچہ یہ درد وقتاً فوقتاً زیادہ بھی ہوجاتا ہے، اور مروڑ جیسی

نوعیت رکھتا ہے۔ شیرخوار بچے میں اس کا آغاز بچہ کے چیخ اُٹھنے سے ظاہر ہوتا ہے۔ متلی اور
قے بھی ہوتی ہے، لیکن قبض ابتداءً نہیں موجود ہوتا۔ اِس کے برعکس عموماً اجابت ہوا کرتی
ہے، اور یا تو رقیق براز یا (جیسا کہ انغاد کا ممیز خاصہ ہے) خون مخاط کے ہمراہ یا اس
کے بغیر خارج ہوتا ہے۔ فی الحقیقت حاد اصابتوں میں خون براہ معاء مستقیم خارج
ہوتا ہے۔ اور اکثر اوقات بلا ارادہ کا نکلنا اور تادسیر موجود ہوتی ہے۔ شکم ہمیشہ زیادہ
متورم نہیں ہوتا، لیکن امتحان کرنے پر عموماً ایک دوسرا ممیز خاصہ آشکارا ہوجاتا ہے،
یعنے اُس سلعہ کی موجودگی جو انغاد کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ اُس کا محلِ وقوع
قدرتاً مقامِ ضرر پر منحصر ہوتا ہے۔ نسبتہً معمولی لفائفی اعوری قسم میں وہ ابتداءً دائیں
پہلو میں واقع ہوتا ہے، لیکن جوں جوں انغاد زیادہ ہوتا جاتا ہے وہ ناف کے حلقے میں
محسوس ہونے لگتا ہے، اور عموماً بیضوی، استوانی، یا گلمہ شکل ہوتا ہے اور ناف سے
اوپر شکم میں سوتا پڑا رہتا ہے۔ ازاں بعد وہ بائیں پہلو میں بائیں حرقفی حفرہ کے
اندر چلا جاتا ہے، اور بالآخر اُسے انگلی معاء مستقیم کے اندر محسوس کرسکتی ہے، یا
وہ حقیقۃً مبرز سے باہر اُبھر آتا ہے۔ بعض اوقات کامل قبض ہوتا ہے اور ساتھ ہی
بہت تمدد، اور برازی قے ہوتی ہے۔ اور کبھی ہبوط بسرعت شروع ہوکر چوبیس
گھنٹوں میں، یا دو سے پانچ یا چھ دنوں تک میں موت واقع ہوجاتی ہے۔ بالکل کم عمر
شیرخواروں میں موت بالخصوص سریع الوقوع ہوتی ہے۔

لیکن علامات ہمیشہ اس قدر حاد نہیں ہوتے، اور درحقیقت انغاد کا مقبوض
بلکہ ہفتوں موجود رہنا ممکن ہے۔ اِن زیادہ مزمن اصابتوں میں آنت کی ماؤف شدہ
وسعت عموماً کم ہوتی ہے، اور اُس کی قنال کامل طور پر مسدود نہیں ہوتی ہے۔ اسطرح
پاخانہ ہونا ممکن ہوتا ہے، اگرچہ اُس کے ساتھ ہی تقریباً نصف اصابتوں میں خون بھی
خارج ہوتا ہے، مریض کو دورے کے ساتھ مروڑ جیسے درد ہوتے ہیں، گو یہ لازمی نہیں کہ
یہ بڑی شدت کے ہوں۔ شکم رخو ہوتا ہے، اور انغادی سلعہ ایک اہم ممیز خاصہ پیش
کرتا ہے، یعنے ایک تغیر پذیر کثافت، چنانچہ وہ مروڑ کے دردوں کے ساتھ ہمزمانی
طور پر سخت ہوجاتا ہے لیکن اُن کے رفع ہوجانے کے بعد جلد ہی نرم بلکہ بمشکل محسوس
ہوجاتا ہے۔

382

تحت الحاد اور مزمن اصابتوں کے اختتامات مختلف ہوتے ہیں ممکن ہے کہ
اُن کا نتیجہ خستگی کی وجہ سے بالآخر موت ہو، یا کامل تسدد معہ قئے، قبض، تمددِ شکم،
اور مرئی تموجوں کے۔ یا ممکن ہے کہ وہ ایک مقامی التہاب باریطون پیدا کردیں، جسکے
بعد پھوڑا بنجائے یا زیادہ عمومی التہاب باریطون ہوجائے۔ یا متنفذ حصہ بذریعۂ غشا
علٰحدہ ہوجائے، اور اِسطرح معوی قنال پھر قائم ہوجائے۔

تشخیص۔ انغماد کے خاص صفات یہ ہیں: تشنجی درد، قئے، معاء مستقیم
سے خون کا آنا اور ایک ایسے بیضوی یا لنبوترے سلعہ کی موجودگی جس کی کثافت
لمحہ بہ لمحہ بدلتی ہو، اور جو قولون کے ممر میں اقامت گزین ہو، یا معاء مستقیم میں واقع
ہو لیکن تاوقتیکہ ایک معدم حس نہ دیا جائے یہ سلعہ ہمیشہ محسوس نہیں کیا جاسکتا بالخصوص
اُن شیر خوار بچوں میں جنکے شکم بہت متمدد ہوں۔ بچوں میں معوی التہاب
اور خاص ہی اسہال کا اِس سے مشابہ ہوجانا ممکن ہے، اور بعض اوقات منقبض
آنت کا ایک ٹکڑا ایک رسولی بنا دیتا ہے۔ زیادہ اکثر خون مخاط کے ساتھ مخلوط ہوتا
ہے۔ ہیناک کے پرپیورا (Henoch's purpura) میں دوسرے مقام پر بھی ضررات
ہوسکتے ہیں اور متعدد مفاصل کا التہاب (multiple arthritis) بھی موجود رہتا ہے
بیریئم کے حقنہ کے بعد لاشعاعی امتحان سے کام لیا جاسکتا ہے۔

علاج۔ حاد انغماد کے تدارک کے لئے جسقدر جلد ممکن ہو ترجیع کی کوشش
کرنی چاہیئے، اور اگرچہ بعض اصابتوں کا علاج مستقیم اور قولون کے اندر سیالات کے
اِنتراب سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے، تاہم جراح کے لئے زیادہ بے خطر اور زیادہ یقینی
طریقۂ علاج یہی ہے کہ شکم شگافی کا عملیہ کرکے احتیاط کے ساتھ جر کے ذریعہ انغماد کی ترجیع
کردے۔ نسبتہً زیادہ طویل المدت اصابتوں میں ممکن ہے کہ التصاقات کی وجہ سے
ترجیع ناممکن ہو۔ ایسی صورت میں تودے کے کچھ حصہ کا یا پورے تودہ کا استیصال جراحی
عمل میں لانا چاہئے۔

مزمن قسموں میں بھی جبکہ اِس ضرر کی نوعیت شناخت ہوجائے عملیہ
کردینا چاہئے۔

ہرش سپرونگ کا مرض

(HIRSCHSPRUNG'S DISEASE)

(کلانی قولون = megacolon)

یہ ایک نادر مرض ہے، جس کا خاصہ قولون کا اِتساع اور بیش پرورش ہے۔ بہت سی اصابتوں میں اِس کے علامات زندگی کے ابتدائی چند ہفتوں میں شروع ہوجاتے ہیں، دوسری اصابتوں میں ابتدائی طفلی میں، اور باقی اصابتوں میں اِس سے بھی بعد ہوتے ہیں۔ قبض سخت قسم کا اور متواتر ہوتا ہے، جس میں ایک وقت میں دو یا تین ہفتوں تک پاخانہ نہیں ہوتا۔ شکم بے انتہا متمدد ہوتا ہے، چنانچہ اس سے سینہ پر جو دباؤ پڑتا ہے وہ بذات خود ایک خطرہ ہوسکتا ہے۔ شکم کی دیواروں میں سے قولون کے متمدد لچھے نظر آسکتے ہیں، اِن لچھوں میں حرکات دودیہ نظر آتے ہیں۔ بچہ دُبلا ہوجاتا ہے، اور نسبتہً زیادہ عمر والے مریضوں میں ناقص تغذیہ اور پھیکے زرد رنگ کی جلد دیکھی جاتی ہے۔ یہ مرض سریع طور پر ہلاک نہیں کرتا، لیکن تین رو مرض اور تسمم الدم کی وجہ سے موت واقع ہوجانے کا خطرہ ہوتا ہے۔ موت کے بعد قولون اپنے معمولی قطر کی نسبت دگنا یا تگنا متسع اور اکثر بہت متطول پایا جاتا ہے۔ اور طویل المدت اصابتوں میں عضلی ریشے، بالخصوص مدورت کے، بہت بیش پرورده ہوتے ہیں۔ بلحاظ اس امر کے کہ اتساع کا آغاز برز سے عین اوپر ہوتا ہے یا حوضی مستقیمی عوجہ سے عین اوپر، اِس مرض کی اصابتوں کی دو قسمیں ہوتی ہیں، جو تقریباً مساوی طور پر عام ہیں۔ امراضیات کے متعلق نہایت قرینِ عقل رائے یہ ہے کہ اِس مرض کو مری کے مزمن اتساع سے مشابہ تسلیم کرتے ہوئے، اِسے برز یا حوضی مستقیمی عوجہ کے تسدد (عدم ارتخاء) کا ثانوی نتیجہ سمجھا جائے (64)۔

تشخیص۔ کلانی قولون اتنی غیر عام نہیں۔ لاشعاعوں کے ذریعہ آنت میں گیس کی بہت بڑی مقداریں دیکھی جاتی ہیں، جو کہ بائیں ڈایا فرام کو اوپر دھکیل دیتی

اور جگر سے اوپر آنتہ آتی ہیں۔ سگمائیڈ میں آسانی سے داخل کی جا سکتی ہے، اور ایک قسع قولون دیکھا جاتا ہے۔ یہ ایک بیریم ملے ہوئے حقنہ سے بھی نظر آتا ہے۔

علاج - اس امر کی کوشش کرنی چاہیئے کہ قولون براز سے خالی رہے مسہل ادویہ چنداں کارآمد نہیں۔ مبرزی قسم میں ایک مستقیمی نلی کی وساطت سے قولون کو روزانہ بآسانی دھو سکتے ہیں۔ آخرالذکر کو قولون کے اندر رات بھر رہنے دیا جا سکتا ہے۔ حوضی مستقیمی قسم میں علاج اسقدر آسان نہیں ہوتا لیکن تیل یا گلیسرین کے حقنے مفید ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ پشوٹرین (ایک مکعب سم بذریعہ اشراب)، برق اور دلک بھی ممد ہوں مبرزی عاصرہ کو قسع کیا جا سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ جراحی عملیہ کی ضرورت پڑے، جو یا تو قولونی تعویہ ہوتا ہے یا لفائفی قولونی تعویہ، یا قولون کے قسع حصے کا استیصال کامل۔

جگر کا امتحان

جگر دائیں مراقی خطے میں، پسلیوں سے نیچے واقع ہے، اور شراسیف کے بالائی حصے کے وار پار پھیلتا ہے۔ طبعی حالت میں وہ آخرالذکر مقام پر شاذ ہی محسوس کیا جا سکتا ہے، اور وہاں بھی صرف اسیوقت جبکہ شکمی جداریں بہت پتلی ہوں۔ قرع کرنے سے پستانی خط میں اصمیت (کبدی اصمیت) چھٹی پسلی کے بالائی کنارے سے لیکر ضلعی حاشیہ تک پائی جاتی ہے۔ بغلی خط میں کبدی اصمیت آٹھویں پسلی سے، اور عظم الکتف کے زاویہ کے خط میں دسویں یا گیارھویں پسلی سے شروع ہوتی ہے۔ جب یہ عضو بڑا ہو جاتا ہے تو وہ ضلعی حاشیہ سے نیچے نکلا ہوا ہوتا ہے اور اس کا زیرین حاشیہ دائیں پہلو سے بائیں ضلعی حاشیہ تک شکم کے وار پار پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ یہ اصمیت ایک متناظر درجہ تک نیچے شکم کے اندر بھی پھیلتی ہے، لیکن چونکہ اس کے نیچے آنتیں موجود ہوتی ہیں، لہذا یہ اصمیت جگر کی آزاد کور کے قریب اتنی کامل نہیں ہوتی جتنی کہ اس سے نسبتاً اوپر۔ سینہ کے حدود کے اندر جگر کا تداخل صرف اسی وقت ہوتا ہے جبکہ اس کی کلانی (۱) عمومی کی نسبت زیادہ تر محدود المقام ہو، جیسے کہ وہ کلانی جو سرطان، کیسہ، یا پھوڑے کے سبب سے ہوا کرتی ہے۔ یا (۲) جبکہ جگر کو

اس کے نیچے کی کوئی چیز اوپر کی طرف دھکیل دے۔
ظاہری کلائی جگر کمر کو تنگ کسنے سے، یا سینہ میں سلعات یا پلیورائی التہابی سیال کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اول الذکر جگر کو انتصاباً لنبا کر دیتا ہے، آخر الذکر میں پورا جگر اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے۔ جگر کا نیچے ہٹ آنا یا اس کا سقوط مرض گلینارڈ (Glenard's disease) کے ایک جزو کے طور پر بھی واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 339)۔ ممکن ہے کہ متمدد مرارہ، کبدی اصمیت کے زیریں کنارے پر ایک گلوبچہ نما ابھار کے طور پر خطِ پستانی میں محسوس ہو۔
کبدی شریان جگر کو پہنچنے والے خون کا ۲۰ ــــ ۴۰ فیصدی بہم پہنچاتی ہے، اور بابی ورید اس کا بقیہ حصہ۔ کتے کا جگر فی منٹ اپنے وزن کے ۳/۴ حصہ کے برابر خون وصول کرتا ہے۔ جگر کی حقیقی تشریحی تقسیم دو مساوی لختوں میں ہوتی ہے، اور یہ مرارہ کے قعر سے لیکر تحتانی ورید اجوف والے میزاب تک کھینچے ہوئے خط سے واضح ہوتے ہیں نہ کہ منجلی الشکل رباط سے۔ بابی ورید میں دو کم و بیش جداگانہ دموی رَوئیں پہلو بہ پہلو پائی جاتی ہیں۔ بہاؤ کا رخ ماساریقی رقبہ سے دائیں لختہ کی طرف ہے، اور طحال سے بائیں لختہ کی طرف (65)۔ طحال اور جگر کو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف بنانے کا طریقہ یہ ہے کہ تھوریم (thorium) (تھورو ٹراسٹ = thorotrast) کی ایک تجہیز کا دروں وریدی اشراب کیا جائے، جس کو شبکی درحلمی نظام اخذ کر لیتا ہے (66)۔

کبدی وظیفہ اور وظیفی کاشفات

جگر کے وظیفہ کا صحیح علم، اس تاریخ سے شروع ہوتا ہے جبکہ مان (Mann) نے کتوں کے جگروں کے استیصال کا عملیہ ایجاد کیا (67)۔ اس عملیہ کے بعد حیوان تین گھنٹہ یا زیادہ تک طبعی معلوم ہوتا ہے لیکن عضلی کمزوری کی شدید علامات کسیقدر دفعتہً نمودار ہو جاتی ہیں، اور بعد ازاں جھٹکے اور تشنجات بھی پیدا ہوتے ہیں۔ یہ قلیل شکر دمویت کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں اور شکر دیکر ان کو موقوف کیا جا سکتا ہے، چنانچہ حیوان کچھ مدت کے لئے دوبارہ طبعی ہو جاتا ہے۔ لیکن پھر علاج کے باوجود

زیادہ شدید علامات نمودار ہوجاتے ہیں اور حیوان قوما کی حالت میں مرجاتا ہے قلیل شکر دمویت اس لئے پیدا ہوتی ہے کہ جسم مسلسل شکر جلائے جاتا ہے' اور اسکے لئے جو واحد منبع رسد ہے' یعنی جگر' وہ مفقود ہوتا ہے۔ دوسرے حیاتی کیمیاوی تغیرات دموی یوریا کی کمی اور پیشاب میں امونیا اور یوریا کی کمی ہیں اور امینو ایسڈز (amino-acids) میں زیادتی ہوجاتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جگر میں امینو لبودگی ہوکر یوریا کی تکوین قدرتی طور پر ہوتی ہے' اور اس یوریا کا کچھ حصہ گردوں کے ذریعہ امونیا میں تبدیل ہوتا ہے۔ دموی یورک ایسڈ میں زیادتی ہوجاتی ہے، کیونکہ جگر قدرتی طور پر اس کو برباد کرتا ہے' اگرچہ آدمی میں ایسا ہونے میں کچھ شبہ ہے۔ نیز یرقان ہوتا ہے' کیونکہ طحال اور لُب کے شبکی درحلمی خلیات' (نیز جگر کے کوفری خلیات

384

= Kupffer cells) دموی صبغہ سے اس کا حدید بردار حصہ الگ کرکے بائلی روبین (bilirubin) بناتے ہیں۔ کبدی خلیات اس بائلی روبین کو اپنے اندر جمع کرلیتے' اور اس کا افراز صفراوی قنالچوں میں اور پھر صفراوی قناتوں میں کرتے ہیں (68)۔ یہ تمام تغیرات شدید کبدی مرض یعنی حاد تنخز اور سرطان میں وقتاً فوقتاً مشاہدہ کئے گئے ہیں۔ اس کے علاوہ' جگر سم رُبا خواص رکھتا ہے' اور دموی فائبرنوجن جس کو جگر پیدا کرتا ہے' (69) مرض کی حالت میں گھٹ کر نزف واقع ہوجاسکتا ہے'۔ اسیطرح مصلی کیلشیم بھی گھٹ سکتا ہے۔ ممکن ہے یوروبائلن بولیت (urobilin-uria) موجود ہو' کیونکہ طبعی حالت میں بائلی روبین قنال غذائی کے اندر یوروبائلن (urobilin) میں تبدیل ہوجاتی ہے' جس کا کچھ حصہ براز کی سٹرکوبائلن (stercobilin) کی حیثیت سے خارج ہوجاتا ہے' لیکن بقیہ حصہ قنالی غذا میں دوبارہ جذب ہوجاتا اور جگر میں واپس ہوجاتا ہے جہاں وہ صفراوی صبغہ میں دوبارہ تبدیل ہوجاتا ہے۔ اگر کبدی وظیفہ میں خرابی واقع ہو تو وہ دوران خون میں نکل جاتا ہے اور گردوں کی راہ سے یوروبائلنوجن (urobilinogen) کی حیثیت سے خارج ہوتا ہے۔

طبعی جگر باز تکوین کی بہت بڑی طاقت رکھتا ہے۔ چنانچہ اگر اسکا ۸۰ فیصدی حصہ دور کردیا جائے' تو طبعی مقدار چند ہفتوں میں پائی جاتی ہے۔ جگر کی بہت تھوڑی مقدار اُس کی تمام فعالیتوں کے لئے کافی ہوتی ہے' چنانچہ نمایاں تغیرات'

جیسے کہ قلیل شکر دمویت، مرض کے نہایت ہی شدید درجے میں پائے جاتے ہیں، اور خفیف اقسام میں نام نہاد وظیفی کاشفات کے ذریعہ، کہ جنکی ایک بہت بڑی تعداد بیان کی گئی ہے، کسی قدر غیر یقینی نتائج حاصل ہونے کا امکان ہے۔ ان میں سے جو اہم ترین وہ نیچے بیان کئے گئے ہیں۔

کاشفہ بلحاظ لیویلوز (Laevulose test)۔ اِس کاشفہ کا انحصار اِس حقیقت پر ہے کہ جب لیویولوز غذائی قنال سے جاذب ہوکر بابی دوران میں پہنچتی ہے تو جگر اُسے بکلیہ اخذ کرلیتا ہے اور اسی واسطے وہ نظامی دوران خون میں نہیں پہنچنے پاتی۔ اگر جگر مرضی ہو تو لیویولوز اُس میں اِسطرح محبوس نہیں رہتی بلکہ وہ جگر کے اندر سے گذرتی ہوئی نظامی دوران خون کے اندر پہنچ جاتی ہے اور دموی شکر میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 462)۔ اِس کاشفہ کے عمل میں لانے میں لیویولوز کی ۵۰ گرام کی معتاد دہن کی راہ سے لی جاتی ہے۔ دموی شکر کی تخمین اُس سے پہلے، اور پھر اِس کے نصف گھنٹے، ایک گھنٹے، اور دو گھنٹے بعد کی جاتی ہے۔ طبعی حالات میں ممکن ہے کہ نہایت خفیف زیادتی ہو، جو ۰۱ء۰ سے کم ہوتی ہے چنانچہ اگر دموی شکر ۰۱ء۰ فیصدی ہے تو ایک گھنٹے کے بعد وہ ۱۱ء۰ فیصدی سے زائد ہوگی لیکن اگر جگر کے وظیفہ میں خرابی واقع ہوگئی ہے، جیسا کہ نازلتی یرقان میں یا آرسینو بینزال کے تسمم میں ہونا ممکن ہے، تو ممکن ہے کہ دموی شکر نصف گھنٹے میں ۱۵ء۰ فیصدی تک، اور ایک گھنٹے کے اختتام پر ۱۹ء۰ فیصدی تک بڑھ جائے، اور پھر وہ بتدریج کم ہوکر معمولی درجہ پر آجاتی ہے (70)۔ دموی شکر کی زیادتی کے ساتھ ساتھ اکثر لیویولوز پیشاب میں بھی نمودار ہوجاتی ہے، کیونکہ گردہ اُسے بہت جلد خارج کر دیتا ہے۔ اِس کاشفہ کا مقابلہ خفیف ذیابیطس شکری (diabetes mellitus) کے کاشفہ سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 464)۔ لیویولوز کیطرح گلاکٹوز (galactose) بھی (۴۰ گرام ۲۰۰ سی سی۔ پانی میں) ایک کاشفہ کے طور پر کام میں لائی جاتی ہے، کیونکہ طبعی حالت میں اِس سے دموی شکر میں کوئی زیادتی نہیں ہوتی، یا زیادہ سے زیادہ ۲۰ء۰ فیصدی ہوتی ہے۔ اگرچہ بچوں میں اس سے بلند زیادتی ۱ء۰ تک پائی گئی ہے (71)۔ اِس کے استعمال کے بعد کے تین گھنٹوں کے دوران میں پیشاب کے اندر

ایک گرام سے کم گلاکوز موجود ہوتی ہے (72)، یا چھ گھنٹوں کے دوران میں ۲ گرام۔

ممکن ہے کہ کبدی وظیفہ کا بڑا نقص کارکردگی یرقان یا استسقا شکمی کے وقوع سے ظاہر ہو جائے، جس کا بیان اب درج ہوگا۔ اِس تعلق میں بعض مخصوص کاشفات موجود ہیں، یعنے وان ڈن برگ کے کاشفات (Van den Bergh's tests) صفراوی ملحات کے لئے ہے کا کاشفہ (Hay's test) اور یوروبائلین (urobilin) کے لئے پیشاب کا امتحان (ملاحظہ ہوں صفحات 509, 386)۔

یرقان

(jaundice)

یرقان[1] سے خون کے اندر اجزاء صفراء کا دوران کرنا مراد ہے۔ زمانہ ماضی میں یہ اصطلاح صرف جلد اور مخاطی اغشیہ کی اُس زرد تلوین کے لئے مستعمل تھی جو صبغۂ صفراویہ سے ہو جاتی ہے، لیکن اب یہ وسیع تر معنوں میں مستعمل ہے اور اسکا اطلاق اُن اصابتوں پر بھی کیا جاتا ہے جن میں خون کے اندر صفراوی ملحات تو موجود ہوتے ہیں مگر صبغۂ صفراویہ نہیں ہوتا (یہ یرقان مفترق کی ایک قسم ہے)، علاوہ ازیں اُن اصابتوں پر بھی جن میں صبغۂ صفراویہ اتنی خفیف مقدار میں موجود ہوتا ہے کہ اسکا رنگ نہیں پیدا ہوتا (یرقان مخفی)۔

علامات۔ صبغۂ صفراویہ کے رنگ کی وجہ سے جلد کی رنگت کم و بیش گہری زرد ہو جاتی ہے، ملتحمات چشم زرد ہو جاتے ہیں، اور مرئی اغشیۂ مخاطیہ کا قدرتی رنگ زرد رنگ کی وجہ سے صریحی طور پر ترمیم یافتہ ہو جاتا ہے۔ کہنہ اصابتوں میں جلد کا رنگ زیادہ گہرا ہو کر بالآخر اُس میں ایک سبزی مائل یا بھوری زیتونی جھلک آجاتی ہے۔ اسے پہلے سبز یا سیاہ یرقان (green or black jaundice) کے نام سے تعبیر کرتے تھے، اور اِس کی وجہ یہ ہے کہ مزمن اصابتوں میں بائلی روبین یعنے صفراء کا زرد صبغہ جلد میں تکسید واقع ہو کر بتدریج بائلی وردین (biliverdin)

[1] انگریزی لفظ jaundice، jaune سے ماخوذ ہے جس کے معنے زرد ہے۔

میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ اس زرد رنگ کو اُن دوسرے لونی تغیرات سے ممیز کرنا چاہئے جو حالت مرض میں واقع ہوجاتے ہیں، جیسے کہ مختلف عدم دمویت (pernicious anaemia) کی حالتوں کا ترنجی زرد رنگ، ملیریائی ضعف (malarial cachexia) کا پھیکا رنگ، ایڈیسن (Addison) کے مرض کا بھورا رنگ، اور وہ زرد رنگ جو ایک صبغہ کیاروٹین (carrotin) کے باعث ہوتا ہے اور سبز ترکاریاں اور گاجریں زیادہ مقدار میں کھانے کے بعد جلد میں پیدا ہوجاتا ہے۔ عموماً ملتحمہ یعنے آنکھ کی بیرونی جھلی میں رنگ کی شناخت خوب ہوسکتی ہے، لیکن بعض اشخاص میں تحت الملتحمہ شحم یعنے ملتحمہ کے نیچے چربی کے چھوٹے تودے ایسی جھلک پیدا کردیتے ہیں جو اس رنگ سے بہت کچھ مشابہ ہوتی ہے۔

اس کے ساتھ ہی پیشاب کا رنگ بھی صبغۂ صفراویہ کی موجودگی کی وجہ سے تبدیل ہوجاتا ہے۔ تھوڑی مقدار میں یہ اُسے ایک شوخ زعفرانی رنگ دے دیتا ہے، جو سطح پر بننے والے کسی جھاگ میں بہترین نظر آتا ہے۔ اگر صفراوی صبغہ زیادہ ہے تو پیشاب کسیقدر بھورے زرد، یا زردی مائل بھورے رنگ کا، بلکہ پورٹر (porter) کی طرح سیاہ بھورے رنگ کا ہوجاتا ہے۔ اگر اس پیشاب میں کتان یا کاغذ ڈبویا جائے تو وہ شوخ زرد رنگ کا ہوجاتا ہے۔ لیکن صبغۂ صفراویہ کی موجودگی اُن کیمیائی کاشفات کے استعمال سے زیادہ یقینی طور پر ثابت کیجاسکتی ہے، جو ابھی بیان کئے جائینگے۔ جسم کے دوسرے افرازات میں سے پسینہ بعض اوقات زرد رنگ کا ہوجاتا ہے۔ دودھ پلانیوالی عورتوں کا دودھ، آنسو، اور لعاب دہن شاذ ہی رنگین ہوتے ہیں۔ دماغی نخاعی سیال عموماً رنگین نہیں ہوتا۔ یرقان کے حملے کے آغاز و اختتام پر یوروبائلین (urobilin)، جو صبغۂ صفراویہ سے مشتق ہے، پیشاب میں اکثر موجود ہوتی ہے، لیکن صبغۂ صفراویہ خود بالکل نہیں ہوتا، اور یرقانی اصابتوں کا ایک گروہ ایسا بھی ہے جس میں صبغۂ صفراویہ پیشاب کے اندر بالکل ہی غائب رہتا ہے۔ (ملاحظہ ہو بے صفراوبولی یرقان)۔

یرقان کی بیشتر اصابتوں میں براز کا رنگ بدلکر سپیدی مائل یا مٹیالے رنگ کا ہوجاتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ یرقان کی اُن اصابتوں میں جن میں صفراء

نہیں ہوتی ۔ حال ہی میں یہ بتلایا گیا ہے کہ معوی مافیہا کس قدر ترشئی ہوتے ہیں اور چربی کا انجذاب ایک ایسے مرکب کی شکل میں ہوتا ہے جو آزاد شحمی ترشہ اور صفراوی ترشول سے بنتا ہے ۔ نیز صفراء کی موجودگی غالباً گندیدگی کو روکتی اور معوی دیوار کے عضلی ریشوں کو متہیج کرتی ہے ۔ چنانچہ قبض اکثر موجود ہوتا ہے، اگرچہ یہ ضروری نہیں کہ وہ ہمیشہ موجود ہو ۔ جب اسہال واقع ہو تو اُسے گندیدگی وار برازکی خراش سے منسوب کیا گیا ہے ۔

یرقان میں اکثر دوسرے علامات بھی موجود ہوتے ہیں، جو خون کے اندر صفراوی ملحات کے دوران کی وجہ سے ہوتے ہیں ۔ وہ علامات یہ ہیں : (۱) بطوءالقلب ۔ نبض آہستہ ہو کر فی منٹ پچاس یا چالیس ہو جاتی ہے ۔ (۲) کھجلی ۔ یہ اس قدر شدید ہو سکتی ہے کہ سونا غیر ممکن ہو جاتا ہے، اور لگاتار کھجلانے سے خون کی پپڑیاں، بثور، یا نشری (urticaria) کے ددوڑے پیدا ہو جاتے ہیں ۔

بعض مریضوں میں منہ کا مزا کڑوا ہو جاتا ہے اور اکثر اختلالاتِ ہضم واقع ہو جاتے ہیں ۔ جلد کے نیچے یا مخاطی اغشیہ سے نزفات واقع ہوتے ہیں، اور زخموں سے ادماء آسانی سے نہیں رُکتا ۔ خون کا عرصۂ ترویب طویل ہو جاتا ہے ۔ بعض مریضوں میں خطرناک دماغی علامات پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً ہذیان، تشنجات، اور توما لیکن غالباً یہ ہمیشہ خون کے اندر بعض ایسے زہروں کی موجودگی کی وجہ سے ہوتے ہیں جو صفراء کے اندر کے زہروں سے علاوہ ہوتے ہیں ۔ بعض اوقات مشاہدے میں آتا ہے کہ مریض کو زرد دکھلائی دینے لگتا ہے (بصارت اصفر xanthopsia) ۔ کہنہ مزمن یرقان کی بعض حالتوں میں ایک جلدی مرض ہو جاتا ہے جسے سلعۂ اصفر (xanthoma or xanthelasma) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو امراض جلد) ۔

یرقان کے لئے سریریاتی کاشفات ۔ مصل کے اندر صبغۂ صفراویہ کے لئے وان ڈن برگ کا کاشفہ ۔ مصل کے اندر صبغۂ صفراویہ کی موجودگی ظاہر کرنے کے علاوہ، یہ کاشفہ اُس صبغہ میں جو صفراوی راستوں کے تسدد کی وجہ سے خون کے اندر محبوس ہو، اور اس صبغہ میں جو دَم پاشیدگی کی وجہ سے ہو، تفریق کر دیتا ہے ۔ اِہرلک کا ڈایازو کاشف (Ehrlich's diazo reagent) استعمال کیا جاتا ہے ۔ اس کے اجزاء یہ ہیں :- (الف) سلفانیلک ایسڈ (sulphanilic acid) ۱ گرام،

مرکز ہائیڈروکلورک ایسڈ (conc. HCl) ۱۵ سی سی، آب کشیدہ ۱۰۰۰ سی سی۔ اور
(ب) سوڈیم نائیٹرائیٹ (sodium nitrite) ۰.۵ گرام، آب کشیدہ ۱۰۰ سی سی۔ اِن
دونوں کو استعمال سے ذرا ہی پہلے اِس تناسب میں کہ (الف) کے ۲۵ سی سی کے ساتھ
(ب) کے ۰.۷۵ سی سی ہوں، باہم ملا لیا جاتا ہے۔ راست تعامل (direct
reaction)۔ ایسے خون سے، جسے ٹھہرا رکھکر تھکّا جم جانے دیا جائے، ایک مکعب سنٹی میٹر
386
مصل حاصل کیا جاتا ہے اور اُسے مندرجۂ بالا کاشف کے ایک سی سی میں ملا دیا جاتا ہے۔
ایک نیلگوں بنفشی رنگ کا تعامل فی الفور شروع ہوکر دس تا تیس سکنڈ میں اپنے اعظم
درجہ تک پہنچ جاتا ہے۔ اِس سے تسددی کبدی یرقان ظاہر ہوتا ہے۔ اگر راست تعامل
حاصل ہو تو ممکن ہے کہ ایک تعاملِ آجل (delayed reaction) ظاہر ہو، جس کا آغاز
ایک منٹ کے بعد ہوتا ہے۔ یہ دَم پاشیدہ یا سمّی اور ساری یرقان کے باعث ہوتا
ہے۔ دو ہیئتی تعامل (biphasic reaction) شروع تو فی الفور ہو جاتا ہے لیکن محض
آہستہ آہستہ نمویاب ہوتا ہے اور اس سے مخلوط قسم کے یرقان کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔
بالواسطہ تعامل (indirect reaction)۔ اگر راست یا بلا واسطہ تعامل حاصل
نہ ہو تو ایک سی سی مصل میں ۹۶ فیصدی الکحل کے ۲ سی سی شامل کرکے اس آمیزہ کا
انخافض عمل میں لایا جاتا ہے۔ اِس صاف مایع کے ۱ سی سی میں ۰.۵ سی سی الکحل اور
۰.۲۵ سی سی کاشف کے ملا دیئے جاتے ہیں۔ ایک بنفشی سرخ رنگ حاصل ہوتا ہے،
جو تقریباً فی الفور اعظم شدت کا ہو جاتا ہے، اور اس سے دم پاشیدہ یا سمّی یا ساری
یرقان ظاہر ہوتا ہے۔ یہ کاشفات کمّی طور پر بھی کئے جا سکتے ہیں (73)۔ طبعی جولانی ۰.۲ –
۰.۵ اکائی ہوتی ہے، اور اکائی یہ ہے کہ بائلی روبین ایک حصہ ۲۰۰۰۰۰ حصے میں ہو۔

قارورہ میں صبغۂ صفراویہ کے لئے کاشفات۔ اِن کاشفات
کی حقیقی خصوصیت یہ ہے کہ زرد بائلی روبین (bilirubin) کی تکسید ہوکر سبز بائلی وردین
(biliverdin) بن جاتی ہے اور ایک سبز رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض اعمال میں دوسرے
رنگوں کی جھلک بھی عارضی طور پر نمودار ہو جاتی ہے۔ جیملن کا کاشفہ (Gmelins test)
حسب ذیل انجام دیا جاتا ہے۔ ایک سپید صحفہ پر قارورہ کے چند قطرے رکھکر اُن کے
قریب ہی قدرے طاقتور نائٹرک ایسڈ ٹپکا دیا جاتا ہے، اور پھر ان دونوں سیالات کو

آہستہ سے ایک دوسرے کی طرف بڑھایا جاتا ہے۔ اِن کے خطِ تماس پر قارورہ کا رنگ بدل کر پہلے سبز پھر نیلا پھر بنفشئی پھر سرخ اور بالآخر زرد یا بھورا ہوجاتا ہے۔ رائفل (Ryffel) نے اس کاشفہ کی ایک ترمیم دریافت کر لی ہے جس سے صبغۂ صفراویہ کی نہایت خفیف مقداروں کی شناخت ہوسکتی ہے۔ قارورہ کو آمونیم کلورائڈ سے سیر شدہ بناکر پھر آمونیا سے اُسے قلوی بنالیا جاتا ہے۔ اسطرح سے آمونیم یوریٹ مرسوب ہوجاتا ہے اور اگر کوئی صبغۂ صفراویہ موجود ہے تو اُسے بھی ساتھ لیکر تہ نشین ہوجاتا ہے۔ اس مرسوب کو تقطیر کرلیا جاتا ہے اور تقطیری کاغذ پر باقیماندہ ثفل میں نائٹرک ایسڈ ملایا جاتا ہے۔ ہرا رنگ پیدا ہوجائے تو اُس سے صبغۂ صفراویہ کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔

قارورہ میں ملحاتِ صفراء کی شناخت کے لئے ھے کا کاشفہ

(Hay's test) اسطرح عمل میں لایا جاتا ہے کہ ایک چھوٹی سی مخروطی صراحی میں کہ جسکو جانب سے متوتر کیا گیا ہو، تازہ قارورہ کی سطح پر پسی ہوئی گندھک چھڑک دی جاتی ہے۔ اگر ملحاتِ صفرا موجود ہیں تو سطحی تناؤ کم ہوتا ہے اور گندھک ڈوب جاتی ہے۔ جب گندھک پانچ منٹ کے اندر ڈوب جائے تو یہ کاشفہ مثبت سمجھا جاتا ہے (71)۔ کاشفہ پہلے ناقابلِ اعتماد سمجھا جاتا تھا، لیکن اب قابلِ وثوق سمجھا جاتا ہے۔ تاہم یہ اسوقت بھی حاصل ہوجاتا ہے جبکہ روغن چوبِ صندل (sandal wood oil)، کوپیبا (copaiba)، کبابِ چینی (cubebs) اور تارپین (turpentine) کی بڑی مقداریں براہِ دہن لی گئی ہوں۔ آنت کے اندر ملحاتِ صفرا کی موجودگی کے لئے ایک کاشفہ بیان کیا گیا ہے (74)، جس کا انحصار اِس حقیقت پر ہے کہ وہ چربی کے جذب میں آسانی پیدا کردیتے ہیں۔

امراضیاتِ یرقان۔ بائل روبین دو شکلوں میں موجود ہوتی ہے:۔ یعنے (۱) ایک قلوی نمک کے طور پر، جو صفراوی رہگذروں کے اندر خارج ہوتا ہے۔ اُس سے وآن ڈن برگ کا راست تعامل حاصل ہوتا ہے۔ (۲) آزاد حرشہ کے طور پر جو خون میں دوران کرتا ہے، جس سے وآن ڈن برگ کا بالواسطہ تعامل حاصل ہوتا ہے (77)۔ یہ امر پہلے بتایا جاچکا ہے کہ بائل روبین کی پیدائش کے لیے جگر کی ضرورت نہیں اور یہ اِس واقعہ سے بھی ظاہر ہوتا ہے کہ یہ صبغہ مقامی طور پر ان خون کے تھکوں سے جسم میں ہر جگہ بنجاتا ہے۔ شبکی دروں طلی نظام جو کہ بائل روبین کو بناتا ہے، اگر اسکے ذریعہ اُس کے

بننے میں کوئی خرابی پیدا ہوجائے' یا اگر جسم کے اندر اتلاف خون حد سے زائد ہو اور ان خلیوں کے ذریعے سے بائلی روبین کا بننا بہت زیادہ ہوجائے' تو یہ صبغہ سارے کا سارا جگر کے ذریعہ اخذ اور صفراء کے طور پر خارج نہ ہوسکے گا' بلکہ دوران خون کے اندر داخل ہوجائے گا۔ یہی نتیجہ اُس وقت بھی پیدا ہوسکتا ہے جبکہ جگر کے خلیات نقصان رسیدہ ہوگئے ہوں۔ اِس طرح یرقان کی تین قسمیں ہوتی ہیں:-

(۱) دَم پاشیدہ کا یرقان (hæmolytic jaundice)' وہ گروہ ہے جس میں اس نام کا دموی مرض بھی شامل ہے' کیونکہ اس میں خون کے بہت زائد اتلاف کی وجہ سے بائلی روبین مصل کے اندر موجود ہوتی ہے۔ اس گروہ میں وہ یرقان شامل ہے جوکہ دوری ہیموگلوبن بولیت (paroxysmal hæmoglobinuria.)' متناقض خون کے انتقال' فینائل ہائیڈرازین (phenyl hydrazine) کے تسمم' دم پاش عفونت ہائے دموی' لحمیٰ ذات الریہ' ملیریا اور یرقان نوزائیدہ (icterus neonatorum) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) کو بھی بعض اوقات شامل کیا جاتا ہے' لیکن اس میں بائلی روبین کے جمع ہونے کا سبب غالباً یہ ہوتا ہے کہ ہیموگلوبن کی تخریب کم ہوتی ہے۔

(۲) وہ یرقان جوکہ اولی کبدی نقصان رسیدگی کا نتیجہ ھو۔ اس کے اسباب یہ ہیں۔ (ل) امتلاء فشل قلب کی وجہ سے۔ (ب) جگر کا اولی مرض' مثلاً نازلی یرقان کی اکثر اصابتیں' حاد تنخر (زرد ذبول)' ہیناٹ (Hanot) کی نسبت' کثیر لختکی کی نسبت متاخر درجوں میں' اور بعض حالتیں جوکہ ماضی میں سمّی اور ساری کبدی یرقان کے عنوان کے تحت جماعت بندی کی گئی تھیں۔ اِن میں یرقان پیدا کرنے والے حالات یہ ہیں:- (الف) کیمیائی سموم جیسے ٹیٹراکلورو ایتھین (tetrachlorethane) (یعنی ہوائی جہازوں کے لئے ایک وارنش)' ٹرائی نائٹروٹولوئین (trinitrotoluene =T.N.T.)' کلوروفارم' فاسفورس' ٹولوئی لین ڈائے امائن (toluylene-diamine)' نائٹروبینزین (nitrobenzene)' آرسینو بینزال کے مشتقات (arsenobenzol derivatives)' آرسینیوریٹڈ ہائیڈروجن (arseniuretted hydrogen)' کُگرمتے (mushrooms)' سانپ کا تشـ

387

وغیرہ۔ (ب) جراثیمی سموم، جیسے کہ تپ راجعہ (relapsing fever) ملیریا گروہ حمی محرقہ (enteric group) ٹائفس (typhus) ذات الریہ، انفلوئنزا، زرد بخار (yellow fever) عفونت الدم، خفیف مرغولی یرقان (leptospiral jaundice) وغیرہ میں واقع ہوتے ہیں۔

(۳) تسددی کبدی یرقان (obstructive hepatic jaundice)-

اس گروہ میں صفراوی قناتوں کا کوئی صریح تسدد موجود ہوتا ہے:۔ (۱) سنگہائے صفرا اور مغلظ صفرا، نہایت شاذ اصابتوں میں کیسیہ (hydatid) کبدی فلوک (liver flukes) اور معوی قنال سے آنے والے اجسام غریبہ جن میں خراطینی صُفار (Ascaris Lumbricoides) بھی شامل ہیں۔ (۲) قنات کا تضیق یا انطماس پیدائشی عیب یا بے ثقبی کے باعث یا اثنا عشری یا خود قنات صفراء کے ماقبل تقرح کی وجہ سے۔ قنات صفراء کی دیوار کا نازلی یا التہابی ورم یا سرطان۔ قنات کا تشنج۔ (۳) باہر سے دباؤ پڑنے کی وجہ سے پچکاؤ۔ یہ شق بابی میں گلے غدد کے دباؤ سے لبلبہ کے سر، معدے، قولون، گردوں، قرب مبیضین، یا رحم کے سلعات کے دباؤ سے جگر کے پھوڑے یا کیسہ کے دباؤ سے شکمی انوریسما، مجتمع براز، یا حاملہ رحم کے دباؤ سے واقع ہوسکتا ہے۔ تسددی کبدی یرقان کی بہت سی اصابتوں میں صفراء مرارہ اور صفراوی قناتوں کو متمدد کر دیتا ہے، اور پھر عروق لمفائیہ اور عروق دمویہ کے اندر داخل ہو کر آخرالذکر کے اندر دوران کرتا ہے اور جلد اور دوسرے حصوں کو صفراء کے مخصوص و ممیز رنگ سے ملون کر دیتا ہے۔ غالبا کامل تسدد ہونا شرط نہیں ہے جس کی وجہ یہ دلچسپ واقعہ ہے کہ صفراء کا افراز نہایت ادنیٰ دباؤ کے تحت ہوتا ہے، جو اتنا کم ہوتا ہے کہ گیلی برگز میں پانی کے ۲۰ سینٹی میٹر کا دباؤ مفرزہ صفراء کو دوران خون میں واپس بھیج دیگا۔ کامل تسدد کی حالت میں (جیسی کہ مشترک قنات کے اندر ایک سنگ صفراء سے یا اس پر دباؤ ڈالنے والے سلعہ سے پیدا ہو جاتی ہے) صفراء آنتوں تک نہیں پہنچ سکتا اور براز جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، سپید یا مٹی کے رنگ کا ہوتا ہے۔ جب تسدد دور ہو جاتا ہے تو علامات غائب ہو جاتے ہیں۔

اگرچہ یرقان کی ان قسموں میں سے پہلی اور تیسری صاف طور پر متفرق ہو جاتی

ہیں (کیونکہ اِن سے واَن ڈن برگ کے بالواسطہ اور راست تعامل علی الترتیب حاصل ہوجاتے ہیں)، لیکن دوسرے گروہ کے افراد سے عموماً دو ہیئتی تعامل حاصل ہوتا ہے۔
گزشتہ زمانہ میں ایسی اصابتوں کے یرقان کا سبب نسبتاً چھوٹی صفراوی قناتوں کا التہاب سمجھا جاتا تھا، اور اسواسطے ایسے یرقان کو تسددی سمجھتے تھے لیکن بُرولے (Brule) اِس رائے پر اعتراض کرتا ہے اور بتلاتا ہے کہ بعض اوقات صرف ملحاتِ صفراً دوران خون میں محتبس ہوتے ہیں، اور کبھی صرف صبغاتِ صفراویہ [یہ مفترق یرقان dissociated jaundice = کی دو قسمیں ہیں] لہٰذا یقیناً خود کبدی خلیات ماؤف شدہ ہوتے ہیں (74) ۔ وہ اُس یرقان کو جو کہ احتجاج یا مرض قلب کے اختلال کے باعث ہو اُسی گروہ سے متعلق سمجھتا ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ تسددی یرقان میں دموی فاسفوٹیس (phosphatase) زیادہ ہوجاتا ہے، اور یہ امر تشخیص میں مدد دے سکتا ہے ۔ (75)-

مخفی یرقان (latent jaundice) کے یہ معنے ہیں کہ خون میں بائلی روبین تو ہوتی ہے لیکن اتنی کافی نہیں کہ تشتیلی زرد رنگ پیدا کرسکے یا گردوں سے بائلی روبین کا اخراج کراسکے۔ ایسی اصابتوں میں قارورے کے اندر عموماً یوروبائلین کی وافر مقدار موجود ہوتی ہے، جو غالباً بافتوں کے ذریعے سے بائلی روبین کی تبدیل ہیئت ہوجانے سے حاصل ہوتی ہے۔ تاہم یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ جب بائلی روبین بولیت نمایاں ہو تو یوروبائلین بولیت عام طور پر مفقود ہوتی ہے۔ مخفی یرقان مرضِ قلب میں موجود ہوسکتا ہے اور اُس سے فشلِ قلب کے آغاز پر دلالت ہوسکتی ہے۔ اُس کی موجودگی تسلف عدم دمویت کو اُس ثانوی عدم دمویت سے جو نزف کے باعث ہو، ممیز کردے گی۔ آرسینو فینزال سے علاج کے بعد اور مختلف ساری امراض میں ممکن ہے کہ مخفی یرقان اِس امر کی دلالت ہو کہ جگر کو نقصان پہنچا ہے۔ کہبت میں وہ نہایت عام طور پر موجود ہوتا ہے۔

یرقان نوزائیدگان (icterus neonatorum) ۔ نوزائیدہ بچوں میں یرقان کم عام نہیں ہے۔ وہ صرف چند دن یا ایک دو ہفتے تک رہتا ہے اور اُسکے ساتھ کوئی علامات نہیں ہوتے۔ صبغۂ صفراویہ، جیسا کہ واَن ڈن برگ کے بالواسطہ امتحان سے

ظاہر ہوتا ہے' دروں رحمی زندگی کے تقریباً پانچویں ماہ میں قابل تخمین مقداروں میں خون کے اندر نمودار ہونا شروع ہوتا ہے' اور یہ عمل فعلیاتی دم پاشیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے"۔ جو کہ پیدائش کے بعد دفعتہً بڑھ کر یرقان پیدا کر دیتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ مادری جگر جنین کے اندر دم پاشیدگی کو روکنے میں ممد ہوتا ہے' اور یہ کہ پیدائش کے بعد شیر خوار بچہ کا جگر اپنے کامل مانع دم پاشیدگی وظیفہ کو بہت آہستہ اختیار کرتا ہے (ملاحظہ ہو مختلف عدم دمویت)۔ یہ زرد رنگ پہلے چہرہ اور دھڑ کو اور ازاں بعد جوارح کو متاثر کرتا ہے' اور اگر سرخ جلد کو دبا کر خون کا رنگ خارج کر دیا جائے تو یہ شناخت ہو جاتا ہے۔ براز عموماً طبعی ہوتا ہے' اور پیشاب کا رنگ صبغۂ صفراویہ سے رنگین نہیں ہوتا' الا شدید تر اصابتوں میں۔ مریض شفایاب ہو جاتے ہیں اور کسی علاج کی ضرورت نہیں پڑتی۔

388

نوزائیدہ کا خطرناک خاندانی یرقان (familial jaundice)-

یہ حالت ایک ہی خاندان کے کئی افراد کو متاثر کرتی ہے۔ یرقان پیدائش کے بعد پہلے ہی دن یا بعض اوقات دوسرے دن شروع ہو کر اُسکی شدت بہ سرعت بڑھ جاتی ہے۔ غنودگی موجود ہوتی ہے اور وزن گھٹ جاتا ہے۔ شیر خوار بچہ تقریباً چودھویں دن اکثر تشنجات کے ساتھ' مر جاتا ہے۔ پیشاب میں یوروبائلین اور اکثر بائل رُوبین موجود ہوتی ہے بعض اوقات زرفات دیکھے جاتے ہیں۔ پاخانوں کا رنگ طبعی ہوتا ہے۔ جگر اور طحال بعض اوقات بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ علاج یہ ہے کہ ماں کے مصل کے ۵ تا ۱۵ سی سی کا دروں عضلی اشراب روزانہ بچہ کے عرصہ تک کیا جائے یہاں تک کہ اُس کے خون میں صبغۂ صفرا کم ہو جائے۔ یہ مصل مانع دم پاشیدگی ہوتا ہے۔ اس علاج کیساتھ انذار اچھا ہوتا ہے (90)۔ یرقان کی دوسری اصابتیں جن کی تفریق کرنی چاہئے' یہ ہیں خاندانی بے صفرا بولی یرقان (familial acholuric jaundice)' جس میں "مریض بہ نسبت قسمے کرنے کے یرقانی زیادہ ہوتے ہیں"۔ صفراوی قنا توں کا پیدائشی انطماس (congenital obliteration of the bile ducts)' جو سفید پاخانوں اور صفراوی کہبت کے ساتھ متلازم ہوتا ہے اور جس میں جگر سخت ہو جاتا ہے۔ پیدائشی آتشک (congenital syphilis)- یرقان ساری

(infective jaundice) جس میں ایک صریح منبع سرایت موجود ہوتا ہے اور تپش بلند درجہ تک ہوتی ہے۔

استسقاءِ شکمی

(ascites)

اس اصطلاح سے کہفۂ باریطونی کے اندر مصلی سیال کی موجودگی مراد ہے۔ مصلی کہفوں میں کے دوسرے انصبابات کی طرح یہ بھی عموماً قلوی ہوتا ہے، اسکا رنگ پھیکا تیوال کے رنگ جیسا، اور کثافت اضافی ۱۰۱۵ تا ۱۰۱۸ ہوتی ہے، یہ نہایت البیومینی ہوتا ہے اور اسمیں کلورائیڈز موجود ہوتے ہیں۔ یہ اسباب ذیل کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے:۔ (۱) بابی دوران خون کے تسدد سے، جو وریدالباب کے تنہ میں ہو یا جگر کے اندر اس کی توزیع میں ہو۔ (۲) امراض باریطون کے نتیجہ کے طور پر۔ اور (۳) مرض گردہ یا مرض قلب کے استسقائے کلی کے جزو کے طور پر۔

وریدالباب کا تنہ، شق بابی میں رسولیوں اور بڑھے ہوئے غدد کے دباؤ سے، خود جگر کے اندر کے سرطان، پھوڑے، یا کیسہ سے، یا وریدالباب کے اندر خون کی ترویب (علقیت، التہاب وریدالباب) سے متسدد ہو سکتا ہے۔ جگر میں بابی تسدد کا خاص سبب کبد کی لیفی بیش بالیدگی سے بین لفتکی اور رود کا انضغاط ہے۔ بعضوں کا خیال ہے کہ بابی تسدد استسقاء شکمی کا کافی سبب نہیں ہو سکتا، اور وہ استسقاء شکمی کو ان سمیات سے منسوب کرتے ہیں جو مرضی جگر میں پیدا ہو جاتے ہیں، یا آنت سے جذب ہو کر جگر میں تلف نہیں ہوتے۔ بابی تسدد کا ایک دوسرا سبب التہاب غلاف کبد ہے۔ تسدد کی ایک تیسری قسم قلب اور شش کے امراض کی مختلف قسموں سے پیدا ہو جاتی ہے، جن میں قلب کی دائیں جانب متسع ہو جاتی ہے اور خون کے سینہ میں سے ہو کر گزرنے میں مزاحمت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 146)۔

استسقاء شکمی پیدا کرنے والے باریطونی امراض یہ ہیں:۔ حاد اور مزمن التہاب باریطون، تدرنی التہاب باریطون، اور باریطون کا سرطان۔

مرضِ برائیٹ میں دوسرے مصلی کہفوں کے ساتھ ساتھ باریطون بھی محلِ التہاب ہوتا ہے۔

طبیعی امارات: شکم بڑا ہوجاتا ہے، اور زیادہ استسقاء شکمی کے ابتدائی درجوں میں وہ عموماً تنیدہ ہوتا ہے اور اُس کی شکل گلو بچہ نما ہونے کا رجحان رکھتی ہے، جس میں سامنے کی سمت ایک قطعی اُبھار ہوتا ہے۔ ازاں بعد شکم کی دیواریں کھنچکر پھیل جاتی ہیں، اور جب مریض بستر میں لیٹتا ہے تو سیال قوتِ جاذبہ کے اثر سے پیچھے کی طرف بہ کر ہر پہلو میں جمع ہوجاتا ہے، جس سے پیٹ کی شکل زیادہ چوڑی اور زیادہ چپٹی ہوجاتی ہے۔ اسوقت جو مائع پیدا ہوتا ہے اُس کی مقدار ۳، ۴، یا ۵ گیلن ہوسکتی ہے، اور شکم اِسی تناسب سے بڑا ہوجاتا ہے چنانچہ اُس کا محیط ۴۰ تا ۴۲ اِنچ یا زائد ہوسکتا ہے۔ سیال کی موجودگی امتحان کے تین طریقوں سے معلوم ہوسکتی ہے، جو قرع، تموّج، اور انتقال موضع ہیں۔

قرع: شکم کی سطح طبعی طور پر گمکی ہوتی ہے، جس کا سبب یہ ہے کہ معدے اور آنتوں میں ہوا موجود ہوتی ہے۔ لیکن جب سیال پیدا ہوتا ہے تو یہ پہلے پہلوؤں اور خثلی خطّے میں جمع ہوجاتا ہے، چنانچہ ان حصوں کے قرع کرنے پر ایک اصم آواز نکلتی ہے، درآنحالیکہ شکم کا مرکزی حصہ گمکی رہتا ہے۔ اگر مریض کو کسی ایک کروٹ پھرا کر پھر قرع کیا جائے تو معلوم ہوگا کہ اگلے اور مرکزی خطّے اصم ہوگئے ہیں، اور وہ پہلو جو اب سب سے اوپر ہے گمگدار ہے۔ اِس کا سبب یہ ہے کہ سیال قوتِ جاذبہ کی وجہ سے اسفل ترین حصہ میں بہ جاتا ہے اور ہوا سے بھری ہوئی آنت بلند ترین حصے میں تیرنے لگتی ہے اور ایسا ہونا باریطون کے اندر سیال کی موجودگی کا سب سے زیادہ قطعی ثبوت ہے، اور استسقاء شکمی کے لئے نہایت ہی نازک کاشفہ بہم پہنچاتا ہے۔

تموّج: حاصل کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ شکم کی ایک جانب پر ایک ہاتھ رکھا جائے اور دوسری جانب کو اُنگلی سے تیزی کے ساتھ تھپ تھپایا جائے۔ ایسا کرنے سے شکم پر رکھے ہوئے ہاتھ کو شکم کے وارپار انتقال موج کا احساس ہوتا ہے۔ یہ امارت متذکرہ صدر امارت کی نسبت کم یقینی ہے۔ نہایت چربیلی شکمی دیواریں سیال کی موجودگی کے بغیر بھی انتقال موج واقع کرسکتی ہیں، چنانچہ اس کو روکنے کے لئے تموّج کی

389

آزمائش کرتے وقت ہاتھ کی یا کسی کتاب یا دفتی کی کور شکم کے مرکز میں رکھدینی چاہئے (انتقالِ موضع کے طریقہ کا استعمال محض محدود ہوتا ہے لیکن بعض اصابتوں میں جس سے استسقاءِ شکمی کی شہادت اُس سے بہت جلد ملجاتی ہے کہ جتنی جلد قرع یا تموج کے ذریعہ ملتی ہے۔ اگر استسقاءِ شکمی کی کسی اصابت میں جگر بڑھا ہوا ہو تو وہ استسقاءِ شکمی سیّال میں ڈوب جاتا ہے اور سیّال کی تھوڑی مقدار اُس کی اگلی سطح اور دیوارِ شکم کے درمیان واقع ہوتی ہے شکم کے اِس مقام پر انگلیاں رکھکر انھیں یکایک اندر دبا دینے سے یہ سیّال ہٹ جاتا ہے اور ممکن ہے کہ جگر کی سطح محسوس ہو سکے یہ سیّال کی موجودگی کا ایک ثبوت ہے کیونکہ اگر وہاں کوئی سیّال نہ ہوتا تو جگر اگلی دیوارِ شکم کے بالکل ساتھ لگا ہوا ہوتا۔

لیکن بعض اوقات مختلف الاقسام ڈویروں میں سے کسی ایک قسم سے جو شکمی یا حوضی احشاء کے ساتھ تعلق رکھتی ہو، یا حاملِ رحم سے، یا متمدد مثانۂ بولی سے استسقاءِ شکمی کا تشابہ ہوجاتا ہے۔ یہ ڈویرے بیضی، پربیضی (parovarian) کیسیتی اور کلوی ڈویرے ہوتے ہیں۔ اگر قرع کا شفہ کامیاب ہے تو یہ خارج از بحث ہوجاتے ہیں۔ اس کے خلاف ممکن ہے وہ تموجی کا شفہ ظاہر کریں۔ اور اگر پوری سطح اصم ہے تو ممکن ہے کہ ان میں سے کسی ایک میں اور ایسے استسقاءِ شکمی میں تفریق مشکل ہوجائے جس میں آنتیں چپکی ہوئی ہوتی ہیں بیضی ڈویرے کی خاص شناخت یہ ہے کہ ہر حالت میں شکم سامنے سے صاف دیکھو میں گمگدار ہوتا ہے کیونکہ آنتوں کو ڈویرہ اور اس کی وجہ سے پیدا ہونے والا ورم دباکر پہلوؤں میں ہٹا دیتا ہے (یہ ورم ایک جانب پر شروع ہوتا ہے گو بعد میں مرکزی ہوجاتا ہے)۔ نیز یہ بھی شاذ نہیں کہ ڈویرے کا خاکہ سب سے اوپر والے حصہ میں شناخت میں آجاتا ہے، بالخصوص جبکہ اُس کی جستجو حرکاتِ تنفس کے دوران میں کی جائے۔

کیلوسی اور کیلوسیئ الشکل استسقاءِ شکمی (chylous and chyliform ascites)۔ استثنائی اصابتوں میں کہنہ بار یطونی کے اندر کا سیّال بجائے صاف مصلی رنگ کے دھندلا دودھیئے رنگ کا ہوتا ہے۔

بعض اوقات یہ باریطون میں قنات صدری یا لبنی عروق سے کیلوس کی وعا بدری کے باعث ہوتا ہے، اور یہ وعا بدری عروق کے انشقاق کی وجہ سے

ہوتی ہے یا ان کے تسدد کی وجہ سے ہوتی ہے جو کہ مرض یا طفیلیات کی موجودگی (ملاحظہ ہو فلاریت =filariasis) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہی حقیقی کیلوسی استسقاء شکمی ہے۔ ایسی حالت میں سیال کا رنگ زردی مائل سپید ہوتا ہے، اُس کی کثافتِ اضافی ۱۰۱۲ یا زائد ہوتی ہے، اور بُو کا انحصار اُس غذا پر ہوتا ہے جو لی جا رہی ہو۔ یہ سیال ٹھہرا رہے تو اُس کی چربی جدا ہو کر سطح پر ایک ملائی جیسی تہ بنا دیتی ہے۔ خوردبین کے نیچے شحمی گلوبچے نظر آتے ہیں، مگر خلوی عناصر بہت تھوڑے ہوتے ہیں۔ جسم سے نکال لینے کے بعد ممکن ہے کہ اُس میں فائبرین کا ایک تھکا بن جائے۔

ان اصابتوں کے ایک دوسرے گروہ یعنے کیلوسئ الشکل استسقاء شکمی یا کاذب کیلوسی استسقاء شکمی (pseudo-chylous ascites) میں سیال خالص دودھیا سپید ہوتا ہے اور اُس کی کثافتِ اضافی ۱۰۱۲ سے کم ہوتی ہے۔ چربی کی مقدار مختلف ہوتی ہے، ممکن ہے کہ وہ سطح پر ایک ملائی جیسی تہ بنا دے، یا محض اُس کے خفیف سے آثار ہوں۔ لیکن بہرحال اُس کا دودھیا پن چربی کے سبب سے نہیں بلکہ لیسی تھین (lecithin) اور گلا بولین (globulin) کے ایک مرکب کے دقیق ذرات کی وجہ سے ہوتا ہے جنہیں غیر نامیاتی نمکیات معلق رکھتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے چربی دار خلوی عناصر موجود مل سکتے ہیں۔ لیسی تھین کی موجودگی کی وجہ سے یہ سیال گندیدگی سے عرصۂ دراز تک متاثر نہیں ہوتا۔

کیلوسئ الشکل انصبابات کسی ایک امراضیاتی حالت کے ممیز نہیں ہوتے، لیکن اِن اصابتوں کی اکثریت میں یا تو جگر کا سرطان، یا تدرن، یا کبت، یا گردے کا مزمن التہاب پایا گیا ہے۔ اور عام طور پر انذار بُرا ہوتا ہے۔

ممکن ہے کہ کیلوسی اور کیلوسئ الشکل مائع دونوں دوسرے مصلی کہفوں میں بھی ہمزماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ اور جب تک کہ ایک یا دوسرے کہفے پر بزل کا عمل نہ کیا جائے، یہ معلوم کرنے کا کوئی دوسرا ذریعہ نہیں کہ آیا انصباب اُسی قسم کا ہے جو زیرِ بحث ہے۔

جگر کے امراض

خراج

امراضیات۔ جگر کے پھوڑے کسی عفن عامل کے داخلہ کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں، جو مندرجۂ ذیل راستوں میں سے کسی ایک کی راہ سے داخل ہوجائے: شریان کبدی وریدالباب، یا تقیحی التہاب قناتِ صفرا (suppurative cholangitis) (جو ملاحظہ ہو) میں صفراوی قناتیں۔

پہلی حالت میں وہ ایسے عام تقیح الدم کا ایک جزو ہوتے ہیں، جیسا کہ جسم کے کسی حصے میں زخم یا تضرر لگنے سے، لیکن بالخصوص سر کے تضررات سے پیدا ہوجاتا ہے۔ وہ چھوٹی جسامت والے اور بے شمار، یا کم از کم متعدد ہوتے ہیں انکو تقیح الدمی خراج (pyæmic abscesses) کہتے ہیں۔

وریدالباب اس سے بھی زیادہ تعداد کی اصابتوں میں خراج پیدا ہونے کا باعث ہوتی ہے، اور جیسا کہ تقیحی التہاب وریدالباب (suppurative pylephlebitis) کے بیان میں (جو ملاحظہ ہو) اور مداریتی زحیر (tropical dysentery) کے بیان میں درج کیا گیا ہے، بعض حالات وریدالباب کے رقبہ میں کے ضررات سے منتقل ہوجاتے ہیں۔ یہ پھوڑے منفرد، چند، یا متعدد ہوتے ہیں۔ جب یہ متعدد ہوں تو اس حالت کو بابی تقیح الدم (portal pyæmia) کہہ سکتے ہیں۔ بعض اوقات وریدالباب اور اس کی شاخیں شکستہ وریختہ ریمی تھکے سے پُر ہوتی ہیں، اور ورید کی دیواریں ملتہب ہوکر تقیحی التہاب وریدالباب پیدا کردیتی ہیں۔

جگر کے پھوڑے جسامت میں ایک الپین کے سر سے لیکر فندق (hazelnut) کی جسامت تک مختلف ہوتے ہیں۔ اُن میں پختہ پیپ، یا غسلینی مائع اور چورہ یا زاؤ جسیم خشکشات، جو ابھی علٰحدہ ہوئے ہوں، موجود ہوسکتے ہیں۔ جن اصابتوں کی ابتدا

التہاب وریدالباب سے ہوتی ہے اُن میں یہ دکھلانا آسان ہوسکتا ہے کہ تقیح زیادہ تر وریدالباب کی توزیع کے عرض میں واقع ہے۔ جہاں پھوڑے جگر کی سطح کے قریب پہنچ جاتے ہیں، جگر کا کیسہ اکثر ملتہب ہوتا ہے۔

علامات - جگر کے متعدد پھوڑوں والی اصابتیں اکثر بہت مبہم ہوتی ہیں، بالخصوص اُسوقت جبکہ وہ تقیح الدم جیسے عمومی مرض کا جزو ہوں۔ اُن میں شدید بنیئی اختلال ہوتا ہے، جس کے ساتھ عادتی قسم کا بخار، نبض سریع، خشک بھوری یا فردار زبان، اور جلد ہی پیدا ہونے والا انبطاح ہوتا ہے۔ قئے اکثر موجود ہوتی ہے لیکن آنتوں کا فعل مختلف ہوتا ہے۔ یعنے کبھی تو قبض ہوتا ہے اور کبھی اسہال۔ جگر زیادہ تر بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ ناف کے لیول تک پہنچ جائے۔ وہ دردناک اور الیم ہوتا ہے۔ یرقان بعض اوقات موجود ہوتا ہے لیکن اُس کا موجود ہونا لازمی نہیں۔ غالباً اُس کے پیدا ہونے کے لئے ضروری ہے کہ کوئی بڑی صفراوی قنات پھوڑے سے مضغوط، یا سنگہائے صفراء سے متسدد ہو جائے۔ حینئذٍ صفراء کے لحاظ سے بول و براز کی حالت، بلاشبہ اسی کے لحاظ سے مختلف ہوگی۔ مدتِ مرض ایک سے کئی ہفتے تک ہوتی ہے، لیکن اختتام یقیناً ہلاکت خیز ہوتا ہے۔

تشخیص - اِس کا انحصار اِس حقیقت پر ہونا چاہئے کہ بڑھا ہوا جگر ایک حادعمل سے ماؤف ہوتا ہے، جس کے ساتھ شدید عمومی تسمم الدم ہوتا ہے، بالخصوص اُسوقت جبکہ ان علامات کے ساتھ کوئی ایسا ضرر بھی ہو جو بطور اوّل سبب کے شناخت کیا جا سکے۔

علاج - بیشتر علاماتی ہونا چاہئے۔ تغذیہ، کوئنین اور ہیجیات کے ذریعہ سے عام حالت کی اصلاح کی کوشش کرنی چاہئے۔ تخفیفِ درد کے لئے افیون اور مقامی لاسعات، پولٹسوں، تکمیدات، وغیرہ کی ضرورت ہوگی۔

معمولی ساری کبدی یرقان

(common infective hepatic jaundice)

[نازلی یرقان (catarrhal jaundice)، حاد التہاب جگر (acute hepatitis)]

یہ اِن عام ترین شکلوں میں ایک شکل ہے کہ جن میں یرقان واقع

ہوتا ہے۔ نازلی یرقان کا نام اِس اعتقاد سے پیدا ہوا کہ یہ صفراوی حلیمہ کے مقام پر تسدد پیدا ہوجانے کا نتیجہ ہے جو کہ نزلاتی مخاطی یا غشاء مخاطی کے ورم سے واقع ہوتا ہے۔ یہ ناممکن نہیں کہ بعض اصابتیں اسی قسم کے سبب سے ہوں۔

بحث اسباب۔ ساری کبدی یرقان بالخصوص اوائل زندگی میں کثیرالوقوع ہے۔ ممکن ہے کہ اُس کے ساتھ معدی اثنا عشری نازلت کے علامات موجود ہوں۔ ساری کبدی یرقان کے ساتھ اکثر یرقان کی اُن مشہور مثالوں کو بھی شامل کرلیا جاتا ہے جو خوف کی وجہ سے ہوجاتی ہیں۔ اِن کے خاص مظاہر تو بہرحال ساری کبدی یرقان سے مماثل ہوتے ہیں۔

معمولی ساری کبدی یرقان اکثر وباؤں کی صورت میں دیکھا گیا ہے جبکہ اس کو وبائی یرقان (epidemic jaundice) کہا جاتا ہے۔ اِن میں سے بہت سی وباؤں میں صرف بچوں پر یا خاصکر بچوں پر حملہ ہوتا ہے۔ نسبتہً کم مثالوں میں بالغ اشخاص سب سے زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ نہ تو انفرادی اصابتوں کو اور نہ وبائی اصابتوں کو اب تک متعین جرثومیات کے ساتھ منسوب کیا گیا ہے۔ لیکن جہاں مرارہ اور صفراوی گزرگاہ کو معائنہ کرنے کا موقع ملا ہے وہاں یہ صفراء سے خالی پائے گئے ہیں، جو اس امر پر دال ہے کہ کبدی افراز بند ہوگیا ہے، جس کی وجہ حاد التہاب جگر ہے، اور بلاشبہ یہ مرض کا اصل سبب ہے۔ تاہم اثنا عشری التہاب معکوس طور پر صفراء کے بہاؤ کو روک سکتا ہے، اور اسطرح چند اصابتوں میں سبب مرض ہوسکتا ہے (76)۔

391

ساری یرقان، جو ہیچ گویانہ مبداء کا ہوتا ہے، پہلے بیان کیا گیا ہے۔

علامات۔ ممکن ہے کہ یرقان سے تین یا چار ہفتے پہلے مریض کو سوء ہضم، معدے میں گرانی، درد، اور ریحیت، اور شاید ساتھ ہی کبھی کبھی قے بھی ہو، اور بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ مخصوص اقسام کی غذا غیر معمولی کثرت کے بعد ہو لیکن نہایت کثیرالتعداد مثالوں میں مریض کو اپنی بیماری کا کوئی حال بالکل معلوم نہیں ہوتا تاوقتیکہ جبتک کہ وہ خود آئینہ میں نہ دیکھ لے یا دوستوں سے نہ سن لے کہ اُس کی جلد میں زرد رنگ کی جھلک پیدا ہورہی ہے۔ کبھی کبھی یرقان سے پہلے جوارح میں تشدید درد ہوتا ہے۔ یا اصابت ترقی پاکر جگر کے حاد تنخر کی اصابت بنجاتی ہے۔ جلد اور

ملتحماتِ چشم شوخ زرد رنگ کے ہوجاتے ہیں۔ پیشاب کا رنگ قبضۂ صفراء کی وجہ سے
زردی مائل بھورا ہوتا ہے' اور اُس میں کیٹونی اجسام (ketone bodies) موجود ہوتے
ہیں۔ براز پھیکے یا مٹیالے رنگ کا ہوتا ہے مسہل سے عموماً وآن ڈن برگ کا راست
کاشفہ یا دوہیئتی تعامل حاصل ہوتا ہے۔ تپش عموماً طبعی درجہ پر ہوتی ہے' اور ممکن ہے کہ
کوئی بنیئی اختلال نہ ہو اور مریض اپنا معمولی کام کاج کرنے کے قابل ہو لیکن اکثر اوقات
وہ کسلمند ہوتا ہے' محنت کرنے کو طبیعت نہیں چاہتی' بھوک خراب اور کسیقدر متلی
ہوتی ہے۔ کبدی خطے میں بیشتر کوئی درد نہیں ہوتا' بلکہ الیمیت تک نہیں ہوتی لیکن
کبھی کبھی یہ دونوں معتدل درجہ میں موجود ہوسکتے ہیں۔ جگر بھی اکثر بالکل بڑھا ہوا نہیں ہوتا
لیکن بعض اوقات اُس کی اصمیت پسلیوں کے حاشیے سے ایک یا دو انگشت نیچے تک
پہنچ جاتی ہے' اور پھر اُس کی کور اور متعدد مرارہ بھی محسوس ہوسکتا ہے۔ آنتوں کی
حالت مختلف ہوتی ہے' اکثر تو قبض ہی ہوتا ہے لیکن کبھی کبھی نیم بستہ پاخانے ہوتے ہیں۔
ممکن ہے کہ نبض غیر متاثر ہو' لیکن خاص طور پر یرقان کی اسی شکل میں غیر معمولی طور پر
سست نبضیں پائی گئی ہیں۔ علالت دو سے پانچ یا چھ یا زائد ہفتوں تک جاری رہتی
ہے' اور یرقان بتدریج رفع ہوتا ہے۔ پہلے پیشاب کا رنگ طبعی ہوتا ہے' اور آہستہ آہستہ
جلد کی رنگت بھی درست ہوجاتی ہے۔

وبائی شکل میں مدت حضانت تین سے لیکر پانچ ہفتہ تک ہے۔

تشخیص۔ کبھی کبھی یرقان شروع ہونے سے پہلے تشخیص ممکن ہوتی ہے' کیونکہ ممکن
ہے کہ کلانی جگر' جو ایک سریع الوقوع آمارت ہے' جگر کی وظیفی کارکردگی کے کاشفات
عمل میں لانے کا خیال پیدا کرے' اور ان کاشفات سے وظیفی قلت پائی جائے۔ ایک
نوعمر شخص میں جو پہلے تندرست تھا' یا جسے زیادہ سے زیادہ کسی معدی اختلال کی شکایت
تھی' یرقان کا بلا درد یا تقریباً بلا درد حملہ ہونا' بالعموم اُسے اُس یرقان سے ممیز
کرتا ہے جو سنگہائے صفرا' سرطان' اور کہبت' یا دوسرے نہایت حاد امراض
کے باعث ہو۔ اگر یرقان پانچ یا چھ ہفتوں سے زائد جاری رہے تو مندرجہ بالا تین
امراض میں سے کسی ایک کے مرض کے امکان پر' یا نسبتۂ زیادہ عموی التہاب قنات
صفراوی کے امکان پر غور کرنا چاہئے۔ وبائی شکل کو خفیف مرغوبی یرقان سے متفرق کرنا چاہئے

(جو ملاحظہ ہو)۔ خون شماری سے مدد مل سکتی ہے ۔ اول الذکر میں، شاید پہلے چند دنوں کو چھوڑ کر باقی مدت میں، ایک نواتی خلیات کی زیادتی ہو جاتی ہے ۔ آخر الذکر میں کثیر نواتی خلیات ابیض کی کثرت ہوتی ہے ۔

انذار ۔ حاد تنخر کے آغاز کی شاذ استثنا کے سوائے باقی صورتوں میں انذار بالکل امید افزا ہے ۔

علاج ۔ اگر بخار نہ ہو تو مریض کو بستر پر لٹائے رکھنے کی ضرورت نہیں ۔ لیکن اُسے ایسی غذا دینی چاہئے جس میں کثرت سے کاربوہائڈریٹ اور خاص کر گلوکوس ہو اور شحوم اور حمیجات سے پرہیز کرانا چاہئے ۔ اور اگر ضرورت ہو تو ایک ملیّن دیدینا چاہئے ۔

جگر کا حاد تنخر

(acute necrosis of the liver)

حاد اصفر ذبولی (acute yellow atrophy)

اِس عجیب مرض میں جگر کی بافتوں کا سریع انحطاط واقع ہو جاتا ہے اور اُسکا طبعی حجم گھٹ کر جسامت میں دو ثلث، بلکہ نصف رہ جاتا ہے ۔

392

بحث اسباب ۔ یہ ذکور کی نسبت اناث میں زیادہ عام ہوتا ہے ، اور مریضوں کی اکثریت کی عمر تیس سال سے نیچے کی ہوتی ہے ، اگرچہ یہ بچوں میں نہایت شاذ ہوتا ہے ۔ فی الحقیقت ہر عمر میں یہ مرض نہایت شاذ ہوتا ہے ۔ اِس کے آغاز سے پہلے اکثر شدید ذہنی اختلالات واقع ہوتے ہیں اور اس کی بہت سی اصابتیں ایسے اشخاص میں واقع ہوئی ہیں جنہوں نے اوباشانہ زندگی بسر کی ہے ، یا ایسے اشخاص میں جو آتشک میں مبتلا ہو چکے ہیں ، یا ایسی عورتوں میں جو حاملہ ہیں ۔ نیز یہ ایک جراحی عملیہ کے بعد چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں کے اندر واقع ہو گیا ہے ، اور یہ عملیہ بیشتر ایک شکمی عملیہ تھا ، جو کلوروفارم کے زیر اثر انجام دیا گیا ۔ سمی یرقان پیدا کر دینے والا حاد تنخر ٹرائے نائٹرو ٹولوین (trinitrotoluene) (T. N. T.) ، ٹیٹرا کلوری تھین (tetrachlorethane) (aeroplane dope) ، آرسینو بینزال کے مشتقات

(arsenobenzol derivatives) (ملاحظہ ہو صفحہ 117)، اور فینائل سنکونینک ایسڈ (phenyl-cinchoninic acid) (ملاحظہ ہو نقرس :Gout) کے تسمم سے اور خفیف مرغولی یرقان کی اصابتوں میں پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے حاد تنخر اور کہبت کبد (cirrhosis of the liver) دراصل ایک ہی عمل یعنی کبدی خلیات کے تسمم کی مختلف ہیئتیں ہوں جو پہلی صورت میں حاد اور دوسری میں نہایت مزمن ہوتا ہے۔ مزید برآں ان دونوں کی درمیانی خلیج کو تحت الحاد ذبول (subacute atrophy) یا کثیر گرہکی بیش تکوین (multiple nodular hyperplasia) کی اصابتوں کا ایک پورا گروہ پاٹتا ہے۔ نیز یہ امر کہ بعض اصابتوں میں اس کا ابتدائی منبع معمولی ساری یرقان ہوتا ہے، پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ حیاتی کیمیائی تغیرات کبدی وظیفہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

مرضی تشریح۔ ۱۔ حاد قسم۔ حاد ترین اصابتوں میں جگر بڑا ہوتا ہے اور اُس کا رنگ کیا ہی زرد ہو جاتا ہے۔ جب مرض اسقدر زیادہ حاد نہ ہو تو جگر جسامت میں بہت کچھ گھٹا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اُس کا وزن صرف ۳۰ یا ۲۸ اونس ہو۔ وہ نرم، لجلجا اور تقریباً سیال کی تھیلی جیسا ہوتا ہے، اور اُس کا کیپسول، جو جھری دار ہوتا ہے، اپنے مافیہا کے لئے بہت بڑا معلوم ہوتا ہے۔ تراشنے پر جگر زرد رنگ کا نظر آتا ہے جس میں کسیقدر شوخ سرخ رنگ کی چکتیاں ہوتی ہیں، یا بعض حصوں میں وہ بالکل سُرخ ہوتا ہے اور بعض میں پورا زرد۔ اصلی تغیر ایک ذراتی یا شحمی انحطاط ہے، جس سے کبدی خلیے کم و بیش بالکل تلف ہو جاتے ہیں۔ یہ تنخر لختک کے مرکزی منطقوں میں شروع ہوتا ہے۔ جگر کے زرد حصوں میں یہ اتلاف کم ترقی یافتہ ہوتا ہے، اور شاید وہاں چند صفراء آلود خلیات ملیں۔ سُرخ حصوں کی رنگت بافت کے نسبتہً زیادہ کامل تنخر کی وجہ سے ہوتی ہے، یہاں تک کہ عروق ہی جرم جگر کے واحد قائم مقام رہ جاتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے ہمیں اکثر البیومینی مادے، چربی اور صبغ کے ذرات اور چربی کے زیادہ بڑے گلوبچوں کے سوائے اور کچھ نظر نہیں آتا۔ جگر میں لیوسین (leucin) اور ٹائروسین (tyrosin) بھی پائے جاتے ہیں، اور موت کے چند گھنٹے بعد تراشوں کی سطح پر ان کی قلمیں خود بخود جم جائیں گی۔ صفراوی قناتیں خالی، اور

صبغۂ صفرا سے رنگین ہوتی ہیں۔ مرارہ بھی خالی ہوتا ہے، یا اُس کے اندر لزج رمادی مخاط کی تھوڑی سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

دوسرے احشاء میں بھی شحمی انحطاط واقع ہوجاتا ہے، بالخصوص گردوں میں (جن میں خلیات معزرہ ذراتی یا شحمی ہوتے ہیں)، اور قلب اور عضلات میں جلد کے نیچے، مخاطی جھلیوں میں، مصلی جھلیوں کے نیچے، گردوں میں، اور دوسرے حصوں میں نشانات پائے جاتے ہیں۔

۲۔ تحت الحاد ذبول یا کثیر گرھکی بیش تکوین۔ جگر جسامت میں اتنا کم نہیں ہوتا، اور کبدی بافت کی بازتکوین ایک ممتاز خاصہ ہوتا ہے۔ زرد رنگ کی غدی سلعے نما گرہیں لیفی بافت کے ہیکل میں جمی ہوئی دکھائی دیتی ہیں۔ اُن کا چھوٹا یا بڑا ہونا بازتکوین کی مقدار پر منحصر ہوتا ہے، اور خوردبین سے دیکھنے پر اُن میں تکوین یافتہ کبدی خلیے اور صفراوی قناتیں موجود ملتی ہیں، اگرچہ تخریبی خلیے بھی بکثرت موجود ہوتے ہیں۔ خالی آنکھ کو جگر میں ایک عجیب منظر دکھلائی دیتا ہے، اُس کی لیفی بافت کی ترتیب کہیں سے مشابہ ہوتی ہے، اور زرد رنگ کہیں منظر میں اُسی مرض کی حاد قسم سے مشابہ ہوتی ہیں۔

علامات۔ علامات ابتداً تو مبہم ہوتے ہیں۔ اکثر یہ مرض ایسے یرقان سے شروع ہوتا ہے جو نزلی یرقان سے ناقابل تمیز ہوتا ہے، یا ایسے علامات کے ساتھ شروع ہوتا ہے جیسے کہ متلی، قے، آنتوں کے فعل کی بیقاعدگی۔ اور ممکن ہے کہ کبدی خطے میں درد مقامی جلد شروع ہوجائیں۔ یہ علامات دو یا تین ہفتوں یا اس کی نسبت بہت زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہ سکتے ہیں اور پھر مرض کے نسبتہً زیادہ ممیز خصائص نمویاب ہوجاتے ہیں، جو یہ ہیں:۔ دماغی اختلالات یعنے ابتداً دردسر اور بےچینی، پھر ہذیان اور تدریجی طور پر نمویاب ہونے والا قوما، مع تشنجی جھٹکوں کے، یا زیادہ شاذ اصابتوں میں، خاتمہ کے قریب، صرع جیسے دوروں کے۔ اب یرقان نمودار ہوجاتا ہے، یا اگر وہ پہلے سے موجود ہے تو اور زیادہ گہرا ہوجاتا ہے۔ مصل دموی وانڈن برگ کے کاشف کے ذریعہ راست یا بالواسطہ یا دوہیئتی تعامل دیتا ہے۔ تپش شاذ ہی بلند درجہ پر ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ ۱۰۱ سے ۱۰۲ تک ہو۔ نبض جو ابتدائی یرقان کے وقت شاید سست رفتار تھی،

اب تیز ہوجاتی ہے ۔ زبان خشک اور بھوری ہوتی ہے اور جوں جوں علامات میں ترقی ہوتی ہے دانتوں اور لبوں کے قریب وسخ جمع ہوجاتا ہے ۔ علاوہ ازیں کبدی خطے میں درد اور قطعی الیمیت موجود ہوتی ہے، جو قوماکے درجہ تک میں اِس مقام پر دبانے سے شناخت کی جاسکتی ہے ۔ اصمیت وسعت میں بہت سرعت کے ساتھ کم ہوتی جاتی ہے، چنانچہ بالآخر اُس کا انتصابی ناپ صرف ایک انچ یا اس سے بھی کم رہ جاتا ہے ۔

شکم کی حالت قدرتی ہوتی ہے، یا خاتمہ کے قریب وہ بازکشیدہ ہوتا ہے ۔ طحال بیشتر بڑھی ہوئی ہوتی ہے ۔ قارورے میں صفرا موجود ہوتا ہے اور البیومن کا موجود ہونا شاذ نہیں، بالخصوص خاتمہ کے قریب، اور سیانک بھی موجود ہوتے ہیں ۔ خون بھی موجود ہوسکتا ہے، جو ایک عام نزفی حالت کی دلالت ہے ۔ علاوہ ازیں اکثر قہوہ جیسی قئے، براز میں (جو بیشتر پھیکے رنگ کا نظر آتا ہے اور جس میں صفرا کی کمی پائی جاتی ہے) خون کی موجودگی، رُعاف (epistaxis)، نزف رحمی (metrorrhagia) یا جلد کے نیچے نمشی نزفات کی موجودگی، یہ سب ایک عام نزفی حالت پر دلالت کرتے ہیں ۔ بڑھتے ہوئے قوما کی وجہ سے بالآخر موت واقع ہوجاتی ہے، گو کہ زیادہ شدید علامات صرف دو سے چار روز تک جاری رہتے ہیں ۔ بالعموم حاملہ عورتوں کو اسقاط ہوجاتا ہے ۔

بعض اوقات یہ مرضی حالت نہایت طویل عرصہ تک، کئی مہینوں یا دو سال تک جاری رہتی ہے ۔ ایسی اصابتوں کو تحت الحاد ذبول کہتے ہیں ۔ بعض دوسری اصابتوں میں حملۂ مرض خفیف ہوتا ہے اور مریض شفایاب ہوجاتا ہے ۔ واقعہ یہ ہے کہ ٹرائی نائٹروٹولوئین (T. N. T.) اور آرسینو بینزال کے قسم میں محض خراب ترین اصابتوں میں ہلاکت واقع ہوتی ہے ۔ پہلے یقین کیا جاتا تھا کہ حاد اصفر ذبول تقریباً ہمیشہ مہلک ہوتا ہے، لیکن شفایابی کی اِن مثالوں سے ثابت ہوتا ہے کہ اِس مرض کی ایک ہلکی شکل بھی ہوتی ہے ۔ ٹرائی نائٹروٹولوئین کے قسم کی مثالوں میں اکثر عجیب وغریب خفا پایا جاتا ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ یرقان اِس زہر میں تحفظ ہونے کے چند سال بعد تک ظاہر ہو ۔

تشخیص ۔ اِس کا انحصار عموماً دماغی علامات کے وقوع اور کبدی اصمیت کی سریع تقلیل پر ہوتا ہے، جو ایک یرقانی مریض میں واقع ہوجائے ۔ امتحان بذریعہ

لاشعاع تشخیص کا ایک قابلِ قدر طریقہ ہے (Strathy and Gilchrist)۔ انتصابی وضع میں دیکھنے پر سایہ کی بلندی کم پائی جاتی ہے۔ بالائی سطح کیسہ کے ارتخاء اور پھیپھڑے کے جزر کی وجہ سے گنبد نما نظر آتی ہے، اور زیریں کنارہ طبعی حالت کی نسبت زیادہ انتصابی نظر آتا ہے۔

اِنذار۔ حاد تنخر، جب علامات نمو یافتہ ہوں، نہایت مہلک ہوتا ہے لیکن بعض اصابتوں میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے گو کہ ازاں بعد تنکس اور بالآخر موت واقع ہوتی ہے۔ یہ تحت الحاد اصابتیں ہیں۔ خفیف تر اصابتیں ممکن ہے کامل طور پر شفایاب ہو جائیں۔

علاج۔ آخری درجہ میں مشکل کچھ کیا جا سکتا ہے لیکن ابتدائی درجوں میں سمی جز و عامل کے ازالہ یا تعدیل کی کوشش کر کے مرض کی مزید ترقی کو روکنا چاہئے۔ بستر پر آرام، گلوکوس کا استعمال براہ دہن (۱۰ فیصدی) اور درون وریدی طور پر (۶ فیصدی)، نیز ۱۰ فیصدی کیلشیم گلوکونیٹ کا درون وریدی طور پر (۱۰ سی سی روزانہ) اور سوڈیم تھایو سلفیٹ کا درون وریدی طور پر (۰.۶ گرام) کثیر المقدار سیال کے ہمراہ آزمانا چاہیئے۔

کہبتِ جگر

(cirrhosis of the liver)

کہبت کا نام جگر کے اُن امراض کو دیا گیا ہے جن میں لیفی بافت کی دررویش ہوتی ہے۔ کہبت کا نام (جس میں زردی کے معنے پائے جاتے ہیں) اِس وجہ سے استعمال کیا گیا کہ بابی کہبت میں جگر کا عام رنگ زرد ہوتا ہے، نہ کہ لیفی بافت کی زیادتی کی موجودگی کی وجہ سے۔ تاہم اِس نام کا اطلاق اکثر دوسرے جسمانی اعضا کے مزمن لیفی تغیرات پر بھی کیا جاتا ہے، مثلاً کہبتِ شش اور کہبتِ گردہ۔ لیکن اِن اعضا کے لئے لیفیت کی اصطلاح کو بہت ترجیح دینی چاہئے۔

کہبت کی تین خاص قسمیں ہیں:- (۱) بابی کہبت، جس میں مزمن خراش آور عاملات ورید بابی کی راہ سے جگر میں پہنچ جاتے ہیں، اور جس میں دورانِ خون کے متلاشی جو معدی نزف اور استسقاء کی شکل پیدا کر دیتے ہیں، نمایاں سریری مظاہر ہوتے ہیں۔

(۲) صفراوی کہبت، جس میں یرقان نمایاں مظہر ہوتا ہے، اور استسقا شکمی بعض ایک اختتامی حالت کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ (۳) گرد خلوی کہبت، جو پیدائشی آتشک میں ہوا کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 397)۔

394

بابی کہبت

(portal cirrhosis)

(کثیر لختکی، الکحلی کہبت = multilobular, alcoholic cirrhosis)

(کیل میخی جگر = hobnailed liver)

بحث اسباب۔ اصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں بابی کہبت کا انحصار جزوی یا کلی طور پر الکحل کی کثرت استعمال پر ہوتا ہے، جو بیر (beer) کی شکل میں ہو، یا شراب انگوری (wine) یا روح شراب (spirits) کے طور پر۔ اس کے متعلق پورا علم نہیں کہ کہبت پیدا کرنے کے لئے کتنی مقدار کی ضرورت ہے کیونکہ انفرادی اختلافات وسیع ترین ہیں۔ ممکن ہے کہ بعض اشخاص ساری عمر خوب پیتے رہیں اور انہیں کہبت نہ ہو لیکن دوسروں میں چند ہی ماہ کی شراب نوشی کہبت پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ بعض ایسے بچوں میں جو اس مرض میں مبتلا تھے، الکحلیت کا واقعہ ثابت ہو چکا ہے لیکن بامشکوک کہبت جگر کی بعض اصابتیں ایسی بھی ہیں جن میں الکحل کو بحیثیت سبب مرض کے یقینی طور پر خارج از بحث کیا جا سکتا ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ معائی سموم اس مرض کی بعض قسمیں پیدا کردیں۔ آتشک کے سبب سے ہونے والی کہبت پر بعد ازیں غور کیا گیا ہے۔ خفیف درجہ کی لیفی بیش بالیدگی مزمن مرض قلب کی وجہ سے بھی پیدا ہو سکتی ہے لیکن یہ کہبت نہیں جیسا کہ عام طور پر اس کا مفہوم لیا جاتا ہے۔ طحالی عدم دمویت (splenic anaemia) کی بعض اصابتوں میں (ملاحظہ ہو عدم دمویت کا بیان) جگر کی کہبت ایک متاخر نتیجہ کے طور پر واقع ہو سکتی ہے، اور اس صورت میں ان اصابتوں کو مرض بینٹی (Banti's disease) کہتے ہیں۔

بڑے جگر والی کہبت (large-livered cirrhosis) کی اصابتوں میں لونیت کے ساتھ بھی متلازم ہوتی ہے، جن میں سے بعض کو خون لونیت

(hæmochromatosis) کہتے ہیں۔ جدیدی صبغہ، ہیموفسکن (hæmofuscin
اور ہیموسڈرین (hæmosidrin) کی شکل میں [آخرالذکر پروسیائی ازرقی تعامل
(Prussian blue reaction) دیتا ہے، یعنی پرل (Pearl) کا کاشف۔} بڑی
مقداروں میں (جسم میں کی کل مقدار کے مقابلہ میں ۱۰ گنا) جگر اور لبلبہ میں نیز دوسرے
اعضاء میں، ارادی عضلہ میں، شکمی لمفی غدد اور جلد میں مطروح ہو جاتا ہے، اور تماسیت
(bronzing) پیدا کرتا ہے۔ یہ امر مشکوک ہے کہ کہبت، جگر میں اس صبغہ کے بعد پیدا
ہوتی ہے یا پہلے۔ مسقور ذیابیطس (diabeti bronze) میں ذیابیطس لبلبہ میں
ہیموسڈرن کے مطروح ہونے کے بعد نمودار ہوتا ہے۔ یہ بھی رائے دی گئی ہے کہ خون کو
تانبے کے اطالت پذیر تسمم کا نتیجہ ہوتی ہے۔

کالا آزار کے ساتھ، جو ایک ساری بدایتی مرض ہے، معتدل درجہ کی
کہبت موجود ہوتی ہے۔ کہبت، بڑھی ہوئی طحال، اور مغز استخوان کے تغیرات کا
ایک کسیقدر مماثل اجتماع (لیکن لایشمان ڈونوونی اجسام کے) مصر کا ایک مقامی
مرض ہے (Day and Ferguson) اور ایک عجیب طرح کی محدود المقام بابی کہبت
(localised portal cerrhosis) پائی جاتی ہے، جو بلہارزیا (bilharzia) کی سرایت
کا نتیجہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہو بلہارزیت (bilharziasis)-

مرضی تشریح۔ جسامت میں جگر بہت مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بہت
بڑا ہو، یا تقریباً طبعی جسامت کا ہو، یا نسبتہً بہت زیادہ چھوٹا ہو۔ اول الذکر حالت
میں، جسے بعض اوقات بیش پرورشی کہبت (hypertrophic cirrhosis)
کہتے ہیں، ممکن ہے کہ سطح خاصی چکنی ہو یا کسیقدر باریک دانے پیش کرے۔ آخرالذکر
حالت میں، جسے بعض اوقات ذبولی کہبت (atrophic cirrhosis) کہتے ہیں،
لیفی بافت کے وسیع اور غیر منتظم انقباض سے اکثر عضو کی شکل بہت بدل جاتی ہے اور
اس کی سطح پر لیفی بافت کھردری گومڑیاں بنا دیتی ہے (گل میخی جگر = hobnailed
liver)۔ جب بزل کے بعد دوران حیات میں استسقا شکمی ہمیشہ پھر نمودار ہو گیا ہو تو
کیسۂ جگر دبیز پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو گردکبدی التہاب = perihepatitis)۔ لیفی بافت
کے نمو کی وجہ سے، جو اس کے اندر تمام سمتوں میں دوڑتی ہے، جگر تمام مثالوں میں،

معمول کی نسبت نہایت زیادہ لوچدار اور سخت ہوجاتا ہے۔ تراشنے پر وہ متعدد زرد، ہلکے بھورے اور زرد، یا بھورے رقبے پیش کرتا ہے جنھیں رمادی نیم شفاف لیفی بافت کے چوڑے خطے گھیرے رہتے اور ایک دوسرے سے جدا کرتے ہیں۔ اگر ایسے جگر کا کہبت کے ابتدائی درجوں میں امتحان کیا جائے تو بابی قنالوں (کیپسولِ گلیسن = Glisson's capsule) کے گرد وپیش کثیر التعداد گول خلیے اس بافت کی دریزش کرتے ہوئے، اور بعض مثالوں میں لختکوں کے درمیان بلکہ اُن کے اندر داخل ہوتے ہوئے بھی پائے جائیں گے۔ ازاں بعد سپید لیفی بافت نمویاب ہوجاتی ہے، جو ایک ترقی یافتہ اضافے میں تراش کا ایک بڑا حصہ بناتی ہے۔ عضو کے اندر دوڑنے والی لیفی بافت کے بند اُسے کبدی بافت کے جزیروں میں تقسیم کر دیتے ہیں، جن میں سے ہر جزیرہ متعدد لختکوں پر مشتمل ہوسکتا ہے (کثیر لختکی کہبت = multilobular cirrhosis)۔ لیکن بارہا ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ یہ لیفی بافت ایک لختک کو آر پار چیرتی ہوئی اُسکے بھی ٹکڑے کر دیتی ہے، اور بعض اوقات منفرد لختک اُس سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ بڑا تنوع موجود ہوتا ہے۔ خلیات مذبول ہوتے ہیں اور ذرّات صبغہ کی وجہ سے بیشتر ملوّن ہوکر زرد یا بھورے ہوجاتے ہیں۔ لیفی بافت میں کثیر التعداد نوساختہ عروق دموی ہوتے ہیں جنھیں کبدی شریان میں سے مشرب کیا جاسکتا ہے، اور بازتکوین یافتہ کبدی خلیے بھی دیکھے جاتے ہیں۔ فی الحقیقت کہبت کی پیدائش کو جسم کی طرف سے مرمّت کی سعی سمجھنا چاہیے، جو لختک کے وسطی اور بیرونی منطقوں کے تخرّب کے بعد ہوتی ہے۔ نوساختہ، نہایت عروقی لیفی بافت میں ایک فائدہ ہے کیونکہ وہ بازتکوین یافتہ کبدی خلیوں کو تغذیہ بہم پہنچاتی ہے (78)۔ ازاں بعد وہ بیکار ہوکر سکڑ جاتی ہے، اور اسطرح کبدی خلیات، وریدِ باب کی شاخوں، اور شاید صفراوی قناتوں کو زیادہ زیادہ مضغوط کرتی جاتی ہے۔ اتصالی بافت کی بیش بالیدگی کی وجہ سے جگر ابتداءً بڑا ہوجاتا ہے، اور بعض بڑے کہب جگروں میں چربی کی کچھ مقدار بھی موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ کبدی خلیات اور چربی بالآخر غائب ہوکر جگر اپنے معمولی وزن سے بھی بہت کم ہوجائے۔ چنانچہ جگر کی تغیر پذیر جسامت کا انحصار کم از کم جزءً اُس درجہ پر ہوتا ہے کہ جس تک عمل ترقی کرچکا ہے۔

سرطانی کھبت (cirrhosis carcinomatosa) اُن اصابتوں کا نام ہے جن میں اکھب جگر میں ایک اوّلی سرطان نمودار ہوجاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 400)۔ قرین قیاس ہے کہ یہ مزمن خراش سے اُسی طرح پیدا ہوجاتا ہے جس طرح مزمن آتشکی التہاب زبان (chronic syphilitic glossitis) کے بعد زبان کا سرطلی سلعہ (epithelioma) ہوجاتا ہے۔

علامات۔ بابی کھبت کے علامات بالخصوص بابی دورانِ خون کے بڑھتے ہوئے تسدد کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں، یرقان اور کبدی قلت کے دیگر امارات اکثر مفقود ہوتے ہیں، یا ممر مرض میں ان کا ظہور دیر سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ متصل سے وآن ڈن برگ کا دوہیتی تعامل حاصل ہوجائے۔ کثرت شرابخواری کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ اکثر التہاب المعدہ موجود ہوتا ہے، جس سے بھوک جاتی رہتی ہے، زبان فردار ہوتی ہے، اور قئے ہوا کرتی ہے، بالخصوص صبح کے وقت لیکن اس درجہ میں شکم کے امتحان سے ممکن ہے کہ جگر کی نہایت بڑی کلائی پائی جائے، جس کا مریض کو بالکل علم نہیں ہوتا۔ اس کے بعد دوسری علامت جو اکثر پائی جاتی ہے قئے الدم ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ بابی دورانِ خون میں تسدد شروع ہوگیا ہے۔ چونکہ ورید الباب کے خون کو جگر میں سے ہوکر گذرنے میں دقت محسوس ہوتی ہے، اس نظام کے جدرات یعنے ماساریقی، معدی اور طحالی وریدیں بھی بلاشبہ ممتلی ہوجاتی ہیں اور اُن سے مخاطی سطحوں پر ادماء ہونے کا رجحان ہوجاتا ہے۔ لیکن بعض اوقات یہ خون مری کے زیریں سرے پر کی اُن وریدوں کے انشقاق سے آتا ہے، جو ورید الباب کی شاخوں اور تحتانی ورید اجوف یا ورید مجرد کی شاخوں کے درمیان آزادانہ ارتباط قایم کرنے کے دوران میں دوالی نما بنگئی ہیں۔ قئے الدم کے بعد براز دم الاسود ہوسکتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی بواسیر کی موجودگی نادر الوقوع نہیں، اور دورانِ کھبت میں دوسرے حصّوں (مسوڑھوں، ناک، اور پھیپھڑوں) سے نزف واقع ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے۔

بابی تسدد کا اہم ترین اور مستمر نتیجہ سیّال کا وہ انصباب ہے جو پھولی ہوئی وریدوں سے کہفۂ باریطونی کے اندر ہوتا اور استسقاء کی وہ قسم پیدا کردیتا ہے جو اس سے پہلے استسقائے شکمی کے نام سے بیان کی گئی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں

استسقائے شکمی کے نمویاب ہوجانے کے بعد بھی جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور پسلیوں سے ایک یا زائد انچ نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اُس کی کور سخت، اور نہایت تیز یا گول ہوتی ہے لیکن اگر گرد کبدی التہاب زیادہ ہے تو جگر کی سطح چکنی ہوتی ہے۔ تاہم وہ شواذانہ دار یا گرکی ہوتی ہے۔ طحال اکثر بڑی ہوجاتی ہے اور ممکن ہے کہ محسوس ہوسکے۔ اُس کا وزن اکثر ۲۰ تا ۳۰ اونس ہوتا ہے شکم کی سطح بڑی وریدوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جو حرقفی اور صدری تنوں کے درمیان دوڑتی ہیں۔ اِس جانب دوران خون کے ذریعہ بابی دوران خون کو سبکباری حاصل ہوجاتی ہے۔ یہ ایک اہم امر ہے کیونکہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بابی نظام، عام دوران خون سے بکلیہ بے تعلق نہیں ہے، بلکہ حالت صحت میں بھی ایسے ذرائع ارتباط موجود ہیں، جو کثرت کی حالت میں بہت بڑھ جاتے ہیں، اور جو بابی ورید کے جذرات میں کا کچھ خون قلب کی داہنی جانب پہنچا دیتے ہیں بغیر اس کے کہ اس کو جگر میں سے گذاریں۔ ان ذرائع ارتباط میں سے حسب ذیل بیان کئے گئے ہیں:- (۱) معدی اور مریوی اوردہ کے درمیان ارتباطات، فتحۂ ڈایا فرامی کے مقام پر (۲) تحتانی ماساریقی کے، اور اندرونی حرقفی ورید کی لیاسیری شاخوں کے درمیان ارتباطات۔ (۳) معدے کی اکلیلی وریدوں کے، اور حجابی وریدوں کی شاخوں کے درمیان ارتباطات۔ (۴) ماساریقی وریدوں کی شاخوں کے، اور منوی ورید، یا دیوار شکم کی دوسری وریدوں کے درمیان ارتباطات۔ فریرش (Frerichs) نے (۵) ان عروق کا تذکرہ کیا ہے جو جگر اور ڈایا فرام کے درمیان انضمامات کے اندر پیدا ہوجاتے ہیں، اور بعض اوقات (۶) جگر کے رباط مستدیر کے طول میں دوڑتی ہوئی ایک بڑی ورید (سیاپی کی معین بابی ورید: accessory portal of Sappey) پائی گئی ہے، جس کی وساطت سے بابی ورید شراسیفی اور اندرونی پستانی کی شاخوں سے براہ راست ارتباط حاصل کرتی ہے۔

بڑے استسقائے شکمی کے ذریعہ پھیپھڑوں کے قاعدے اکثر نہایت دب کر پچک جاتے ہیں۔ استسقاء الصدر اور پھیپھڑوں کا تہیج بھی اکثر ہوجایا کرتے ہیں۔ استسقائے شکمی کے خوب نمو یافتہ ہوجانے تک مریض دوسرے لحاظ سے بھی اکثر خطرناک طور پر بیمار ہوتا ہے۔ وہ دبلا اور کمزور ہوتا ہے، اس کی آنکھیں اندر بیٹھی ہوئی

ہوتی ہیں' یرقان کی خفیف سی جھلک موجود ہوتی ہے' اور چہرہ پر چھوٹی ستارہ نما وریدیں ہوتی ہیں۔تپش زیادہ تر طبعی درجہ پر ہوتی ہے لیکن بعض اوقات بخار موجود ہوتا ہے۔
استسقائے شکمی کے ظاہر ہونے کے چند ہی مہینوں کے اندر موت اکثر یا تو فشل قلب کے ساتھ' یا دماغی علامات (ہذیان اور قوما) کے ساتھ واقع ہوجاتی ہے' اور یہ دماغی علامات مزمن الکحلیت سے واقع ہوتی ہیں کبھی کبھی قئے الدم مہلک ہوجاتی ہے۔ثانوی سرایتیں بھی عموماً ہلاکت پیدا کردیتی ہیں۔

تشخیص۔کیفیت اکثر مخفی رہتی ہے یہاں تک کہ قئے الدم' استسقائے شکمی' یا خفیف سا یرقان اس کے راز کو افشا کردے۔یا الکحلی عادات کی وجہ سے اس کے آغاز کا شبہ کیا جاتا ہے' اور لیبولوس یا گیلکوس کے تحّل کے ثبوت کا شعبہ سے اس کا ثبوت ملتا ہے۔یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ ممکن ہے کہ ایک شرابی میں جسے کوئی یقینی تکلیف نہیں' امتحان کرنے پر ایک بڑھا ہوا ناہموار جگر پایا جائے۔زیادہ عام طور پر یہ ہوتا ہے کہ تشخیص اسوقت کرنی پڑتی ہے جبکہ استسقائے شکمی پہلے ہی سے نمودار ہوچکا ہے' اور پھر شرابخواری کی کثرت اور قئے الدم کی سرگذشت' بڑھے ہوئے جگر' بڑھی ہوئی طحال اور خفیف سے یرقان کی موجودگی' یہ سب تشخیص مرض کے لئے کافی ہوتے ہیں۔کبدی وظیفی کاشفات بھی تشخیص میں مفید ہوتے ہیں۔جگر اور باریطون کی ان دوسری حالتوں میں سے جو استسقائے شکمی پیدا کردیتی ہیں' اہم ترین یہ ہیں: سرطان' جو ممکن ہے کہ ورید الباب یا اس کی سب سے بڑی شاخوں کو متسدد کردے' اور باریطون کی مزمن دبا ہٹ کے ساتھ گرد کبدی التہاب کا اجتماع (ملاحظہ ہو گرد کبدی التہاب)۔سرطان اور درنہ' جب وہ جگر سے دور ہوں' تو بھی التہاب باریطون پیدا کردیتے ہیں' جس کا نتیجہ استسقائے شکمی ہوتا ہے۔
اول الذکر کی شناخت بالیدی اُن گرہوں پر سے ہوسکتی ہے جو شکم کے مختلف حصوں میں پیدا ہوجاتی ہیں۔آخرالذکر اکثر تپ کی ایک حرارت پیش کرتا ہے' جسے غلطی سے بڑھا ہوا جگر سمجھا جاسکتا ہے۔قئے الدم اکثر کیفیت کا نتیجہ ہوتی ہے' اور تشخیص کے لئے بہت کارآمد ہے لیکن وہ حاد معدی قرحہ (acute gastric ulcer) اور طحالی عدیم دمویت (splenic anaemia) میں بھی عام طور پر ہوا کرتی ہے۔

انذار - ابتدائی درجوں میں بالخصوص اسوقت جبکہ یہ حالت وظیفی کاشفہ کے ذریعہ دریافت ہوگئی ہو اگر الکحل کو بند کردیا جائے تو انذار اچھا ہوتا ہے۔ جب استسقائے شکمی نمویاب ہوگیا ہو تو مریض گرر بزل عمل میں لاکر چند سال تک زندہ رہ سکتا ہے۔ بچوں کی بعض اصابتوں میں استسقائے شکمی اولین علامت کے طور پر نمودار ہوا ہے، اور اس کے باوجود مریض ۸ یا ۱۰ سال تک زندہ رہا ہے۔

علاج - خود اکھب جگر کے متعلق کچھ بھی نہیں کیا جاسکتا۔ اور علاج یہی باقی رہ جاتا ہے کہ مزید فساد کا سدباب کردیا جائے اور جو کچھ نقصان اب تک ہوچکا ہے اس کے اثرات کے ازالہ کی کوشش کی جائے۔ الکحلی کبہت میں اولین ضرورت یہ ہے کہ شراب کا ادخال قطعاً روک دیا جائے۔ اور ابتدائی درجوں میں، جبکہ ابھی جگر سکڑا ہوا نہیں ہے اور استسقائے شکمی ابتک نمودار نہیں ہوا ہے ممکن ہے کہ جگر اپنی طبعی جسامت پھر حاصل کرلے۔ تاہم ایسی اصابت میں یہ کہنا کہ کیفیت کس حد تک ترقی کرچکی ہے ناممکن ہے۔ غذا میں کثرت سے کاربوہائیڈریٹ ہونے چاہئیں اور پروٹینوں کی مقدار محدود کردینی چاہئے۔ امعاء کو فعال رکھنا چاہئے اور تتلی اور سوء ہضم کے کوئی علامات ہوں تو ان کا علاج اس طرح کرنا چاہئے کہ جس طرح پہلے بیان کیا گیا ہے۔ جب استسقائے شکمی ہوجائے تو مدرات بول کے ذریعہ اسکو دور کرنا غیر محفوظ سمجھا گیا ہے، مثلاً سیلرگان (salyrgan) کے ذریعہ کہ جس میں سموم پائے جاتے ہیں، تاہم یہ مدرات بول اکثر استعمال کئے گئے ہیں۔ مسہلات میں سے مندرجہ ذیل استعمال کئے جاسکتے ہیں: سلفیٹ آف میگنیشیم، بائٹارٹریٹ آف پوٹاسیم، مرکب سفوف جلاپہ (compound jalap powder)، یا ایلاٹیریم (elaterium)۔ اگر شکم بہت تنیدہ ہوجائے تو بزل کی ضرورت ہے، اور جب سیال پھر جمع ہوجائے تو بعض اوقات اس بزل کو مکرر کرنے سے کامیابی حاصل ہوتی ہے۔ اس رائے کی بناء پر کہ استسقائے شکمی بالخصوص میکانی مبداء رکھتا ہے، ایک جانبی دوران خون کو نمویاب کرنے کی حسب ذیل کوششیں کی گئی ہیں :- (۱) شکم کو کھولنا، اور جگر اور ڈایافرام کی متقابل سطحوں کو کھرچ کر انھیں ایک دوسرے کے تماس میں لانا (Drummond and Morison Talma)، اور (۲) ثرب کبیر کو شکم کی ساختے

کی دیوار سے جوڑنا (تبلیت الثرب = epiplopexy)۔ اس کے متعلق بیان کیا گیا ہے کہ ان عملیوں میں سے ۳۰ فیصدی میں کچھ کامیابی حاصل ہوتی ہے۔

صفراوی کہبت

(biliary cirrhosis)

397

۱۔ ہینو کی کہبت (Hanot's cirrhosis) (بیش پرورشی صفراوی کہبت = hypertrophic biliary cirrhosis)۔ اس مرض کی تسبیب ابتک مبہم ہے۔ یہ نامعلوم ہے کہ اولاً جگر کی کبدی بافت ماؤف ہوتی ہے یا صفراوی قنائیں۔ یہ ایک شاذ مرض ہے، جو عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ ہوتا ہے اور اکثر بچوں میں ہوا کرتا ہے۔ جگر کی کلانی بہت زیادہ، اور اکثر بچوں میں طحال کی کلانی اس سے بھی زیادہ ہوتی ہے، مریض کی بالیدگی ٹھٹھری ہوئی، جلد کی گہری لونیت، اور ہاتھ کی انگلیوں کے سرے نمایاں طور پر گرز شکل ہو جاتے ہیں (کلاں طحالی کہبت = splenomegalic cirrhosis)۔ یرقان اس مرض کا نمایاں خاصہ ہوتا ہے، اور پیشاب میں صبغۂ صفرا موجود ہوتا ہے، لیکن استسقائے شکمی عین اختتام کے وقت تک نہیں پایا جاتا۔ ممکن ہے کہ یہ مرض کئی سال تک جاری رہے۔ خاتمہ کے قریب مریض کو ہذیان ہو جاتا ہے، بعض اوقات نہایت تندی اور جوش کے ساتھ، اور پھر وہ قوما زدہ ہو جاتا ہے۔ تپش بلند درجہ پر ہوتی ہے، جلد کے نیچے اور مخاطی اغشیہ سے نزف ہوتا ہے اور وہ تین یا چار دن میں مر جاتا ہے۔

جگر چکنا اور بڑا ہونے کے علاوہ، تراشنے پر صفراء سے گہرا ملوّن ہوتا ہے۔ بابی کہبت کی نسبت اس حالت میں لیفی بافت نہایت زیادہ نازک طور پر مرتب ہوتی ہے، اور ہر لختک لیفی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے (یک لختکی کہبت = unilobular cirrhosis)۔ ممکن ہے کہ کچھ لیفی بافت لختک کے اندر اور کبدی خلیات کے گرد بھی موجود ہو۔ صفراوی قناتوں کا نمایاں تکاثر ہوتا ہے۔ اس کی شہادت موجود ہے کہ ایک بڑا اکبب جگر مریض کے زمانۂ حیات ہی میں چھوٹا ہو جا سکتا ہے۔ سر فریڈرک ٹریوز نے ایک اصابت کا اندراج کیا ہے، جس میں جگر ناف سے نیچے

پہنچ گیا تھا ، اور مریض کو نہایت خوب نمایاں یرقان تو تھا مگر کوئی استسقائے شکمی نہ تھا۔ پندرہ مہینے بعد یہ جگر سکڑ کر پسلیوں کی کور کے نیچے اور بالکل قریب آگیا۔ علاج بابی کبہت کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

۲۔ تسددی قسم (obstructive form)۔ رُوسؔ (Rous) اور لاری مور (Larimore) نے ایک صفراوی قنات اور وریدالباب کی تناظر شاخ میں بندش لگا کر تجربۃً ایک خالص یک لختی کبہت پیدا کرلی، جو ہینو کی کبہت سے مشابہ تھی۔ پیدا شدہ صفرا کی مقدار پہلے کی نسبت کم تھی، لیکن چونکہ وہ معمولی مجاری میں سے نہیں گذر سکتا تھا، لہٰذا وہ میان لختی قناتوں کی دیواروں میں سے گذر کر باہر نکل آیا اور اس سے خراش اور لیفی بافت پیدا ہوگئی۔

پھر اس کی بجائے وریدالباب کی دوسری شاخوں میں بندش لگا کر تمام بابی خون کو جگر کے اُس رقبہ کی طرف منحرف کردیا گیا جہاں صفراوی رکود تھا۔ صفرا کی نسبتہً زیادہ مقدار پیدا ہوئی اور اُس نے بین لختی صفراوی قنالچوں سے خارج ہو کر ایک گرد خلوی کبہت پیدا کردی۔

یہ نتائج ہینو کی کبہت کی امراضیات پر قدرتی طور پر بہت روشنی ڈالتے ہیں، اور اس امر کی طرف اشارہ کرتے ہیں کہ ممکن ہے کہ وہ دراصل نسبتہً چھوٹی صفراوی گذرگاہوں کے تسدد کے باعث ہو۔ لیکن صریحاً تسددی صفراوی کبہت کی ایک ایسی قسم بھی ہے جو ہمیشہ نہیں تو گاہے گاہے سریری طور پر اُس وقت پائی جاتی ہے جبکہ سنگہائے صفرا یا سرطان وغیرہ کے باعث صفراوی قناتوں کا طویل عرصہ سے مسلسل تسدد ہو۔ صفراوی قناتیں بہت متسع نظر آتی ہیں، اور ممکن ہے کہ جگر یک لختی یا بعض اوقات کثیر لختی کبہت ظاہر کرے۔ علاج یہ ہے کہ جراحی تدابیر سے حتی الامکان سبب کو دور کیا جائے۔

جگر کی آتشک اور تدرن

آتشک پیدائشی ہوسکتی ہے یا اکتسابی۔

پیدائشی آتشک اولاً گرد خلوی کبہت (pericellular cirrhosis) کے طور پر ہوتی ہے، اور ثانیاً صمغیہ رسولی کے طور پر۔ اول الذکر تیز ایک

خلوی دروں ریشی کے طور پر شروع ہوتا ہے' جو نمویاب ہو کر ایک لیف آسا انصلب بناتی ہے۔ وہ تھکالوں پر حملہ آور ہو کر ہر خلیہ کو لیفی بافت کی ایک تہ سے گھیر لیتی اور جگر کی بڑی کلانی پیدا کر دیتی ہے۔ ممکن ہے کہ خردبینی امتحان سے حسب ذیل امور نظر آئیں:۔ (۱) بابی قنالوں کے گرد لیفی بافت کی زیادتی (اگر بابی کہبت = (periportal cirrhosis)۔ (۲) کثیر التعداد مضغیٔ سرخ خلیے'، باوجود کہ جگر اپنے مُدتی افعال جاری رکھتا ہے' جس سے اُس آلاف جسیمات کی تلافی ہو سکتی ہے' جو آتشکی سم کی وجہ سے واقع ہوجاتا ہے۔ (۳) دحمی صمغیے (80) انفصالی بافت میں پیچ موئے موجود ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی طحال اکثر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ یرقان کبھی کبھی ہوتا ہے' لیکن استسقائے شکلی شاذ ہی۔ بعض اوقات اُن اشخاص میں جو پہلے بین خلوی کہبت کا موضوع رہ چکے ہوں کثیر لختکی کہبت نمویاب ہو جاتی ہے۔

علاج۔ ملاحظہ ہو پیدائشی آتشک صفحہ 177۔

اکتسابی آتشک۔ یرقان (جو آتشک کے ابتدائی درجوں میں اکثر ہوا کرتا ہے اور آرسینو بینزال کے مرکبات کے رواج سے پہلے معلوم تھا) ظاہر کرتا ہے کہ یہ سرایت ایک حاد التہاب جگر پیدا کر سکتی ہے۔ آخری درجوں میں آتشک جگر کا صمغیہ پیدا کر دیتی ہے۔ اِس کے عام خصائص وہی ہوتے ہیں جو دوسرے مقامات کے صمغیہ میں پائے جاتے ہیں' اور اِس میں پیچ موئے بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ صمغیے کم و بیش کروی زرد تودے ہیں جو لچدار اور لچکدار ہوتے ہیں اور رمادی لیفی بافت کے ایک منطقہ سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں' جس سے کثیر التعداد سند تنگ متصلہ کبدی جرم کے اندر جاتے ہیں۔ اِس لیفی بافت کے انقباض سے جگر کی سطح پر ایک نشیب یا شق پیدا ہو جاتا ہے' جس کی تہ میں اُسے پیدا کرنے والا صمغیہ واقع ہوتا ہے۔ اور اِس طرح سے جگر ناہموار طور پر لختکدار اور مشوہ ہو سکتا ہے۔ اکثر اوقات صمغیے مرکز میں ٹوٹ پھوٹ کر ایک ریم نما رہ بست بناتے ہیں۔ اِس کے برعکس ممکن ہے کہ وہ بالکل لیفی بن جائیں اور اِس کا نتیجہ یہ ہو کہ ایک تعققیٔ بہ کے سوائے اور کچھ باقی نہ رہے۔ یا ممکن ہے کہ اُن میں کلسی ذرات کا جماؤ ہو جائے۔ صمغیتی جگر اکثر حربشی ہو جاتے ہیں' اور اِس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ وہ باوجود بالائی

398

انقباضات کے بڑی جسامت کے ہوں ۔آتشک کی وجہ سے ہونے والا ایک دوسرا تغیر گردکبدی التہاب ہے ۔اغلب ہے کہ کثیر لختکی کبدیت کی بعض اصابتوں کا سبب آتشک ہی ہو۔

علامات۔کبھی کبھی جگر کی اگلی سطح پر ایک بڑا صمغیہ ایک اُبھار بنا سکتا ہے' جو چکنا اور لچکدار ہوتا ہے اور اُس پر ایک کیسہ یا دوسرے ذُویرے کا بہ شدت گمان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ دائیں ضلعی حاشیہ کو اوپر اُٹھا دے ۔اِس سے بھی زیادہ کثرت کے ساتھ' لیکن غالباً آخری درجوں میں آتشکی جگر بڑے' سخت' سطح پر ناہموار' اور لیفی ندبات کے سکڑنے کی وجہ سے مشوہ ہوتے ہیں ۔ نہ تو استسقائے شکمی کی اور نہ یرقان کی موجودگی لازمی ہے' لیکن مخصوص اصابتوں میں ممکن ہے کہ وہ ورید الباب یا قنات صفرا پر ایک صمغیہ کا دباؤ پڑنے کی وجہ سے پیدا ہو جائیں ۔اور گردے کے ہمزمال چربیشی مرض کی وجہ سے اکثر البیومن بولیت بھی موجود ہوتی ہے ۔بعض اوقات صمغیہ کے ساتھ عارتی قسم کا ایک قطعی بخار موجود ہوتا ہے ۔

علاج ۔ابتدائی اصابتوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاسیئم صمغیہ کو بہ سرعت گھٹا کر اُس کے ساتھ کے بخار کو روک دیگا ۔سالورسان (salvarsan) بھی احتیاط کے ساتھ آزمایا جا سکتا ہے' اور اِس صورت میں مریض کو کاربوہائیڈریٹ بہ افراط دئیے جائیں لیکن جب کہنہ ندبات اور وسیع چربیشی مرض موجود ہوں تو فائدے کی توقع بہت کم ہو سکتی ہے ۔

تدرن ۔یہ تقریباً ہمیشہ عام تدرن کا جزو ہوتا ہے ۔(ملاحظہ ہو یعنی تدرن صفحہ 163)۔

جگر میں نوبالیدیں

(new growths in the liver)

جگر کا واحد سلعہ جو کچھ بھی عام ہے' سرطان ہے ۔دوسرے اکثر الوقوع سلعات میں سے حسب ذیل ہیں :۔کہفکی عروقی سلعہ (cavernous angeioma)' بسادہ کیسے (simple cysts)' اور وہ لمفی غدی سلعی مطروحات (lymphadenomatous

(deposits) جو مرضِ ہاجکن کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ یہ شاذ ہی کوئی معین علامات پیدا کرتے ہیں۔ تکلہ نما خلیوں والا لحمی سلعہ (spindle-cell sarcoma)' میلانینی لحمی سلعہ (melano-sarcoma)' ذویری لحمی سلعہ (cysto-sarcoma)' مخاطی سلعہ (myxoma)' اور غدی سلعہ (adenoma) بھی مرقوم ہیں۔

کبدِ شحیم

(fatty liver)

شحمی دراندازش (fatty infiltration) یہ کبدی خلیات میں طبعی طور پر شحم کی تھوڑی مقدار موجود رہتی ہے۔ بعض حالات میں یہ تعدیلِ شحم بے انتہا زیادہ ہو جاتی ہے۔ **شحمی انحطاط** (fatty degeneration)۔ اس حالت میں شحم کے طبیعی خواص میں تبدیلی ہو جاتی ہے۔ نسیجیاتی طور پر اسے خلیات کے اندر گلوبیولز کے طور پر دیکھا جا سکتا ہے' اور اسی وجہ سے خلیات انحطاط یافتہ ہو جاتے ہیں۔

بحثِ اسباب۔ شحمی دراندازش اور انحطاط کے بے شمار اسباب ہیں۔ ان میں مندرجہ ذیل شامل ہیں:۔ حمل اور رضاعت۔ عمومی فربہی۔ فاقہ کشی۔ جگر کا امتلاء قشل قلب میں۔ ایسا ذیابیطس جس کا علاج نہ کیا جائے۔ تشنج (eclampsia)۔ عمومی حالتیں کہ جن میں سموم اور طبی تپش خلیہ کو نقصان رسیدہ کر دیتے ہیں۔ شدید عفونی دموییں۔ جگر کا حاد تنخر۔ اور دوسرے امراض۔ فاسفورس' سنکھیا' کاربن مانو کسائیڈ (carbon monoxida)' کلوروفارم (chloroform)' فینائل ہائیڈرازین (phenyl hydrazine)' اور کاربن ٹیٹرا کلورائیڈ (carbon tetrachloride) وغیرہ کا تسمم۔

امراضیات۔ شحیم جگر بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ اس کی سطح چکنی ہوتی ہے' اس کے کنارے کسیقدر گول ہوتے ہیں' اور تراشے پر اس کا رنگ سفیدی مائل زرد اور منظر یکساں ہوتا ہے' اور ہلکا ہے یہ فی الحقیقت پانی میں تیرے۔

علامات۔ شحیم جگر میں درد بالکل نہیں ہوتا۔ اس کو حس کرنا دشوار ہوتا ہے

کیونکہ یہ نرم کثافت کا ہوتا ہے، گو کہ بڑا اور چکنا ہوتا ہے۔ نیز ممکن ہے شکل دیواری فربہ ہو۔ فی الجملہ اس کے علامات تسمی حالت کے علامات ہوتے ہیں۔ فربہی پر جو فصل ہے خاص کر اس کو ملاحظہ کیا جائے۔

تجربی طور پر یہ مشاہدہ کیا گیا کہ لبلبہ ربودہ کتوں میں ذیابیطس میں مرور مدت کے ساتھ اکثر اوقات بظاہر اصلاح ہو گئی۔ کم شکر خارج ہوئی، اس کے باوجود یہ حیوان بالآخر مر گیا اور اس میں ایک شحیم جگر پایا گیا۔ جب ان حیوانوں کو لبلبہ براہِ دہن دیا گیا تو وہ صحت مند رہے لبلبہ میں جو مادہ شفا کا سبب ہے ممکن ہے وہ کولین (choline) ہو (79)۔ 399

چربیشی مرض

(LARDACEOUS DISEASE)

نشا آسا مرض (amyloid disease)

تقیح الصدر اور سل ریوی کے تعلق میں چربیشی انحطاط کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ اور چونکہ جگر ان اعضا میں سے ایک عضو ہے، جو بیشتر اوقات ماؤف ہو جاتے ہیں، لہٰذا یہاں اس انحطاط کا ایک مختصر بیان درج کر دینا ضروری ہے۔ اس میں بافتوں کے اندر ایک سخت، بے رنگ، نیم شفاف، پروٹینی مادے کا جماؤ ہو جاتا ہے جس میں بہت سی ٹائروسین (tyrosine) (لارڈیسین یا نشا آسا = lardacein or amyloid) موجود ہوتی ہے، اور بعض تلوین علامات اس مادہ کی تلوین کر دیتے ہیں۔ مثلاً آیوڈین کا آبی محلول اس کا رنگ بدل کر اُسے گہرے بھورے سرخ مہاگنی رنگ کا کر دیتا ہے۔ تازہ جگر کی ایک تراشش پر (جس کو پہلے دھو کر خون سے مبرّا کر دیا گیا ہو) آیوڈین لگائی جاتی ہے، تو ماؤف حصہ کا خاکہ اس ممیز رنگ کے ذریعہ واضح ہو جاتا ہے۔ ازاں بعد ہلکا سلفیورک ایسڈ شامل کر دینے سے یہ رنگ بدل کر سیاہ ارغوانی ہو جاتا ہے۔ میتھل وائولیٹ (methyl violet) یا جنشن وائولیٹ (gentian violet) چربیشی یا نشا آسا مادے کو سرخ بنا دیتی ہے، لیکن گرد و پیش کی تندرست بافت کا

رنگ نیلا ہو جاتا ہے۔

جن بافتوں میں یہ چربیشی مادہ پایا جاتا ہے وہ بہ ترتیب زمانی سب سے پہلے عروق دمویہ کی دیواریں، دوئم مختلف اتصالی بافتیں اور بالآخر عضو کے غدی خلیات ہیں (بشرطیکہ ان میں یہ مادہ پایا جائے)۔ درحقیقت یہ مادہ اپنے محل وقوع کے لحاظ سے زیادہ تر بین خلوی ہوتا ہے۔ چنانچہ چھوٹی شرائین میں اس کا جماؤ درمیانی طبقہ کے عضلی ریشوں کے خلیات کے درمیان ہوتا ہے اور اُن کو ایک دوسرے سے علیحدہ کرتا ہے۔ طحال میں یہ گودے کے خلیات کے درمیان دھاریوں اور چکتیوں کی طرح موجود رہتا ہے۔ اور جگر میں یہ عروق شعریہ اور غدی خلیات کے درمیان حائل ریزوں کی صورت میں پڑا ہوا ہوتا ہے۔ درحقیقت یہ اتنا انحطاط نہیں کہ جتنا ساخت میں ایک قسم کا اضافہ ہے، اور وہ مخصوص اعضا جو اس سے ماؤف ہو جاتے ہیں، عموماً بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔ عروق سے اس کا جو تعلق ہے اُس سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس کا جماؤ خون میں سے ہوتا ہے۔ یہ اکثر و بیشتر طحال، گردوں، جگر، امعاء اور معدے میں واقع ہوتا ہے، اور گھٹتے ہوئے تواتر کے ساتھ فوق الکلیہ کیسوں، غدد لمفائیہ، درقیہ، اور ظہ، مبیضین، اور رحم میں چربیشی جماؤ جسم کے کسی بھی حصے میں طویل تقیح ہونے کے باعث ہوتا ہے، اور سل ریوی، آتشک ثالثی، ہڈیوں اور مفاصل کے درنی مرض، اور تقیح العمد میں بالخصوص عام ہے، یا آتشک میں بلا تقیح کے بھی۔

جگر میں چربیشی تغیر ابتداءً لخت کوں کے درمیانی منطقہ میں دیکھا جاتا ہے، جہاں عروق شعریہ شریان کبدی کے انقسامات کے ساتھ نہایت قریبی طور پر وابستہ ہوتے ہیں۔ جوں جوں یہ جماؤ بڑھتا جاتا ہے، کبدی خلیات مضغوط ہو کر مذبول ہوتے جاتے ہیں، لیکن خود اُن کے اندر چربیشی جماؤ صرف کبھی کبھی ہی ہوتا ہے۔ جگر بے انتہا بڑا ہو جاتا ہے، اُس کی سطح چکنی اور کور کستقدر گول ہو جاتی ہے، اور اُس میں درد یا آلمیت مطلق نہیں ہوتی۔ یہ مرض یرقان نہیں پیدا کرتا۔ اُس کے ساتھ سببی مرض کے علامات موجود ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی اکثر طحال کی کلانی، البیومن بولیت اور اسہال بھی، جو دوسرے

اعضاکے اندر اِس کے جماؤ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ چربیشی جگر، جو ساتھ ہی آتشکی صمغیہ یا ندبہ کا محل وقوع ہو، قدرتاً اپنی ہموار چکنی سطح کو کھو دیتا ہے، مگر وہ اپنے دوسرے تلازمات کی وجہ سے شناخت کیا جاسکتا ہے۔ بابی دوران خون تنہا چربیشی تغیر سے متسدد نہیں ہوتا، اور گو استسقاء شکمی اکثر اوقات موجود ہوتا ہے وہ بیشتر استسقائے کلی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، اور ان دونوں کو گردوں کے ہم زماں مرض سے منسوب کرنا چاہیے، یا ممکن ہے کہ وہ دوسری پیچیدگیوں، مثلاً کہبت کہ صمغیہ، یا مزمن التہاب باریطون کے باعث ہوں۔ گردہ کا چربیشی مرض اکثر کلاں سفید گردہ کا سا منظر پیدا کر دیتا ہے۔ خردبینی امتحان پر قنبلی گچھا بسا اوقات سب سے پہلے تبدیل ہوتا ہے، اور اس کے بعد یکے بعد دیگرے عروق در آرندہ، عروق مستقیمہ، عروق بر آرندہ، اور بین انبوبی عروق۔ تاہم بعض اصابتوں میں یہ تبدیلی عروق مستقیمہ میں اُس وقت سے پہلے پائی جاتی ہے جب کہ یہ قنبلی گچھے میں دیکھی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ کلاں سفید گردے کے التہابی تغیرات موجود ہوتے ہیں۔ چربیشی طحال بڑھی ہوئی سخت، اور چکنی ہوتی ہے۔ یہ تبدیلی طحالی عروق کو اور ملپیگیائی جسیموں (Malpighian corpuscles) کو متاثر کرتی ہے، اور ملپیگیائی جسیمے سطح پر سفید دانوں کے طور پر نظر آتے ہیں (صابو طحال = sago spleen)۔ دوسری اصابتوں میں چربیشی مادہ گودے کے خلیات کے درمیان مطروح ہوتا ہے، اور عضو زیادہ یکساں طور پر شاحب ہوتا ہے۔

تشخیص کبدی کچوکے کے ذریعہ کی جاتی ہے۔ ایک ایسی اصابت میں کہ جس میں طویل المدت تقیحی ضریا نائشی آتشک ہو، البیومن بولیت کی موجودگی اس مرض کے امکان کا اشارہ کرے گی، بالخصوص اگر طحال یا جگر بہت بڑھے ہوئے ہوں۔ پیشاب میں چند زجاجی یا ذراتی سانچے موجود ہوتے ہیں، اور گاہے ایسے سانچے جو کہ چربیشی تعامل دیتے ہیں۔ اگر گردے کے وظائف میں بہت خلل واقع ہو گیا ہو تو اصابت کسی ایک قسم کے مرض برائٹ کے ساتھ مشابہ ہو سکتی ہے، اور آنت کے متلازم چربیشی مرض کی وجہ سے اسہال موجود ہو سکتا ہے۔

انذار۔ یہ نہایت بُرا ہوتا ہے، لیکن کارگر جراحی علاج کے بعد کلائی شفایا

تخفیف ہو جانا مرقوم ہے۔ ترقی پذیر استسقاء، یرقان و سوء تغذیہ کن اسہال، معوی التہابات اور کبدی عدم کفایت سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

علاج۔ اگر ممکن ہو تو سبب کو دور کر دینا چاہیے۔ یہ سِل ریوی میں تو ناممکن ہے لیکن شاید تقیح کے دوسرے اسباب کا جراحی طریقہ سے علاج کرنا ممکن ہو اور پوٹاسیم آیوڈائیڈ کا ڈلیور آئل، آیرن (لوہا)، کونین اور دوسرے مقویات دینے چاہئیں۔ آتشکی اصابتوں میں پارہ اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ استعمال کرنے چاہئیں۔

جگر کا سرطان

(carcinoma of the liver)

امراضیات۔ اولی سرطان دو شکلوں میں واقع ہوتا ہے:۔ گرہوں کے طور پر جو جگر کے کسی بھی حصے میں نمودار ہو جاتی ہیں، اور ایک منتشر دریزش کے طور پر۔ نسیجیاتی لحاظ سے جگر کا سرطان دو قسموں کا ہوتا ہے:۔ (۱) کبدی خلیوں والا، جن سے صفرا کا افراز پیدا ہو سکتا ہے، یا (۲) صفراوی قنوات کے خلیوں والا۔ کبھی کبھی اولی سرطان اکیلے جگر میں نمویاب ہو جاتا ہے۔ بالعموم جگر زیادہ بڑا نہیں ہوتا۔ لیکن بیش بالیدگی کے علاوہ وہ متعدد سلعات پیش کرتا ہے، جو ابتداءً سخت اور سپید ہوتے ہیں، لیکن بعد میں اُن میں انحطاط یا تنخر واقع ہو کر اُن کا رنگ زرد یا سبز ہو جاتا ہے۔ سریریاتی مظاہر کہبت کے مظاہر سے مماثل ہوتے ہیں، اور اس حالت کو سرطانی کہبت (cirrhosis carcinomatosa) کا نام دیا گیا ہے۔

سرطان جگر کی جو اصابتیں ملتی ہیں اُن میں سے ایک نہایت بڑی تعداد ثانوی ہے جو دوسرے احشاء (بالخصوص معدے، آنت، مرارہ، شق بابی میں کے غدد، رحم، یا پستان) میں کے سرطانی مطروحات کے بعد پیدا ہو جاتی ہے۔ سرطانی خلیے وریدِ ابواب کی شاخوں کے ذریعہ سے جگر میں پہنچ کر لحمتکی عروق شعریہ میں جاگزیں ہو جاتے ہیں۔ ثانوی سرطان کی نوعیت، یعنے اس کے نرم یا سخت یا سیاہ ہونے کا دار و مدار اولی سلعہ کی نوعیت پر ہوتا ہے۔

اگر یہ سرطان منتشر ہے تو جگر محض بڑا ہو جاتا ہے لیکن جب یہ گرہکوں یا جداگانہ رسولیوں کی شکل میں موجود ہو تو جگر بھی اُن کے ساتھ نہایت مختلف شکلیں اختیار کر لیتا ہے۔ ہر گرہک ہر سمت میں یکساں طور پر بڑھنے اور اس طرح اپنی شکل کو گلوبچہ نما رکھنے کا رجحان رکھتی ہے، اور جب وہ سطح پر پہنچ جاتی ہے تو وہ ایک سخت، محدب، یا نیم کروی اُبھار بالیدگی کے طور پر اُبھر آتی ہے۔ لیکن جب گرہکیں نسبتہً بڑی، مثلاً قطر میں $\frac{1}{2}$ ۱ تا ۲ انچ، ہو جاتی ہیں تو مرکز میں وہ اکثر ذراتی یا شحمی چورے کی صورت میں ٹوٹ پھوٹ جاتی ہیں، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ گرہکیں جو سطح پر اُبھری ہوئی ہوتی ہیں، ایک جانب پر بلا سہارا ہونے کی وجہ سے اندر دھنس جاتی ہیں اور ایک مرکزی نشیب یا نافیئ (umbilication) پیدا کر دیتی ہیں۔
یہ ایسی حالت ہے جو بعض اوقات اگلی دیوار شکم کی راہ سے محسوس ہو سکتی ہے۔
جگر کی زیریں کور بھی بے قاعدہ اور گرہک دار ہوتی ہے۔ تراشں لینے پر ایسا جگر سپید سرطانی بالیدگی کے بے قاعدہ رقبے پیش کرتا ہے، جن کے خاکے کم و بیش مدوّر ہوتے ہیں۔ نسبتہً بڑے رقبے مرکز میں نرم ہو رہے ہیں، اور اُن میں سے بہت سے رقبے نزفات کی وجہ سے دھبے دار ہو گئے ہیں۔ وہ کبدی بافت جو اُن کے درمیان حائل ہے، اکثر گہرے بھورے یا زرد رنگ کی ہوتی ہے۔ جب سرطان کا آغاز مرارہ، یا قنات صفرا سے ہوا ہو، یا وہ شق بابی سے اندر کو بڑھ گیا ہو، تو اُنکی بالیدگی اُسی خطے میں وسیع ترین ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ اُسی میں بالکل محدود ہو۔ بعض اوقات خالی مرارہ، یا ایسا مرارہ جس میں کچھ حصاۃ موجود ہوں، ایک سرطانی تودے میں مفروش یا گڑا ہوا ہوتا ہے۔ شق بابی کے قریب کی سرطانی گرہکیں قنات صفرا یا ورید الباب کو دبا کر پچکا سکتی ہیں، اور ممکن ہے کہ آخر الذکر اس نو بالیدہ سے بالکل پُر ہو جائے۔

401 **علامات۔** سرطانِ جگر عموماً بہت زیادہ درد پیدا کر دیتا ہے، جو دائیں مراق شانے" اور کمر کو ماؤف کرتا ہے۔ ابتداءً وہ ایک وزن اور بھینچے کے احساس سے زائد نہیں ہوتا، اور بعد میں شدید اور ممزق ہو جاتا ہے اور اسکے ساتھ الیمیت بھی ہوتی ہے۔ لیکن کبھی کبھی درد غیر موجود ہوتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے جگر بڑا ہو جاتا ہے، اور ناف سے بہت دور نیچے اور بڑھ کر بائیں

جانب تک پہنچ سکتا ہے۔ اُس کی سطح پر گرہیں اُبھر کر نمایاں ہوجاتی ہیں اور اُس کا بے قاعدہ خاکہ ایکس رےتی تصویر میں بھی دکھلائی دیتا ہے۔ کلانی زیادہ تر نیچے کی سمت ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ محدب سطح سے بھی بڑے بڑے تودے بڑھ کر ڈایا فرام کو اوپر کی طرف دھکیل دیں اور اس طرح قاعدہ شش کو دبا کر پچکا دیں۔ بالعموم سرطانی تودے کی سطح تقریباً پتھر کی سی سختی رکھتی ہے، جو کہ بیت یا جربشتی مرض کی نسبت صاف طور پر سخت تر ہوتی ہے، اور سخت سرطان سے نرم طبعی بافت تک ایک تدریجی تغیر اکثر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ یرقان تقریباً نصف مریضوں میں ہوتا ہے اور عموماً یہ دکھلایا جاسکتا ہے کہ وہ صفراء کی خاص قنات پر دباؤ پڑجانے کا نتیجہ ہے، بالخصوص اُن اصابتوں میں جہاں سرطان شق باب سے شروع ہو۔ وان ڈن برگ کا راست کاشفہ حاصل ہوتا ہے۔ اسی طرح استسقاءِ شکمی اکثر موجود ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں، اور یہ سیال شاذ ہی اُس قدر وافر ہوتا ہے جس قدر کہ کہبت میں۔ اس کا انحصار بیشتر ورید الباب یا اُس کی بڑی شاخوں پر راست دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے، اور کبھی کبھی ایک سرطان التہابِ باریطون پر۔ نیز لاغری، شحوب، اور انبطاح جو خبیث یعنے سرطانی امراض کا عام خاصہ ہیں، موجود ہوتے ہیں۔ سرطان جگر کی بہت سی اصابتوں میں ارتفاعِ حرارت ہوتا ہے، اور کبھی کبھی اُس کے اشتدادات اور فترات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ مرضِ ہاجکن میں۔

تشخیص۔ ایک بوڑھے شخص میں بڑھا ہوا جگر اور یرقان جو کئی ماہ سے ہو، مریضوں کی اکثریت میں جگر کے سرطان یا البلبہ کے سر کے سرطان کے باعث ہوتا ہے، اگرچہ کبھی کبھی یہ بھی ممکن ہے کہ قنات صفرا ایک سنگ صفراوی سے مسدود ہوگئی ہو۔ اگر جگر کی سطح پر سخت اور ناہموار گرہیں محسوس ہوتی ہوں تو سرطان جگر کی تشخیص نہایت اغلب ہے۔ وہ اُبھار جو صمغیہ (gumma) کی وجہ سے ہو عموماً منفرد ہوتا ہے، اُس کا قطر ایک انچ یا زائد ہوتا ہے، اور وہ نرم یا لچکدار ہوتا ہے۔ اگر جگر کی سختی یکساں طور پر ہو اور بہت زیادہ نہ ہو تو سرطان کا ہونا محض قرینِ قیاس ہے۔ جن اصابتوں میں یرقان نہ ہو، جگر کا بڑھا ہوا ناہموار

اور گومڑے دار ہونا اور مریض میں لاغری کا موجود ہونا عموماً ممیز علامات ہوتے ہیں۔ چربیتی اور ایک جگر نسبتہً کم سخت اور زیادہ ہموار ہوتے ہیں۔ ان دونوں حالتوں میں طحال بھی اکثر اوقات بڑھی ہوئی ہوتی ہے، پہلی حالت میں چربیتی جماؤ سے، اور دوسری حالت میں وریدی رکاوٹ کی وجہ سے، در انحالیکہ طحال کی سرطانی کلانی نسبتہً غیر عام ہوتی ہے۔ آتشکی جگر نا ہموار اور دردناک ہو سکتے ہیں، لیکن یہ اکثر نسبتہً نوعمر اشخاص میں ہوتے ہیں اور اپنی مخصوص سرگذشت رکھتے ہیں۔ یرقان صفرا کے عرصہ دراز سے ہونے کی سرگذشت سرطان کے امکان کو خارج نہیں کرتی، بلکہ اس کی تائید ہی کرتی ہے۔

انذار۔ یہ نہایت یاس انگیز اور بُرا ہوتا ہے۔ مدتِ مرض شاذ ہی بارہ مہینوں سے زائد ہوتی ہے، لیکن کبھی کبھی دو یا تین سال بھی ہو سکتی ہے۔ نسبتہً نرم قسم کی نوبالیدیں ایک یا دو ماہ کے اندر ہی ہلاکت پیدا کر سکتی ہیں۔

علاج۔ یہ محض مخفف ہو سکتا ہے، اور اس پر مشتمل ہے کہ درد کی تسکین اور دوسرے علامات کا تدارک کر دیا جائے، بیشتر اُن علامات کا جو اعضائے ہضم سے متعلق ہوں، مثلاً قے، ریحیت اور قبض۔ غذا ہلکی مگر مغذی ہونی چاہئے۔

دُویری مرض

(cystic disease)

اس نادر حالت میں کثیر التعداد دویرے، کم و بیش مجتمع طور پر واقع ہوتے ہیں، جن کی جسامت ایک انچ یا زائد قطر کی ہوتی ہے، اور جن میں ایک صاف یا زردی مائل اسمر آبی مائع بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ مرض بیشتر اوقات گردوں اور دوسرے احشا کے دُویری مرض کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جگر بڑھا ہوا ہو، لیکن اس کے علاوہ اور کوئی علامات موجود نہیں ہوتے، اور اس کی تشخیص، انذار اور علاج کا انحصار گردوں کے مماثل تغیر پر ہوتا ہے، جو اس کے ساتھ ساتھ ہوا کرتا ہے (ملاحظہ ہو گردے کا دویری مرض)۔

402

گردکبدی التہاب

(PERIHEPATITIS)

امراضیات۔ گردکبدی التہاب' یعنے جگر کے کیسہ کا التہاب' حاد یا مزمن' محدود المقام یا زیادہ عام طور پر منتشر ہوسکتا ہے۔ یہ کسی ایسے ضرر سے پیدا ہوجاتا ہے جو جگر میں یا اس کے قرب و جوار میں ہو' بالخصوص کہنہ آتشکی مرض التہاب مرارہ' سرطان کیسہ' اور زیر ڈایا فرامی پھوڑے (subphrenic abscess) سے' اور ممکن ہے کہ یہ ایک عمومی التہاب باریطون کا جزو ہو۔

گردکبدی التہاب میں جگر کی سطح کا منظر حاد التہاب باریطون کا سا ہوتا ہے۔ مزمن گردکبدی التہاب میں جگر کا کیسہ غیر شفاف اور کم و بیش دبیز ہوتا ہے۔ یہ دبازت اکثر سطح پر بے قاعدہ چکتیوں میں پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔ اور ایسی چکتیاں اس مرض سے متعین ہوتی ہیں جو کیسہ کا التہاب پیدا کردیتا ہے۔ بعض اوقات جگر ایک دبیز کیسہ کے اندر بالکل ملفوف ہوتا ہے' جس کی دبازت ۲ تا ۱ ملی میٹر ہوتی ہے (جرمن زبان میں Zuckergussleber' شکر کی تہ چڑھا ہوا جگر = sugar-icing liver)۔ ایسی اصابتوں میں جگر کا اگلا کنارہ گول ہوتا ہے۔ زیادہ شدید شکلوں میں استسقاء شکمی عموماً موجود ہوتا ہے' جو متلازم التہاب باریطون کا نتیجہ ہوتا ہے' اور طحال بھی اکثر مماثل طور پر ماؤف ہوتی ہے (گردطحالی التہاب = perisplenitis)۔

علامات۔ کیسۂ جگر کے التہاب حاد میں مقامی الیمیت اور درد ہوتے ہیں' بالخصوص تنفس کے عمل میں' اور ممکن ہے کہ ایک رگڑ کی آواز سنائی دے' یا جگر پر ہاتھ رکھنے پر ایک رگڑ محسوس ہو۔ مزمن اصابتوں میں جگر سخت ہوتا ہے' اور ممکن ہے کہ متوالی استسقائے شکمی بھی دیکھا جائے۔ بنیادی سبب کا علاج کرنا چاہیئے۔

التہاب ورید الباب

(PYLEPHLEBITIS)

یہ دو شکلوں میں یعنے انضامی اور تقیحی ہوتا ہے، جن کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے، ایک کا تو استسقاء شکمی کے ایک سبب کی حیثیت سے، اور دوسرے کا جگر کے متعدد خراجات کے تعلق میں (ملاحظہ ہو انگریزی صفحہ 390)۔

انضامی التہاب ورید الباب

(adhesive pylephlebitis)

زیادہ عام طور پر یہ ورید الباب کی علقیت ہوتی ہے، جس میں خون کا تھکا دیوار ورید سے چپک کر بالآخر اسی طرح متعضی ہو جاتا ہے جس طرح کہ ایک علقہ کسی دوسرے مقام پر متعضی ہوتا ہے۔ اس کے اسباب وہ تغیرات ہیں جو ورید الباب یا اس کی توزیع میں ہوئے خون کا ابطاء پیدا کر دیتے ہیں، مثلاً کبیت، آتشکی مرض، وریدی تنہ پر رسولیوں کا دباؤ یا گرد کبدی التہاب میں اس کا بھی مبتلا ہو جانا، یا شق کبدی کے قریب مزمن باریطونی التہاب۔ ورید الباب کا یہ تسدد مرض بینٹی (Banti's disease) کی ایک شکل پیدا کر دیتا ہے یعنے طحالی علیم و موبیت جس کے ساتھ کبیت جگر ہو۔

تقیحی التہاب ورید الباب

(suppurative pylephlebitis)

یہ تقریباً ہمیشہ شکم کے حزرات کی سرایت کے سبب سے واقع ہوتا ہے، (شکم وہ رقبہ ہے کہ جس سے ورید الباب کو خون کی رسد پہنچتی ہے)۔ حزرات کی مثالیں التہاب زائدۂ دودیہ (جو عام ترین سبب ہے)، معاء مستقیم، قولون یا چھوٹی آنتوں کے قروح، معدی قرحہ، اور شکم یا حوض کا کوئی تقیح ہیں۔ ممکن ہو کہ

نوزائیدہ بچہ میں ورید سُرّی کے عفن التہاب وریدی سے ورید الباب کو سرایت پہنچ جائے۔ شاذ و نادر اصابتوں میں راست تضرر سے بھی ورید الباب کا تقیح التہاب شروع ہو سکتا ہے۔

یہ فساد عموماً ورید الباب کی مچھلی شاخوں میں آغاز پذیر ہوتا ہے۔ ورید کی دیوار ملتہب ہو کر متقیح ہو جاتی ہے، ایک علقہ بن جاتا ہے اور وہ پیپ بن کر ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے، اور جگر کے اندر کی مرکزی شاخوں میں اُس کے منتقل ہونے سے علقیت، التہاب وریدی اور تقیح کے تازہ مرکز پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر بہت سی اصابتوں میں، جگر میں متعدد چھوٹے چھوٹے پھوڑے بن جاتے ہیں۔ جگر بڑا اور نرم ہو جاتا ہے۔ ورید الباب کی شاخیں ٹوٹنے پھوٹنے والے علقوں، یا پیپ، یا متخثر سیال سے بھر جاتی ہیں۔ طحال بڑی ہو جاتی ہے، اور کبھی کبھی التہاب باریطون بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

علامات۔ شراسیفی اور مراقی درد، عادتی بخار، قشعریرہ، پسینہ، قے، عدم دمویت اور انبطاح ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ورید الباب کا تسدد کیفقدر استسقاً شکمی پیدا کر دینے کے لئے کافی ہو، اور طحال بڑھ جاتی ہے۔ یرقان اکثر موجود ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں۔ اگر پھوڑے کثیر التعداد ہیں تو ممکن ہے کہ جگر کی کلانی اور درد اور الیمیت موجود ہو۔ براز میں عموماً اِسٹرکوبائلین (stercobilin) موجود ہوتی ہے۔ ایک ٹائیفائیڈی حالت طاری ہو جاتی ہے، جس میں ذہول اور ہذیان ہوتا ہے، اور ایک سے سات یا آٹھ ہفتوں میں مرض عموماً ترقی پا کر خاتمہ مہلک ہوتا ہے۔

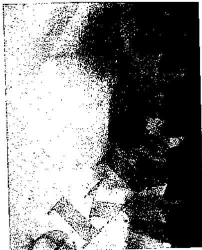
تشخیص۔ یہ مرض بآسانی نظر انداز ہو جاتا ہے۔ تقیح الدم عفونت الدم، ملیریائی بخاروں، حاد اصفر ذبول، تقیحی التہاب قنات صفرا، داربنی خراج، زیر ڈایا فرامی خراج، ٹائیفائیڈ بخار، یا ذات الریہ کے ساتھ اس مرض کا غلط ملط کیا جانا ممکن ہے۔ جگر کی ماؤفیت کی مقامی شہادت، اور بابی رقبہ میں سرایت کے مقامی سرچشمہ کی موجودگی کی شہادت اور طحال کی کلانی یہ سب تقیحی التہاب ورید الباب پر دلالت کرتے ہیں۔ جب مقامی امارات غیر موجود ہوں، تو

اس واقعہ سے کہ صریح تقیح الدم بلا کسی خارجی زخم کے، اور بلا التہاب دروں قلب (endocarditis) کے موجود ہے، کسی شکلی عضو کے سرچشمۂ عفونت ہونے کا اشارہ ہوتا ہے۔ تقیح الدم کے علامات، نمایاں یرقان اور التہاب مرارہ یا سنگہائے صفرا کی شہادت نتیجی التہاب قنات صفرا پر دلالت کریں گے۔

علاج۔ چونکہ اس مرض کا امر تقریباً لازمی طور پر مہلک ہوتا ہے لہذا علاج لاحاصل ہے، باستثنائے اس کے کہ جو تخفیف درد، بے خوابی اور دیگر علامات کے لئے اختیار کیا جائے۔

صفراوی آلہ کا امتحان

صفراوی قناتیں محض حالبین جیسی ایصالی نالیاں نہیں ہیں، اور نہ مرارہ محض مثانہ کی طرح ایک ظرف ہے۔ صفراوی قناتوں میں غدد ہیں جو ایک بے رنگ آبی سیال کا افراز پیدا کرتے ہیں جو صفرا کی ترقیق کر دیتا ہے، اور مرارہ کا فعل اس کے برعکس ہے جو صفرا کی دس گنا ترکیز کر کے ایک گاڑھا مرا سیال بنا دیتا ہے۔ اگر کبدی قناتیں باندھ دی جائیں تو وہ ایک بیرنگ سیال یعنی سپید صفرا (white bile) سے پھول جاتی ہیں، اور یہ ایسے بلند تناؤ کے تحت جمع ہو جاتا ہے کہ جس سے جگر ان قناتوں کے اندر صفرا کا افراز بالکل نہیں کر سکتا۔ اگر مشترک قنات مسدود ہو جائے تو مرارہ میں پانی اور ملحات کا جذب واقع ہوتا ہے، جو کہ طبعی حالت میں کل حجم کا ۹۰ فی صدی ہوتا ہے، لہذا قناتوں میں دباؤ بڑھنے نہیں پاتا، اور اب ان میں معمولی صفرا موجود ہوتا ہے۔ لیکن اگر مرارہ اکھیب یا تلف ہو جائے تو دباؤ کو کم و بیش کرنے والی میکانیت غیر موجود ہوتی ہے، اور یہ قناتیں سپید صفرا سے پُر ہو جاتی ہیں، گو جسم کی ہر دوسری بافت میں گہرا یرقان موجود ہو۔ مرارہ براری (cholecystectomy) کے بعد ابتداءً صفرا اثنا عشری میں مسلسل ٹپکتا رہتا ہے، لیکن بالآخر ممکن ہے کہ قناتیں متسع ہو جائیں اور مرارہ کے افعال کی انجام دہی خود اختیار کر لیں (نیز ملاحظہ ہوں امراض لبلبہ)۔



الف۔ مرارہ نگاری۔ طبعی مرارہ۔ (شعاع نگاشت مسز ڈبلیو لنڈسے لاک نے لی ہے)



ب۔ مرارہ نگاری۔ مرارہ میں صبغی سنگ موجود ہیں۔ (شعاع نگاشت مسز ڈبلیو لنڈسے لاک نے لی ہے)

بالمقابل صفحہ 403

وظیفی امتحانات

مرارہ نگاری (cholecystography)۔طریقۂ گراہام (Graham's method) کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ بعض خضابات (dyes) جولاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہوتے ہیں، جوئے خون میں پہنچنے کے بعد ان کا جگر سے صفراء کے اندر افراز ہوتا ہے اور یہ خضابات صفراء کے ساتھ مرارہ میں چلے جاتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ صفرامعہ اس خضاب کے مرارہ کے اندر متمرکز ہوجاتا ہے (لیکن قناتوں میں مرتکز نہیں ہوتا)، لہذا شعاع نگاشت لی جاسکتی ہے۔ پھر ایک شحمی غذا دیکر مرارہ کے وظیفۂ تخلی کا امتحان کیا جاسکتا ہے، چنانچہ طبعی حالت میں سایہ نسبتہً چھوٹا ہوجاتا ہے (صفحات ۳۱، اور ۳۲ ب)۔

ٹیٹرا آیوڈوفینال تھالین (tetra-iodo-phenol phthalein)، موضوع کی جسامت کے لحاظ سے ۳ یا ۴ گرام کی مقداروں میں، ۴۰ سی سی عقیم آب کشیدہ کے اندر حل کرکے ۹ بجے شب کے وقت وسطی قیفالی ورید کے اندر تشرب کروی جاتی ہے (احتیاطوں کے متعلق ملاحظہ ہو تواریخ و میزال)۔ اشراب سے چوبیس گھنٹے پہلے ملٹھی کا سفوف (liquorice powder) دے کر مراری خطے کا مسہل لیا گیا تھا۔ دن بھر شحمی غذائیں دی جاتی ہیں، لیکن ۶ بجے شام کے بعد کوئی غذا نہیں دی جاتی۔ دوسرے دن نو بجے صبح کے وقت، بلا غذا دئے، شعاع نگاشتیں لی جاتی ہیں اور اثناعشری کے ساتھ سایہ کی مجاورت کی تعیین بیریم کی غذا کے ذریعہ کرلی جاتی ہے۔ ایک بجے دن کے وقت شحمی غذا لے کر اس کے دو گھنٹے بعد دوسری لاشعاعی تصویر لی جاتی ہے۔ مندرجۂ بالا اشراب سے بعض اوقات متلی، قے، جھنجھناہٹ اور قشعریرہ پیدا ہوجاتا ہے۔ اس سے بچنے کیلئے اب عموماً اس دوا ($\frac{1}{2}$ ۴ گرام) کے متعدد چھوٹے چھوٹے کراٹین غلافی کیپسے بناکر براہ دہن دئے جاتے ہیں، لیکن اس صورت میں ان کا انجذاب کم یقینی ہوتا ہے۔

مرارے کے سایہ کی غیر موجودگی مراری قناۃ کی مسدودی کے باعث، یا

اس واقعہ کے سبب سے ہو سکتی ہے کہ مرارہ سنگہائے صفرا سے پورا بھرا ہوا ہے۔ خفیف سا سایہ خضاب کا ارتکاز نہ ہونے کی وجہ سے ہو سکتا ہے، جو التہاب مرارہ پر دلالت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرارہ نظر آئے اور مراری سایہ میں سنگہائے صفرا بھی یا تو کیلسیم کے لجمات کی وجہ سے زیادہ گہرے سایہ کے طور پر نظر آئیں یا کالیسٹرین کی وجہ سے منفی سایوں کے طور پر، کیونکہ کالیسٹرین ان شعاعوں کے لئے شفاف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مرارہ کا سایہ قرب و جوار کی بالیدوں، کیسہ وغیرہ کے سبب سے اپنی جگہ سے ہٹا ہوا یا ملتوہ ہو۔ 404

اثنا عشری میں ادخال انبوبہ (duodenal intubation) آئن ہارن (Einhorn) کے اثنا عشری انبوبہ سے مرارہ کے مرض کی تشخیص کا ایک مفید طریقہ حاصل ہوتا ہے، اگرچہ اس سے التہاب مرارہ اور سنگہائے صفرا کی موجودگی کی تفریق نہ ہوگی۔ فاقہ کش معدے کے اندر ایک انبوبہ داخل کرنے کے بعد، اور معدہ کو باحتیاط آب عقیم سے دھو کر، مریض بائیں کروٹ پر لیٹتا ہے، یہاں تک کہ وہ انبوبہ اثنا عشری کے اندر داخل ہو جائے، جو اس واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ انبوبہ میں سے امتصاص کرنے پر ایک باریک جھاگ دار سیال حاصل ہو جاتا ہے، جو قدرے صفرا آلود اور لٹمس کے لئے تعدیلی یا قلوی ہوتا ہے۔ اثنا عشری کو عقیم آب کشیدہ سے دھو ڈالنے کے بعد اثنا عشری کے اندر میگنیشیم سلفیٹ کے ۲۵ تا ۵۰ فی صدی محلول کے ۱۰ تا ۳۰ سی سی کا اشراب کر دیا جاتا ہے۔ صفرا کا بہ کثرت سیلان ہوتا ہے، جسے باہر نکال کر امتحان کر لیا جاتا ہے۔ کالیسٹرین کی قلموں اور سپید خلیوں کی موجودگی مرارہ کے مرض کی دلالت ہے۔ ممکن ہے کہ کاشت کرنے سے عصیۂ قولونی (B. coli) کی موجودگی ظاہر ہو، مگر یہ چنداں ممیز نہیں ہوتی، کیونکہ وہ ایسی ہر حالت میں مل سکتا ہے جس میں معدی رس کا ترشہ بہت کم ہو گیا ہو۔

اس امر کی شہادت موجود ہے کہ شقیقہ (migraine) کی بعض اصابتیں مرارہ کی غیر طبعی تخلیہ کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں (83)۔ "صفراوی شقیقہ" "biliary migraine"۔

صفراوی آلہ کے امراض

التہاب مرارہ

(cholecystitis)

التہاب مرارہ کی عام ترین قسم وہ ہے جو تحت الحاد یا مزمن سرایت سے ہے جو نبقات سبحیہ سے پیدا ہو جاتی ہے، جو مرارے کی دیوار کی ساخت کے اندر سے علیحدہ کئے گئے ہیں (27)۔ ممکن ہے کہ یہ ایک محمولۂ خون سرایت ہو۔ لیکن التہاب مرارہ ہمیشہ التہاب غلاف قناۃ صفرا (pericholangitis) کے ساتھ ہوا کرتا ہے، جو اس امر کی دلالت ہے کہ مرارے میں سرایت کا داخلہ جگر سے لنفائی عروق کی راہ سے ہو سکتا ہے۔ التہاب مرارہ عموماً التہاب آنتدہ دودیہ (appendicitis) اور معدی قرحہ (peptic ulcer) کے ساتھ متلازم ہوا کرتا ہے، اور یہ ممکن ہے کہ سرایت وریدالباب کی راہ سے جگر میں اور پھر مرارے میں داخل ہو جاتی ہو۔ صفراء نبقات سبحیہ کی بالیدگی کا امتناع کرتا ہے، یہی وجہ ہے کہ صفرا عموماً تعقیم ہوتا ہے۔ التہاب کی ایک ابتدائی شکل، جو غالباً اس قسم کی سرایت سے پیدا ہو جاتی ہے، "نام نہاد | سٹرا بیری مرارہ" (strawberry gall bladder) ہے۔ چھوٹے زردی مائل سپید دانے خملات سے ابھرے ہوئے دکھلائی دیتے ہیں۔ خردبین سے یہ دانے کالیسٹرین کے جماؤ دکھلائی دیتے ہیں جو غشاء مخاطی کی سطحی تہ کے نیچے ہوتے ہیں، یعنے مرارے کی کالیسٹرولیت (cholestrosis) پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ طبعی حالات میں صفرا میں کی کالیسٹرول (cholestrol) کو مرارہ جذب کر لیتا ہے، اور یہ کہ جب مرارے کی دیوار سرایت زدہ ہو جاتی ہے تو یہ جماؤ پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر ان میں سے بعض لدے ہوئے خلیات مرارے کے اندر جھڑ جاتے ہیں، اور اس طرح ممکن ہے کہ یہ ایسے مرکز بن جائیں جن کے گرد متعدد شہتوت نما سنگریزے بن جاتے ہیں۔ یہ

سنگ ریزے بعض اوقات اس مرض میں پائے جاتے ہیں ۔ اسی واسطے التہاب مرارہ سنگہائے صفرا کا اولی سبب ہے اور یہ سنگہائے صفرا التہاب مرارہ کی ۹۵ فی صدی اصابتوں میں عملیہ کے وقت پائے گئے ہیں ۔ نبقی سبجی سرایت کے مابعد نتائج دیوار مرارہ کی دبازت اور انقباض ہیں اور گرد و پیش کے حصوں کے ساتھ انضمامات بھی ہو جاتے ہیں ۔ علاوہ سنگہائے صفرا کی موجودگی کے سرایت زدہ مرارہ سے مزمن التہاب لبلبہ جگر کی کہبیت اور قلب عضلہ مفصلات رواؤں اور گردوں پر بعید سمی اثرات پیدا ہو سکتے ہیں اور ایک مزمن طور پر التہاب زدہ مرارہ کے استیصال کے بعد یہ ضررات غائب ہو گئے ہیں (82)۔

حاد ازلتی یا تقیحی التہاب مرارہ (مرارہ کا دبیلہ =empyema) ایک تسددی التہاب مرارہ ہے جو عموماً معمولی عصیہ قولونی کے باعث ہو جاتا ہے لیکن عصیۂ محرقیہ (B. typhosis) اور کبھی کبھی دوسرے عضویے بھی پائے گئے ہیں ۔ یہ مفروزہ سنگ ریزوں تپ محرقہ اور دوسرے ساری امراض سے پیدا ہو سکتا ہے ۔ نہایت شدید شکلوں میں مرارے کی دیواریں سخت ملتہب اذیمائی اور ریم سے ور ریختہ ہو جاتی ہیں (بلغمونی التہاب مرارہ phlegmonous =cholecystitis) اور ان سے بھی زیادہ قشتی شکل میں دیواریں سیاہ سبز نرم بھر بھری اور کم و بیش وسیع جھلیوں میں انشقاق پذیر ہو جاتی ہیں (گنگرینی التہاب مرارہ =gangrenous cholecystitis)۔ یہ التہاب بلاشبہ مختلف سمتوں میں پھیل سکتا ہے ۔

405

علامات ۔ نبقی سبجی مبداء کا تحت الحاد اور مزمن التہاب مرارہ جو اوپر بیان کیا گیا ہے اس کے علامات اپنے آغاز میں عموماً غیر محسوس ہوتے ہیں ۔ فی الحقیقت اس واقعہ کی بنا پر کہ التہاب مرارہ کی اصابتوں کی اکثریت بالآخر سنگہائے صفرا میں منتہی ہوتی ہے انھیں سنگہائے صفرا کی ابتدائی علامات سمجھا جاتا ہے ۔ یہ علامات یہ ہیں :- سوء ہضم یعنے متلی سوزش سینہ اور شراسیفی تکلیف اور خاص کر ریحیت ۔ مستمر درد اور دائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے اور دائیں عظم الکتف کے خطے میں دبانے سے الیمیت بھی ہوتی ہے ۔ سوء ہضم انتفاخی

قرحہ سے مشابہ ہو سکتا ہے، مگر غذا کے ساتھ اس کا تعلق اتنا نمایاں نہیں ہوتا۔ گیارھویں اور بارھویں دائیں پسلیوں اور اسفل ظہری فقرات کو دبانے سے عموماً درد ہوتا ہے۔ نیز اوپر جو پیچیدگیاں بیان کی گئی ہیں ان کے متناظر علامات پیدا ہو سکتی ہیں یعنی سانس کا پھولنا، قلبی بے قاعدگیاں اور ذبحۂ صدریہ، نیز نقرس نما التہاب مفاصل، التہاب لیفی، اور مرض برائٹ کے علامات۔

حاد تسددی التہاب مرارہ کی حالت میں حملہ کا آغاز حاد ہوتا ہے اور اس کے ساتھ مرارے کے خطے میں مواظب یا دوری درد ہوتا ہے، اور عضلۂ مستقیمہ کے بالائی حصے میں بڑی الیمیت اور استواری محسوس ہوتی ہے۔ متلی، عدم اشتہا، میلی زبان، تپ، شاید قشعریرہ کے ساتھ ہوتے ہیں، اور یرقان تقریباً ایک تہائی اصابتوں میں۔ بائیں قاعدۂ شش پر آمارات بالخصوص ممیز ہوتے ہیں، یعنے گمک کی کمی، تکتکات، اور پلیورائی رگڑ۔ دایاں ڈایافرام غیر متحرک ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد ممکن ہے کہ متسدد مرارہ ایک متعین رسولی بنا دے۔ یقینی اصابتوں میں سپید خلیوں کی کثرت ہوتی ہے۔

تشخیص - التہاب مرارہ بلا سنگہائے صفرا کی موجودگی کے مرگز ایک غیر عام حالت نہیں، اور اس کی تشخیص اس وقت کی جاسکتی ہے جب کہ دائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے شدید درد اور الیمیت اور کسی قدر سوء ہضم موجود ہو، اور جبکہ بہ احتیاط امتحان سے اثنا عشری قرحہ اور التہاب زائدۂ دودیہ کو خارج از بحث کر دیا گیا ہو۔ مرارہ نگاری اور مرارہ کی "طبی" تسئیل جو صفحہ 403 پر بیان کی گئی ہے، تشخیص میں مفید ہو سکتی ہے۔

انذار خفیف اصابتیں طبی معالجہ سے شفایاب ہو جاتی ہیں۔

علاج - طبی علاج بالخصوص مرارہ کی تخلی میں سہولت پیدا کرنے پر مشتمل ہے۔ ہفتہ میں کئی بار طبی تسئیل عمل میں لائی جاسکتی ہے۔ بلکہ میگنیشیم سلفیٹ براہ دہن بھی دیا جاسکتا ہے، مگر یہ اس قدر کارگر نہیں ہوتا تاہم بھی غذائیں اور بالخصوص روغن زیتون، ۱ تا ۲ اونس، دن میں کئی بار (84) بھی منفعت بخش ہیں۔ جگر اور مرارے کے خطے میں پولٹس اور خلائی اغطیہ لگانے سے التہاب میں تخفیف

ہو سکتی ہے۔ صفرا کی سرایت کا ازالہ سوڈیم سیلی سلیٹ، ۱۰ تا ۲۰ گرین، دن میں تین یا
دیگر بارات کے وقت ہیگزامین (hexamine) (۲۰ گرین سے شروع کر کے ۶۰
یا ۹۰ تک بڑھا کر) دے کر کیا جا سکتا ہے۔ ہیگزامین کے ہمراہ کافی قلی، مثلاً ۶۰
گرین پوٹاسیئم سائٹریٹ دی جاتی ہے، تاکہ بول قلوی ہو جائے اور بولی خطے کی
خراشش ہیگزامین سے واقع نہ ہو، [کیونکہ ہیگزامین ترشی محلول کے اندر ٹوٹ کر
فارمالین (formalin) بن جاتی ہے] (64)۔ ہیرڈگیٹ وشی اور کارلز باڈ کے پانی خاص
طور پر ذکر کے قابل ہیں۔ شدید اصابتوں میں مرارہ برآری مناسب ہے، اور اگر تقیح موجود ہو تو علیہ کی
ضرورت ہے۔

سنگہائے صفرا

(gall stones)

(حصاتیت صفرا = cholelithiasis)

حصوات صفراویہ (biliary calculi) یا سنگہائے صفرا مرارے کے اندر یا
نہایت شاذ و اصابتوں میں جگر میں صفراوی قناتوں کے اندر صفرا سے بنتے ہیں۔
جسامت میں وہ محض ریگ سے لے کر ۲ انچ طول اور ایک انچ عرض کے بیضوی تودوں
تک مختلف ہوتے ہیں۔ زیادہ کثرت سے وہ قطر میں $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$ انچ ناپ کے
ہوتے ہیں۔ اکثر وہ شکل میں کم و بیش کعب ہوتے ہیں، اور جب کئی سنگ باہم
متماس رہے ہوں تو وہ رُو یک پیش کرتے ہیں۔ ورنہ وہ زیادہ گول ہو سکتے ہیں۔
سب سے بڑے سنگ بیضوی الشکل ہوتے ہیں، اور یہ شکل اُس وقت پیدا ہوتی ہے کہ
وہ مرارہ کے سارے کہفہ کو پُر کرتے ہوں۔ سنگہائے صفرا کے خاص ترکیبی اجزا
کالیسٹرین، صبغۂ صفرا، پروٹین اور کیلسیئم کے نمکات ہیں، اور یہ صبغۂ صفرا بیشتر کیلسیئم
کے ساتھ بائلی رُوبین کیلسیئم (bilirubin -calcium) کی شکل میں ممزوج ہوتا ہے۔
وہ سنگ جو خاص کر صبغۂ صفرا پر مشتمل ہوتے ہیں، چھوٹے سیاہ اور خستہ ہوتے ہیں۔ 406
دوسروں میں صبغۂ صفرا کا ایک نواۃ یا مرکز ہوتا ہے، اور ان کے گرد کالیسٹرین کی
قلموں کی تہیں ہوتی ہیں جو نواۃ سے منتشع ہوتی ہیں۔ یہ سنگ عموماً زیادہ بڑے
اور زیادہ سخت ہوتے ہیں، اور اُن کا رنگ نسبتہً شاحب ہوتا ہے۔ نرم سنگ جو

بالخصوص کیلشیم کاربونیٹ پر مشتمل ہوں اس وقت پائے جاتے ہیں جبکہ صفراوی قناۃ متسدد ہو۔ کیلشیم کاربونیٹ کے سخت سبزی مائل سنگ تانبے پر مشتمل ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ سنگہائے صفرا دس رسیدگی کی حالت میں زیادہ عام ہوتے ہیں اور مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہیں موروثی پیشے اور بسیارخوری بالخصوص کالیسٹرین شامل رکھنے والی غذائیں اسباب معدہ ہیں اور شاید حمل اور تپ محرقہ بھی۔

امراضیات۔ یہ رائے پہلے بیان کی گئی ہے کہ سنگہائے صفرا کا اولی سبب التہاب مرارہ ہے۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ اگر کوئی مادۂ غریب ایک نواۃ کے طور پر عمل کرنے کے لئے موجود ہو تو سنگہائے صفرا بن جاتے ہیں خواہ صفرا عقیم ہی کیوں نہ ہو۔ یہ ۔۔ فی صدی لاشوں کے امتحان میں پائے گئے ہیں اور ممکن ہے کہ پوشیدہ رہیں (81)، اگرچہ ان کی موجودگی التہاب مرارہ میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے۔ بہرکیف ممکن ہے کہ التہاب کی وجہ سے مرارے میں خراش ہو کر ایک یا زیادہ سنگ اس کے کہفہ سے باہر نکل آئیں یا مراری قنات میں مغروز ہو جائیں۔ اس کا فوری اثر قنات کا نہایت درد انگیز تشنج (قولنج صفراوی = biliary colic) ہوتا ہے، جس کے ساتھ یرقان نہیں ہوتا۔ انغراز کی حالت میں صفرا مرارے کے اندر نہیں داخل ہو سکتا، اور مرارہ مخاطی یا مخاطی ریم یا ریم سے پر ہو کر متمدد ہو جاتا ہے۔ اگر سنگ مراری قنات میں سے گزر جائے تو وہ مشترک قنات میں داخل ہو جاتا ہے، اور یہاں بھی قولنج صفراوی پیدا کر دیتا ہے، لیکن اس قولنج کے ساتھ سریع الزوال یرقان موجود ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ سنگ کی موجودگی کے باعث جگر سے صفرا کے بہاؤ میں رکاوٹ پیش آتی ہے۔ اگر سنگ قنات کے اندر مغروز ہو تو سدی یرقان (obstructive jaundice) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ انغراز عام طور پر انتفاخ واتیر (ampulla of Vater) میں واقع ہوتا ہے جہاں قنات کا قطر سب سے زیادہ کم ہوتا ہے۔ مسلسل تسدد مندرجہ ذیل اثرات رکھتا ہے۔

(الف) جگر اپنی قناتوں کے اتساع کے باعث جو صفرا سے متمدد ہو جاتی ہیں پہلے بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات قناتیں یکساں طور پر متسع ہوتی ہیں اور دوسرے اوقات میں زیادہ بے قاعدگی کے ساتھ متسع ہو کر گلوبچی ڈوبرے بنا دیتی ہیں۔ وہ جگر کی بافت پر کسیقدر دباؤ ڈالکر اُسے ذبول کر دیتی ہیں چنانچہ بالآخر جگر نسبتہً چھوٹا اور کسیقدر پلپلا ہو جاتا ہے۔ تقیحی التہاب قنات ہائے صفرا واقع ہو سکتا ہے۔

(ب) توقع ہو سکتی ہے کہ انغراز سنگ کا اثر مرارے پر یہ ہو کہ وہ متمدد ہو جائے۔ مگر عموماً ایسا نہیں ہوتا تاوقتیکہ مرارے میں بھی ہمزماں طور پر حاد التہاب موجود نہ ہو کیونکہ مزمن التہاب تو مرارے کی لیفیت پیدا کر کے اُسے سکڑا دیتا ہے۔

(ج) جب سنگ صفرا را انتفاخ واٹیر میں مضبوطی کے ساتھ ثبت ہو جاتا ہے تو بنقراسی قنات جو یہاں کھلتی ہے اُس کے تعلقات اہمیت رکھتے ہیں اس کی وجہ یہ ہے کہ وہ بھی غالباً متمدد ہو جائے گی اور بنقراسی رس کا احتباس ہو جائے گا۔ خرد عضویے قناتِ صفرا کی دیواروں میں سے باسانی گذر کر بنقراس میں پہنچ جائیں گے اور محبوس افرازات کے ساتھ حاد یا مزمن التہاب بنقراس پیدا کر دیں گے (جو ملاحظہ ہو)۔

سنگ صفرا کا مرارے کی دیوار کو متقرح کر کے براہ راست اثنا عشری یا قولونِ مستعرض کے اندر چلا جانا چنداں غیر عام حادثہ نہیں۔ عموماً وہ ایک بڑا سنگ صفرا ہی ہوتا ہے جو قطر میں ایک انچ یا زائد کا ہوتا ہے اور اگر یہ اثنا عشری کے اندر داخل ہو جائے تو ممکن ہے کہ لفائفی کے زیریں حصے میں مغروز ہو جائے یا اگر یہ قولون کے اندر داخل ہو تو قولون سینی (sigmoid) یا مبرز کے قریب تسدد کی وجہ سے کم و بیش درد اور دقت پیدا ہونے کے بعد براہ مبرز خارج ہو جائے۔ شاذ صورتوں میں ایک بڑا سنگ قے سے بھی خارج ہوا ہے۔

مرارے کے اندر سنگہائے صفرا کی موجودگی اور استقرار کا ایک دوسرا نتیجہ مرارے یا صفراوی قناتوں کا سرطان ہے اور یہ حصاۃ صفرا کی تقریباً

۵ فی صدی اصابتوں میں پایا گیا ہے۔ تجربتًہ یہ دکھلایا گیا ہے کہ اگر گینی پگ کے مرارے میں سنگہائے صفراء اور دوسرے اجسام غریبہ داخل کئے جائیں تو مزمن خراش پیدا ہو کر سرطان پیدا ہو جاتا ہے (85)-

علامات۔ یہ ممکن ہے کہ سنگہائے صفراء سالہا سال تک مرارے کے اندر رہیں اور کوئی علامات نہ پیدا کریں۔ لیکن دوسری اصابتوں میں علامات تحت الحاد اور مزمن التہاب مرارہ کے ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ جو التہاب مرارہ ہوتا ہے اُس کے پیدا کردہ سوءِ ہضم کو عموماً سنگ صفراء کا سوءِ ہضم (gall stone dyspepsia) کہتے ہیں۔ بعض اوقات سنگہائے صفراء دیوار شکم

407

میں سے محسوس کئے جا سکتے ہیں اور انھیں ہاتھ لگانے سے چٹخنے کا احساس ہوتا ہے۔ قولنج صفراوی کے حملہ میں مریض کو اکثر ناگہانی طور پر دائیں مراق اور سینہ کے زیریں حصے میں یا شراسیف اور زیریں قصی حصے میں سخت درد محسوس ہونے لگتا ہے اور یہ عموماً دائیں شانے تک منتشر ہوتا ہے۔ یہ درد اکثر اس قدر شدید ہوتا ہے کہ مریض اکثر دوہرا ہو جاتا ہے، یا فرش یا بستر پر پیچ و تاب کھانے لگتا ہے۔ ممکن ہے کہ قشعریرہ ہو، اور مریض کا رنگ شاحب ہو جاتا ہے، وہ مبہوط ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی بکثرت پسینہ آ کر نبض صغیر، ضعیف اور عموماً سریع ہو جاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد درد دھیما اور مستمر ہو جاتا ہے، یہاں تک کہ ایک زیادہ حاد قسم کا تازہ حملہ ہو۔ یا درد جاری رہتا ہے اور اُس کے آغاز کے چند گھنٹوں یا ایک یا دو دن بعد پیشاب میں صبغۂ صفرا نمودار ہوتا ہے اور مریض یرقانی ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا خاتمہ اس طرح ہو کہ سنگ اثنا عشری کے اندر چلا جائے، اور ایسی صورت میں صفراء کا سیلان پھر آزادی کے ساتھ ہونے لگتا ہے، درد رفع ہو جاتا ہے اور یرقان بھی زیادہ تدریجی طور پر صاف ہو جاتا ہے۔ جب ایسا ہو تو سنگ صفراء کو براز میں تلاش کرنا چاہئے، جو اُس وقت ملتا ہے جب کہ براز کو پانی میں دھو کر اس دھوون کو ایک چھلنی میں چھانا جائے۔ جب سنگ مشترک قنات میں مغروز ہو جائے تو علامات اختلاف پذیر ہوتے ہیں لیکن سب سے زیادہ تمثیلی علائیہ "چارکاٹ"، متوالی قولنج قشعریرات، یرقان اور نقصانِ وزن ہے۔ چونکہ سنگہائے صفراء کے ساتھ

بالعموم التہاب مرارہ (ملاحظہ ہو) متلازم ہوتا ہے لہٰذا اس کے متناظر علامات بھی موجود ہونگے۔
تشخیص۔ قولنج صفراوی کا درد معدہ، معوی قولنج، کلوی قولنج وغیرہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے۔ لیکن سنگہائے صفرا کے گذر کے ساتھ درد ہمیشہ نہیں ہوتا، اور ممکن ہے کہ اس علامت کی غیر موجودگی کے سبب سے اُن اصابتوں کے سمجھنے میں غلط فہمی ہو جائے جن میں انفراز کے ساتھ یرقان ہوتا ہے۔ مشترک قنات کے تسدد سے پیدا شدہ یرقان کی اصابتوں میں، اگر مرارہ محسوس نہ کیا جا سکے تو تسدد سنگہائے صفرا کے باعث ہے۔ اگر ایک ڈھیلا موجود ہو تو تسدد غالباً کسی دوسرے سبب سے ہے، جو عموماً ایک بالیدہ ہوتی ہے (قانون کورواز ئیر Courvoisier's law =)۔
مزاولت میں یہ تقریباً ۹۰ فی صدی اصابتوں میں صحیح ہوتا ہے۔ سنگہائے صفرا لاشعاعوں کے سد راہ ہونے میں، اور اس طرح اپنے سایہ سے اپنی موجودگی ظاہر کرنے میں بڑی حد تک اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔ خالص کالیسٹرین کے سنگہائے صفرا لاشعاعوں کے لئے شفاف ہوتے ہیں، اور ایک منفی سایہ پیدا کرتے ہیں، یعنی مرارہ نگاشت میں ایک صاف رقبہ (صفحہ ۳۲ ب)۔ بائلی رنگین اور کیلشیم کے نمکیات موجود ہوتے ہیں تو وہ لاشعاعوں کے گذر میں سد راہ ہوتے ہیں (صفحہ ۳۱)۔ ایک نہایت ممیز منظر گول عنصت ہے، جس کا مرکز غیر شفاف ہوتا ہے اور اس مرکز کو ایک صاف تر تہ محصور کرتی ہے۔ اثنا عشری میں انبوبہ کے ادخال (duodenal intubation) سے کام لینا چاہئے۔
انذار۔ قولنج کے پہلے حملے میں انذار کا ناموافق ہونا ضروری نہیں ہے۔ بہت سے اشخاص متعدد حملوں کے بعد شفایاب ہو جاتے ہیں۔ لیکن سرطان ہو جانے کے امکان کو فراموش نہ کرنا چاہئے۔

علاج۔ التہاب مرارہ کا علاج ملاحظہ کرنا چاہئے۔
قولنج صفراوی کے حملہ کے لئے مریض کو گرم مشغل میں رکھنا چاہئے، اگرم تکمیدات اور پولٹسیں دائیں جانب پر لگانی چاہئیں۔ سب سے زیادہ آرام مارفیا کے ۱/۴ لم گرین کے تحت الجلد اشراب سے حاصل ہوگا جسے ضرورت ہو تو تین یا چار گھنٹوں میں مکرر دینا چاہئے۔ بعض اوقات کلوروفارم کے استنشاق سے عارضی



الف۔ شعاع نگاشت انتصابی وضع میں تاکہ مشقوب ہضمی قرحہ کی اصابت میں ہوا اور دائیں ڈایافرام کے درمیان گیس کی موجودگی دکھائی جائے۔ (لیوس ہم کے شفاخانہ میں لی گئی۔ میڈیکل سپرنٹنڈنٹ ڈاکٹر بیچ۔ نارکونڈس)



ب۔ مرارہ نگاری۔ کولسترال کے سنگوں کے قریب "منفی" سایے۔ (شعاع نگاشت مسٹر لنڈسے لاک۔ فی آر سی پی)

آرام ہو سکتا ہے۔ پیپاویرین ہائڈروکلورائڈ (papaverine hydrochloride)
(½ تا ⅓ گرین) بھی براہ دہن آزمائی جائے۔
جب سنگہائے صفرا مسلسل تکلیف کا باعث ہوں، یا جب شدید گرہن کا
خطرہ ہو تو مرارہ برآری (cholecystictomy) کا عملیہ کر کے سنگ یا سنگہائے
صفرا کو مرارے یا قناتوں سے نکال لینا چاہیے۔ ممکن ہے کہ مرارے کا استیصال
کر دینا مناسب ہو۔

تقیحی التہابِ قناتہائے صفرا

(suppurative cholangitis)

یہ ہمیشہ خرد عضویوں، مثلاً نبقاتِ سبحیہ، نبقاتِ عنقودیہ، نبقات رئویہ،
عصیہ محرقہ، اور عصیہ قولونی معمولی کی سرایت کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ اور مقامی
مرض جیسے کہ سنگہائے صفرا سے (جو اس کا عام ترین سبب ہے)، سرطان سے،
کیسۂ دودیہ کے قناتوں کے اندر پھٹ جانے سے، یا انفلوئنزا، ذات الریہ،
تپ محرقہ اور ہیضہ کی زیادہ عمومی سرایتوں سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سارے جگر کی
صفراوی قناتوں کا ورم اور دبازت پیدا ہو جاتی ہے اور جگر بڑا ہو جاتا ہے۔ یہ
قناتیں متسع ہو جاتی ہیں، تقیح کے کثیر التعداد مرکز پیدا ہو جاتے ہیں جو چھوٹے
یا بڑے پھوڑے بنا دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ التہاب منقراسی قنات تک پھیل کر
تقیحی التہاب منقراس پیدا کر دے یا سطح کے قریب کے پھوڑے مقامی یا عمومی
التہاب باریطون پیدا کر دیں۔ کبھی کبھی سرایت ایسی پھیلتی ہے کہ عمومی تقیح الدم
یا ساری التہابِ درون قلبیہ (infective endocarditis) پیدا کر دیتی ہے۔

علامات یہ ہوتے ہیں:۔ جگر پر درد اور الیمیت، عدم اشتہا، متلی،
قے، قشعریرہ، تپ، جو ملیریا کی طرح وقفہ دار ہو سکتی ہے، انبطاح، اور اکثر
یرقان۔ اس حالت کو بعض اوقات متوقف کبدی تپ کہتے ہیں۔ عموماً مرض کی
ترقی کے ساتھ جگر کی جسامت بڑھ جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ طحال بڑھ جائے۔ مرض
کی مدت چند ہفتوں سے لے کر کئی ماہ تک ہوتی ہے، اور یہ مرض مہلک ہوتا ہے۔

تشخیص۔ مُلاحظہ ہو تقیحی التہاب وریدالباب۔

علاج ۔ یہ صرف جراحی ہو سکتا ہے۔ جہاں ممکن ہو مرارے کو کھول کر یا جو قناتیں مل سکیں ان کو کھول کر قنات ہائے صفرا کی تسیل کرنی چاہیئے۔

بنقراس کا امتحان

بنقراس میں دو مختلف طرز کے افرازی خلیات ہوتے ہیں :۔ (۱) عُنیبی خلیئے جو بنقراسی رَس کا افراز کرتے ہیں اور (۲) جزائر لنگرہانس کے خلیئے' جو ایک ہارمون کا افراز کرتے ہیں' جو کاربوہائڈریٹ کے تحول کے لئے ضروری ہوتا ہے۔ یہ دونوں اقسام الگ الگ مبتلائے مرض ہو سکتے ہیں۔

تازہ مشاہدات سے ظاہر ہوا ہے کہ تندرستی میں ہضم کے دوران میں صفرا اور بنقراسی رَس کے درمیان حسب ذیل تعلق ہے :۔ غذائی سکون کے زمانہ کے دوران میں جگر مسلسل صفرا کا افراز کرتا ہے جو مرارے کے اندر مذخور کرلیا جاتا ہے۔ کھانے کے بعد معدے کے بوابی عضلۂ عاصرہ سے انقباض کی امواج دود یہ نیچے آنت کے طرف جاتی ہیں۔ انقباض کی ہر موج سے پہلے ایک منفی موجِ اِرتخار (negative wave of relaxation) واقع ہوتی ہے' چنانچہ آڈی (Oddi) کے مَرَخی عضلۂ عاصرہ کی راہ سے کچھ صفرا خارج ہو جاتا ہے۔ یہ صفرا رمعدے سے آئے ہوئے مافیہا کے ساتھ مخلوط ہو جاتا ہے' اور وہ اُسے ایک ایسا کافی تعادل دے دیتے ہیں کہ معائی غشائے مخاطی میں سے نمکیات صفرا کا انجذاب یقینی ہو جاتا ہے۔ یہ نمکیات صفرا خلیات میں سے ہو کر گذرتے ہیں اُن کے اندر کی سابق التکوین سکریٹین (secretin) کو جذب کرکے بابی خون کے اندر چلے جاتے ہیں۔ یہ سکریٹین لبلبہ سے افراز پیدا کراتی ہے اور آزاد شدہ صفراوی ملح جگر میں منتقل ہو جاتا ہے' جس سے صفرا کی ایک مزید مقدار کا افراز پیدا ہوتا ہے۔ سکریٹین مزید برآں مرارے کو ایک دیر پا انقباض کی حالت میں لے آتی ہے' لہٰذا اثنا عشری میں اور زیادہ صفرا داخل ہوتا ہے۔

سیکریٹین کا پیدا کردہ بنقراسی افراز صحیح pH کا سوڈیم بائی کاربونیٹ کا ایک مرتق محلول ہوتا ہے، جو سابق الستکوین خمیروں کو دھو ڈالتا ہے۔ خمیروں کی پیدائش کے لئے مختلف ہیجان کی ضرورت ہوتی ہے۔ اثنا عشری کے اندر ٹرپسونوجن کی فعال شدگی اینٹیروکائنیس (enterokinase) سپید خلیوں جراثیم وغیرہ سے ہوتی ہے (86)۔

بنقراس کے وظیفی کاشفات

بنقراس کے بیشتر وظیفی کاشفات کے ذریعہ یہ دریافت کیا جاتا ہے کہ آیا (ا) عنبیبی خلیات سے خارج ہونے والے بیرونی افراز کی قلت ہے، یا (ب) جزائر سے نکلنے والے اندرونی افراز کی قلت ہے۔ تاہم لیوی کا موسع حدقہ کاشفہ (Loewi's mydriatic test) (جو صرف چند اصابتوں میں مثبت ہوتا ہے، اور جوکولی گائٹر کی بعض اصابتوں میں بھی مثبت ہوتا ہے) بنقراس اور مشار کی نظام کے کسی باہمی وظیفی تعلق پر منحصر ہوتا ہے۔ یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا حدقات چشم مساوی ہیں اور معمولی تعامل کرتی ہیں، آنکھوں کا امتحان کیا جاتا ہے۔ ایک آنکھ کے اندر ایڈرینین (adrenin) (۱۰۰۰ میں ۱) کا محلول ٹپکا کر اس آنکھ کو بند کر دیا جاتا ہے۔ یہ پانچ منٹ کے اندر دوبارہ کر کیا جاتا ہے۔ ایک گھنٹے تک آنکھوں سے کام نہیں لیا جاتا۔ اگر اس عرصہ میں ایڈرینین یافتہ آنکھ کی پتلی دوسری آنکھ (جس سے معیار کے طور پر کام لیا جاتا ہے) کی پتلی کی بہ نسبت بڑی ہو گئی ہے تو یہ امتحان مثبت ہے اور بنقراسی مرض ظاہر کرتا ہے۔

بیرونی افراز کی قلت۔ شحم براذی (steatorrhœa) کو اتنک بنقراسی مرض کی ایک ممیز ترین امارت سمجھا جاتا ہے اور وہ یہ ہے۔ براز کے اندر مایع شحم خارج ہوتی ہے، جو سرد ہونے پر منجمد ہو کر سپید یا زرد ڈھیلے بنا دیتی ہے۔ پاخانے مقدار میں زیادہ، نرم یا سیال ہوتے ہیں۔ اور ان میں غیر تبدیل شدہ چربی کے علاوہ شحمی ترشے اور صابن موجود ہو سکتے ہیں۔ جہاں خالی آنکھ سے پاخانے میں تبدیل شدہ نظر نہ آئیں ممکن ہے کہ خوردبین سے ان میں کثیر التعداد شحمی کرکوئیے

409

اور شحمی ترشوں کی قلمیں نظر آئیں۔ کیمیائی طور پر شحم برازی کے درجہ کی تخمین کرنے کے لئے نہ صرف براز کے اندر کی چربی کا معلوم کرنا بلکہ غذا میں لی ہوئی چربی کا دریافت کرنا بھی اہم اور ضروری ہے۔ شدید اصابتوں میں ۵۰ تا ۶۰ فی صدی شحمی درآمد براز میں ضائع ہو جاتی ہے۔ طبعی شحمی نقصان صرف تقریباً ۱۰ فی صدی ہوتا ہے۔ اور شحم خشک کردہ براز کا $\frac{1}{4}$ ۔ $\frac{1}{3}$ سے زیادہ حصہ نہیں ہوتی، اور اس میں سے $\frac{1}{4}$ ۔ $\frac{1}{3}$ سے زیادہ حصہ گلسرین اور شحمی ترشہ میں مشقوق نہیں ہوتی۔

اس امر میں کہ شحم برازی عموماً بنقراسی الاصل ہوتی ہے شبہ کرنے کیلئے دو وجوہ ہیں :۔ (۱) وہ نہایت عام طور پر اس وقت ناقص انجذاب سے پیدا ہو جاتی ہے جب کہ شکمی تدرن یا بالیدہ سے لبنیات متسدد ہو گئے ہوں۔ ان اصابتوں میں پاخانے میں کی چربی بڑی حد تک مشقوق ہوتی ہے۔ (۲) اس امر کی شہادت پیش ہو رہی ہے کہ انجذاب شحم کے لئے بنقراسی رس اتنا اہم عامل نہیں کہ جتنا معاء میں صفرا کی موجودگی۔ فی الحقیقت، بنقراسی قناتوں کی تجربی بندش یا استیصال سے اس انجذاب پر اثر پڑتا نہیں معلوم ہوتا (74)۔ پیدائشی شحم برازی بھی بیان کی گئی ہے، اور اسہال، شکمی مرض (cœliac disease) اور معدی قولونی ناسور میں پاخانے میں چربی زیادہ ہو جاتی ہے، اور پاخانے بڑی جسامت کے ہوتے ہیں۔

لحم برازی (creatorrhœa) ٹرپسین (trypsin) کی غیر موجودگی کے سبب سے ہوتی ہے۔ غیر منہضمہ مخطط عضلہ کے کثیر التعداد ریشے، جو غذا میں کھائے ہوئے گوشت سے حاصل ہوتے ہیں، خردبین سے پاخانے کے اندر دیکھنے میں آتے ہیں۔ وافر اسہال میں بھی لحم برازی ہو جاتی ہے، چنانچہ اس مغالطہ کو رفع کرنے کے لئے لحمی غذا کے ساتھ چارکول پینے کو کہہ لیا جاتا ہے، اور سیاہ پاخانے کا امتحان صرف اسی صورت میں کیا جاتا ہے جب کہ وہ ادخال غذا کے بعد اٹھارہ تا تیس گھنٹوں کے درمیان خارج ہو (87)۔

بول میں ڈایاسٹیس (diastase)۔ یہ امتحان چوبیس گھنٹے کے بول کے نمونہ پر کیا جاتا ہے۔ صحیح نتائج حاصل کرنے کے لئے سب سے پہلے یہ ضروری

ہے کہ بول کی تعدیل $\frac{N}{10}$ سوڈیئم ہائیڈریٹ یا ہائیڈروکلورک ایسڈ کے ساتھ کریں یہاں تک کہ ترشگی وجۂ انسب سی ہو جائے، یعنے بول کا pH ۷ر۶ ہو۔ یہ حالت اُسوقت ہوتی ہے جب کہ بول میں فینال ریڈ (phenol red) کو بطور ایک مظہار کے ملانے سے ایک خفیف سی گلابی جھلک پیدا ہوجاتی ہے (92)۔ اس بول کے ۶ر۰، ۴ر۰، ۲ر۰، اور ۱ر۰ سی سی چار نلکیوں میں رکھ کر اُن میں طبعی مالح (۹ر۰ فی صدی) ملاکر ہر ایک کو ایک سی سی کر دیا جاتا ہے۔ بول کو طبعی مالح سے دس گنا مرقق کر کے پھر یہی طریقہ اختیار کیا جاتا ہے، اور آٹھ نلکیوں میں ایسی طاقتوں کا بول ہوجاتا ہے جو ۶ر۰، ۴ر۰، ۲ر۰، ۱ر۰، ۰۶ر۰، ۰۴ر۰، ۰۲ر۰، ۰۱ر۰ سے متناظر ہوتی ہیں۔ پھر ہر نلکی میں ۱ر۰ فی صدی حل پذیر نشاستہ کے ۲ سی سی ملا دیئے جاتے ہیں۔ پھر ان نلکیوں کو نصف گھنٹے کے لئے ۳۹ درجہ سینٹی گریڈ پر محتضن کر لیا جاتا ہے۔ ٹھنڈا ہونے کے بعد ان نلکیوں میں سلسلہ وار ۱ر۰ طاقت والے بول کی نلکی سے شروع کر کے، $\frac{N}{50}$ آیوڈین قطرہ قطرہ کر کے ملا دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ اُن میں رنگ کا تغیر موقوف ہوجائے۔ ایسی سب سے پہلی نلکی کہ جس میں نیلا رنگ نہیں نمودار ہوتا، بول کے اندر ڈایاسٹیس کی مقدار ظاہر کرتی ہے، جو ۲ کو اُس نلی کی طاقت سے تقسیم کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ مثلاً اگر ۰۶ر۰ نلی میں نیلا رنگ نہ پایا جائے تو ڈایاسٹیس کی مقدار ۳۳ر۳ اکائیاں ہوگی۔ ڈایاسٹیس کی طبعی مقدار ۱۰ اور ۴۰ کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بنقراسی مرض میں بول کے اندر ڈایاسٹیس کی مقدار (یعنی ڈایاسٹیس کا نمائندہ) زیادہ ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا تعلق دراصل بنقراس کے اندرونی افراز سے ہو۔ کیمج (Cammidge) یقین کرتا ہے کہ اس افراز کی قلت، کبدی ڈایاسٹیس کو خون کے اندر رہا کر کے بول میں اُس کی مقدار کی زیادتی پیدا کر دیتی ہے۔

اندرونی افراز کی قلت۔ نمایاں اصابت میں یہ شکر بولیت پیدا کر دیتی ہے، اور نسبتہً کم نمایاں اصابتوں میں ممکن ہے کہ تحمل شکر میں کمی ہو جائے۔ اس کے جانچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض کو ڈیکسٹروس کی ایک معتاد دے کر دموی شکر کی زیادتی کو دیکھا جائے، نیز یہ بھی کہ بول میں کوئی شکر خارج ہوئی ہو

یا نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 468)۔ کیمج، فارسایتھ (Forsyth) اور ہاورڈ (Howard) کی تازہ تحقیقات نہایت بڑی نظری دلچسپی رکھتی ہے، اور ممکن ہے کہ اُس سے بنقراس کے اندرونی افراز کی قلت کو اُس کے ابتدائی مدارج میں دریافت کرنے کے قسیمتی ذرایع حاصل ہو جائیں۔ اُن کا خیال ہے کہ جگر میں ایک نشاپاشش خمیر موجود ہوتا ہے، جو گلائکوجن کو توڑتا ہے اور ڈیکسٹرین (dextrin) جیسے اجسام کے ایک درجہ میں سے گذرتا ہوا ڈیکسٹروس بنا دیتا ہے۔ طبعی حالت میں بنقراس کا اندرونی افراز اِس خمیر کی فعالیت کو روکے رکھتا ہے۔ اگر بنقراس کا اندرونی افراز کم ہے تو سب سے پہلے یہ ہوتا ہے کہ خون اور بول میں (کہ جس میں یہ ڈیکسٹرنز خارج ہوتے ہیں) ان ڈیکسٹرنس کی زیادتی ہو جاتی ہے، لیکن دموی شکر تقریباً اپنے طبعی لیول پر رہتی ہے۔ اِس کے ایک نسبتہً بعد کے درجے میں یہ ڈیکسٹرنس پورے طور پر ٹوٹ کر ڈیکسٹروس بن جاتے ہیں، چنانچہ اب بیش شکر دمویت اور شکر بولیت پیدا ہو جاتی ہے، اور خون اور بول میں سے ڈیکسٹرنس غائب ہو جاتے ہیں۔ یہی آخری حالت ذیابیطس شکری میں پائی جاتی ہے۔ خون کے اندر ڈیکسٹرنس کی مقدار کی پیمائش کرنے کے لئے ہائڈروکلورک ایسڈ کے ذریعہ اُن کی آب پاشیدگی عمل میں لائی گئی جس سے وہ ڈیکسٹروس میں متغیر ہو گئے۔ پھر مجموعی ڈیکسٹروس کی تخمین کی گئی۔ اِس مقداریں اور ڈیکسٹروس کی اُس مقدار میں کہ جو ابتدائی خون کے اندر آب پاشیدگی سے پہلے موجود تھی، جو قدر فرق ہے، اِس سے ڈیکسٹروس کی وہ مقدار حاصل ہوتی ہے جو ڈیکسٹرنس کی وجہ سے تھا۔ بول کے لئے بھی یہی طریقہ استعمال کیا جا سکتا ہے، یا وہ راست طریقہ کام میں لایا جا سکتا ہے جس میں آیوڈین استعمال کرنی پڑتی ہے۔ یہ تخمینیں اصلی تعامل کیمج کی بجائے ہیں، جو کہ غیر معتبر ہے۔

410

امراضِ بنقراس

حاد التہابِ بنقراس

(acute pancreatitis)

اَمراضیات۔ تجربی اور سریری مشاہدات ظاہر کرتے ہیں کہ حاد التہابِ بنقراس' اصابتوں کی اکثریت میں اولاً جراثیمی سرایت کے باعث ہوتا ہے' جو ٹرپسنوجن (trypsinogen) کو ٹرپسین (trypsin) میں متغیر کر کے بنقراسی رس کو فعال بنا دیتی ہے۔ مَرضی غذے کے ممیز مناظر' فعال بنقراسی رس سے اُس کے ہضم ہو جانے کے باعث ہوتے ہیں۔ قریبی سے حاد التہابِ بنقراس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے' اور یہ حملے بار بار ہو کر بالآخر ایک آخری حادثہ میں منتہی ہو سکتے ہیں۔ یہ التہاب عموماً سنگہائے صفرا یا التہابِ مرارہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ لیکن حاد التہابِ بنقراس میں سنگِ صفرا کا انتفاخِ واتیر میں مغروز پایا جانا بہت عام نہیں' اور جب یہ حالت انغراز ہوتی ہے تو سنگ غالباً اتنا کافی بڑا ہوتا ہے کہ قناتِ ورسنگ (Wirsung's duct) کے مخرج کو مسدود کرتا اور صفرا کو اوپر بنقراس کے اندر جانے سے روک دیتا ہے۔ تاہم یہ ممکن ہے کہ چھوٹے سنگ انتفاخ کے مقام پر مغروز ہو کر بنقراسی قنات میں وقفہ دار رکود پیدا کر دیں' اور متلازم سرایت جو صفراوی قناتوں سے پھیلتی ہے حملہ کو شروع کر دیتی ہے۔ قولنجِ صفراوی کے متواتر خفیف حملوں کی روئداد کا حاصل ہونا بالکل عام ہے' جو اس مفروضہ کے ساتھ مطابقت کرتا ہے۔ حاد التہابِ بنقراس سرایت کے دوسرے متصلہ مرکزوں سے شروع ہو سکتا ہے' جیسے کہ اثنا عشری قرحہ اور التہابِ قناتہائے صفراویہ' اور بعض اوقات وہ ایسے ساری امراض' جیسے کہ تپِ محرقہ' تقیح الدم اور عفونت الدم' نیز کن کاف (mumps) میں واقع ہو جاتا ہے۔ بنقراس اور غددِ ریقیہ کی باہمی مشابہت ساخت کی وجہ سے آخر الذکر حالت دلچسپی سے

خالی نہیں۔

حاد نزفی التہابِ بنقراس (acute hæmorrhagic pancreatitis)
میں بنقراس متورم اور حتہ ہو جاتا ہے اور اُس میں سرخ یا بھورے سے لے کر سیاہ تک منقط ہوتا ہے' اور ساتھ ہی سطح پر اور رخنکی بافت میں نزفات ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خون بذریعۂ وعائی بدری متصل ساختوں میں چلا جائے' یا کہفۂ باریطونی کے اندر خون آلود سیال موجود ہو۔ خرد بین سے بنقراس کی سنخیتی بافت تخنزی پائی جاتی ہے' اور اس کے ساتھ عموماً التہاب بھی ہوتا ہے' جیسا کہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی دریزش سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ غالباً بنقراسی رس سے انہضام ہونے کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ شحمی تنخر ہمیشہ ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے۔ بنقراس میں اور متصلہ تحت الباریطونی شحم میں' بعض اوقات گرد کلوی' واسطی اور گرد قلبی شحم میں بلکہ تحت الجلدی شحم تک میں ماند زرد یا غیر شفاف سپید رنگ کے چھوٹے چھوٹے تودے ہوتے ہیں' جو متصلہ تندرست چربی سے واضح طور پر متفرق' اور بعض اوقات ایک تنگ نزفی منطقہ سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ خارج شدہ بنقراسی افراز کے شحم پاش خمیر (لائپیس = lipase) کے اُس عمل سے پیدا ہو جاتے ہیں جو وہ چربی پر کرتا ہے۔ رہا شدہ شحمی ترشے کیلیم کے اساس کے ساتھ شریک ہو جاتے ہیں' اور گلیسرین جذب ہو جاتی ہے۔

ایک نسبتۃً بعد کے درجے میں' یا اگر یہ عمل زیادہ مزمن ہے تو تقیحی التہابِ بنقراس (suppurative pancreatitis) واقع ہو جاتا ہے۔ بنقراس بڑا' متورم' اور پیپ سے درریختہ ہوتا ہے۔ یا اُس میں جُدا جُدا پھوڑے موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک آدھ پھوڑا کہفۂ باریطونی کے اندر' یا معدے یا آنت کے اندر پھوٹ پڑے' بابی اور طحالی اوردہ کی علقیت اور سرایت بھی واقع ہو سکتی ہے اور ساتھ ہی جگر میں سروحی پھوڑا بھی ہو سکتا ہے۔ مختلف اصابتوں میں معمولی عصیۂ قولونی اور ریم ساز عضویے پائے جاتے ہیں۔ دونوں شکلوں میں ممکن ہے کہ حاد التہابِ باریطون سے بالآخر ہلاکت واقع ہو جائے۔

علامات۔ جب التہابِ بنقراس نکاف کے دوران میں واقع ہوتا ہے تو

411

قئے اور شراسیفی درد کے ساتھ شراسیفی خطے میں ورم اور الیمیت موجود ہوتی ہے ۔
نسبتہً زیادہ شدید نزفی التہاب بنقراس کی خصوصیت شکم کے بالائی حصے میں
شدید بلکہ جاں گداز درد ہے' جو پھیل کر پشت تک پہنچتا ہے ۔ وہ مثقوب ہضمی
قرحہ کے درد کے نسبت زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے' اور اکثر مارفیا سے رفع نہیں ہوتا ۔
تاہم استواری عموماً زیادہ نہیں ہوتی' کیونکہ سیال کی دافع عفونت نوعیت کے
باعث عموماً عمومی التہاب باریطون نہیں ہوتا ۔ شاید پروٹین یاش اشیا کے
انجذاب کی وجہ سے صدمہ' جس کے ساتھ زراق ہوتا ہے' جلد ہی پیدا ہوجاتا ہے ۔
اکثر بظاہر تندرستی کی حالت کے دوران میں علامات بالکل یکایک پیدا ہوجاتے
ہیں ۔ بعض اوقات چند گھنٹوں کے بعد شکم کے بالائی حصے میں ایک محدود المقام
الیم ورم نمودار ہوجاتا ہے' لیکن تشخیص کے مشکلات ایسے ہیں کہ اکثر غلطی سے اس
حالت کو معوی تسدد (intestinal obstruction) سمجھ کر اس کے ازالہ کی غرض
سے شکم چاک کردیا گیا ہے ۔ یہ اصابتیں عموماً چار یا پانچ دنوں کے اندر مہلک ثابت
ہوتی ہیں' لیکن بعض ایسی بھی ہیں جو شکم شگافی کے بعد شفایاب ہوگئیں ۔ تقیحی
التہاب بنقراس کے علامات بھی اس کے مماثل لیکن نسبتہً کم نمایاں اور کم حاد
ہوتے ہیں' اور ممکن ہے کہ مرضی حالت کئی مہینوں تک جاری رہے ۔ سلعہ صرف
مریضوں کی ایک چوتھائی میں محسوس ہوتا ہے' اور یہ تاچہ باریطونی صغیر میں سیال کے
اجتماع کے باعث ہوتا ہے ۔ اکثر ایسے علامات کا اندراج نہیں ہوا ہے جو بنقراسی تطیول
کے فشل سے منسوب کی جاسکیں' لیکن اس کی وجہ شاید یہ ہو کہ ان کی تلاش ہی نہیں
کی گئی ۔ شکر بولیت اور بولی ڈایاسٹیس کی زیادتی سے تشخیص میں قیمتی امداد ملے گی ۔
بعض اوقات یرقان موجود ہوتا ہے ۔

علاج ۔ اگر علامات ضروری التوجہ ہوں تو شکم شگافی کا عملیہ فوراً انجام
دینا چاہیئے ۔ ممکن ہے کہ دریافت شدہ حالت مقامی تدابیر کی متقاضی ہو ۔ مثلاً
ایک نزفی ضرر کی حالت میں بنقراس میں شگاف دے کر اور نزف کو بندش
کے ذریعہ روک کر تسئیل قائم کردی گئی ۔ تقیحی التہاب بنقراس کی حالت میں پھوڑے
میں شگاف دینا اور تسئیل کرنا قطعاً ضروری امور ہیں ۔ عملیہ کوئی بھی ہو اس میں مرارہ

اور مشترک قنات صفرا کا امتحان التہاب مرارہ اور سنگہائے مرارہ کے لئے کر کے مرارہ کی تسئیل کر دینی چاہیئے۔

مزمن التہاب بنقراس

(chronic pancreatitis)

یہ زخنکی بافت کو متاثر کر کے بہت لیفی بالیدگی پیدا کر دیتا ہے، جس سے نتیجۃً غدی ساختوں کا ذبول پیدا ہو جاتا ہے، جو کہ بہت جگر میں پائے جانے والے تغیرات سے مماثل ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ اس مرض میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ مزمن التہاب بنقراس میں بھی لیفی جال عنیبات کے بڑے گروہوں کو محصور کرے (بین لختکی == interlobular)، یا نسبتۃً بہت زیادہ شاذ طور پر منفرد عنیبات کو محصور کرے (بین عنیبی == ioteracinar)۔ عموماً اس عضو کا سر سب سے زیادہ ماؤف ہوتا ہے۔ جرم نہایت کثیف اور سخت ہو جاتا ہے، اور نسبتۃً قلیل الوقوع بین عنیبی شکل میں ممکن ہے کہ بہت کلاقی واقع ہو جائے۔ مزمن التہاب بنقراس کی تسبیب بالکل وہی ہے جو کہ حاد التہاب بنقراس کی تسبیب ہے۔ وہ عموماً متصلہ التہابات جیسے کہ باریطون کے، قنات صفرا کے، معدے اور آنتوں کے التہاب، مثلاً التہاب زائدۂ دودیہ کے پھیلنے سے پیدا ہو جاتا ہے، جس سے ساری عضویے اوپر کو بنقراسی قناۃ میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ نیز وہ بنقراسی قنات میں انجمادات کی موجودگی سے، یا محبوس بنقراسی افرازات کی موجودگی سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یا سرطان سے قنات کے مضغوط ہو جانے سے، یا مرض قلب سے وریدی امتلاء ہو جانے سے پیدا ہو جاتا ہے، اور شاید آتشک سے اور الکحل کے ناجائز استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سنگہائے صفرا مزمن التہاب بنقراس کا ایک عام سبب ہیں بالخصوص اُس وقت جب کہ ایک سنگ انتفاخ واتیرین، یا مشترک قنات میں واقع ہو، یا جب اُن کی موجودگی کا یہ نتیجہ ہو کہ عفونی التہاب قنات ہائے صفرا پیدا ہو گیا ہو۔ قناتی تسدد اور سرایت کی ان مثالوں میں سے بیشتر میں بین لختکی شکل کا مزمن التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ صلابت الشرائین (arterio-solerosis) بھی

مزمن بنقراسی التہاب کا ایک سبب ہے، جو اِس صورت میں عموماً بین عنیبی قسم کا ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ بین لختکی شکل میں بنقراس کثیف اور سخت ہوجاتا ہے، اُس میں لیفی بافت کے چوڑے بند لختکوں اور مدفون رقبوں کے درمیان دوڑتے ہیں، ان رقبوں میں سے بعض تو متکسر غدی جرم کے ہوتے ہیں اور بعض خوب مصئون بافت کے۔ بالعموم جزائر لنگرہانس غیر متاثر رہتے ہیں۔ بین عنیبی شکل میں عنیبات مذبول ہوجاتے ہیں، اور جزائر لنگرہانس اکثر اوقات لمف آسا خلیوں کی دررنزشش سے اور صلابت سے ماؤف ہوجاتے ہیں۔

412

مزمن التہاب بنقراس کی یہ ہر دو شکلیں چربی کے بڑے جماؤ (شحم سلعیت = lipomatosis) سے پیچیدہ ہوسکتی ہیں، بالخصوص اُن اشخاص میں جن کو فربہی کی شکایت ہو۔

علامات۔ راقم الحروف کا ایک مریض ایک ۴۹ سالہ شخص تھا، جسے بالکل اثنا عشری قرحے سے مشابہ علامات تھیں، اور ساتھ ہی اُس کا معدہ چھوٹا اور متعرض تھا، جو بہ سرعت خالی ہوجاتا تھا، لیکن نہ تو کلاہ کا تشوّہ تھا اور نہ مخفی خون موجود تھا۔ مشتبہ سنگہائے صفرار کے لئے جراحی عملیہ انجام دیا گیا، لیکن صفراوی خلط وغیرہ طبعی پائے گئے۔ دوسری اصابتوں میں کوئی علامات نہیں ہوتے، یا سوء ہضم کے مبہم سے علامات ہوتے ہیں، یا ممکن ہے کہ نحول کے ساتھ نمایاں بنقراسی قلت موجود ہو۔ مزید برآں ممکن ہے کہ بنقراس کا متورّم سر مشترک صفراوی قنات کو جو اس کے اندر محصور ہوتی ہے مضغوط کر دے اور اس طرح تسددی یرقان پیدا کر دے۔ اس کا نتیجہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ عملیہ کر دیا جاتا ہے، جس کے بعد ایک تخت بنقراس محسوس ہوتا ہے۔ تقریباً ایک ثلث اصابتوں میں یہ ڈھیلا التہاب بنقراس کی وجہ سے ہوتا ہے، اور دو ثلث اصابتوں میں بنقراس کے سر کے سرطان کے باعث۔

جہاں مزمن التہاب بنقراس کے باعث ذیابیطس شکری پیدا ہوجاتا ہے، اوپائی (Opie) بیان کرتا ہے کہ یہ تقریباً بالکل بین عنیبی شکل سے پیدا

ہوتا ہے، جس میں بالخصوص جزائر لنگر ہانس متضرر ہوتے ہیں۔ بین لختکی شکل سے ذیابیطس شکری صرف انتہائی اصابتوں میں اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ انحطاطی عمل ان جزائر تک پہنچ جاتا ہے جو کہ لختکوں کے مرکز میں واقع ہیں۔

علاج ۔ چونکہ بہت سی اصابتوں میں مزمن التہاب کو صفراوی اور بنقراسی قناتوں کی، اور معدی معوی غشائے مخاطی کی اختلالی حالتوں سے منسوب کیا جاسکتا ہے، لہذا ان اولی اختلالات کے علاج کی طرف سب سے پہلے توجہ کرنا چاہئے۔ اول الذکر حالت میں اکثر اخراج سنگ کے لئے جراحی عملیہ کی ضرورت ہوگی اور آخر الذکر حالت میں موزوں غذائی اور دوائی علاج کی ضرورت ہوگی۔ ایسی اصابتوں کا بھی اندراج ہوا ہے جن میں مرارے میں سے اطالت پذیر تسکیل کرنے سے علامات میں کامیابی کے ساتھ تخفیف حاصل ہوگئی ہے۔

سنگ ہائے بنقراس

(pancreatic calculi)

ان کا وقوع ادھیڑ عمر کے آدمیوں میں ممکن ہے۔ یہ ہرگز عام نہیں ہیں۔ یہ قناتوں کی تازلت سے اور افراز میں تاخیر ہو جانے سے منسوب کئے جاسکتے ہیں، اور کیلسیم کاربونیٹ اور کیلسیم فاسفیٹ پر اور بعض اوقات کیلسیم آگزیلیٹ پر مشتمل ہوتے ہیں۔ یہ ریتی کے ذروں جیسے، یا اتنے بڑے کہ ہیزل نٹ (hazel-nut) کے برابر اور عموماً گول یا بیضوی، اور کبھی ناہموار یا شاخ دار ہوسکتے ہیں۔ رنگ میں یہ سپید یا رمادی مائل سپید، بعض اوقات بھورے یا تقریباً سیاہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ قنات یا اس کی شاخوں کو مسدود کر دیتے ہیں اور قناتوں کا اتساع، احتباسی ڈویرے، حاد التہاب مع تقیح یا مزمن تصلب گئے بلکہ گردو پیش کے حصوں تک میں التہاب پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ شاذ ہی علامات پیدا کرتے ہیں، اِلّا یہ کہ یہ علامات ان کے ثانوی اثرات سے پیدا ہو جائیں، مثلاً اُس التہاب سے جو یہ پیدا کر دیتے ہیں، یا ڈویروں کے بننے سے، یا غتنے کے ذبول یا لیفیت کے پیدا ہو جانے سے۔

تشخیص، شعاع نگاری کے ذریعہ اور سنگوں کے لئے پاخانوں کا امتحان کرکے کی جاتی ہے۔ ان کو کبھی کبھی جراحی عملیہ کے ذریعہ سے نکالنے میں کامیابی ہوئی ہے، بیشتر اصابتوں میں قنات ورسنگ سے۔

بنقراس کے نوامیے اور دُویرے

سرطان (carcinoma) جو تقریباً ہمیشہ اوّلی ہوتا ہے، بنقراس کا اہم ترین سلعہ ہے۔ یہ اکثر غدے کے سر میں محدود ہوتا ہے۔ یہ ایک بے قاعدہ گرہکی سخت سلعہ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ اتنی کافی جسامت رکھتا ہو کہ موزوں حالات کے تحت اسے جدار شکم میں سے محسوس کرنا ممکن ہو۔ جوں جوں یہ گرہ کیں جسامت میں بڑھتی جاتی ہیں بنقراسی قنات کے تسدد ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، جس سے ایک دُویرہ بن جاتا ہے۔ کبھی کبھی دباؤ سے یا مزمن التہاب کے پھیلنے سے مشترک صفراوی قنات مسدود ہو جاتی ہے، جس سے یرقان پیدا ہو جاتا ہے۔ درحقیقت ادھیڑ اور مسن اشخاص میں یرقان پیدا ہونے کا ایک عام سبب یہی ہے، دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ سرطان معدے، اثناعشری، باریطون، فقرات، یا دوسری ساختوں کو بھی ماؤف کر دے۔ علامات مزمن التہابِ بنقراس کی علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن نحول عموماً نمایاں ہو جاتا ہے۔

بنقراسی دُویرے (pancreatic cysts)۔ یہ بیشتر اوقات بنقراس کی دم اور جسم میں نمو یاب ہو جاتے ہیں۔ یہ قناتِ ورسنگ کے تسدد کی وجہ سے (جو سنگ سے پیدا ہو جائے، یا باہر سے دباؤ پڑنے کے باعث ہو) احتباسی دُویرے ہو سکتے ہیں۔ دوسرے دُویرے جرم غدہ کے اندر بنتے ہیں جو نزفی التہابِ بنقراس کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ متصلہ باریطون میں کاذب دُویرے (pseudo-cysts) نمو یاب ہو جاتے ہیں جس کی وجہ سیال کا انسکاب ہے، اس خراشش آور بنقراسی رس کی ترقیق کے لئے جو حاد التہاب بنقراس کے باعث رہا ہوتا ہے۔

ایک کافی جسامت رکھنے والا دویرہ شکم کے بالائی حصے میں خط وسطانی میں

یا اُس کے ایک طرف، ایک گلو بیہ نمارسولی بنا دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ قولون مستعرض کے نیچے اُبھر آئے اور ایک بیضی دَوِیرے سے مشابہ ہو، گو نیچے سے جس کرنے پر یا اوپر کے طرف دھکیلا جا سکتا ہو۔ یہ معدے اور قولونِ مستعرض کے درمیان یا جگر اور معدے کے درمیان آگے کی طرف بروز کر سکتا ہے۔ اِس کے تعلقات کی تعیین لا شعاعوں سے (غیرشفاف غذا کے بعد) یا کھو کھلے احشا کے نفوخ کے بعد قرع کے ذریعہ سے کی جا سکتی ہے۔ بنقراسی سلعہ اکثر گہرے شہیق کے دوران میں ساکن رہتا ہے، لیکن اگر وہ ڈایافرام سے متماس ہے تو ممکن ہے کہ وہ ½ یا ¾ انچ نیچے کے طرف حرکت کرے۔ اُس کے اندر کا سیال مکدّر، بھورے سے یا سبزی مائل رنگ کا، قلوی اور البیومینی ہوتا ہے اور اُس کی کثافت نوعی ۱۰۱۰ تا ۱۰۲۰ ہوتی ہے۔ اُس کے اندر متغیر شدہ دموی لون اور مختلف بنقراسی خمیر موجود ہو سکتے ہیں۔ سخول اور بعض اوقات ذرد یا یرقان موجود ہوتا ہے۔ پیشاب میں بعض اوقات شکر موجود ہوتی ہے۔

وہ اورام جن کا اُس کے ساتھ خلط ملط ہو جانا بہت ممکن ہے، یہ ہیں:- دوسرے کسی عضو کا کیسیتی دَوِیرہ، استقسار الکلیہ (hydronephrosis) محدود القّاتم التہابِ باریطون، اور بیضی مرض۔ اگر وہ زیادہ تر بائیں طرف ہے اور شہیق سے حرکت کرتا ہے تو وہ ایک طحالی یا کلوی سلعہ سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ امتصاص کے ذریعہ سے حاصل شدہ سیال کی نوعیت سے امداد حاصل ہونی چاہئے۔ بنقراس کے پیدائشی دَوِیرے اور کیسیتی دَوِیرے شاذ ہی ہوا کرتے ہیں۔

علاج۔ بنقراسی دَوِیروں کا علاج اکثر شگاف اور تسئیل سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے۔ دوسرے سلعات کے تدارک میں نسبتہً کم آسانی ہوتی ہے، اور اُن کا علاج یہی ہونا چاہئے کہ علامات میں تخفیف حاصل ہو جائے۔ اگر سلعہ کا استیصال ناممکن ہو تو مرارہ شگافی اور مراری معوی تفجیر سے کچھ آرام حاصل کیا جا سکتا ہے۔

امراضِ باریطون

حادالتہاب باریطون

(acute peritonitis)

بحث اسباب۔ حاد التہاب باریطون محمولۂ خون سرایت سے ہو سکتا ہے، یعنی نبقی ریوی التہاب باریطون، اور نہایت شاذ صورتوں میں نبقی سبحی التہاب باریطون۔ اکثر الوقوع سبب شکمی احشار کا کوئی ضرر ہوتا ہے، جیسے کہ مثقوب حصنی قرحہ، لفائفی کے مثقوب محرقی یا تدرنی قروح، اور قولون کے زحیری قروح، اعوری زائدہ کا التہاب اور اغشاث، جگر کے پھوڑے، مرارے کا تقیح حادمعوی تسدد مع تحنیق کے، طحال کا انفعام اور خراج، وہ کثیر التعداد التہابی ضررات جو عورتوں کے حوضی اعضار کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتے ہیں، جیسے التہاب الرحم (metritis)، التہاب نزور حمہ (parametritis)، التہاب مبیض، التہاب انبوبۂ فلوپی (salpingitis)، حوضی دموی قیلہ (pelvic hæmatocele)، اور بعض اوقات وہ سرایت جو التہاب حوض الکلیہ (pyelonephritis)، گرد کلوی التہاب (perinephritis)، خراج خصری (psoas abscess)، حاد ذات الجنب یا تقیح الصدر سے پھیل جاتی ہے۔ لیکن تقیح الصدر کا التہاب باریطون پیدا کرنا اتنا عام نہیں ہے کہ جتنا عام ایک باریطونی خراج کا تقیح الصدر پیدا کرنا۔ ان میں سے بہت سی اصابتوں میں کہفۂ شکمی کے اندر مایعات، جیسے کہ غذا، براز یا پیپ کے اخراج سے اور ان کے ساتھ ساری خرد عضویے منتقل ہو جانے سے التہاب باریطون شروع ہو جاتا ہے۔ معدی اور معوی قروح کے انثقاب کی حالت میں اور التہاب زائدۂ دودیہ میں اور پھوڑوں کے پھٹ جانے میں یہی ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں التہاب مصلی تہ تک پھیل جاتا ہے، یعنی خرد عضویے بافتوں کے اندر بلا کوئی بین انشقاق پیدا ہوئے داخل ہو جاتے ہیں۔

باریطون کے زخموں کے بعد، خواہ یہ تضرر کی وجہ سے ہوں یا جراحی کارروائی میں پیدا ہو جائیں، التہاب باریطون ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ کبھی کبھی مرض برائٹ، خواہ یہ حادہ ہو یا مزمن، التہاب باریطون کا سبب مُعِدّ ہو جاتا ہے۔

جرثومیات۔ التہاب باریطون پیدا کرنے والے خرد عضویے یہ ہوتے ہیں:۔ عموماً معمولی عصیہ قولونی اس وقت ہوتا ہے جب کہ باریطون میں امعاء سے سرایت پہنچے، جیسے کہ التہاب زائدۂ دودیہ یا انثقاب معاء میں، یا جب صفراوی راستوں سے سرایت پہنچے۔ نبقہ سبحیہ اور نبقہ عنقبیہ التہاب باریطون میں اس وقت پائے جاتے ہیں جب کہ وہ حوضی اعضاء کے ضررات سے یا شکمی دیواروں سے ماخوذ ہو۔ نبقہ ریویہ بھی ملتا ہے۔ اس کا باریطونی التہاب اوّلی ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ وہ ذات الریہ کے ساتھ متلازم ہو، یا ممکن ہے کہ وہ نبقی ریوی عفونت الدم کا ایک جزو ہو۔ دوسرے جراثیم جو کمتر پائے جاتے ہیں یہ ہیں:۔ عصیہ محرقیہ (B. Typhosus)، عصیہ ریم ازرق (B. pyocyaneus)، گیس آفرینش لبنی عصیہ (B. lactis aerogenes)، خرد نبقہ چہار زا (Micrococcus tetragenes) اور خرد نبقہ سوزاک۔ امیبائے قولونی امیبائی زحیر میں پایا گیا ہے کبھی کبھی عصیہ دفتریہ حاد التہاب پیدا کر دیتا ہے لیکن بہت زیادہ عام طور پر وہ ایک مزمن قسم کا التہاب پیدا کرتا ہے۔

مرضی تشریح۔ باریطون میں جو تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں وہ اُن تغیرات سے مماثل ہیں جو التہاب پلیورا کی حالت میں پلیورا میں واقع ہوتے ہیں۔ پہلے پہل عروقیت کی زیادتی کی وجہ سے سُرخی ہوتی ہے، اور اگر کہفۂ شکم کا امتحان اس ابتدائی درجے میں کیا جائے تو عموماً دیکھنے میں آتا ہے کہ امعاء کی سرخی آنت کے طول میں اس مقام پر متوازی دھاریاں بنا دیتی ہے کہ جہاں تین باریطونی سطحیں ملتی ہیں، یعنے آنت کے دو لچھے اور شکم کی اگلی دیوار یا آنت کے تین لچھے۔ اس مقام پر دوسری جگہ کے نسبت دباؤ کم ہوتا ہے، چنانچہ امتلا اور ارتشاح پہلے یہیں واقع ہوتے ہیں، اور آنت کے برابر برابر ایک فضا بنا دیتے ہیں جو تراشش میں تکونی ہوتی ہے۔ یہ ارتشاح منجمد ہو کر ایک زرد پپڑی نما جماؤ پیدا کر دیتا ہے، جسے اکثر ملف کا غیر موزوں نام دیا جاتا ہے، لیکن جو در اصل فائبرین اور سپید خلیوں پر

434

شتمل ہوتا ہے، اور اس کے علاوہ ممکن ہے کہ ایک مختلف المقدار مکدر سیال بھی موجود ہو۔ یہ ارتشاح نہایت سرعت کے ساتھ نمودار ہوجاتا ہے، جیسا کہ بعض ضربی اصابتوں میں دیکھا جانا ممکن ہے، جن میں اٹھارہ گھنٹوں سے بھی کم میں زرد لمف کی کچھ مقدار بن سکتی ہے۔ بعض نسبتاً کم شدید اور کم وسیع اصابتوں میں اس ارتشاح کی جگہ لیفی بافت لے لیتی ہے (تعضیہ)۔ اور ان انضمامات سے جو اس طرح بن جاتے ہیں مختلف احشا باہم جڑ جاتے ہیں، یا باریطونی کیفہ مطموس ہوجاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں سپید خلیوں کی مقدار زیادہ ہوجاتی ہے، یا وہ ابتدا ہی سے کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور التہابی حاصلات تمام تر ریمی ہوتے ہیں۔ یہ اکثر بہ سرعت مہلک ثابت ہوتا ہے۔

حاد محدود المقام التہاب باریطون (acute circumscribed peritonitis) یا باریطونی خُراج (peritoneal abscess)، سرایت کے محدود المقام ہوجانے سے پیدا ہوجاتا ہے۔ زائدی خُراج (appendix abscess) باریطونی خراج کی عام ترین قسم ہے۔ باریطونی خراجات حوض، قطنی خطوں اور حرقفی حفروں میں ہوتے ہیں، یا ڈایافرام کے نیچے (زیرڈایافرامی خراج (subphrenic abscess) جس پر آگے غور کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ ان پھوڑوں کا باہر کی طرف منہ بن جائے یا وہ کھوکھلے احشا میں سے کسی ایک کے اندر کھل جائیں، یا سینہ کے اندر پھٹ کر ذات الجنب یا ذات الریہ پیدا کردیں۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ ایک قرحہ کے انثقاب کے بعد معدے یا آنتوں کے ساتھ راست ربط موجود ہونے کے سبب سے باریطونی خراج میں ہوا موجود ہوتی ہے۔

علامات۔ حاد عمومی التہاب باریطون درد کے ساتھ شروع ہوتا ہے، جو بیشتر نہایت شدید ہوتا ہے، اور اگر ابتداءً ایک مقام پر محدود ہو تو جلد ہی سارے شکم پر منتشر ہوجاتا ہے۔ یہ درد مسلسل ہوتا ہے، لیکن ہر قسم کی حرکت، کھانسے، کانکھنے یا قے ہونے سے زیادہ ہوجاتا ہے۔ دبانے سے اس کو تسکین نہیں ہوتی، بلکہ اس کے برعکس سارے شکم پر نمایاں الیمیت موجود ہوتی

ہے۔ سانس لینے پر سارے کے سارے شکم میں حرکت ناپذیری ہوتی ہے' اور تنفس بالکل صدری ہوتا ہے' اور جس کرنے پر استواری ہوتی ہے جو کبھی ڈھیلی نہیں پڑتی (یہ ایک نہایت اہم اَمارت ہے)۔ ٹانگیں اکثر پیٹ کی طرف کھینچی ہوئی ہوتی ہیں' تاکہ جدار شکم تنے نہ پائے' اور مریض ہر قسم کی حرکت سے احتراز کرتا ہے۔ نبض عموماً سریع' اور تپش مرتفع ہوتی ہے۔ لیکن بعض اوقات تپش کم ہوتی ہے گو نبض سریع ہوتی ہے' اور اسے سخت سرایت کی اَمارت سمجھنا چاہئے کیونکہ شرح نبض شدت مرض کی اس سے زیادہ اہم دلالت ہے کہ جتنی درجہ تپش ہے۔ قاعدہ ہے کہ قئے جلدی شروع ہو جاتی ہے' اور بار بار ہوتی ہے' یا تو خود بخود یا غذا لینے کی کوششوں کے بعد۔ قئے میں پہلے معدی مافیہا اور بعد میں صفرا خارج ہوتا ہے' اور اس کے بعد۔ قئے تقریباً برازی نوعیت کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات ابتداہی میں قشعریرہ ہوتا ہے' لیکن ہبوط ہمیشہ بہت زیادہ ہوتا ہے۔ بعد کے درجوں میں مریض پیٹھ کے بل لیٹا ہوتا ہے' اس کا چہرہ متکدر ہوا ہوتا ہے' آنکھیں سیاہ ہو کر اُن میں گڑھے پڑ جاتے ہیں' چہرے سے تشویش ظاہر ہوتی ہے' اور زبان خشک اور فرواز' اور نبض سریع وصغیر ہوتی ہے۔ امعاء کے عضلی طبقہ کے شلل اور اُن کے اندر گیس کے اجتماع کی وجہ سے شکم متمدد ہو جاتا ہے۔ اُس کی سطح گمک دار ہوتی ہے' لیکن اگر زیادہ سیال منسکب ہوا ہو تو ممکن ہے کہ پہلوؤں پر' یا کبھی کبھی سارے شکم پر اصمیت پیدا ہو جائے۔ ہچکی ایک ایسی علامت ہے جو اکثر ہوا کرتی ہے۔ قبض ہمیشہ ہوتا ہے' لیکن بعض اوقات ممکن ہے کہ ایک یا دو دنوں کے بعد ایک یا زائد بار پاخانہ ہو' یا ممکن ہے کہ اسہال شروع ہو جائیں۔ اور کبھی کبھی شروع ہی سے اسہال ہوتے ہیں۔ بول قلیل القدار ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ درد کے ساتھ خارج ہو' یا محبوس ہو جائے۔

415

مثقوب ہضمی قرحہ کی اصابتوں میں ابتداء میں عمومی استواری شکم اور صدمہ ہوتا ہے' جس کے ساتھ چہرہ مشوش' اور ازرق ہوتا ہے' جوارح ٹھنڈے اور نم ہوتے ہیں' تپش تحت الطبعی اور نبض سریع وضعیف ہوتی ہے۔ بالآخر حاد التہاب باریطون کے متاخر اَمارات نمودار ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ گیس

کہنہ باریطونی کے اندر خارج ہو کر وسیع گنگ، بلکہ مارچ کے ساتھ آمیز ہو کر جھلکا کو پیدا کرے۔ باریطون کے اندر گیس کی وعابدری کی شناخت بعض اوقات اِس سے ہوتی ہے کہ گیس جگر کے سامنے جمع ہو کر طبعی کبدی اَصمیت کے بجائے گنگ پیدا کر دیتی ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہیے کہ احشا کے اندر سے کوئی گیس خارج ہوئے بغیر بھی یہ ممکن ہے کہ اِن احشا کے زیادہ گیسی تمدد سے جگر صدری دیوار کے تماس سے دور ہو جائے۔

قے اور درد کی وجہ سے مریض بتدریج خستہ ہو جاتا ہے، زبان نسبتہً زیادہ خشک اور بھوری ہو جاتی ہے، لبوں اور زبان پر وسخ جم جاتی ہے۔ نبض صغیر تر اور سریع تر ہو جاتی ہے، پھیپھڑوں کے قاعدے مضغوط ہو جاتے ہیں، اور دو سے چھ دنوں تک کی بیماری کے بعد موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ایسا ہر اصابت میں نہیں ہوتا کہ یہ تمام ممیزہ مخصوص اَمارات ملیں۔ بعض اصابتوں میں بخار نہیں ہوتا، دوسری اصابتوں میں تمدد محض خفیف سا ہوتا ہے، کبھی کبھی مریض اپنی پشت کے بل منبطح پڑا رہنے کے بجائے سخت درد و کرب کی حالت میں تڑپتا رہے گا۔

منبقی ریوی التہابِ باریطون میں جو عموماً نبقی ریوی عفونۃ الدم کے ایک جزو کے طور پر پیدا ہو جاتا ہے، درد اور الیمیت شکم، اور اسہال ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ استواری موجود ہو مگر زیادہ اکثر دیوارِ شکم ڈھیلی ہوتی ہے۔ سمّی علامات زیادہ نمایاں ہوتے ہیں، جن کے ساتھ تپش بلند درجہ پر اور ہذیان ہوتا ہے، اور شرح تنفس زیادہ ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ شفوی نملہ موجود ہو یا نبقی ریوی سرایت کا ظہور کسی دوسری جگہ، پھیپھڑوں، جوڑوں، وغیرہ میں ہو۔ کچھ عرصہ کے بعد شکم کے ایک حصے میں پھوڑا بن جاتا ہے، اور یہ اُس خاص خطے میں ایک ورم نمودار ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔

حاد محدود المقام التہابِ باریطون میں عام علامات زیادہ تر مماثل ہوتے ہیں لیکن مقامی حالات کم و بیش ماؤف حصے تک ہی محدود رہتے ہیں۔ اِس کا عام ترین سبب التہابِ زائدہ کی حالت میں انثقاب کا وقوع

ہے' اور یہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔
تشخیص۔ عموماً یہ مشکل نہیں ہوتی ، شدید درد' الیمیت' قے' استواری' اور دوران تنفس میں شکم کی حرکت ناپذیری' جس کے بعد تمدد کا ہونا' اور قبض' نبض صغیر وسریع' اور ہبوط' یہ سب اہم خصائص ہیں۔ لیکن قولنج کے شدید درد' مثقوب انور یسما' ماساریقی علقیت (mesenteric thrombosis)' اور حاد نزفی التہاب بنقراس بھی التہاب باریطون کا اشتباہ پیدا کر دیتے ہیں۔ خود التہاب باریطون کو غلطی سے معوی تسدد سمجھا جا سکتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ تب معویہ میں اور دیوار ہائے شکم پر جراحی عملیات' مثلاً فتق شگافی (herniotomy) کے بعد التہاب باریطون شروع ہو جائے اور بغیر اس کے کہ اس کی موجودگی کا شبہ ہو ہلاکت واقع ہو جائے۔
قولنج (colic) اور ہسٹیریائی درد کو التہاب باریطون سے اس طرح تمیز کیا جاتا ہے کہ اول الذکر حالت یعنی قولنج میں شکم منقبض ہوتا ہے اور الیمیت نہیں ہوتی بلکہ دبانے سے درد میں تخفیف معلوم ہوتی ہے' اور آخر الذکر حالت یعنی ہسٹیریائی درد میں محض ذرا ہی چھونے سے اور بلا دبائے انتہائی حساسیت موجود ہوتی ہے۔ بے محل حمل (ectopic gestation) کا انشقاق درد اور ہبوط پیدا کرتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کو غلطی سے معدی قرحے کا انثقاب سمجھ لیا جائے۔ اس میں قے اور بے قاعدگی حیض کی روئداد مل سکتی ہے۔ کثرت نزف کے باعث ہونٹوں کا رنگ سپید ہوتا ہے شکم کی الیمیت اور ورم ہوتا ہے' اور بعض اوقات آزاد سیال موجود ہوتا ہے مگر حقیقی استواری نہیں ہوتی' اور حوضی اور مستقیمی امتحان سے ایک تناؤ دار ڈھیلا پایا جاتا ہے۔ لیوشیہام شفاخانے (Lewisham Hospital) میں مثقوب مضمی قرحے کی تشخیص کی تصدیق کا ایک مفید ذریعہ مستعمل ہے۔ انتصابی وضع میں ایک لاشعاعی فلم' جس میں کہفہ باریطونی میں جگر اور دائیں ڈایافرام کے درمیان ایک صاف رقبہ ہو' آزاد گیس کی موجودگی ظاہر کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۴ الف)۔ بعض اوقات ذیابیطس کا مہلک قوما' انتقالی التہاب باریطون کا اشتباہ پیدا کر دیتا ہے۔ یہ قوما کبھی کبھی دفعتہً شروع ہو جاتا ہے' اور اس میں شدید درد شکم کے ساتھ نبض صغیر اور خیطی ہوتی ہے۔ ذیابیطس کی جوع الہوا سے اور بول میں زیادہ ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کی موجودگی اور شکمی استواری کی غیر موجودگی سے

تشخیص صاف ہو جانی چاہئے۔

416

جہاں تک کہ التہاب باریطون کی تفریقی تشخیص کا تعلق ہے، ماسبق سرگذشت کے اندر سبب مرض کی جستجو کرنی چاہئے۔جہاں شدید حاد التہاب باریطون ایسے شخص میں پیدا ہو جائے جو پہلے تندرست سمجھا گیا تھا، اعوری زائدہ کا تقرح، مثقوب معدی قرحہ اور حوضی اعضا کے ضررات اس کی پیدائش کے نہایت ممکن اسباب ہو سکتے ہیں۔سن بلوغ کے پہلے اور قریب قریب، اعوری زائدہ کا تقرح دونوں صنفوں میں زیادہ ممکن ہے۔حوضی ضررات تقریباً بلا استثنا عورتوں میں ہوتے ہیں اور لڑکیوں میں ایک نظر انداز شدہ فرجی مہبلی التہاب (vulvo-vaginitis) کا بھی خیال کرنا چاہئے جو تیقی سوزاکی التہاب باریطون پیدا کر دینے کا امکان رکھتا ہے۔بالخصوص بچوں میں واقع ہونے والے اولی تیقی ریوی التہاب باریطون کے ممیز خصائص پہلے ہی بیان ہو چکے ہیں۔

انذار۔عمومی التہاب باریطون ایک نہایت مہلک مرض ہے۔اغلب نتیجہ کا اندازہ نبض کی نوعیت، قئے کے جاری رہنے، ہبوط کی مقدار اور التہاب کی امکانی وسعت پر سے کیا جا سکتا ہے۔شدید اصابتوں کے متعلق صرف ہر روز کی حالت پر سے رائے قائم کی جا سکتی ہے۔جب چند روز گذر جائیں تو زیادہ امید ہوتی ہے، لیکن اُن اصابتوں میں جو بظاہر درست ہو رہی ہیں ممکن ہے کہ پیپ کے اجتماعات ظاہر ہوں اور مصرع بالا طریقہ سے خطرناک ثابت ہوں۔تیقی ریوی اور تیقی سوزاکی شکلیں نسبتاً امید افزا ہوتی ہیں۔

علاج۔التہاب باریطون کی اصابتوں کی اکثریت میں اور بالخصوص اُن اصابتوں میں جو ایک معدی، اثنا عشری یا محرقی قرحہ کے انثقاب یا اعوری زائدہ کے اِغثاث یا ایسے ہی کسی دوسرے حادثہ کی وجہ سے ہوں، شفایابی کا امکان صرف اُسی وقت ہوتا ہے جب کہ اُن کا علاج بلا تاخیر مستعدی کے ساتھ جراحی طریقوں سے کیا جائے۔شکم کو کھول کر تیبیبی ضرر کا تدارک کرنا اور پیپ کے اجتماعات کی تسییل کرنا چاہئے۔اُس التہاب باریطون میں جو تسمم الدم کی وجہ سے شروع ہوا ہو، مثلاً تیقی ریوی التہاب باریطون میں تاوقتیکہ پھوڑا نہ بن جائے

جراحی عملیہ نہیں کرنا چاہیئے، کیونکہ عملیہ سے اولی مرکز مرض کا استیصال کرنا غیر ممکن ہوگا۔

اگر بالفرض عملیہ نہ کرنے کا فیصلہ کیا گیا ہے تو ایسی صورت میں پہلا اصول علاج یہ ہے کہ آنتوں کو قطعی آرام کی حالت میں رکھنا چاہیئے۔ اس غرض کیلئے مریض کو قدرتاً بستر میں لٹائے رکھنا لازم ہے۔ غذا مستقیمی حقنوں کے ذریعہ سے دینی چاہیئے، جن میں ۶ فی صدی ڈیکسٹروس ہو۔ اور مسہلات سے سختی کے ساتھ احتراز لازم ہے۔ مریض کی پیاس بجھانے کے لئے اُسے وقتاً فوقتاً برف کے چھوٹے ٹکڑے چُسائے جائیں، لیکن مُنہہ کے راستہ سے کوئی غذا نہ دی جائے۔ افیون یا مارفیا (morphia) کا استعمال نہیں کرنا چاہیئے، کیونکہ ممکن ہے کہ اُن کے استعمال سے علامات کی ایسی زیادتی پوشیدہ ہو جائے کہ جس سے عملیہ کرنے کی ضرورت معلوم ہوتی ہے۔ السی کی گرم پوٹلیوں، یا گرم پانی میں بھگا کر نچوڑے ہوئے فلالین کے ٹکڑوں کے لگانے سے جن پر تاربین یا مروخ لفاح (liniment of belladonna) چھڑک دیا گیا ہو، مقامی طور پر آرام حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات برفانی رفادات، یا فلالین کی تہوں کے درمیان برف کے ٹکڑے استعمال کئے جاتے ہیں، لیکن ان سے عموماً اتنا آرام نہیں حاصل ہوتا جتنا کہ گرم لاسقات سے ہوتا ہے۔ مہیجات کی اکثر ضرورت ہوتی ہے، اور ان کے دینے کی بہترین شکل برانڈی ہے، جو تھوڑی تھوڑی مقداروں میں بار بار دی جائے۔ جب تمدد ہو تو ضدِ ویلش مصل (anti-Welch serum) کا اشراب کرنا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 380)۔

زیر ڈایافرامی خراج (subphrenic abscess) باریطون میں یا ڈایافرام کے نیچے کی خلوی بافت میں واقع ہوسکتا ہے۔ اس کے واقع ہونے کے نہایت کثیر الوقوع مقامات کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے:- (۱) دایاں اگلا دروں باریطونی خراج (right anterior intra-peritoneal abscess) جگر کے دائیں لختہ کے اوپر اور رباط منجلی الشکل (falciform ligament) کے دائیں طرف ہوتا ہے۔ پیپ اکثر جگر کے نیچے پیچھے کی طرف پھیل جاتی ہے۔

اس کے عام ترین اسباب التہاب زائدہ دودیہ مثقوب اثنا عشری قرحات' اور کبدی خراجات ہیں۔ (۲) بایاں اگلا دروں باریطونی خراج (left anterior intra-peritoneal abscess) جو خاص کر مثقوب معدی قرحے کی وجہ سے ہوتا ہے' جگر کے بائیں لختے کے اوپر اور طحال کے گرد واقع ہوتا ہے۔ (۳) دایاں خارج الباریطون خراج (right extra-peritoneal abscess) جگر کے اوپر اور پیچھے کی خلوی بافت میں واقع ہوتا ہے' اور جگر' دائیں خلف الباریطون بافتوں (retroperitoneal tissues) اور صدر کے التہاب سے شروع ہوتا ہے۔ بائیں جانب کو زیر ڈایا فرامی خلوی بافت بہت کم ہوتی ہے' چنانچہ یہاں کا التہاب ایک قطنی خراج (lumbar abscess) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے۔ تاہم باریطونی صغیر کا تقیح' جو مثقوب معدی قرحے سے پیدا ہو جاتا ہے' اس قدر عام نہیں جس قدر کہ دوسرے متذکرہ مقامات کا تقیح (91)۔ زیر ڈایا فرامی خراج (subphrenic abscess) کی سب سے پہلی علامت تپ ہے۔ عموی اختلال کے ان عمومی علامات کے علاوہ جو تقیح کی وجہ سے ہوتے ہیں' دوسرے اہم آثارات بھی ہوتے ہیں جن سے تعیین مقام میں مدد ملتی ہے' جیسے ایک تشکلی ورم جو تنفس پر نیچے نہیں ہٹتا' جس جانب پھوڑا ہے اس جانب پر صدری دیوار کا ابھار اور ساتھ ہی عمیق الیمیت۔ تناظر شش کے قاعدے پر اصمیت کی موجودگی' اور اصوات تنفس' صوتی گمگ اور لمسی صوتی حفیف کی کمی پائی جاتی ہے۔ لاشعاعی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ تناظر ڈایا فرام اوپر اٹھا ہوا اور حرکت ناپذیر ہے۔ جب پھوڑے کے اندر ہوا موجود ہو' جیسا کہ اس وقت ہو سکتا ہے جب کہ وہ کسی حشا کے اثقاب سے پیدا ہو گیا ہو' تو تطبلی سُر قدری تنفس' فلزی جھنکار' اور جرسی آواز کے وقوع کے سبب سے ایک استرواح الصدر (pneumo-thorax) کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے۔ استقصائی کچوکا عمل میں لانے کے لئے بہترین یہی ہے کہ وہ ایک معدم حس دوا کے زیر اثر کیا جائے' اور اگر نتیجہ مثبت ہو تو ایک کھلے عملیہ کے ذریعہ اس کہفہ کی تسئیل عمل میں لائی جائے۔

417

مزمن التہاب باریطون

(chronic peritonitis)

یہ حاد التہاب باریطون کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو سکتا ہے، بالخصوص اس کی مقامی شکلوں میں۔ یہ اکثر مخصوص اعضا کے گرد مقامی خراش کا نتیجہ ہوتا ہے، مثلاً ممکن ہے کہ جگر یا طحال ایک دبیز کیسہ سے محصور ہو جائیں (گرد کبدی التہاب = perihepatitis، گرد طحالی التہاب = perisplenitis)۔ کہفۂ شکم کے اندر تدرن اور سرطان کی بالیدگی مزمن التہاب باریطون کی وہ شکلیں پیدا کر دیتی ہیں جن کا تذکرہ ابھی کیا جائے گا۔ یہ مرض برائٹ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔

مزمن التہاب باریطون کی ایک دوسری شکل احشا کے درمیان انضمامات اور بند (adhesions and bands) ہیں، جو حاد التہاب یا مزمن التہاب سے پیدا ہو کر کبھی کبھی حاد معوی تسدد (acute intestinal obstruction) پیدا کر دیتے ہیں، جیسا کہ پہلے بیان ہو چکا ہے۔ معوی رکود (intestinal stasis) اور غذائی تسمم الدم (alimentary toxemia) کے تعلق میں ان انضمامات کو بہت اہمیت دی گئی ہے۔ لیکن یہ بتلا دیا گیا ہے کہ یہ سوائے نہایت نو عمر افراد کے دیگر اشخاص کی اکثریت میں پائے جاتے ہیں، اور قولون کے قریب، بالخصوص قولون صاعد اور کبدی عوجہ کے قریب نہایت کثیر الوقوع ہیں، اور یہ کہ جنینی زندگی تک میں طحالی اور کبدی عوجات میں ایک انضمامی عمل پیدا ہو جاتا ہے، اور بعض اصابتوں میں یہ لفائفی کو حوضی حفرہ میں مثبت کر دیتا ہے۔ آنت کے اخبیا کے بہاؤ کو روکنے کا ان کا عمل بستھ یا بیریئم کی غذا کے بعد لاشعاعوں کے ذریعہ تحقیق کیا جا سکتا ہے۔

علامات ۔ جب سیال کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا تو آنتوں کے گچھا بن جانے کے مقام پر شکم میں بے قاعدہ مزاحمت موجود ہو سکتی ہے۔ ورنہ علامات وہی ہوتے ہیں جو اوّلی مرض میں ہوتے ہیں۔

تشخیص ۔ محض مزمن التہاب باریطون کی تشخیص کافی نہیں بلکہ اوّلی سبب کا دریافت کرنا ضروری ہے، اور انذار اور علاج کا انحصار اسی پر ہے (نیز

ملاحظہ ہو استسقاء شکلی)۔

تدرنی التہاب باریطون

(tuberculous peritonitis)

بحث اسباب۔ تدرنی التہاب باریطون ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن بچوں اور نوعمر بالغوں میں نہایت عام طور پر ہوا کرتا ہے۔ وہ نہایت عام طور پر جسم کے دوسرے حصوں کے تدرن کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ اسی واسطے وہ اکثر سل ریوی (pulmonary phthisis)، آنت کے تدرنی تقرح، جنبی یا ساریقی غدد، اور جنسی اعضاء (مثلاً غلوتی انبوبات، یا خصیتین اور منوی حویصلات) کے امراض کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے وہ حاد و عمومی تدرن کا ایک جزو ہو۔ اس میں شک نہیں کہ بعض اوقات عصیات درنیہ معوی دیواروں سے اس وقت بھی گزر سکتے ہیں جب کہ اس میں کوئی ضرر نہ ہو۔

امراضیات۔ تدرنی التہاب باریطون کے چار اقسام ہوتے ہیں:۔

(۱) استسقائی شکلی قسم (ascitic type)۔ اس میں باریطون کی سطح چھوٹے چھوٹے، سپیدی مائل ذرات سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جن کا قطر ۲ تا ۵ ملی میٹر ہوتا ہے، اور جو سطح سے کسی قدر ابھرے ہوئے اور پاس پاس مجتمع ہوتے ہیں۔ یہ ذرے ڈایافرام کی تحتانی سطح پر اور کونکوں میں نہایت کثرت کے ساتھ ہوتے ہیں۔ مصلی سیال کا عبرارتشاح واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ مقداریں کئی پائنٹ ہو، اور شکم کی کلانی اتنی ہی زیادہ ہو جتنی کہ وہ کبدت (cirrhosis) کے یا مرض قلب کے استسقاء شکلی میں ہوتی ہے۔ زیادہ شاذ اصابتوں میں یہ مایع مصلی قیحی یا قیحی ہوتا ہے۔ (۲) التصاقی (adhesive)، فائبرینی (fibrinous) یا تکوینی (plastic) قسم۔ اس میں سیال کا عبرارتشاح مقدار میں نسبتہً بہت کم ہوتا ہے، اور آنت کے لچھوں کے درمیان فائبرین وسیع طور پر جم جاتی ہے۔ تقضیہ واقع ہوتا ہے، چنانچہ لچھے باہم چپاں ہوجاتے ہیں اور باریطونی کہفہ مطموس ہوجاتا ہے۔ نسبتہً بعد کے درجوں میں سخت لیفی بافت بن جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ درنے بالکل ظاہر یا واضح نہ ہوں۔ (۳) جبنی قسم

(caseous type) میں درنتے بڑے ہو کر اور کہیں کہیں متحد ہو کر زرد جبنی ڈھیلے بنا دیتے ہیں۔ یہ اکثر ثرب کبیر میں واقع ہوتا ہے، جو سکڑ کر شکم میں عرضاً ایک گلمہ نما تودہ بنا دیتا ہے۔ اس قسم میں آنت کا وسیع تقرح واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ منضم آنتیں ان قرحوں کے قاعدوں میں سے ایک دوسری کے اندر کھل جائیں اور اس طرح قنال غذائی کے قدرتی ممر کا پتہ چلانا ناممکن ہو جائے۔ ممکن ہے کہ انثقاب واقع ہو کر حاد عمومی التہاب باریطون پیدا کر دے، یا کہفہ باریطونی کے مختلف حصوں میں پیپ کے اجتماعات ہو جائیں، جو ایک دوسرے سے بے تعلق ہوں۔ ماساریقی غدد اکثر جبنی ہوتے ہیں، اور جب یہ بڑے اور جبن پذیر ڈھیلے بنا دیتے ہیں تو اس قسم کو اکثر (۴) ھزال ماساریقا (tabes mesenterica) کہتے ہیں۔ یہ اصطلاح ماساریقی غدد کا اوّلی تدرن ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جس میں باریطون ثانوی طور پر ماؤف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ غدد متقیح ہو کر باہر یا کہفہ باریطونی کے اندر پھوٹ پڑیں۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ یہ اصابتیں ان اقسام کے ساتھ پورے طور پر مطابقت نہیں کرتیں۔ ممکن ہے کہ ان سب اقسام کے آمیزے موجود ہوں، اور ممر مرض کے دوران میں ایک قسم بدل کر دوسری قسم بن جائے۔

علامات۔ علامات بعض اوقات حاد ہوتے ہیں، اور اصابت ہر لحاظ سے ویسی ہوتی ہے جیسا کہ دوسری سرایتوں سے پیدا ہو جانے والا حاد التہاب باریطون۔ زیادہ اکثر علامات غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتے ہیں اور شکم میں درد یا تکلیف پر مشتمل ہوتے ہیں۔ مریض کمزور اور دبلا ہو جاتا ہے۔ بے قاعدہ تپ ہوتی ہے۔ بھوک کم ہو جاتی ہے، اور پاخانے بے قاعدگی کے ساتھ لیکن اکثر غیر بستہ اور غیر منہضم ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ استسقا شکمی کی وجہ سے شکم بڑا ہو۔ انضمامی قسم میں شکم کسی قدر متورم بھی ہوتا ہے اور جس کرنے سے اس کے بعض حصوں میں زیادہ مزاحمت معلوم ہوتی ہے، یا گندھے ہوئے آٹے جیسا احساس ہوتا ہے۔ جبنی قسم میں اور ہزال ماساریقا میں سخت گول گول تودے ہوتے ہیں، جن کے خاکے کم و بیش واضح ہوتے ہیں۔ ایسے سلعہ نما تودے اکثر شکم کے زیریں نصف میں واقع ہوتے ہیں اور یہ شاید ایک جانب پہ اس سے زیادہ اوپر تک پہنچتے ہیں کہ جتنا دوسری

418

جانب پیٹ یہ سطح پر نا ہموار یا گرہ کی ہوتے ہیں۔ بعض اوقات تدرنی دررِیزش کے منقلب تودے بندوں کی طرح شکم پر عرضاً دوڑتے ہوئے محسوس ہوتے ہیں۔ اس طرح ثرب جو دبیز ہو جاتا ہے اکثر شکم کے بالائی حصے میں ایک مستعرض بند بنا دیتا ہے اور مطموس مُرَیطا (urachus) کے گرد کی بافت' ناف کے نیچے ایک انتصابی بند بنا دیتی ہے۔ کبھی کبھی لیفی بافت کی زیادتی اور اس سے پیدا ہو جانے والے انقباض کے باعث شکم بادکشیدہ ہوتا ہے۔ لمفائی غدد کا تدرن جس کے ساتھ عروق لمفائیہ کا تسدد ہو شکم برازی پیدا کر دیتا ہے۔

تشخیص۔ متمدد شکم' جس کے ساتھ لاغری کی وجہ سے سینہ میں پسلیوں کا حد سے زائد یا غیر معمولی اُبھار اور بین الاضلاع فضاؤں کا اندر دھنس جانا ظاہر ہو' ترقی یافتہ تدرنی التہاب باریطون کا ممیز خاصہ ہے۔ ممکن ہے کہ شکم کی سطح پر وریدیں نظر آئیں' اور کسی قدر الیمیت بھی ہوتی ہے۔ آعور کا تدرن اور التہاب باریطون ایک دیرینہ زائدی خراج سے' یا شکمی مرضِ ہاجکن (abdominal Hodgkin's disease) کی اصابت سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ حاد قسمیں حمیاتِ معویہ میں سے کسی ایک تپ سے مشابہ ہو سکتی ہیں۔

بچوں میں تین حالتیں ہیں' جن کے ممیز خصائص دُبلے ہاتھ پاؤں اور بڑھا ہوا شکم ہیں' اور "جوسلِ معوی" ("consumption of the bowels") کے نام سے یاد کی جا سکتی ہیں۔ یہ تدرنی التہاب باریطون اور شکمی لمفائی غدد کا تدرن' شکمی مرض (cœliac disease)' اور سادہ سوءِ ہضم معہ اسہال ہیں۔ ان میں سے آخری مرض سب سے زیادہ عام ہے۔ مشتبہ اصابتوں میں لاشعاعوں سے مدد حاصل ہو سکتی ہے۔ تدرنی التہاب باریطون میں انضمامات کی وجہ سے غیر شفاف غذا چھوٹی آنت میں بے قاعدہ نقطوں پر چھوٹے چھوٹے اجتماعات پیدا کر سکتی ہے درآنحالیکہ طبعی حالت میں وہ بلا کسی مزاحمت کے لفائفی کے اختتام میں سے ہو کر گذر جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ در ریختہ ثرب غلطی سے بڑھے ہوئے جگر کا زیریں حصہ سمجھ لیا جائے' لیکن اُس کے اوپر معدے کی گمک اِس غلط فہمی میں مبتلا نہ ہونے دے گی۔ بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں میں تدرن کی موجودگی کے باعث

تشخیص کی تصدیق ہوسکتی ہے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ بچوں یا نوعمروں میں سادہ استسقاء شکمی، جس کی توجیہہ دوسرے طور پر نہ ہوسکے، تدرنی ہوسکتا ہے، لیکن اسے کبدی کیُبث (hepatic cirrhosis) کے استسقاء شکمی سے تمیز کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے، جو بعض اوقات درحقیقت اُس کے ساتھ ساتھ موجود ہوتی ہے۔ اور اکثر وہ غلطی سے بیضی دُویرہ (ovarian cyst) سمجھ لیا گیا ہے، یہاں تک کہ جراحی عملیہ سے اسکی تغلیط ہوئی۔ بزل کے ذریعہ نکالے ہوئے مایع کا امتحان ایک گینی پگ کے اندر تطعیم کرکے کیا جاسکتا ہے، یا ٹیوبرکیولین استعمال کی جاسکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔

انذار۔ یہ دوسرے بہت سے تدرنی ضررات کے انذار کے نسبت زیادہ امید افزا ہوتا ہے، اور بہت سے مریض جن کا علاج جلد شروع کیا گیا بظاہر بالکل شفایاب ہوگئے ہیں۔ نہ صرف یہ کہ مایع جذب ہوگیا ہے، بلکہ بعض اصابتوں میں تصلب، دَرریزش، یا التصاقی گچھوں کے بڑے بڑے تودے بالکل غائب ہوگئے ہیں۔ 419

علاج۔ بستر میں آرام لینا اہم ہے، اور اس کے ساتھ تازہ ہوا بھی شامل کردینا چاہیئے، جیسا کہ سل ریوی کے صحت گاہی علاج میں بیان کیا گیا ہے۔ آفتاب کی روشنی میں جسم کا تکشف (علاج شمسی = heliotherapy) نہ صرف تدرنی التہاب باریطون کی، بلکہ لمفائی غدد، ہڈیوں اور مفاصل کے تدرن کی غیر جوی اصابتوں کے علاج کا ایک مفید طریقہ ہے۔ پاؤں سے شروع کرکے اوپر کے طرف جاتے ہوئے منکشف جسمانی سطح کی وسعت روز بہ روز بڑھائی جاتی ہے، یہاں تک کہ بالآخر سارے جسم کا تکشف روزانہ دو یا تین گھنٹوں کے لئے ہوجائے۔ سر کو ڈھکا ہوا رکھا جاتا ہے۔ احمق اور ایسے اشخاص جو صبغہ پیدا کرکے جوابی عمل ظاہر کرنے کی محدود طاقت رکھتے ہیں، علاج شمسی کے لئے موزوں نہیں ہوتے (89)۔ داخلی طور پر کاڈلیور آئیل (cod-liver oil) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، اور غذا زود ہضم ہونی چاہیئے۔ شکم پر پارے کا مرہم (mercurial ointment) لگانا ایک پرانا طریقہ علاج ہے۔ سیال کی زیادتی بزل کے ذریعہ نکالی جاسکتی ہے، لیکن شکم شگافی اس سے بھی بہتر طریقہ ہے، کیونکہ اس سے سیال کے محدود المقام اجتماعات

خالی کئے جا سکتے ہیں۔ شحم برازی کا علاج غذا کی چربی کم کرنے سے کرنا چاہیئے۔

باریطونی انصبابات اور مافیہا

(peritoneal effusions and contents)

کہفۂ باریطونی کے اندر مائع انصبابات حسب ذیل ہوتے ہیں:۔ (۱) وہ مصلی، مصلی فائبرینی اور ریمی مائعات جو التہاب، یا باریطونی التہاب سے پیدا ہوجاتے ہیں بحیثیت التہاب اغشیہ مصلیہ (polyorrhomenitis)، یا عمومی التہاب اغشیہ مصلیہ (polyserositis)، یا کونکاٹو (Concato) کا مرض، کے نام اس حالت کو دیئے گئے ہیں، جن میں چار یا تین مصلی اغشیہ یعنے تامور، پلیورا اور باریطون میں سے دو یا زائد اغشیہ میں بیک وقت التہابات پیدا ہوجائیں۔ یہ تلازم تدرنی، نبقی سبحی اور نبقی ریوی سرایت، اور حاد ریمیٹزم (acute rheumatism) میں واقع ہوسکتا ہے۔ اس کو پک (Pick) کے مرض سے تمیز کرنا ضروری ہے (ملاحظہ ہو)۔ (۲) وہ مائعات جن کا انصباب مختلف الاقسام کبدی، قلبی یا کلوی استسقا میں ہوتا ہے، اور وہ کیلوسی یا کیلوسئی الشکل مائعات جو بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔ (۳) وہ مائعات جو عروق یا دوسری متصلہ ساختوں کے انشقاق سے حاصل ہوجاتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ (ا) کہفۂ باریطونی کے اندر خون پایا جائے جو ضرب کسی انورسما کے انشقاق، نزفی التہاب باریطون، ساریقی غدد کی پیداوریت یا علقیت، سرطانی بالیدوں میں عروق کے انشقاق، خارج الرحم حمل اور دوسری حالتوں میں پیدا ہوجاتا ہے۔ (ب) ممکن ہے کہ جگر کے کیسیتی ذویرے کے انشقاق کے دوران میں، اور شاید مرارے کے انشقاق سے صفرا باریطون کے اندر پہنچ جائے۔ (ج) ممکن ہے کہ کوئی سادہ یا متقیح کیسیتی ذویرہ مشقوق ہوکر اپنے مافیہا کو باریطون کے اندر خارج کردے۔ (د) ممکن ہے کہ پھوڑوں میں سے پیپ اور (ہ) کھوکھلے شکلی احشاء میں سے کسی کے مافیہا ضرب یا مرض کی وجہ سے کہفۂ باریطونی کے اندر چلے جائیں، مثلاً معدے، آنتوں یا مثانہ وغیرہ کے مافیہا۔

باریطون میں نوبالیدیں

باریطون میں ایک عام ترین بالیدہ سرطان ہے، جو احشاء بالخصوص معدے اور بیض کے مرض کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ بیشتر زیادہ عمر میں ہوا کرتا ہے اور چھوٹے مستدیر مطروحات کی شکل میں ہوتا ہے، جو سطح شکم کو ڈھانک لیتے ہیں، اور درز کی طرح یہ بھی ڈایافرام پر اور کوکھوں میں نہایت کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ اسطرح ثرب بھی دبیز اور دررسیختہ ہوسکتا ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر سرطانی گرہیں سارے شکم پر ہوجائیں۔ چند اصابتوں میں کولائڈی سرطان (colloid carcinoma) ہوسکتا ہے۔ عموماً وافر مایع انصباب موجود ہوتا ہے (سرطانی التہاب باریطون carcinomatous peritonitis=) اور اکثر اوقات اس کے ساتھ خون آمیز ہوتا ہے، جس سے انصباب کا رنگ بھورا، بھورا سرخ، بلکہ سرخ ہوجاتا ہے۔ کبھی کبھی سرطان کی گرہیں ناف کے گرد کی جلد میں محسوس ہوتی ہیں، اور ان ران کے غدد اسی بالیدہ سے دررسیختہ ہوسکتے ہیں۔ کولائڈی سرطان کو نام نہاد کاذب مخاطی سلعۃ باریطونی (pseudo-myxoma peritonei) سے تمیز کرنا چاہئے۔ جب کوئی عضو مثلاً زائدہ دودیہ، جو نازلتی التہاب سے ماؤف ہو، پھٹ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ باریطون میں کے سوراخ میں سے مخاط باہر نکل کر بڑے بڑے تودے بناوے، جنہیں اس نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

مرض خبیث کی ایک دوسری شکل لحمی سلعہ ہے۔ یہ خلف الباریطونی، بافتوں، ثرب، ماساریقا، یا رباط ستعرض میں ہوتا ہے۔ خلف الباریطونی مخاطی لحمی سلعہ (retroperitoneal myxo-sarcoma) نہایت بڑی رسولیاں بناسکتا ہے۔

علامات۔ پہلے بیان کئے ہوئے مزمن التہاب باریطون کے علامات کے علاوہ ان کا انحصار اولی بالیدہ کے محل وقوع پر ہوتا ہے۔

انذار۔ قطعاً غیر امید افزا ہوتا ہے، اور علاج کا منشا یہی ہونا چاہئے کہ علامات میں تخفیف ہو اور جب سیال بہت زیادہ ہو تو اسے عارضی طور پر نکال دیا جائے یا تشدد و معالجہ کیلئے جراحی عملیہ کیا جائے۔ ممکن ہے کہ عمیق لااشعاعی علاج کا لحمی سلعہ پر مفید اثر پڑے۔

420

حوالہ جات

REFERENCES

1. A. Rendle Short .. 1925 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 254.
2. A. Bulleid .. 1931 *Guy's Hosp. Rep.*, 81, p. 116.
3. C. B. Henry .. 1930 Lancet, ii., p. 35.
4. H. Lloyd Williams .. 1925 *British Dental Journ.*, Dec. 9th, p. 60.
5. R. D. Paterson; A. Brown Kelly .. *Journ., Laryng.*, pp. 285-289.
6. P. P. Vinson .. 1922 *Minnesota Medicine*, p. 107.
7. W. W. Payne and E. P. Poulton .. 1923 *Quart. Journ. Med.*, 65, p. 53.
8. G. W. Rake .. 1926 *Guy's Hosp. Rep.*, 76, p. 145.
9. G. W. Rake .. 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 77, p. 141.
10. G. L. Scott .. 1922 *Lancet*, ii., p. 988.
11. A. E. Barclay .. 1922 *Lancet*, ii., p. 261
12. J. M. H. Campbell and Bolton and Goodhart . 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74, p. 354.
13. J. J. Conybeare .. 1922 *Lancet*, i., p. 420.
14. Baird, Campbell and Hern .. 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74, p. 23.
15. H. D. Rolleston .. 1896 *Trans. Path. Soc*, 47, p. 37.
16. A. F. Hurst .. 1914 *Quart. Journ. Med.*, 8, p. 300.
17. T. L. Hardy .. 1929 *Lancet*, i., p. 711.
18. H. Maclean and W. Griffiths .. 1928 *Journ. Physiol.*, 65, p. 63.
19. Morell Roberts .. 1930-31 *Quart. Journ. Med.*, 24, p. 133.
20. Campbell, Mitchell, Powell .. 1928 *Guy's Hosp. Rep.*, 78, p. 279.
21. A. F. Hurst (Goulstonian Lectures) .. 1911 *The Sensibility of the Alimentary Canal. Oxf. Med. Publications.*

22 { W. W. Payne & E. P. Poulton .. 1927 *Journ. Physiol.*, 63, p. 217.
E. P. Poulton .. 1928 *Lancet*, ii., pp. 1223,1277. }
23 W. W. Payne and E. P. Poulton .. 1928 *Journ. Physiol.* 65, p. 157.
24 Meunier (L'etat dyspeptique) 1924 Masson et Cie., Paris.
25 Sir B. Bruce-Porter . 1924 *Lancet*, ii., p. 495.
26 P. C. Conran .. 1922 *Quart. Journ. Med.*, 15, p. 144.
27 D. P. D. Wilkie .. 1928 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 481.
28 D. P. D. Wilkie .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1219.
29 D. P. D. Wilkie .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 771.
30 D. C. M. Ettles .. 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 77, p. 216.
31 K. Faber .. 1927 *Lancet*, ii., p. 901.
32 J. Sherren .. 1924 *Lancet*, i., p. 477.
33 K. Faber .. 1922 *Lancet*, i., p. 65.
34 A. E. Barclay .. 1929 *Lancet*, ii., p. 1272.
35 A. E. Barclay .. 1929 *Lancet*, ii., p. 1322.
36 A. Bruce Maclean .. 1932 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1055.
37 M. J. Stewart .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, Nov. 24th and Dec. 1st.
38 J. W. McNee .. 1922 *Quart. Journ. Med.*, 15, p. 215.
39 T. G. Bonar .. 1924 *Lancet*, ii., p. 261.
40 A. F. Hurst, R. P. Rowlands, etc. .. 1926 *Guy's Hosp. Rep.*, 76, p. 156.
41 E. C. Rosenow .. 1923 *Journ. Infect. Dis.*, 32, p. 384.
42 A. F. Hurst .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1074.
43 J. J. Conybeare .. 1922 *Guy's Hosp. Rep.*, 72, p. 174.
44 Sir B. Moynihan .. 1923 *Lancet*, i., p. 631.
45 E. I. Spriggs and O. A. Marxer .. 1922 *Lancet*, i., p. 725.
46 J. Morley .. 1923 *Lancet*, ii., p. 823.

47 G. F. Still .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 579.

F. N. Reynolds .. 1921 *Lancet*, ii., p. 891.

48 H. Tyrrell Gray and

49 T. I. Bennett .. 1923 *Lancet*, ii., p. 275.

50 A. F. Hurst and A. Newton .. 1913 *Journ. Physiol.*, 47, p. 57.

51 T. I. Bennett, D. Hunter & J. M. Vaughan 1932 *Quart. Journ. Med.*, 1, p. 603.

52 Discussion on Summer Diarrhœa .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 857.

53 G. Leighton (The Loch Maree Tragedy) .. 1923 W. Collins, Sons & Co.

54 W. M. Scott .. 1930 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 56.

55 R. E. Smith .. 1931 *Lancet*, ii., p. 925.

56 T. K. Monro and W. W. N. Knox 1923 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 279.

57 N. L. Lloyd .. 1925 *Guy's Hosp. Rep.*, 75, p. 410.

58 Z. Cope .. 1924 *Lancet*, i., p. 121.

59 E. I. Spriggs and O. A. Marxer .. 1927 *Lancet*, i., p. 1067.

60 H. Hartmann .. 1922 *Lancet*, i., p. 307.

61 R. L. Haden and T. C. Orr .. 1923 *Journ. Exp. Med.*, 37, p. 365.

62 B. W. Williams .. 1927 *Lancet*, i., p. 907.

63 R. St. L. Brockman .. 1927 *Lancet*, ii., p. 317.

64 A. F. Hurst (Essays, etc.) .. 1924 Heinemann, p. 123, etc.

65 J. W. McNee .. 1932 *Brit. Med. Journ.*, i., pp. 1017, 1071.

66 P. H. Whitaker, T. B. Davie, and F. Murgatroid. .. 1933 *Quart. Journ. Med.*, 2, p. 49.

67 Mann .. 1927 *Medicine*, 6, p. 419.

68 A. R. Rich .. 1930 *Bull, Johns Hopkins Hosp.*, 47, p. 338.

69 D. R. Drury and P. D. McMaster .. 1929 *Journ. Exp. Med.*, 50, p. 569.

70 J. C. Spence and P. C. Brett .. 1921 *Lancet*, ii., p. 1362.

71 Y. Akerran .. 1934 *Experimental Changes in Liver Functiin, Upsala.*

72 D. T. Davies .. 1927 *Lancet*, i., p. 380.

73 J. W. McNee .. .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., pp. 716, 783.

74 M. Brule (Recherches sur les Icteres) .. 1924. Masson et Cie., Paris.

75 W. Morrell Roberts .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 734.

76 C. Newman (Goulstonian Lectures) .. 1933 *Lancet*, i., pp. 785, 842, 896.

77 G. A. Collinson and F. S. Fowweather .. 1926 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 108.

78 Sir H. Rolleston (Discussion on Degenerative Diseases of Liver) .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1055.

79 C. H. Best .. 1934 *Lancet*, i., p. 1274.

80 Review on Syphilis .. 1923 *Med. Sci.*, 8, p. 182.

81 P. Rous, P. D. McMaster and G. O. Broun 1923 *Lancet*, i., p. 449.

82 D. P. D. Wilkie .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 767.

83 T. C. Hunt .. 1933 *Lancet*, ii., p. 279.

84 B. B. V. Lyon .. 1920 *Amer. Journ. Med. Sci.*, 160, p. 515.

85 A. Leitch .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 451.

86 J. Mellanby .. 1926 *Lancet*, ii., p. 215.

87 R. Coope (Pancreatic Disease) .. 1927 London.

88 J. F. Brailsford .. 1926 *Proc. Roy. Soc. Med. (Elect. Therp. Sect.)* p. 41.

89 A. Rollier .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 741.

90 A. C. Hampson .. 1919 *Lancet*, i., p. 429.

91 H. L. Barnard .. 1910 *Contrib. to Abdominal Surgery*, p. 335.

92 A. F. Sladden .. 1922 *Lancet*, ii., p. 68.

93 H. O. Edwards .. 1935 *Lancet*, ii., p. 1161.

خون طحال اور لمفائی نظام کے امراض

امتحانِ خون

عرصۂ ترویب۔ یہ تخمینیں دو طریقوں پر عمل میں لائی جاتی ہیں۔ گبس کا سریری موکا ترویب پیما (Gibb's clinical blood coagulometer) وہ آلہ ہے جس کی سفارش کی گئی ہے (۱) خون کے ایک قطرے کو ایک پلاٹینم کے تار کے حلقہ کے گرد حرکت کرائی جاتی ہے اور جب ترویب واقع ہو جاتی ہے تو اس کی حرکت موقوف ہو جاتی ہے۔ جھجن سے حاصل کئے ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصۂ ترویب تقریباً ۱۔ ۱ تا ۸۰ ثانیہ تک مختلف ہوتا ہے (اوسط ۸۰ ثانیہ)۔ بعد کے قطروں کی ترویب کا وقت نسبتاً کم (۲۵ تا ۵۵ ثانیے) ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ابتداً بافتوں کے کوفتہ ہونے سے تھرامبو کائنیس (thrombokinase) رہا ہوتا ہے لیکن بعد میں زخمی عروق ہیں لوجیے ملتزق ہو کر زائد پر و تھرامبین (prothrombin) پیدا کر دیتے ہیں (2)۔ یہ حالات ایسے ہیں جن سے ترویب کی سرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔

خون اور قارورے کے بعض طبعی اجزائے ترکیبی کی اوسط قدریں:۔

	سالم خون (بحالت فاقہ کشی)	پیشاب (معمولی غذا دینے پر)	
	ملی گرام فی ۱۰۰ سی سی	ملی گرام فی ۱۰۰ سی سی	گرام ہر ۲۴ گھنٹے میں
امینو ایسڈ نائٹروجن	۶ تک	۶	۰.۰۶
کلورین	۲۷۰ — ۳۰۰	۶۰۰	۱۰ تک
کولسٹرال	۱۲۰ — ۲۰۰		
ڈکسٹروس	۸۰ — ۱۰۰		
غیر پروٹینی نائٹروجن	۳		
یورک ایسڈ	۴ تک	۵۷	۱

	سالم خون (بحالت فاقہ کشی)	پیشاب (معمولی غذا دینے پر)	
	ملی گرام فی ۱۰۰ سی سی	ملی گرام فی ۱۰۰ سی سی	گرام ہر ۲۴ گھنٹے میں
یوریا	۳۲ – ۱۹	۲۰۰۰	۳۰ – ۲۰
	پلازما		
کلورین	۳۸۳ – ۳۵۲	۹۰۰	۱۰ تک
البیومن	۴۴۰۰		
گلابیولن اور فائبرینوجن	۲۶۳۰		
البیومن گلابیولن نسبت	۱ تا ۱٫۶۷		
فائبرینوجن	۰٫۲ – ۰٫۴		
غیرنامیاتی فاسفورس	۳	۹۰	۰٫۹
	مصل		
کیلشیم	۹٫۶	۱۷ – ۱۵	۰٫۳
میگنیشیم	۳٫۲	۶	۰٫۱۶
پوٹاشیم	۱۹٫۵	۲۵۰ – ۲۰۰	۴ تک
سوڈیم	۳۳۵	۳۰۰	۵ تک
قلوی محفوظہ	۶۵ – ۵۳ سی سی CO_2	*	
متاکسد گندھک			
غیرنامیاتی	۱٫۱ – ۰٫۵	۱۸۰	۲٫۳
ایتھری	۱ – ۰٫۱	۱۵	۰٫۲
غیرمتاکسد گندھک	۳٫۵ – ۱٫۷	۱۵	۰٫۲

حاشیہ:-

* خون میں امونیا بالکل نہیں ہوتی۔ پیشاب میں امونیائی نائٹروجن ۰٫۷ ایسٹالیڈ نائٹروجن سے بالخصوص الگ کیا جاتا ہے۔

423

عرصۂ ادماء (bleeding time)- ایک مجھن کا خون ایک جاذب کاغذ سے بِلا دبائے ہر پاؤ یا ایک منٹ پر خشک کر لیا جاتا ہے۔ طبعی حالت میں ادماء ایک تا ۲½ منٹ میں موقوف ہو جاتا ہے۔ لیکن مرض میں ممکن ہے کہ وہ تیس منٹ بلکہ کئی گھنٹوں تک اطالت پذیر ہو جائے۔

شرحِ تثفل (sedimentation rate)- ایک شیشہ کی نلی میں جس کا قطر کم از کم ۲ ملی میٹر ہو، آگزیلیٹیڈ یا سائٹریٹیڈ خون (oxalated or citrated blood) کھینچ کر۔ ۱ سینٹی میٹر بلند عمود بنا لیا جاتا ہے۔ طبعی شرح کہ جس سے جسیمات تہ نشین ہو جاتے ہیں، ایسی ہوتی ہے کہ نلی کی چوٹی پر پلازما کا ایک صاف عمود باقی رہ جاتا ہے، جس کی ناپ ۱۵ منٹ میں ۴۔ سینٹی میٹر تک، ۳۰ منٹ میں ۱۔ سینٹی میٹر اور ۶۰ منٹ میں ۲٫۵ سینٹی میٹر ہوتی ہے۔ یہ تخمین ایک مخضن میں ۳۷ درجہ سینٹی گریڈ پر بہترین طور پر عمل میں لائی جاتی ہیں۔ ایک سریع شرحِ تثفل سرایت (مثلاً مرکزی عفونت) ظاہر کرتی ہے۔ لیکن عدم دمویت اور التہاب گردہ کو خارج از بحث کر لینا چاہیئے۔

جسیمات کی شکنائی (fragility of corpuscles)۔ بعض امراض میں سرخ جسیمات کی شکنائی معمول کے نسبت زیادہ پائی گئی ہے، بہ الفاظِ دیگر مُرقق سیالات سے ورم یا شیدگی ہو جانے میں جسیمات یا گلوبیچے نسبتاً کم مزاحمت ظاہر کرتے ہیں۔ اس کی تعیین کے لئے چند مکعب سینٹی میٹر خون کو آگزیلیٹ آف پوٹاسیم کے ہم تقشی محلول (پوٹاسیم آگزیلیٹ ۲۸۔ گرام، سوڈیم کلورائڈ ۰٫۰ گرام، آب کشیدہ ۱۰۰ گرام) کے ساتھ ملا کر اس آمیزے کا امتحان کیا جاتا ہے اور پلازما کو نتھار لیا جاتا ہے، اور جسیمات کو سوڈیم کلورائڈ کے ۰٫۹ فی صدی محلول میں دھو کر پھر اُن کا امتحان سوڈیم کلورائڈ کے مختلف قوتوں کے محلولات کے ساتھ کیا جاتا ہے۔ دُھلے ہوئے طبعی سرخ جسیمات ۰٫۴۵ فی صدی سوڈیم کلورائڈ میں خفیف ورم پاشیدگی، اور ۰٫۳۵ فی صدی محلول میں کامل ورم پاشیدگی ظاہر کرتے ہیں۔ اگر ورم پاشیدگی زیادہ قوی محلولات کے ساتھ واقع ہو تو اس سے غیر معمولی طور پر بلند شکنائی ظاہر ہوتی ہے، جیسا کہ بے صفراوی یرقان میں ہوتا ہے۔

جسیمات شماری یا دموی شمار۔ یہ تھوما زیس (Thoma-Zeiss) یا برکر زیس (Bürker-Zeiss) کے دموی خلیہ پیما (hæmocytometer) سے عمل میں لایا جاتا ہے۔

اول الذکر ایک شیشہ کا شریحہ ہوتا ہے، جس میں ایک "خانہ" بنا ہوا ہوتا ہے جس کی گہرائی $\frac{1}{10}$ ملی میٹر ہوتی ہے اور جو اپنی تہ میں لکیروں کے ایسے مربعات رکھتا ہے جن کے اضلاع کی ناپ $\frac{1}{20}$ ملی میٹر ہوتی ہے۔ پھر یہ مربعات لکیروں کے ذریعہ گھر کر ۱۶، ۱۶ چھوٹے مربعات کے گروہوں میں گروہبند ہوتے ہیں۔ ایک مخصوص طرز کے بنے ہوئے نالیچہ میں خون کی ترقیق، ۱۰۰ حصہ میں ایک حصہ کی حد تک، ایک مالح محلول (سوڈیم فاسفیٹ یا کلورائڈ) سے کر لی جاتی ہے، جو جسیمات کو مضرت نہیں پہنچاتا۔ اور پھر اس کا ایک قطرہ شریحہ پر کے "خانے" کے اندر رکھ کر اس پر ایک پتلا شیشہ، محافظ رکھ دیا جاتا ہے۔ جسیمات مربعوں کے اندر تہ نشین ہو جاتے ہیں، جن میں سے ہر مربع $\frac{1}{4000}$ مکعب ملی میٹر کے برابر ہوتا ہے۔ سولہ سولہ مربعوں کے کئی گروہوں میں سرخ جسیمات شمار کر لئے جاتے ہیں اور اُن کی مجموعی تعداد کو ۱۰۰ اسے (جو ترقیق ہے) اور ۴۰۰۰ سے (جو ہر چھوٹے مربع پر کے سیال کا حجم ہے) ضرب دیا جاتا ہے، اور حاصل ضرب کو شمار کردہ چھوٹے مربعوں کی تعداد سے تقسیم کر دیا جاتا ہے، جس سے ایک مکعب ملی میٹر کے اندر کے جسیمات کی تعداد حاصل ہو جاتی ہے۔ برکر (Bürker) کے آلہ میں جو تھوما زیس کے آلہ سے بہتر ہے، شیشۂ محافظ کو سب سے پہلے شکنجوں کے ذریعہ سے جما لیا جاتا ہے اور پھر مرقق خون کو شعری کشش کے ذریعہ اندر داخل کیا جاتا ہے۔ برکر کا طریقۂ ترقیق بھی بہت بہتر ہے، مگر یہ ابھی اس ملک (انگلستان) میں زیادہ مستعمل نہیں۔ ایک دوسرا نالیچہ ۹ فی صدی ایسیٹک ایسڈ کے ساتھ، ۱ حصہ میں ۱۰ حصہ کی حد تک ترقیق کرنے کے لئے ہے، جس سے سرخ جسیمات غیر مرئی ہو جاتے ہیں۔

سرخ جسیمات کی تعداد فی مکعب ملی میٹر ذکور کے لئے ......۵ اور اناث کے لئے ......۴٫۵ سمجھی جاتی ہے۔ درحقیقت لندن میں ذکور کے لئے اوسط ......۴٫۴ ہے، اور جولائی کہ جس کے اندر تقریباً ۹۰ فی صدی طبعی قدریں واقع ہوتی ہیں

۱ ۲ ۳ ۴

۵ ۶ ۷ ۸

۹ ۱۰ ۱۱

۱۲ ۱۳ ۱۴

۱۵ ۱۶ ۱۷

۱۸ ۱۹ ۲۰ ۲۱ ۲۲

پیمانہ

بڑے نواۃ دار سرخ خلیات کی مختلف قسموں کی رنگین تصویر۔ نیچے کی قطار میں پانچ جسی ناپختات دکھائی دیتے ہیں۔ بہت سے خلیات میں متعدد الوان پسندی اور نمبر ۲۲ میں نقطہ دار اساس پسندی ملاحظہ ہو۔ (ڈاکٹر ٹ۔ پانیتے نے ازراہ کرم اسکے چھاپنے کی اجازت عطا فرمائی ہے' رسالہ امراضیات و جرثومیات جلد ۲، دیں جولائی ۱۹۲۲)۔

(بالمقابل صفحہ 428)

(۲٫۵ × معیاری انحراف)......۴۶۶ - ......۶۱۹ ہے۔ اناث کے لئے اوسط ......۱۰۵ اور جولائی......۴۱۲ - ......۵۹۱ ہے۔

لندن میں مردوں کے لئے اوسط ہیموگلوبن ۱۰۵ فی صدی ہے، جو کہ ۱۹٫۵ فی صدی آکسیجنی گنجائش اور ۱۴٫۵ گرام ہیموگلوبن کے متناظر ہے۔ جولائی کہ جس کے اندر ۹۰ فی صدی طبعی نتائج واقع ہوتے ہیں (۲٫۵ × معیاری انحراف) ۹۴ تا ۱۱۵ فی صدی ہے۔ عورتوں کے لئے اوسط ہیموگلوبن ۹۰ فی صدی اور جولائی ۷۸-۱۱۰ ہے۔ یہ بلند قدریں، موٹروں کی وجہ سے کرہ ہوائی میں کاربن مانکسائیڈ پیدا ہونے کا نتیجہ ہیں۔

جب صبح کے وقت شمار کیا جائے تو سپید خلیات کی تعداد ...۴... ۹ فی مکعب ملی میٹر ہوتی ہے۔ اعظم تعداد ...۱۲ دوپہر کے وقت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 427)۔

لوحیہ شماری۔ سوڈیم سائٹریٹ کے ۲٫۵ فی صدی محلول کا ایک قطرہ انگلی پر رکھ کر اس قطرے میں سے انگلی کو چبھویا جاتا ہے، جس سے خون اس قطرے میں پھیل جاتا ہے۔ مخلوط خون اور سائٹریٹ کا تازہ حالت میں خردبین سے معائنہ کیا جاتا ہے، اور شیشۂ محافظ کے گرد ویسلین سے حلقہ بنا دیا جاتا ہے کہ وہ خشک نہ ہونے پائے۔ اگر سرخ خلیوں کی فی مکعب ملی میٹر تعداد معلوم ہو تو لوحیوں کی تعداد قلم کے اندر ان دونوں کی نسبت کی بنا پر متعین کی جا سکتی ہے۔ طبعی تعداد ......۲۰۰ اور ......۵ کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔

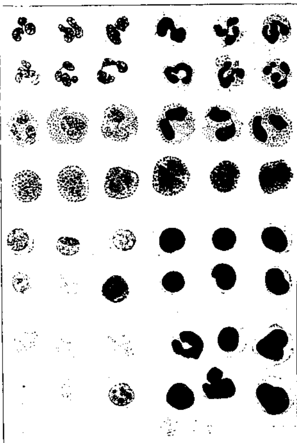
ہیموگلوبین کی تخمین۔ سریری اغراض کے لئے ہالڈین کا ہیموگلوبین پیما استعمال کرنا بہترین ہے۔ اس میں دو انبوبات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک میں، جو معیار ہے، طبعی خون کا ایک فی صدی محلول موجود ہوتا ہے جو کاربونک آکسائڈ (carbonic oxide) سے سیر شدہ اور سلیانی مہر کے ذریعہ بند ہوتا ہے۔ دوسرا انبوبہ ۱۰۰ درجوں میں تقسیم کیا ہوا ہوتا ہے، اور اس میں خون کی ایک نپی تلی مقدار کی ترقیق کی جاتی ہے یہاں تک کہ اگر اس کو کول گیس سے سیر شدہ کیا جائے (جس سے تمام ہیموگلوبین کاربا کسی ہیموگلوبین CO-hæmoglobin: میں بدل

طبعی خون

جینر کا رنگ لیشمان کا رنگ

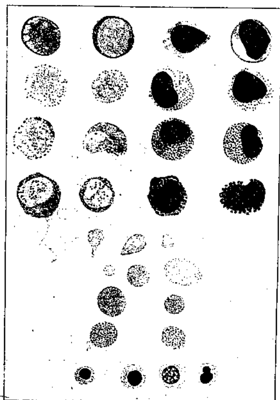
کثیر الاشکال نواتی سپید خلیات
ایوسین پسند خلیے
متولی خلیے
لمفی خلیے
بڑے یک نواتی خلیے
سرخ خلیے

شکل ۵۰



حبی ذروی خلیات

بالمقابل صفحہ 424



غیر طبعی دموی خلیات

بالمقابل صفحہ 425

غیر طبعی خون

لیشمان کارنگ



لیبی ناہضات	
لیبی ناہضات	ذراتی
لیبی ناہضات	ایسوسین پسند
لیبی ناہضات	اساس پسند

جیمنر کارنگ

بوقلموں خلویت
غلوی لاتقاری
متعدد الوان پذیری
نقطہ دار اساس پسندی
نوات دار سرخ خلیے

شکل ۵۱

426

جاتی ہے) تو وہ معیار کے رنگ کا مقابلہ کرتا ہے۔ ایسی حالت میں پیمانہ پر کا وہ عدد کہ جہاں تک محلول پہنچا ہے، ہیموگلوبین کی فی صدی مقدار ظاہر کرتا ہے۔ ڈیر (Dare) کے ہیموگلوبن پیما کے پیمانہ کا معیار وہی ہے جو کہ ہالڈین کے آلہ کا ہے۔ لیکن دوسرے آلات کے پیمانوں کا معیار اس سے مختلف ہوتا ہے۔

قوۃ نمائے لون (colour index) ۔ مختلف دموی امراض میں جسیمات کے اندر ہیموگلوبین کا ارتکاز کسیقدر اختلاف ظاہر کرتا ہے۔ لیکن جسیمات کی جسامت اس سے بہت زیادہ اختلاف ظاہر کرتی ہے۔ اگر انفرادی جسیمات معمول کے نسبت چھوٹے ہوں تو ہیموگلوبن کی فی صدی مقدار جسیمات کی فی صدی تعداد کے مقابلہ میں کم ہوتی ہے۔ جسیمات کی فی صدی تعداد کے ساتھ ہیموگلوبین کی فی صدی مقدار کی اس نسبت کو لونی قوت نما کہتے ہیں، اور یہ اس لحاظ سے کہ خلیات معمول کے نسبت اوسطاً چھوٹے یا بڑے ہیں کم یا زیادہ ہوسکتا ہے (8)۔ چنانچہ اس وقت جب کہ ہیموگلوبن ۱۰۰ فی صدی اور جسیمات ۵۰ فی صدی ہوں تو لونی قوت نما ۲ یا ۲ر۰ ہوتا ہے۔ لندن میں مردوں کے لئے اوسط لونی قوت نما ۹ر۰ اور جولانی ۸۹ر۰ - ۰۲ر۱ ہے، اور عورتوں کے لئے اوسط ۹۸ر۰ اور جولانی ۸۷ر۰ - ۱ر۱ ہے۔

جسیمات کا خردبینی امتحان۔ اگرچہ ایک بے رنگی ہوئی فلم سے سرسری تشخیص اکثر ہوسکتی ہے، تاہم معمولی طور پر رنگوں کو کام میں لانا چاہئے، مثلاً جینر (Jenner) یا لیشمان (Leishmann) کے رنگ۔ شبکی خلیوں (reticulocytes) کے رنگنے کے لئے، کریسائل بلیو (cresyl blue) کے الکحلی محلول کو ایک گرم شریحہ پر بھاپ اوڑا کر خشک کر لینا چاہئے۔ اس صبغہ کے ساتھ خون کا ایک قطرہ ملا لیا جاتا ہے۔ پھر اسے پھیلا کر خشک ہونے دیا جاتا، اور ایک روغن غرقی عدسہ (oil immersion lens) کے ذریعہ اس کا امتحان کیا جاتا ہے۔

مختلف جسیمات جو صحت اور مرض کی حالت میں دیکھے جا سکتے ہیں صفحہ ۴۲۳، ۴۲۴، ۴۲۵، ۴۲۶ کے بالمقابل پلیٹ میں ان کی تصویر دی گئی ہے۔

سرخ جسیمات یا خلیات (red corpuscles or erythrocytes)۔ طبعی سرخ جسیمات جن کا قطرہ ۵ر۷ μ ہوتا ہے۔ چھوٹے جسیمات یا خورد خلیے (microcytes) جن کا قطرہ ۲ تا ۶ μ ہوتا ہے۔ بڑے جسیمات یا کبیر خلیے

(megalocytes) جن کا قطر بہ تناسب بڑا ہوتا ہے۔ سرخ جسیمات کی جسامت کی عدمِ مساوات کو خلوی لاتساوی (anisocytosis) کہتے ہیں۔ مزید برآں بدشکل، معوج، اکثر ناشپاتی نما جسیمات ہوتے ہیں، جن کو بوقلموں خلیات (poikilocytes) کہتے ہیں۔ جسیمات کے ٹکڑوں کو شقوقی خلیے (schizocytes) کہتے ہیں۔ نواۃ دار سرخ خلیوں (ناھضات احمر = erythroblasts) کی تقسیم اُن کی جسامت کے لحاظ کر ناھضات طبعی (normoblasts)، خرد ناھضات (microblasts)، کبیر ناھضات (megaloblasts) میں کی گئی ہے، اور بوقلموں ناھضات (poikiloblasts) بھی واقع ہوتے ہیں۔

نواۃ دار سرخ خلیے طبعی طور پر لبِ عظام میں ہوتے ہیں۔ خون کے اندر ان کی موجودگی سے لبِ عظام میں اُن کی زیادہ پیدائش ظاہر ہوتی ہے۔

ناھضات احمر کے انشقاق سے آزاد نواۃ دیکھے جاسکتے ہیں۔ شبکی خلیے (reticulocytes) وہ سرخ خلیے ہیں، جن میں ایک اساس پسند شبکہ موجود ہوتا ہے۔ وہ مختلف عدمِ دمویت کی شفایابی کے ابتدائی درجے میں دیکھنے میں آتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۶ ب، صفحہ 438)۔ متعدد الالوان پذیری (polychromasia) شبکی خلویت کے لئے ایک دوسرا نام ہے۔ نقطے دار اساس پسندی (punctate basophilia) یا سرخ خلیوں کی داغ داری (stippling) بھی اِسی سے ملتی جلتی حالت ہے، جس پر رصاصی تسمم (lead poisoning) کے تحت مزید غور کیا گیا ہے۔ اُمّ الخلیہ (metrocyte) وہ ناھض کبیر (megaloblast) ہے، جس کا نواۃ بالواسطہ انقسام کے امارات ظاہر کرتا ہے۔

سپید خلیات (leucocytes)۔ سپید خلیے جن کی کئی اقسام ہیں، دو گروہوں میں منقسم ہیں (۱) ذراتی خلیے جن کو بعض اوقات سفید گوں (leucoid) یعنے کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) خلیے کہتے ہیں، کہ جن کے خلیہ مایہ میں ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے چھوٹے ذرات ہوتے ہیں اور جن کا متغیر نواۃ ہوتا ہے۔ ایوسین پسند (eosinophil) خلیے جن میں موٹے ذرات اور نعل کی شکل کا نواۃ ہوتا ہے۔ اور مستولی خلیات (mast cells) جن کے ذرات ارغوانی رنگ قبول کرنے والے

اور نوات خفیف طور پر اَساس پسند ہوتا ہے۔ (۲) غیر ذراتی یا لمفٹ آسا (lymphoid) خلیے یعنے چھوٹے اور بڑے لمفی خلیے (lymphocytes) جن کا نوات چھوٹا، گول، قوی طور پر اَساس پسند ہوتا ہے اور خلیہ مایہ تھوڑا جو صرف خفیف سا رنگ قبول کرتا ہے، اور بڑے یک نواتی (large mononuclear) یا زجاجی خلیے (hyaline cells) یا یک نواتی خلیے (monocytes) جیسا کہ اب عموماً اُن کو کہتے ہیں، جن کا نوات اور خلیہ مایہ خفیف سا رنگ قبول کرتا ہے۔ بعض اوقات ان خلیوں میں ایک نعل کی شکل کا نوات ہوتا ہے، اور چونکہ یہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں اور لمف آسا خلیوں کی درمیانی کڑی سمجھے جاتے ہیں، لہٰذا ان کو برزخی خلیات (transitional cells) کہتے ہیں لیکن یہ سمجھنا صحیح نہیں ہے لہٰذا اس اصطلاح سے احتراز لازم ہے۔ یک نواتی خلیوں کو کلاں آکلات (macrophages) بھی کہتے ہیں اور کثیر الاشکال خلیوں کو خورد آکلات (microphages) بھی کہتے ہیں۔ ایوسین پسند خلیے بھی آکال خلیات ہوتے ہیں۔ یہ سب خلیے امیبائی حرکت ظاہر کرتے ہیں۔ تفریقی شمار کو فی صدی کے طور پر ہرگز ظاہر نہیں کرنا چاہئے بلکہ ہمیشہ یہ بتلانا چاہئے کہ ایک مخصوص قسم کے خلیہ کی فی کعب ملی میٹر کیا تعداد ہے، اور اسی واسطے سپید خلیوں کا مجموعی شمار بھی خون کے اُسی نمونہ پر سے کرنا چاہئے، جو تفریقی شمار کے لئے کام میں لایا گیا ہے۔ کثیر الاشکال خلیوں اور لمفی خلیوں کے اختلاف کی وجہ سے سپید خلیوں کے روزانہ مدوجزر ہوا کرتے ہیں۔ اُن کی اقل تعداد ۹ بجے صبح ۱۲ بجے دن اور ۶ بجے شب سے ۱۱ بجے رات تک ہوا کرتی ہیں۔ اور اعظم تعداد ایک بجے دن سے ۵ بجے شام تک اور ۱۱ بجے رات سے ۵ بجے صبح تک ہوا کرتی ہیں۔ ان کا غذا سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ اسی واسطے اُن کا وقت ہمیشہ نوٹ کر لینا چاہئے۔

427

تفریقی شمار (بالغ مرد، ۲۰ تا ۴۰ سال)

	تقریبی ناپ	فی صدی	تعداد فی کعب ملی میٹر ۹ تا ۱۰ بجے صبح — دوپہر اعظم	اقل	اعظم
کثیر الاشکال نواتی خلیے	۱۰ تا ۱۲ ملر	۵۵—۷۰	۵۰۰۰	۲۵۰۰	۶۰۰۰

	تقریبی ناپ	فی صدی	تعداد فی مکعب ملی میٹر (۹ تا ۱۰ بجے صبح — دوپہر) اعظم	اقل	اعظم
لمفی خلیے	۷ تا ۱۲ ملر	۲۰ – ۲۵	۳۰۰۰	۱۵۰۰	۴۳۰۰
یک نواتی خلیے	۱۲ تا ۲۰ ملر	۲ – ۵	۶۰۰	۲۰	۰
ایوسین پسند خلیے	۱۱ تا ۱۳ ملر	۲ – ۴	۴۰۰	۲۰	۰
مستولی خلیے	۱۰ تا ۱۲ ملر	چند	۱۰۰	۰	۰

طبعی تفریقی شمار کے حدود' وہ شماروں کے ان اعداد سے مستنبط کئے گئے ہیں جو کہ پروفیسر ناتوشا نے ازراہ کرم ارسال فرمائے ہیں۔

بعض امراض میں خون کے اندر غیر طبعی سپید خلیات پائے جاتے ہیں۔ اولاً بحالت ناپختہ خلیے ہوتے ہیں جن کے خلیہ مایہ میں خالیے ہوتے ہیں اور جن کے نواتوں کی تلوین ٹھیک طور پر نہیں ہوتی۔ دوم' مختلف غیر پختہ خلیے ہوتے ہیں جو لب عظام سے ماخوذ ہوتے ہیں اور جو عموماً لبنی خلیوں (myelocytes) کے نام سے مشہور ہیں۔ لبنی ناهض (myeloblast) ایک بڑا اولی خلیہ (۱۰ – ۲۰ ملر) ہے' جو لب عظام کے عفریتی خلیے سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کا نوات بڑا ہوتا ہے' خفیف سا رنگ قبول کرنے والا ہوتا ہے' اور ایک گہرا رنگ قبول کرنے والے خلیہ مایہ کے بند سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ بعد لبنی ناهض (metamyeloblast)' جو اس کے بعد کا درجۂ نمو ہے' سابق الذکر خلیہ سے مشابہ ہوتا ہے' لیکن اس کے خلیہ مایہ میں ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے رقیے ہوتے ہیں۔ پھر (۱) ذراتی لبنی خلیہ (granular myelocyte) ہوتا ہے' جس میں خلیہ مایہ کثیر الاشکال نواتی خلیہ کے خلیہ مایہ سے مشابہ ہوتا ہے' اور (۲) ایوسین پسند لبنی خلیہ (eosinophil myelocyte) ہوتا ہے' جس کے ذرات موٹے اور ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے ہوتے ہیں۔ یہ تمام خلیے تقریباً یکساں جسامت کے ہوتے ہیں۔ ذراتی لبنی خلیہ' کثیر الاشکال نواتی خلیہ بن جاتا ہے' اور ایوسین پسند لبنی خلیہ موٹے ذرات والا ایوسین پسند خلیہ بن جاتا ہے۔ ان کے علاوہ

اساس پسند لبّی خلیے (basophil myelocytes) ہوتے ہیں جن سے متولی خلیات پیدا ہو جاتے ہیں۔ لبّی نا بعض (myeloblast) لمفی خلیہ بھی پیدا کر دیتا ہے، اور اس میں برزتی درجے یہ ہیں:۔ لمفی لبّی خلیہ (lymphomyelocyte) جو نسبتہً چھوٹا ہوتا ہے، لیکن جس میں اسی قسم کا نوات باقی رہتا ہے جیسا کہ لبّی نا بعض میں ہوتا ہے، اور پیش لمفی خلیہ (prolymphocyte) جس میں نوات گہرا اساس پسند رنگ قبول کرتا ہے۔ یہ خلیہ منقسم ہو کر لمفی خلیہ کو پیدا کر دیتا ہے۔

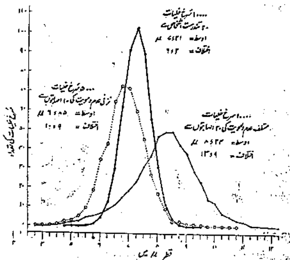
خون کے ذراتی خلیے (یعنی کثیر الاشکال نواتی، ایوسین پسند اور متولی خلیے مع اپنے پیشرووں کے ایک اصطلاح سفید گوں خلیات کے تحت جمع کئے گئے ہیں۔ اس کے مقابلہ میں غیر ذراتی خلیات (یعنی لمفی خلیہ اور بڑا ایک نواتی خلیہ) اور ان کے پیش رو لمف آسا خلیات (lymphoid cells) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں۔

مرض تقیح میں بعض اوقات سپید خلیوں میں چربی موجود ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ کسی حالت میں ان سے آیوڈینی تعامل (iodine reaction) حاصل ہو جو گلائکوجن (glycogen) کی علامت ہے۔ اس کو بتلانے کے لئے خون کی فلموں کو چند منٹ کے لئے ایک شیشہ کی ڈاٹ بوتل میں رکھ دیا جاتا ہے، جس میں آیوڈین کی قلمیں موجود ہوتی ہیں۔ پھر ان فلموں کا تراکب لیویولوس (lævulose) کے سیر شدہ محلول میں کر دیا جاتا ہے۔ ایسا کرنے پر گلائکوجن ایک گہرا جھاگنی بھورا رنگ ظاہر کرتی ہے۔

آرنتھ (Arneth) کا شمار۔ یہ طریقہ، کہ جس کو شلنگ (Schilling) نے سادہ تر بنا دیا ہے، کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی عمر دریافت کرتا ہے۔ ذراتی لبّی خلیہ، یا نو عمر خلیہ میں واحد گول نواۃ ہوتا ہے۔ اس کے بعد مختلف قسم کے بعد لبّی خلیات آتے ہیں۔ سب سے پہلے وہ کہ جن میں خفیف سی تسنین ہوتی ہے، پھر وہ کہ جن میں اس سے بڑی تسنین ہوتی ہے اور آخر میں وہ کہ جن میں تسنین اتنی نمایاں ہوتی ہے کہ ایک نعل ظہور میں آتی ہے [یہ بند نما شکلیں (band forms) کہلاتی ہیں]۔ وہ تمام خلیات جو ۲، ۳، ۴ یا ۵ لختوں میں تقسیم ہوں۔ جو کہ رشتوں کے ذریعہ جڑے ہوئے ہوں، پختہ کثیر الاشکال نواتی خلیے

428

کہلاتے ہیں۔ طبعی حالات میں لبی خلیات بالکل نہیں ہوں گے، اور کثیر الاشکال نواتی خلیات میں سے ۱۰ فی صدی تعداد بعد لبی خلیات کی ہوگی۔ عفونتی حالتوں میں جب کہ لب النظام پر بار پڑتا ہے، نوعمر قسمیں تعداد میں بڑھ جاتی ہیں، گوکہ سپید خلیات کی مجموعی تعداد زیادہ بڑھی ہوئی نہیں ہوتی۔ مثلاً ایک عفونی حالت میں لبی خلیات اور نوعمر قسمیں ۲۵ فیصد تک



شکل ۵۲ ۔ پرائس جونس کا دموی خلیہ کی توزیع کا منحنی (اس کے بیان کے لئے متن ملاحظہ ہو)۔

اور نئے نما قسمیں ۲۵ فی صدی تک بڑھ سکتی ہیں، اور کامل تکوین یافتہ خلیات ۵۰ فی صدی تک گھٹ سکتے ہیں۔ یہ نام نہاد حرکت الی الیسار ہے اور اس کے معنی یہ ہیں کہ اندمال زیادہ تشویشناک ہو جاتا ہے۔

پرائس جونس کا دموی خلیہ کی توزیع کا منحنی (Price-Jones blood cell distribution curve)۔ پہلے بتلایا گیا ہے کہ لونی قوت نمائے حیات کی اوسط جسامت کا اندازہ ہوتا ہے، لیکن اس سے انفرادی جسیمات کی جسامت کے متعلق کوئی معلومات نہیں حاصل ہوتے۔ آخرالذکر تشخیص میں مفید ہو سکتا ہے، اور اس کی تعیین کا یہ طریقہ ہے کہ ایک رنگی ہوئی فلم میں ۳۰۰ کی تکبیر کے تحت ۵۰۰ سرخ خلیوں کی پیمائش دو قطروں میں کر کے اُس کا اوسط لے لیا جائے (4)۔ نتائج کو پرائس جونس کے دموی منحنی کی شکل میں ظاہر کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۲ ۵)۔ اس کی چوٹی خلیہ کی اس جسامت کو ظاہر کرتی ہے جو نہایت کثیر الوقوع ہے، اور اس کے صعودی اور نزولی حصے کے مابین جو فاصلہ ہے وہ یہ ظاہر کرتا ہے کہ باقی ماندہ خلیے اس جسامت سے کس قدر قریب ہوتے ہیں۔ طبعی خلیوں کا اوسط قطر ۲ء ۷ مائکرو ہوتا ہے اور تمام خلیے زیادہ تر ایک ہی جسامت کے ہوتے ہیں۔ نزف کے باعث پیدا ہونے والی عدم دمویت میں اوسط قطر نسبتہً کم اور تغیر نسبتہً زیادہ ہوتا ہے۔ آیڈیسن کی عدم دمویت میں اوسط قطر نسبتہً زیادہ، اور تغیر بہت بڑا ہوتا ہے۔

طریق تقسیم۔ ہیموگلوبن کی قلت، جس کے ساتھ سرخ خلیوں کی کمی ہو یا نہ ہو، عدم دمویت (anæmia) کہلاتی ہے، جو اس وقت جب کہ خون کی تکوین ناقص ہو غیر تکوین الدموی (anhæmopoietic)، اور اس وقت جب کہ خون کا اتلاف بہت زیادہ ہو اتلاف الدموی (hæmolytic) کہلاتی ہے۔ عدم دمویتوں کو خرد خلوی (microcytic) اور کلاں خلوی (macrocytic) بھی کہا جاتا ہے۔ قلیل اللون (hypochromic) یا کثیر اللون (hyperchromic) کی اصطلاحات رنگی ہوئی فلم میں خلیہ کے رنگ کی طرف اشارہ کرتی ہیں، لیکن مختلف مصنفین ان کو دوسرے معنوں میں استعمال کرتے ہیں (یعنی پست یا بلند لونی قوت نما کے مترادفات کے طور پر)، اور بعض اوقات ایک ہی مصنف ان کو ایک سے زیادہ معنوں میں استعمال کرتا ہے۔ مجمل طور پر بیان کیا جائے تو خرد خلوی عدم دمویت قلیل اللون اور کلاں خلوی عدم دمویت کثیر اللون ہوتی ہے۔

سپید جسیمات کی کمی قلت جسیمات سفید (leucopenia) کہلاتی ہے جو

دیرینہ حمیات میں واقع ہو جاتی ہے۔ غیر ذراتی خلویت (agranulocytosis) ذراتی خلیات کی قلت ہے۔

ہیموگلوبن اور سرخ جسیمات کی زیادتی کثرت خلیات احمر (polycythaemia rubra)، احمر دمویت (erythraemia)، احمر خلویت (erythrocytosis) کہلاتی ہے۔

سپید جسیمات کی زیادتی ابیض دمویت (leukaemia)، سفید خلیہ دمویت (leucocythaemia)، ابیض خلویت (leucocytosis) کہلاتی ہے۔

سپید خلیوں کے مختلف اشکال کی زیادتی لمفی ابیض دمویت (lymphatic leukaemia)، لبی خلوی ابیض دمویت (myelocytic leukaemia)، ایوسین پسندی (eosinophilia) کہلاتی ہے۔

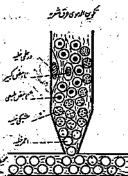
غیر تکوین الدموی (قلتی) عدم دمویت

(ANHAEMOPOIETIC (DEFICIENCY) ANAEMIA)

دوران خون کے اندر کی ہیموگلوبن کی مقدار اور سرخ جسیمات کی تعداد کا انحصار زیادہ تر تکوین دم اور اتلاف دم کے دو اعمال کے درمیان توازن پر ہوتا ہے۔ طحال اتلاف خون کا ایک عضو ہونے کے علاوہ دموی خلیات کے لئے ایک مخزن کا کام بھی دیتی ہے، اسی وجہ سے وہ سریع عارضی تغیرات کا باعث ہو سکتی ہے۔ لیکن چونکہ خون کے مجموعی حجم کی پیمائش کرنا موجودہ زمانہ میں عملی سریری وتوار العملی تحقیق نہیں ہے، لہذا سرخ جسیمات یا ہیموگلوبن کی مجموعی مقدار کی تعیین نہیں کی جاتی بلکہ صرف ان کا ارتکاز دیکھا جاتا ہے۔ سرخ خلیات، اور ان کے پیشروؤں کو ایک بافت تصور کیا جاتا ہے جو کہ نسیج احمر (erythron) کہلاتی ہے۔

امراضیات۔ سرخ خلیات، سرخ لب عظام کے تکوین الدموی عروق شعریہ میں بنتے ہیں، جیسا کہ شکل ۳ و ۱۴ (14) میں خاکہ کے طور پر دکھایا گیا ہے۔ اگر یہ عمل اپنے سب سے ابتدائی درجہ میں رک جائے، تو غیر تکوینی عدم دمویت ظہور میں آتی ہے

ناہمض کبیر سب سے زیادہ اولین سرخ خلیہ ہے۔ اس کے مزید نشو و نما کے لئے ایک "دموی جوہر" کی ضرورت ہے' جو کہ معدہ میں اور غالباً اثنا عشری میں بھی دو عاملوں سے طبعی طور پر بنتا ہے (۱) ایک انزیم جو کہ کاسل (Castle) کا "دروںی عامل" کہلاتا ہے' اور بوابی غدد میں اور شاید اثنا عشری میں برونر (Brunner) کے غدد میں تیار ہوتا ہے اور (۲) کاسل کا "بیرونی عامل" مثلاً وہ جو کہ گائے کے گوشت اور خصوصاً لبن میں پایا جاتا ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ اگرچہ گوشت پر مشتمل غذا ایڈیسن (Addison) کی کبیر خلوی عدم دمویت یعنی متلف عدم دمویت کو اچھا نہیں کر سکتی' تاہم اگر اس گوشت کو طبعی انسانی معدہ میں ایک گھنٹہ تک ہضم کیا جائے اور پھر نکال کر متلف دمویت کے مریض کو دیا جائے' تو وہ شفایاب ہو جاتا ہے۔ چنانچہ تحت منہ معدی انہضام ایک نائٹروجینی مادہ کو پیدا کرتا ہے۔ اور یہ ایک دموی جوہر ہے جو کہ پروٹین کے ٹوٹ جانے سے پیدا ہوتا ہے' اور معمولاً جگر اور گردوں میں ذخورر رہتا ہے' اور طبعی سرخ خلیات کی تکوین کے لئے ضروری ہے۔ متلف عدم دمویت میں یہ اس لئے نہیں بنتا کہ التہاب معدہ کی وجہ سے خمیر کی قلت ہوتی ہے۔ اس دموی جوہر کے بغیر دموی نسیجوں کا نشو و نما کبیر ناہمضی درجہ پر رک جاتا ہے۔ لبِ عظام میں کبیر ناہمضی رد عمل ہوتا ہے' اور اس میں خلیات ٹھنس کر بھرے ہوتے ہیں' اور ایک کبیر خلوی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ لوہا' تانبے کا ایک شائبہ' حیاتین ج' اور تھائراکسن (thyroxin) یہ تمام طبعی تکوین خون کے آخری درجہ کے لئے ضروری ہیں جو کہ شبکی خلویت کے برزقی درجہ کے بعد آتا ہے' اور ان کے بغیر لبِ عظام میں طبعی



شکل ۵۳ - نسیج احمر کی خاک نما ترسیم

480

تاہضمی رد عمل واقع ہوتا ہے اور ایک خرد خلوی عدم دمویت پیدا ہوتی ہے۔ کیر ناہضمی اور طبیعی ناہضمی رد عمل اسی مرض میں تبادل کرسکتے ہیں۔ وہ ظاہر کرتے ہیں کہ تکوین خون ہیجان میں آتی ہے' لیکن ضروری عامل کی عدم موجودگی کے باعث ان میں سے ایک درجہ پر رک گئی ہے' بالکل اسیطرح جس طرح کہ کسی کارخانہ میں نیم تیار مال اس وقت جب کہ کوئی ضروری صنعتی عمل بگڑا ہوا ہو جمع ہوجاتا ہے۔

ایک بڑے نزف کے فوراً بعد طحال میں سے سرخ خلیات داخل ہوکر دموی شمار بڑھ جاتا ہے۔ لیکن چند ہی گھنٹہ کے اندر سیال دوران خون میں داخل ہوجاتا ہے' اور اس کے حجم کی کمی پوری کردیتا ہے' لہذا اگر نزف سے پہلے کی ہیموگلوبن معلوم ہو تو اب اس کی آخری قدر سے اندازہ ہوتا ہے کہ کس قدر نقصان خون ہوا ہے۔ جب عدم دمویت قائم ہوجائے تو تکوین خون ہیجان میں آتی ہے۔ لیکن لوہے کے فقدان کی وجہ سے رک جاتی ہے (طبیعی ناہضمی رد عمل)۔ بعض حالات میں مثلاً اس وقت جب کہ بہت سا سیال ضائع ہوا ہو' جسم اس دموی حجم کی کمی پوری کرنے کی قابلیت کھو دیتا ہے' اور مریض بہت ہی بیمار ہوجاتا ہے۔

ثانوی عدم دمویت۔ عدم دمویتوں کی تقسیم اس طرح کی جاتی ہے:۔

اولی عدم دمویتیں جن کی تسبیب معلوم نہ ہو (اخضریت اور مہلک عدم دمویت) اور ثانوی عدم دمویتیں جن کے اسباب اکثر حالتوں میں بالکل واضح ہوتے ہیں۔ اس قسم کی جماعت بندی آج کل بالکل بے کار ہے۔ لیکن ثانوی یا اخضریتی عدم دمویت کی اصطلاح ابھی تک عام طور پر ایک خرد خلوی عدم دمویت کے معنوں میں استعمال کی جاتی ہے کہ جس میں طبیعی ناہضمی رد عمل اور پست لونی قوت نما ہو اور جو مختلف اسباب سے پیدا ہو۔ یہ اسباب حسب ذیل ہیں:۔ (۱) نزفات۔ ان میں سے بہت سے نزفات مفرط ہوتے ہیں' لیکن یہ عود نہیں کرتے' یا یہ صرف طویل وقفوں سے ہوتے ہیں۔ متواتر تھوڑے نزفات سے' جو بواسیر' مستقیمی قرحہ' رحمی امراض' اثنا عشری کج دہن (ancylostoma duodenale) کے باعث ہوں' شدید عدم دمویت واقع ہوسکتی ہے۔ جلد اور مخاطی اغشیہ میں بھی نزفات ہوسکتے ہیں' جیسے کہ وہ جو مختلف اقسام کے پرپیورا (purpura) میں اور اسکروی

(scurvy) میں ہوتے ہیں۔ (۲) مرض برائٹ، اسکروی اور ناقص درقیت۔ (۳) سرخ جسیمات کی تحلیل مرضِ آجکن میں اور بعض دمویت کی مختلف قسموں میں واقع ہوجاتی ہے۔ ثانوی عدم دمویت کا علاج وہی ہے جو کہ سادہ بے ترشہ عدم دمویت کا ہوتا ہے۔

عدم دمویت کے علامات۔ نمایاں عدم دمویت کی تمام اصابتوں میں بعض مخصوص خصایص مشترک ہوتے ہیں، اگرچہ بعض اقسام کی عدم دمویتوں میں انکے ممیز و مخصوص خصایص بھی ظاہر ہوتے ہیں، جو آگے چل کر بیان کئے گئے ہیں۔ جلد شاحب اور موم نما ہوتی ہے۔ تازہ نزف کی اصابتوں میں رنگ بالکل سپید ہوتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ ممکن ہے حقیقی عدم دمویت بالکل موجود نہ ہو اور وعاحر کی فعل سے دموی توزیع میں تغیر واقع ہوجانے سے شحوب پیدا ہوجائے۔ لب پھیکے گلابی رنگ کے ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ گالوں میں بھی ایک خفیف گلابی تمتماہٹ ظاہر ہو۔ مرئی مخاطی اغشیہ پھیکے گلابی رنگ کی ہوجاتی ہیں، جیسا کہ دہن، زبان اور پپوٹوں کی اندرونی جانب میں دیکھا جاتا ہے۔ خون کا بدلا ہوا رنگ ہاتھ کی پشت پر کی وریدوں کی جھلک میں بھی ظاہر ہوتا ہے، جو سپید چمڑے کے اندر سے گلابی نظر آتی ہیں، نہ کہ گلابی جلد کے اندر سے سیاہ ارغوانی۔ مریض نڈھال اور کمزور جسمانی یا دماغی محنت کے ناقابل ہوتا ہے، اسے درد سر اور چکر آنے کا امکان ہوتا ہے، آنکھوں کے سامنے دھبے نظر آتے ہیں، کانوں میں آوازیں گونجتی ہیں، اور غشیان کے دورے ہوتے ہیں۔ محنت کرنے یا زور لگانے پر سانس پھول جاتی ہے اور عروق کی تپک پیدا ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ پاؤں کا اُذیما موجود ہو۔ بھوک عموماً کم ہوجاتی ہے، اور غذا لینے کے بعد شراسیف کے مقام پر گرانی یا ضیق معلوم ہوتا ہے، یا شدید سوزشِ سینہ ہوتی ہے۔

اگر کوئی نمایاں درجہ کی عدم دمویت ہو تو ہیئت قلب کو ہیجان میں لاکر خون کی فی منٹ درآمد کو زیادہ کردیتی ہے، اسیواسطے شرح نبض زیادہ ہوجاتی ہے۔ یہ ایک تعویضی میکانیت ہے، لیکن اس کے یہ معنی ضرور ہیں کہ قلب زیادہ کام کرتا ہے۔ لہٰذا علاج کا اولین مدعا آرام ہے۔ استماع کرنے پر دموی خریرات اور جرو فقد روفی (bruit de diable) سنائی دیتے ہیں۔ یہ پہلے بیان کئے گئے ہیں (صفحات

222 ، 280)۔ ممکن ہے کہ قلب تسع ہو جائے۔

اخضریت

(chlorosis)

بحث اسباب۔ اخضریت یا اس کے انگریزی مرادف گرین سکنیس (green sickness) کا نام اس سبزی مائل جھلک پر مبنی ہے جو کہ گالوں کے شحوب کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے۔ اس نام کا اطلاق عدم دمویت کی اس قسم پر کیا جاتا ہے جو بالخصوص قبض کی شکایت رکھنے والی لڑکیوں اور نوعمر عورتوں میں چودہ اور چوبیس سال کے سن کے درمیان ہوتی ہے، گو مستثنیٰ طور پر ایسی ہی ایک حالت لڑکوں میں بھی دیکھی جاتی ہے۔ موجودہ صدی کے آغاز سے اخضریت کے حدوث میں بتدریج کمی پائی گئی ہے اور غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ تنگ کمربندی کا رواج جس سے جگر پر دباؤ پڑتا تھا، ترک کر دیا گیا ہے، نیز یہ کہ اب عورتوں کا کام نسبتہً بہتر حالات کے تحت انجام دیا جاتا ہے، اور تازہ ہوا زیادہ لی جاتی ہے، اور ورزش زیادہ مقدار میں کی جاتی ہے (6)۔ خانگی ملازمت کرنے والیوں میں یہ مرض سب سے زیادہ عام ہوا کرتا تھا۔ 461

علامات۔ اخضریت ایک خرد خلوی عدم دمویت ہے۔ دموی شمار پست لونی قوت نما ظاہر کرتا ہے، کیونکہ سرخ خلیات کی نسبت ہیموگلوبن میں زیادہ تخفیف پائی جاتی ہے۔ طبیعی نا ہضات، شبکی خلیات، شقوقی خلیات، شدید اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ سپید خلیات طبیعی ہوتے ہیں۔ عدم الطرث موجود ہوتا ہے۔ معدی رس میں آزاد HCl موجود ہوتا ہے۔ کبھی کبھی عصب بصری کا التہاب (optic neuritis) پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے بعد ذبول، اور مستثنیٰ اصابتوں میں عینی شلل (ocular paralysis)، شبکیتی سدادیت (retinal embolism)، اور خلف البصلہ التہاب عصب (retrobulbar neuritis) واقع ہو جائے۔

انذار اور علاج۔ ملاحظہ ہو سادہ بے ترشہ عدم دمویت۔

سادہ بے ترشہ عدم دمویت

(simple achlorhydric anæmia)

یہ مرض عورتوں کو اس سے بہت زیادہ عام طور پر ماؤف کرتا ہے کہ جتنا مردوں کو اور عورتوں کو یہ تقریباً بچہ جننے کی عمر میں ماؤف کرتا ہے، اور سب سے زیادہ احابتیں ۳۰ سے لیکر ۵۰ سال کی عمر میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ بچوں میں اور معمر اشخاص میں (88) بھی واقع ہوتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ صحت مند مردوں اور عورتوں میں سے ۳۲ فی صدی ایسے ہوتے ہیں کہ جن کو ۶۰ سال سے اوپر سادہ بے ترشہ عدم دمویت ہوتی ہے۔

علامات۔ ایک خرد خلوی عدم دمویت پائی جاتی ہے، اور خون ایک پست لونی قوت نما ظاہر کرتا ہے۔ متلف عدم دمویت کی طرح اس میں بھی بے ترشگی پائی جاتی ہے، لیکن خون میں بائلی روبین کی زیادتی نہیں ہوتی، چنانچہ وان ڈن برگ کا کاشف منفی ہوتا ہے اور حبل نخاعی میں کوئی تغیرات نہیں ہوتے۔ طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ بسا اوقات التہاب اللسان (glossitis) ہوتا ہے اور یہ التہاب زبان پر سے پھیلتا ہوا البلعوم کی پشت پر چلا جاتا ہے۔ بعض اوقات عسر البلع ہوتا ہے۔ ناخن مقعر (چمچہ نما) اور پتلے ہوتے ہیں، ان پر طولی حیدیت (ridging) (اقعار الظفر =koilonychia) پائی جاتی ہے۔ عدم دمویت غالباً غذائی خشیہ میں سے لوہے کے قلیل انجذاب کی وجہ سے ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ معدی رس میں ہائڈروکلورک ایسڈ کی عدم موجودگی اس کا جزوی سبب ہو۔

تشخیص۔ یہ اس امر پر منحصر ہے کہ بے ترشگی کے ساتھ پست لونی قوت نما کی عدم دمویت مشاہدہ کی جائے، جو بلا کسی واضح سبب کے ہو، مثلاً بغیر نزف کے۔

انذار۔ موثر علاج کرنے کی حالت میں یہ اچھا ہوتا ہے۔

عـلاج۔ لوہا بڑی مقداروں میں دینا چاہیئے۔ قشری تجویز، آئرن اینڈ امونیم سٹریٹ (iron and ammonium citrate)، چونکہ فیرک سٹریٹ (ferric citrate) پر مشتمل ہے، مقبول عام ہے۔ لیکن روزانہ اس کا ایک ڈرام

دینا چاہئے۔ لوہا صرف فیرس (ferrous) حالت میں جذب ہوتا اور تاثیر کرتا ہے (7)، لہٰذا فیرس لوہا استعمال کرنا بہتر ہے۔ پل فیری (pil. ferri.) (بلاڈ کی گولی = Blaud's pill) جو فیرس سلفیٹ اور سوڈیم کاربونیٹ (sodium carbonate) کا ایک آمیزہ ہے (۵ تا ۱۵ گرین) بہت مشہور ہے۔ اس کو سفوف کی شکل میں دے سکتے ہیں۔ فیرس سلفیٹ کو بحالت محلول تجویز کرنے میں یہ دقت ہے کہ یہ تاکسد ہو جاتا ہے۔ لیکن اس کا سدباب اس کو ۱۰ فی صدی گلوکوس محلول میں حل کر کے کیا جاسکتا ہے، یا اس کے بجائے ایسڈ سلفیورک ڈائیلیوٹ ۵ منم، ۵ گرین فیرس سلفیٹ کے لئے استعمال کیا جاسکتا ہے۔

بہت سی اصابتوں میں حتی الامکان جلد از جلد یہ دریافت کرنے کی ضرورت ہوگی کہ آیا علاج موثر ثابت ہو رہا ہے یا نہیں۔ اس کے لئے جیسا کہ متلف عدم دمویت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے، ایک شبکی خلوی حرجہ کی تلاش کرنی چاہئے۔ اکثر حدیدی تجہیزات میں تانبا موجود ہوتا ہے، لیکن اگر ضرورت ہو تو اس کو کاپر سلفیٹ کے ½ فی صدی محلول کے روزانہ ۲-۵ سی سی کی صورت میں تجویز کیا جاسکتا ہے۔ اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ ناقص ورقیت موجود نہ ہو، اور یہ کہ غذا میں حیاتین ج کی کافی مقدار موجود ہے، جو کہ نارنگی اور لیموں رس کے طور پر دینی بہتر رہتا ہے۔ اسکروی میں عدم دمویت نزف ہونے سے پہلے دیکھی گئی ہے۔ یہ امر تسلیم شدہ ہے کہ اشراب کے ذریعہ دی ہوئی لوہے کی تمام قسمیں بیکار ہیں، اور سنکھیا دینی غیر ضروری ہے۔ لیکن جگر یا خلاصہ جگر بعض اوقات مفید ہوتا ہے، گو کہ اسے لوہے کا بدل تصور نہیں کرنا چاہئے۔ اگر ایک ملین کی ضرورت ہو تو پل آلوزیٹ فیری (pil. aloes et ferri) (۴ تا ۸ گرین) جس کے ساتھ فیرس سلفیٹ شامل ہے، دینا مفید ہے۔ قدرتی طور پر پائے جانے والے حدیدی میاہ (chalybeate waters) میں فیرس کاربونیٹ (ferrous carbonate) موجود ہوتا ہے، جسے زائد کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) محلول حالت میں رکھتی ہے۔ اور بشرطیکہ ان کو براہ راست چشمہ پر تازہ پیا جائے یہ مفید ہوتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں علاج کے دوران میں بستر پر آرام کرنا ضروری ہے اور نقل الدم مفید ہوسکتے ہیں۔

متلف عدم دمویت

(pernicious anæmia)

(ایڈیسن کی عدم دمویت = Addison's anæmia)

(التہاب اللسانی عدم دمویت = glossitic anæmia)

ابتداءً اس مرض کی اصابتوں کو ایڈیسن (Addison) نے خود بخود عدم دمویت (idiopathic anæmia) کے نام سے بیان کیا، کیونکہ ان میں ممیز خصائص نمایاں تھے، اور وہ ان کا کوئی سبب نہ معلوم کر سکا۔ ازاں بعد بائیرمر (Biermer) اور دوسرے مصنفین براعظم یورپ نے مماثل اصابتیں ترقی پذیر متلف عدم دمویت (progressive pernicious anæmia) کے نام سے بیان کیں۔

بحث اسباب۔ یہ مرض دو صنفوں کو مساویاً ماؤف کرتا ہے، اور ۹۰ فیصدی اصابتیں چالیس سال سے اوپر کی عمر میں ہوتی ہیں۔ اور معدی تغیرات کے لئے جو کہ اس مرض کا سبب ہوتے ہیں ایک موروثی رجحان پایا جاتا ہے۔

مرضی تشریح۔ اعضاء کے عام شحوب کے علاوہ بعد الممات حالتوں میں سے ایک نہایت مستمر حالت قلب کا شحمی انحطاط ہے، جو خود کو عضلۂ قلب کی متبادل سیاہ اور شاحب دھاریوں کی صورت میں ظاہر کرتا ہے، اور یہ دھاریاں درون قلبہ میں سے نظر آتی ہیں (دھاری دار بلی جیسی دھاریاں = tabby-cat striation)۔ یہ ناقص آکسیجنی رسد کے باعث ہوتی ہیں، جس کا سبب خون کے ہیموگلوبن کی مقدار کی کمی ہے۔ یہ بائیں بطین اور حلیمی عضلات میں واقع ہوتی ہیں۔ جگر اور گردوں کا شحمی انحطاط بھی موجود ہوتا ہے، اور شرائین کے اندرونی طبقہ کا بھی۔ نزفات نہ صرف شبکیہ میں پائے جاتے ہیں، جہاں وہ زندگی میں بھی دیکھے گئے ہیں، بلکہ وہ مصلی الغشیہ درون قلبہ، معدے کی غشائے مخاطی، پھیپھڑوں، سطح دماغ، اور دوسرے حصوں میں بھی ملتے ہیں۔ فین وک (Fenwick) نے ابتداءً معدہ میں ایسے تغیرات پائے جو کہ التہاب معدہ (ملاحظہ ہو) کے مماثل تھے۔ بعض اوقات طحال

بڑھی ہوئی اور سیاہ سرخ یا ارغوانی رنگ کی ہوتی ہے۔ لب عظام مقدار میں حد سے زائد اور سرخی مائل ارغوانی رنگ کا پایا گیا ہے اور اس میں نواۃ دار سرخ جسیمات بالخصوص کبیر نا بیضات بڑی تعداد میں ہوتے ہیں۔ مزید برآں جگر کے خلیوں میں طحال میں اور گردوں میں لوہے کا وافر جماؤ ہوتا ہے جو پوٹاسیم فیروسائنائڈ اور مرقق ہائڈرو کلورک ایسڈ سے عضو کے نیلے ہو جانے سے ظاہر ہو سکتا ہے۔ نخاعی علامات والی اصابتوں میں موت کے بعد جانبی استوانوں اور پچھلے استوانوں کا انحطاط پایا گیا ہے۔

امراضیات۔ اس مرض کی امراضیات کی کسی بحث میں حسب ذیل خصائص مرض کا بیان کرنا ضروری ہے:۔ (۱) بول کے اندر یوروبائلین کی زیادتی، جگر کے اندر لوہے کے جماؤ اور خون کے اندر صبغہ صفراکی موجودگی جس سے وآن ڈن برگ کا بالواسطہ امتحان حاصل ہوتا ہے۔ جانوروں میں سموم مثلاً سیپونین (saponi n) پائری ڈین (pyridine) وغیرہ کے اشراب سے بھی ایسے ہی مظاہر حاصل ہوئے ہیں۔ (۲) سرخ لب عظام کی بیش پرورش اور ساتھ ہی دورانی خون کے اندر سرخ خلیوں کی جسامت اور شکل کی بقاعدگی اور کبیر خلیات کی اور بعض اوقات کبیر نا بیضات کی موجودگی۔ یہ مرض ایک کلاں خلوی عدم دمویت ہے۔ سرخ خلیوں کا حیاتی کیمیائی بنیہ بھی متبدل ہو جاتا ہے جسیمات میں ہائڈروجن روان (H ion) کا ارتکاز زیادہ ہوتا ہے جس کی وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ فاسفورک ایسڈ ایسٹرز (phosphoric acid esters) میں زیادتی ہو جاتی ہے، چنانچہ خلیات اور پلازما کے درمیان قوہ کا فرق (potential difference) بجائے آٹھ یا نو ہونے کے تیرا ملی وولٹس (millevolts) ہوتا ہے (12)۔ (۳) معدی رس میں آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ (free HCl) کی غیر موجودگی، جو خاص کر التہاب معدہ کی وجہ سے ہوتی ہے کیونکہ معدی کلورائڈ اور پیپسین بھی کم ہوتے ہیں گو بالکل غیر موجود ہرگز نہیں ہوتے (13)۔ غالباً خفوراسا "فاعل" ہائڈروکلورک ایسڈ ("active" HCl) ہمیشہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۷۰، صفحہ 831)۔ غذائی خطے میں دوسری جگہ التہاب کی موجودگی بھی مثلاً التہاب اللسان سے ظاہر ہوتی ہے۔

اور بعض اوقات بعض اوقاتوں میں اسہال' معوی التہاب کے باعث ہوسکتا ہے۔ (۴) جب خلاصۂ جگر براہ دہن دیا جائے تو اس کا شفا بخش اثر۔

زمانہ حال تک یہ تصور کیا جاتا تھا کہ یہ مرض ایک اولی خون پاشیدگی کی وجہ سے ہے۔ لیکن یہ امر مشکوک ہے کہ آیا خون پاشیدگی حقیقۃً نمایاں ہوتی ہے۔ اگر ساری کی ساری بائلی روبین' ٹوٹے ہوئے جسیموں سے ماخوذ ہے تو اس کے یہ معنی ہوں گے کہ خون کے جسیموں کی باز پیدائش ایک ناممکن سُرعت کے ساتھ واقع ہوتی ہے۔ نیز بائلی روبین کا اخراج نہایت ہی اختلاف پذیر ہوتا ہے' حالانکہ تصویر خون مستمر رہتی ہے۔ یہ تصویر خون بے ترشہ عدم دمویت سے جو کہ ایک اولی خون پاشیدہ مرض ہے بالکل مختلف ہے۔ سرخ خلیات' متلف عدم دمویت میں اتنی ہی مدت زندہ رہتے ہیں کہ جتنے صحت کی حالت میں حقیقت میں مرض اولی طور پر دموی خلیات کی ناقص تکوین کا نتیجہ ہے' جو کہ صفحہ 429 پر بیان کی گئی ہے۔ دموی جوہر کے بغیر لب عظام کامل سرخ خلیات کو نہ تو پیدا کرسکتا ہے اور نہ دوران خون میں ان کو خارج کرسکتا ہے۔ لہٰذا وہ لب عظام میں ٹھُس کر بھرے رہتے ہیں اور اس کو سرخ رنگ بخشتے ہیں۔ اگر جگر دیا جائے تو ناپختہ خلیات یعنی شبکی خلیات کا ایک لشکر دوران خون میں خارج ہوجاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۳۶ ب) اور ۴ تا ۱۰ دن میں نقطۂ اعظم کو پہنچتا ہے' اور یہ شبکی خلوی استجابت' عدم دمویت کے درجہ سے معکوس نسبت رکھتی ہے۔ عدم دمویت بتدریج اچھی ہوجاتی ہے اور تصویر خون طبعی ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے لب عظام حد سے زیادہ فعال ہوجائے چنانچہ دموی شمار تقریباً ۷۰ لاکھ تک پہنچ جاتا ہے۔ خلیات کی حیاتی کیمیائی نوعیت' طبعی کے قریب ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے ایوسین پسندی موجود ہو۔ صحتیابی میں جو تغیرات ہوتے ہیں ان کو شکل ۵۰ میں دکھایا گیا ہے۔ مرض کی انتہا میں صبغۂ صفراء اور حدیدی جماوڑوں کی زیادتی کی توجیہ اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ ان کو ہیموگلوبن کی تکوین میں کام میں نہیں لایا جاسکتا' لہٰذا وہ مجتمع ہوجاتے ہیں۔ گاہے صریح یرقان اور اس کے ساتھ مثبت واٹن ڈن برگ کا شعمہ موجود ہوتا ہے۔

433

متلف عدم دمویت کے ساتھ حبل النخاعی کے تحت الحاد ممزوج انحطاط کا تلازم



ا



ج



ب

الف۔ احمر دمویت میں چہرہ کی رنگین تصویر۔ نہایت نمایاں رضاتوں میں زراق اور بھی زیادہ ہوتا ہے۔

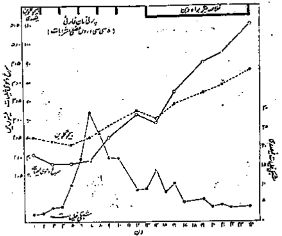
ب ۔ متلف عدم دمویت میں ایک رنگی ہوئی فلم کبدی علاج کے ابتدائی مراحل میں جس میں شبکی خلویت دکھائی گئی ہے۔

ج ۔ رصاصی تسمم میں نقطہ دار اساس پسندی۔ (یہ تجہیزات ڈاکٹر ایف۔ اے۔ ناٹ نے بنائی ہیں)۔

(بالمقابل صفحہ 433)

باہم قریبی تعلق رکھنے والے عوامل کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ حبل النخاعی اور خون دونوں کو ماؤف کرتے ہیں۔ لیکن ان میں سے ہر ایک تاثیر الگ بھی پیدا ہو سکتی ہے یا ایک تاثیر دوسری کے بعد پیدا ہو سکتی ہے (19)۔

علامات۔ مہلک عدم دمویت کا مریض بتدریج کمزور ہو کر شاحب رنگ کا



شکل ۷۴۵۔ مہلک عدم دمویت کی ایک تمثیلی اصابت، جو پہلے خلاصہ جگر کے پانچ دروں عضلی شرابات اور پھر اس کو براہ دہن دینے پر اعظم شبکی خلویت اور خون کی باز پیدائش ظاہر کرتی ہے۔ لونی قوت نما میں تغیر یعنی سرخ خلیات کی تعداد کی زیادتی کے مقابلہ میں ہیموگلوبن کی زیادتی تھوڑی ہونا خوب واضح ہے۔

ہو جاتا ہے۔ اس کی جلد کی رنگت زرد جھلک کی ہو جاتی ہے، جو معمولی عدم دمویت کی

سپید ہوئی جھلک سے مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات بھوری لونیت کی چھوٹی یا بڑی چکتیاں ہوتی ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی ہے کہ انتہائی عدم دمویت کی حالت میں بھی مریض دبلا نہیں ہوتا اور ممکن ہے کہ اس کی تحت الجلد چربی کثیر المقدار ہو۔ نڈھال پن، دماغی اور جسمانی محنت سے تنفر، دوران سر، کانوں میں آوازیں وغیرہ اسی طرح ہوتی ہیں جیسی کہ دوسرے اقسام کی علیم دمویت کے بیان میں درج کی گئی ہیں اور علاوہ ازیں محنت کرنے پر بڑا اختلاج قلب اور درد قلب ہوتا ہے۔ مریض زبان کے زخمی ہونے کی شکایت کرتا ہے اور ممکن ہے کہ زبان میں آبلے اور سرخ چکتیاں ہوں۔ کہنہ احاتوں میں ممکن ہے کہ زبان میں حلیمات خیطیہ کا ذبول بلکہ انشقاقات بھی ہوں۔ عدم اشتہا اور سوءالہضمی علامیہ (جو ملاحظہ ہو) کثیر الوقوع ہیں۔ معدی رس میں آزاد ہائڈرو کلورک ایسڈ بالکل غیر موجود ہوتا ہے۔ گا ہے گا ہے وہ علاج کے بعد دوبارہ پیدا ہو جاتا ہے۔ پیشاب کا رنگ یوروبائلین کی زیادتی کی وجہ سے بہت گہرا ہوتا ہے لیکن اس میں البیومن نہیں ہوتا۔ طحال کی کلانی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شبکیہ میں کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے نزفات نظر آئیں جو قرص بصری کے گرد بہ کثرت ہوتے ہیں۔ یہ مخطط یا شعلہ نما ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ ان کے ساتھ سپید دھبے بھی موجود ہوں۔ دوسرا ممیز خاصہ تپ ہے جس سے ۱۰۱ یا ۱۰۲ درجہ کی تپش حاصل ہو سکتی ہے لیکن عموماً یہ تپ بے قاعدہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ تپ کئی دنوں تک موجود ہی نہ ہو اور موت سے پہلے اکثر تپش تحت الطبیعی ہوتی ہے۔ بعض اوقات جگر بڑھا ہوا اور الیم ہوتا ہے۔ خون نہایت شاحب ہوتا ہے اور سرخ جسیمات کم ہو کر فی مکعب ملی میٹر ...... ۲۵ بلکہ ...... ۵ یا اس سے بھی کم ہو جاتے ہیں۔ لیکن ہیموگلوبن کی کمی نسبتہً کم ہوتی ہے۔ چنانچہ لونی قوت نما عموماً ایک سے زائد ہوتا ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ انفرادی جسیمات معمول کے نسبت بڑے ہوتے ہیں۔ تاہم اتنی کم قدریں کہ بعض اوقات ۰.۰ تک بھی پائی گئی ہیں۔ بوقلمون خلیے کسی دوسری حالت کے نسبت اس میں زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ عموماً چند لونات وار خلیے بالخصوص کبیر ناہضات موجود ہوتے ہیں لیکن کثیر الاشکال نواتی سپید خلیات عام طور پر معمول کے نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں۔ پرآئس جونس کا دموی توزیع منحنی ممیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ قابلیت ترسیب میں کمی ہو لیکن جسیمات کے مجموعہ بن گئے

434

کوئی زیادتی نہیں ہوتی یا کم زیادتی ہوتی ہے۔

متلف عدم دمویت کے مریضوں میں اکثر ٹانگوں کا سن پن اور کمزوری، عدم اتساق، متغیر رکبی جھٹکے، اور حاد ممزوج انحطاطِ نخاع کے دوسرے علامات پیدا ہو جاتے ہیں، بلکہ ممکن ہے کہ عدم دمویت سے بہت پہلے نخاعی علامات ظاہر ہو جائیں۔ بعض اوقات ذہنی اختلالات دیکھے گئے۔

تشخیص۔ متلف عدم دمویت کی ہر مفروضہ اصابت میں یہ اہم ہے کہ نہایت احتیاط کے ساتھ عضوی مرض، مثلاً سرطانِ معدہ کی جستجو کی جائے جو بعض اوقات اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے، اور عفونت کے مرکزوں کی جستجو بھی کی جائے، اور بعض حالات میں براز کے معقول امتحان کے ذریعہ معائی کرموں (جو۔ بی راسیہ (bothriocephalus: یا اسپرو (sprue) کی موجودگی کو خارج از بحث کر دیا جائے۔

متلف عدم دمویت کے ممیز خصائص یہ ہیں:۔ مصل کے اندر صبغۂ صفرا کی موجودگی جس سے متلف عدم دمویت کا زرد رنگ پیدا ہو جاتا ہے، تصویر خون معہ اس کے بلند لونی قوت نما کے، اور خلوی توزیع کا تمثیلی منحنی، اور بے ترشگی یہ سب اسے انحضریت اور دوسری عدم دمویتوں سے تمیز کرنے میں مدد دیتے ہیں۔ کبیر خلویت جو کہ مرض کی ممیز ہے، ہالۂ انعطاف کے طریقہ (refraction halo method) کے ذریعہ ظاہر کی جا سکتی ہے۔ تختی پر ایک پتلی سی دموی فلم اس طرح بنائی جاتی ہے کہ جسیمات باہم متراکب نہ ہوں۔ اس کو روشنی کے سامنے رکھنے پر ایک مستدیر ہالہ دکھائی دیتا ہے، جس کا مقابلہ ایک طبعی فلم سے حاصل کردہ ہالہ سے کیا جاتا ہے۔ ایک نسبتۃً چھوٹا ہالہ کبیر خلویت کی دلیل ہے۔

انذار۔ یہ اصابتیں، دموی جوہر کے ذریعہ علاج کرنے پر امید افزا مجیبیت ظاہر کرتی ہیں، اور تحت الحاد ممزوج انحطاط کی ابتدائی علامتیں غائب ہو جاتی ہیں، اگرچہ اس کے لئے جگر کی نسبتۃً بڑی مقداریں ضروری ہوتی ہیں، اور جب عصبیے حقیقۃً تلف ہو گئے ہوں تو یہ علاج کوئی فائدہ نہیں کرتا۔ یہ علاج غیر متعین مدت تک جاری رکھنا چاہیئے۔

علاج۔ مائناٹ (Minot) اور مرفی (Murphy) کی جگر کے علاج کی ایجاد کا

مقابلہ اُس انقلابِ عظیم کے ساتھ کیا جاسکتا ہے جو انسولین کے انکشاف نے ذیابیطس
کے علاج میں پیدا کر دیا ہے۔ اِس علاج کا فعلیاتی نقطۂ نگاہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے۔
پاؤ بھر ہلکا پکایا ہوا جگر روزانہ براہِ دہن دیا جاتا ہے۔ اُس کا مزہ چھپانے کے لئے
اُس کے ساتھ آنکوی پیسٹ (anchovy paste) یا لحمی خلاصہ جات (meat
extracts) • مثلاً باوریل (Bovril)، یا نارنگی کا رس ملا کر دے سکتے ہیں۔ یا اسکو
کاٹ کر لوندے بنائے جاسکتے ہیں، اور ان کو رائس پیپر (rice-paper) میں
لپیٹ کر سالم نگلا جاسکتا ہے۔ کچے معدۂ خنزیر کے چھ اونس اس کے معادل ہیں۔
خلاصۂ جگر سفوف یا مائع کی شکل میں بھی لیا جاسکتا ہے، لیکن تحت الحاد ممزوج انحطاط
کو شفا دینے کے لئے یہ اتنا مفید نہیں ہے۔ خلاصۂ جگرِ ماہی نہایت ہی قوی ہے۔
مجفف معدۂ خنزیر بھی لیا جاسکتا ہے۔ لیکن یہ تجہیزات بعض اوقات غیر فعال
ثابت ہوئی ہیں۔ متلف عدم دمویت کی بعض اصابتیں علاج سے اثر پذیر
نہیں ہوتیں کیونکہ معائی دموی جوہر جذب نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں اشرابات
کرنے ضروری ہیں؛ اور دروں عضلی (یا زیر جلدی) اور دروں وریدی اشرابات
کے لئے خلاصہ جات جگر مل سکتے ہیں۔ اگر پھر بھی مجیبیت نہ ہو، تو تجہیز غالباً غیر فعال
ہے۔ یہ تجہیزات ایسی مقداروں میں تجویز کی جاتی ہیں کہ وہ اس جگر کے اصلی وزن
کے معادل ہوں کہ جس سے وہ لی گئی ہیں۔ اب ایسے خلاصہ جات جگر مل سکتے ہیں
کہ مریض کو صحت کی حالت میں رکھنے کے لئے ہر چار یا آٹھ ہفتوں کے بعد ایک
مرتبہ ان کا اشراب کرنے کی ضرورت ہے۔ ابتدائی درجوں میں ایک پونڈ جگر کا
خلاصہ دینے کی ضرورت پیش آتی ہے، تاہم مابعد درجوں میں اس مقدار کو
گھٹا کر $\frac{1}{4}$ پونڈ یا اس سے بھی کم کیا جاسکتا ہے۔ وقتاً فوقتاً دموی شمار یا وان
ڈن برگ کا امتحان کرنا مناسب ہے۔ اس علاج سے چند ہی روز کے اندر
مریضوں کی حالت بہتر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر اُن کا رنگ غیر معمولی طور
پر گلفام ہو کر اُن کے پہلے پھیکے زرد رنگ سے بالکل برعکس ہو جائے۔ عفونت کے
سرچشموں کا تدارک بھی ضروری ہے، خواہ یہ عفونت دانتوں کی لوزتین یا انفی تجاویف
کے باعث ہو۔ ممکن ہے نہایت خطرناک اصابتوں میں ابتداءِ علاج میں نقل الدم

485

عمل میں لاناقرین مصلحت ہو خاص کر اگر تپش بلند ہو۔ "بیرونی عامل" گیہوں کے بیج اور لبن یوزہ گراں کے الکحلی خلاصہ اور مارمائیٹ (marmite) (5) میں موجود ہوتا ہے اور اگر معدہ میں "درونی عامل" کی کافی مقدار موجود ہو تو اُن اشیا کے دینے سے بہت فائدہ ہوگا، یا ممکن ہے کہ ابتدائی علاج کے بعد "درونی عامل" کی اتنی مقدار پیدا ہوجائے کہ مارمائیٹ کو تنہا دیا جاسکے (6)۔

دوسری کبیر خلوی عدم دمویتیں۔ یہ مُتلف عدم دمویت سے مشابہ ہوتی ہیں اور بعض کو بعینہٖ مُتلف عدم دمویت تصور کیا جاسکتا ہے۔ بائلی روبین دمویت اکثر اتنی نمایاں نہیں ہوتی، اور بعض اوقات بائلی روبین دمویت اور ایک خرد خلوی عدم دمویت موجود ہوتی ہے۔

ان کے اسباب یہ ہیں:۔ قرحہ یا سرطان کی وجہ سے معدہ کا جزوی استیصال ناقص معوی انجذاب، معدی قولونی ناسور، معاء صغیر کا جزوی استیصال، معائی تنگی اور تدریجی تقرح، شحمی اسہال بشمول شکمی مرض کے، سپرو (sprue) اور دودبرگی جو بیہ عریضہ (diphyllobothrium latum) (18)۔ ان میں سے بہت سی اصابتوں میں بے ترشگی موجود ہوتی ہے، جو اس وقت جب کہ مریض کی حالت میں اصلاح ہوجاتی ہے، رفع ہوجاتی ہے۔

غیر تکوینی عدم دمویت (aplastic anaemia)۔ یہ مرض سالورسان، اور بنزال کے دوسرے مرکبات کے تسمم (20) سے، اور لاشعاعوں میں حد سے زائد انکشاف سے پیدا ہوسکتا ہے۔ لب عظام کی سرایت ثانوی ہوسکتی ہے (21)۔ سرخ جسیمات اور ہیموگلوبن معمول کے تقریباً ۲۰ فی صدی تک گھٹ جاتے ہیں اور کوئی قوت نما تقریباً اکائی ہوتا ہے۔ نوات دار سرخ جسیمات اکثر نہیں ہوتے۔ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی تقلیل کے باعث قلت جسیمات سپید ہوجاتی ہے۔ لبِ عظام مُتلف عدم دمویت کے لبِ عظام سے عجیب طور پر اختلاف رکھتا ہے اور پھیکے رنگ کا اور شحمی ہوتا ہے اور خون کی بازپیدائش کے تمام آثار سے معرّا ہوتا ہے۔ چنانچہ لبِ عظام کی عدم تکوین ہوتی ہے، جو مرض کا اولی سبب شمار کی جاتی ہے۔ بعض اصابتوں (نزفی نا سفیدی دمویت

=(aleukia hæmorrhagica میں دموی لوحیوں کی بہت کمی یا کامل غیر موجودگی بھی
ہوتی ہے، اور اسی کے ساتھ ایک شدید نزفی رجحان ہوتا ہے اور عرصۂ ادماء آخر
ہوتی ہے لیکن عرصۂ ترویب میں نہیں ہوتی۔ یہ حالت شدید قسم کے پر پُورا سے
مماثل ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 445)۔ جگر کے علاج سے کامیابی نہیں ہوتی، کیونکہ
فسادِ تکوین الدم کے سب سے ابتدائی درجے میں واقع ہوتا ہے (شکل ۵۳)۔ کرر
(۲۰۰ دفعہ تک) نقل الدم کرنے سے ایک مریض کو سات سال تک زندہ رکھا گیا کہ
جواب بھی زندہ ہے (34)۔

غلیرذراتی خلویت (قلت جسیمات تعدیل پسند)۔ یہ ایک
متجانس حالت ہے جس کی زیادہ تر خصوصیت سفید گوں (ذراتی) خلیات کی
تقلیل ہے جس کے ساتھ حلق کی شدید سرایت زدگی ہوتی ہے [جو کہ غلیرذراتی
خلوی ذبحہ (agranulocytic angina) ہے] مثلاً وِنسنٹ (vincent)
کا ذبحہ یا دیگر سرایت۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ دموی حالت اولی ہے اور یہ کہ
سرایت زدگی اس لئے ہوتی ہے کہ قلت جسیماتِ تعدیل پسند کا نتیجہ قوت مدافعت
میں تخفیف ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ عدم تکوینی عدم دمویت ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔
لمفی خلیات ممکن ہے طبعی رہیں یا ممکن ہے کچھ تخفیف ظاہر کریں۔ لیکن ممکن ہے
پہلے پہل یک نواتی خلویت موجود ہو (10)۔ تکمات کئی سال تک ہوتے رہتے ہیں،
اور بسا اوقات ان کے ساتھ سرایت زدگی بھی ہوتی ہے۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ اس
مرض کی زیادتی، ایمیڈو پائرینا (amidopyrine) (pyramidon) سے کے یا
باربٹ یوریٹ (barbiturate) کے ساتھ اس دوا کے امتزاج (11) کے علاج
کے ساتھ ہمزمان پائی گئی ہے۔ نسب عظام میں ناقص تکون ظاہر ہوتا ہے جس کے
ساتھ ذراتی خلوی خلیات کی عدم موجودگی پائی جاتی ہے۔ غیر ذراتی خلوی ذبحہ میں
شرح اموات ۵۰ فی صدی سے اوپر ہوتی ہے، لیکن جب اس کا علاج پینٹوس
نیوکلیوٹائیڈ K96 (pentose nucleo-tide, K96) کے ذریعہ کرکے کثیر الاشکال
تکوین کو ہیجان میں لایا جاتا ہے تو یہ شرح گھٹ کر ۲۵ فی صدی (8) ہو گئی ہے
اگرچہ بعض اصابتیں بالکل کوئی مجیبیت ظاہر نہیں کرتیں (9)۔

بچپن کی غیر تکوین الدموی عدم دمویتیں۔ یہ فی الجملہ بالغ عدم دمویتوں کے ساتھ مشابہ ہوتی ہیں۔

کبیر خلوی عدم دمویتیں شاذ ہیں، لیکن وہ دو برگی جو بیہ عرقیہ کی سرایت میں اور شکمی مرض میں بیرونی عامل کی عدم موجودگی کے باعث پائی گئی ہیں چنانچہ مارمائٹ دینے سے شفایابی ہو گئی ہے، کیونکہ بیرونی عامل اس میں موجود ہے۔

خرد خلوی عدم دمویتوں میں سے سب سے پہلے اس عدم دمویت کی طرف توجہ مبذول کی جاتی ہے جو کہ اسکروی اور قمائت (cretinism) سے پیدا ہوتی ہے، اور علی الترتیب حیاتین ج اور درقیہ دینے سے شفایاب ہو جاتی ہے۔ شکمی مرض بالعموم اسی قسم کی عدم دمویت پیدا کرتا ہے۔ عام ترین عدم دمویتیں وہ ہیں جو کہ تغذیہ یتی ہیں، اور ان میں ایک اہم عامل یہ ہے کہ اگرچہ ولادت پر جگر اور طحال میں کثرت سے لوہا موجود ہوتا ہے، تاہم رضاعت کے دوران میں یہ ذخیرہ بتدریج کم ہو جاتا ہے، کیونکہ دودھ میں بہت کم لوہا ہوتا ہے، اگرچہ پستانی دودھ میں گائے کے دودھ کی بہ نسبت یہ زیادہ ہوتا ہے۔ زمانہ شیر خواری کی عدم دمویت کی وجوہات مندرجہ ذیل بھی ہو سکتی ہیں:۔ ماں کی عدم دمویت کے باعث لوہے کا قبل الولادتی ذخیرہ قلیل ہو، یا ولادت قبل از میعاد ہو جائے قبل اس کے کہ یہ ذخیرہ مکمل ہو، یا توام حمل میں لوہے کی احتیاج تقریباً دوگنی ہو۔ یا لوہے کی بعد الولادتی رسد قلیل ہو یعنی دودھ میں لوہے کی قلت ہو، یا طویل مدت تک دودھ پلایا جائے۔

علاج اس کا وہی ہے جو کہ سادہ بے ترشہ عدم دمویتوں کے لئے ہوتا ہے یعنی فیرس سلفیٹ (۲ گرین) گلوکوس اور شاید ذرا سے تانبے کے ہمراہ پانی میں گھول کر دن میں تین مرتبہ دینا۔ تانبے کا فعل یہ ہے کہ یہ اس لوہے سے جو کہ جگر میں ذخیرہ ہوتا ہے، ہیموگلوبن تیار کرنے میں مدد دیتا ہے (15)۔

اس کتاب کی سابقہ ایڈیشنوں میں وان جیکس (Van Jaksch) کی ضیعی کاذب بیض دموی عدم دمویت (زمانہ شیر خواری کی طحالی عدم دمویت) ایک مستقل مرض کے طور پر بیان کی گئی ہے۔ خون میں سفید خلیات کی زیادتی ۔۔۔۔ ۲۰ تک پائی جاتی ہے، جن میں چند لبنی خلیات پائے جاتے ہیں۔ جگر اور

طحال بڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ حالت غالباً شیر خوار بچہ کے لب عظام کی وہ تجبیت ہے جو کہ وہ عدم دمویت پیدا کرنے والے مختلف عوامل کی طرف ظاہر کرتا ہے خاص طور پر سرایت کی طرف، اور ایک مریض میں تشکیل بیہ صفراوی یرقان پیدا ہو گیا (16)۔

آتلاف الدموی عدم دمویتیں

(HÆMOLYTIC ANÆMIAS)

آتلاف الدموی عدم دمویتوں کا ایک گروہ خاندانی ہے اور اس میں بے صفراوی خاندانی یرقان، داسی خلوی عدم دمویت، جو کہ یرقان، غدی کلانیوں اور ٹانگوں پر قرحات کے ہمراہ حبشیوں میں پائی جاتی ہے، شیر خوار بچوں کی نہایت ہی شاذ احمر نا ھضی عدم دمویت، اور نوزائیدہ وں کا خطرناک یرقان شامل ہیں۔ پھر مختلف سرایتیں، جن میں گیس گنگرین سب سے خراب عدم دمویت پیدا کرتی ہے، مزمن تقیح، اطالت پذیر حمیات، سببی نبتی مرض بشمول نفاسی تپ کے، حادر ثیت، ساری التہاب درون قلبیہ جو کہ اور طی بازروی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، تدرن، آتشک بشمول دوری ہیموگلوبن بولیت کے، ملیریا ہے۔ اور پھر زہر مثلاً مشتقاتِ اینی لائن، رصاصی تسمم، اور مکرر نقل الدم، اور سب سے آخر میں حمل ہے۔

علامات۔ اگر آتلاف خون سرعت سے ہو تو ہیموگلوبن دمویت اور یرقان پیدا ہو جاتے ہیں۔ لوئی قوت نما، لب عظام کی تجبیت کی نوعیت پر منحصر ہوتا ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، اور زوردار تجبیت کی حالت میں شبکی خلویت اور نواۃ دار سرخ خلیات دیکھے جاتے ہیں۔ بسا اوقات جگر اور طحال کی اور کبھی کبھی لمفی غدد کی کلانی واقع ہو جاتی ہے۔

بے صفرابولی یرقان
(acholuric jaundice)

مزمن کلاں طحالی اتلاف الدموی یرقان
(chronic splenomegalic hæmolytic jaundice)

یرقان کی اس مقابلۃً شاذ شکل میں قناتوں کا تسدد نہیں ہوتا' کیونکہ براز کا رنگ طبعی رہتا ہے اور قارورہ' قطع نظر شدید حملوں کے صبغۂ صفرا سے معرا ہوتا ہے۔ لیکن اس میں یورو بائلین موجود ہوتی ہے۔ اس کے برعکس دموی مصل میں صبغۂ صفرا موجود ہوتا ہے' مگر وہ یورو بائلین یا یورو بائلینوجن سے معرّا ہوتا ہے۔ اس سے وان ڈن برگ کا بالواسطہ امتحان حاصل ہوتا ہے۔ اولی سبب سرخ خلیوں کا ایک نقص ہے' جو زیادہ بھُربھرا پن ظاہر کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 428)۔ طحال ان خلیات کو تعداد کثیر میں تلف کرتی ہے' اور خون میں کا صبغۂ صفرا ان خلیوں کے ہیموگلوبن سے آتا ہے۔ اگر خون کی تعویضی باز پیدائش ناکافی ہو تو مریض عدیم الدم ہو جاتا ہے۔ نسیجیاتی لحاظ سے طحالی لبّ میں کثیر التعداد طبعی منظر رکھنے والے سرخ خلیے موجود ہوتے ہیں' اور قاطی دم پاشش درجہ میں آزاد صبغۂ آہن موجود ہوتا ہے۔ اجواف نسبتًہ خالی ہوتے ہیں۔ یہ مرض پیدائشی اور اکتسابی دو شکلوں میں ہوتا ہے۔

بے صفرابولی خاندانی یرقان **(acholuric familial jaundice)**۔ یہ یرقان جو خاندان کے متعدد ارکان میں ہوتا ہے' اکثر پیدائش کے بعد فوراً دیکھا جاتا ہے' یا بعد میں بتدریج نمو یاب ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سالہاسال تک جاری رہے' یا یہ صاف ہو کر وقتاً فوقتاً پھر ہوتا رہتا ہے۔ مریض عدیم الدم ہوتا ہے۔ سرخ خلیے گھٹ کر ۳۰۰۰۰۰۰ یا ۲۵۰۰۰۰۰ ہو جاتے ہیں' اور معتدل درجہ کی بوقلموں خلویت' خلوی لاتساوی' متعدد الوان لپسندی اور نقطہ دار اساس لپسندی ظاہر کرتے ہیں۔ اور نوات دار سرخ خلیے بھی موجود ہوتے ہیں۔ شبکی خلویت ۵ فی صدی سے زائد ہونا' ایک ممیز خاصہ ہے۔ سرخ خلیات چھوٹا قطر رکھتے ہیں لیکن طبعی سے زیادہ دبیز ہوتے ہیں۔ ہیموگلوبن ۵۰ یا ۴۵ فی صدی تک گھٹ جاتی ہے

اور لوئی قوت نما اکائی سے قدرے کم ہوتا ہے۔ سپید خلیے عموماً معمول کے نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں' لیکن بعض اوقات سپید خلیوں کی کثرت ہوتی ہے بعض اوقات لمفی غلیوں کی تعداد حد سے زائد ہوتی ہے' اور ممکن ہے کہ چند لتی خلیے بھی موجود ہوں۔ طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے اور معلوم ہوتا ہے کہ مرضی حالت کی ترقی کے ساتھ اُس کی سختی بڑھتی جاتی ہے۔ جگر محض خفیف سا بڑھا ہوا ہوتا ہے' اور اُس کا الٰہب ہونا نامعلوم ہے۔ وہ اکثر اشتداد مرض کے دوران میں بڑا ہو کر بعد میں چھوٹا ہوجاتا ہے۔ دوران طفلی میں مریض عموماً اس طرح ٹھٹھرے ہوئے نہیں ہوتے جیسے کہ کلاں طحالی کہبت میں ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 897) اور نہ اُن کی انگلیاں گرز شکل ہوتی ہیں۔ مزید برآں ممکن ہے کہ یہ عارضہ اُن کے لئے چنداں تکلیف دہ نہ ہو' اور وہ سالہا سال تک زندہ رہیں۔ نئی احمر نا رصفی بافت' لب عظام کے باہر پیدا ہوسکتی ہے۔ سینہ میں یہ تودے لاشعاعوں کے ذریعہ دیکھنے پر دروں صدری لومایہ سے غلط ملط ہو سکتے ہیں۔ سنگہائے صفرا کا رجحان بھی پایا جاتا ہے۔

اکتسابی بے صفرا بولی یرقان (acquired acholuric jaundice)

مرض کی اس شکل میں علامات بالغ زندگی میں غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ عدم دمویت اکثر نمایاں ہوتی ہے' اور ممکن ہے کہ سرخ جسیمات گھٹ کر ۲۰۰۰۰۰۰ یا ۱۵۰۰۰۰۰ یا اس سے بھی کم ہو جائیں۔ لوئی قوت نما بعض اوقات متلف عدم دمویت کی طرح اکائی سے اوپر ہوتا ہے۔ یرقان اکثر بہت خفیف' اور طحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ سرخ جسیمات کا بحز بحز اپن چند احاطوں میں طبعی ہوتا ہے۔ مرض کی دونوں شکلوں میں' لیکن بالخصوص اکتسابی شکل میں' دم پاشیدگی کے اشتدادات واقع ہوتے ہیں' اور منظر خون متلف عدم دمویت سے مشابہ ہوتا ہے۔

علاج۔ متلف عدم دمویت کی طرح جگر سے علاج کرنا چاہیے' تا بالخصوص اس وقت جب کہ سرخ خلیات ویسے ہی ممیز تغیرات ظاہر کریں۔ اکتسابی اور پیدائشی دونوں احالتوں میں طحال کا استیصال کر دینے سے شفا ہو گئی ہے' اور اگر عدم دمویت شدید ہو تو اسی کو انجام دینا چاہیے۔ یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے کہ اگر تندرست جانوروں میں طحال کا استیصال کر دیا جائے تو جسیمات کا طبعی بحز بحز پن

کم ہو جاتا ہے۔ لیکن بے صفراوی یرقان میں یہ بھر بجرا ہیں عملیہ کے بعد کم نہیں ہوتا۔

لیڈرر (Lederer) کی اتلاف الدموی عدم دمویت یہ عدم دمویت کی ایک شاذ قسم ہے، جو کہ بچوں میں زیادہ عام ہے، اور جس میں اتلاف الدموی عدم دمویت نہایت یکایک ظاہر ہو جاتی ہے۔ جگر اور طحال بڑے ہو جاتے ہیں۔ بالعموم ابیض خلویت ہوتی ہے جو کہ فی مکعب ملی میٹر ۔۔۔۔۔ ۴۰ تک پہنچ سکتی ہے بسا اوقات معدی معائی علامات موجود ہوتے ہیں۔ نقل الدم کے ذریعہ علاج کرنے پر سرعت کے ساتھ شفایابی ہو جاتی ہے۔

طحالی عدم دمویت

(splenic anæmia)

یہ نام اُن متعدد اصابتوں کو دیا گیا ہے جن میں طحال کی بڑی کلانی کے ساتھ عدم دمویت ہوتی ہے۔ اِن کی مختلف امراضیات کا بیان صفحہ 454 پر درج کیا گیا ہے۔ لیکن بعض اصابتوں میں یہ مرض بلا شبہ آتشکی ہوتا ہے۔ اور بابی رقبہ میں بلند فشار خون پایا جانا ایک اہم امر ہے۔

علامات۔ پہلا واقعہ یا تو ایک عمومی عدم دمویت یا نفث الدم کا ایک حملہ ہے یا بائیں جانب میں درد کی کوئی شکایت ہوتی ہے جو غالباً گرد طحالی التہاب کے حملوں کے سبب سے ہوتی ہے۔ پہلے پہل مشاہدہ کرنے پر طحال اکثر بڑی جسامت کو پہنچ چکی ہوتی ہے اور دوران مرض میں وہ اتنی کافی بڑی ہو سکتی ہے کہ سامنے ناف تک اور نیچے حرقفی عرف تک پھیلی ہوئی ہے۔ عدم دمویت بہت زیادہ اور انحضریت کے قسم کی ہوتی ہے، سرخ جسیمات ۔۔۔۔۔۔ ۲۰ سے لیکر ۔۔۔۔۔ ۳۰ تک جولانی رکھتے ہیں اور ہیموگلوبن ۳۵ سے ۵۰ فی صدی تک۔ لونی قوت نما ایک سے کم ہوتا ہے لیکن عموماً ۷ ء ۰ سے کم نہیں ہوتا۔ سپید جسیمات طبعی کے نسبت عموماً کم تعداد میں ہوتے ہیں (قلت جسیمات سپید) اور اکثر صرف ۔۔۔ ۳ یا ۔۔۔ ۵ فی مکعب ملی میٹر۔ ممکن ہے کہ طبعی تا بضات اور چند کبیر نا بضات موجود ہوں۔ 488

یہ مرض ایک طویل عمر طے کرتا ہے، اور اکثر تین یا چار سال تک، اور بعض

اوقات دس یا بارہ سال تک جاری رہتا ہے، اور عدم دمویت آہستہ آہستہ بڑھتی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ قئے الدم مکرر ہو اور دوسرے نزفات، جیسے کہ رعاف یا شکمی نزف واقع ہوں۔ جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور ہاضمہ کی تکلیفیں ہوتی ہیں۔ لیکن لمفائی غدد کی کلانی نہیں ہوتی، اور بالعموم تپ بھی نہیں ہوتی۔ بعض اصابتوں میں جلد کی نمایاں لونیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ مرض دونوں صنفوں میں، اور بچپن سے لے کر آخری ادھیڑ عمر تک ہر سن میں ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک طویل عرصہ کے بعد جگر اور بھی زیادہ بڑا ہو جاتا ہے اور واضح طور پر اکبب ہوتا ہے۔ پھر اس کے بعد استسقاء شکمی ہو جاتا ہے، اگرچہ یہ بعض اوقات کبست کے بغیر بھی ہو جاتا ہے۔ جگر کی واضح کبست اور استسقاء شکمی کا متزاد ہوتا عموماً مرض بینٹی (Banti's disease) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

دوسری اصابتوں میں طحالی عدم دمویت کے ساتھ طحالی وریدوں کی علقیت پائی جاتی ہے۔ کہنہ اصابتوں میں مزمن گرد کبدی التہاب اور گرد طحالی التہاب ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ ممکن ہے کہ یہ مرض غیر بیض دمویتی بیض دمویت، متلف عدم دمویت اور ساری التہاب دروں قلبہ کے ساتھ خلط ملط ہو جائے۔ اس کے ممیز خصائص یہ ہیں :- اخضریت کی قسم کی عدم دمویت، سپید جیمات کی قلت، طحال کی بڑی جسامت، بیض دمویت کی عدم موجودگی اور لمفائی غدد کی کلانیوں کی عدم موجودگی، مرض کی طویل مدت، اور نزفات کا وقوع۔ خبیث التہاب دروں قلبہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے، کیونکہ اس آخری مرض میں طحال بہت بڑی اور عدم دمویت بہت نمایاں ہو سکتی ہے، اور ساتھ ہی پرپورا اور نزفات واقع ہو سکتے ہیں۔ اور طحالی عدم دمویت میں دموی خریات کا موجود ہونا ممکن ہے۔

کبست کی ان اصابتوں میں جن میں عموماً طحال بڑی ہوتی ہے، مرض بینٹی کی تشخیص قائم کرنے کا احتمال بہت زیادہ ہے۔ مصری کلانئ طحال (Egyptian splenomegaly) (جو ملاحظہ ہو) سے اس مرض کی مشابہت کو بھی یاد رکھنا چاہیئے۔

علاج ۔ لوہا اور سنکھیا بے کار ہیں ۔ اور اگر کچھ عرصہ مشاہدہ کے بعد تشخیص قایم ہو جائے تو طحال کا استیصال کر دینا جائز ہے ۔ اگرچہ یہ نزف کے خطرے سے خالی نہیں تاہم بعض اصابتوں میں پوری کامیابی حاصل ہوئی ہے ۔ بیض دمویت کی طرح اِس مرض میں بھی رانجنی شعاعیں آزمائی جا سکتی ہیں ۔ نقل الدم ایک مفید تخفیفی تدبیر ہے ۔

بیض دمویت

(LEUKÆMIA)

(سفید خلیہ دمویت = leucocythæmia)

یہ نام مرض کی اُن اصابتوں کو دئے گئے ہیں جن میں خون کے سپید خلیوں کی مجموعی تعداد میں یا سپید خلیوں کی کسی خاص قسم میں (غیر بیض دمویتی بیض دمویت = aleukæmic leukæmia آگے ملاحظہ ہو) بڑی اور مسلسل زیادتی ہو اور اُس کے ساتھ ہی لب عظام، طحال یا لمفائی غدد میں تغیرات واقع ہوں ۔

بحث اسباب ۔ بیض دمویت کی کسی شکل کا سبب معلوم نہیں ۔ ممکن ہے کہ یہ سپید خلیے پیدا کرنے والے اعضا کی وہ استجابت ہو جو کسی سرایت کے لئے ظاہر ہوئی ہو یا ممکن ہے کہ وہ محض سپید خلیوں کا لحمی سلعہ ہو ۔ لیکن کبھی کبھی عفونتی حالت کے بعد فوراً بیض دمویت واقع ہو جاتی ہے ۔ لبی خلوی (myelocytic) قسم عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ اور زیادہ تر ادھیڑ عمر میں، گو بعض اوقات بالکل چھوٹے بچوں میں بھی (لیکن شیر خواروں میں شاذ ہی) واقع ہوتی ہے ۔ لمفی خلوی (lymphocytic) بیض دمویت نوعمر اشخاص میں زیادہ عام ہوتی ہے ۔

امراضیات ۔ سفید گوں خلیات یا لمف آسا خلیوں کی از حد زائد پیدائش ہو کر مرض کی دو ممیز شکلیں پیدا کر دیتی ہے اور دوران خون میں سپید خلیوں کی غیر پختہ شکلوں کا ایک لشکر جمع ہو جاتا ہے ۔ ممکن ہے کہ مرض کی مختلف قسموں میں لب عظام

طحال اور لمفائی غدد، یہ سب سپید خلیوں کو فاعلی طور پر پیدا کرنے کا فعل اختیار کر لیں۔ جب یہ فعل جاری رہتا ہے تو طبعی ذخیروں پر اور بھی زیادہ دباؤ پڑتا ہے اور یہ خلیے خون کے اندر اور بھی زیادہ اولین شکل میں بھیج دیے جاتے ہیں۔ بعض اعضا بتول میں طبعی ذخیروں کی اس بڑھی ہوئی فعالیت کے ساتھ غیر معمولی مقامات پر سپید خلیوں کو پیدا کرنے والے تازہ رقبے بن جاتے ہیں جو یا تو لبّ آسا (myeloid) یا لمف آسا (lymphoid) نوعیت کے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ دور ریزشیں جلد کے نیچے یا جسم کے مختلف حصوں میں گرہیں پیدا کر دیں (گرہی بیض دمویت =nodular leukæmia یا سلعہ اخضر جو اُن کی سبز رنگت کی وجہ سے اس نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ آگے ملاحظہ ہو)۔ لمفی لحمی سلعہ کے ساتھ قریبی تعلق ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 441)۔ 439

بیض دمویت میں اساسی تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیمیائی امتحان، خون میں یورک ایسڈ کی نہایت زیادتی ظاہر کرتا ہے، جس کے متعلق یہ باور کیا جاتا ہے کہ یہ سفید خلیات کے اتلاف سے پیدا ہوتا ہے۔

لبّی خلوی بیض دمویت

(MYELOCYTIC LEUKÆMIA)

طحالی لبّی سفید گون لبّ آسا یا ذراتی بیض دمویت لبّی خلوی دمویت (spleno-medullary, leucoid myeloid, or granular leukæmia ; myelocythæmia)

خون کی حالت۔ بیض دمویت کی خوب نمایاں مثالوں میں جب خون زخم سے نکلتا ہے تو شاحب اور پتلا ہوتا ہے، اور جیسا کہ موت کے بعد دیکھا جاتا ہے، وہ پھیکے رنگ کے پیپ جیسے تھکے بنا دیتا ہے۔ سپید جسیمات فی مکعب ملی میٹر بجائے ....۸ یا ...۹ کے .....۲ سے .....۹ تک ہوتے ہیں، اور سرخ جسیمات ......۳ سے لے کر .....۲ تک، یا بلکہ اتنے کم کہ ......۱ ہو گئے ہیں۔ نواۃ دار سرخ خلیے کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ لونی قوت نما کافی سے کم ہو جاتی ہے لیکن اگر آخری درجوں میں کبھی کبھی ردعمل ہو تو وہ بلند ہونے کا رجحان رکھتا ہے

جس میں سرخ خلیے مختلف عادم دمویت کے ممیز خصائص ظاہر کرتے ہیں، لیکن جہاں تک سپید خلیوں کا تعلق ہے منظرِ خون سفید گوں بیض دمویت کا ہوتا ہے، جس میں سفید شمار کسیقدر کم ہوتا ہے۔

مرض کے نسبتہً ابتدائی درجے میں، بالخصوص جب کہ مرض مزمن ہو کثیر الاشکال نواتی خلیے نہایت کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ ان میں سے بیشتر معمول کے نسبت بہت بڑے، اور بعض صریحاً انحطاط یافتہ ہوتے ہیں۔ ایسے بعد لبی خلیے بھی موجود ہوتے ہیں جن کے نوات فعل نما ہوتے ہیں، اور چند تمثیلی ذراتی اور ایوسین پسند لبی خلیے بھی۔ ایوسین پسند اور ستولی خلیات زیادہ ہوجاتے ہیں لیکن لمفی خلیے بہت زیادہ نہیں ہوتے نسبتہً بعد کے درجے میں چندہی طبعی سپید خلیے موجود ہوتے ہیں لیکن بیش سپید خلیے، لبی خلیے، بیش لبی خلیے اور ستولی خلیات بہ کثرت ہوتے ہیں۔ اس کے اور بعد میں لبی نابضات کا غلبہ ہوتا ہے۔ اگر مرض سریع ہے (لبی نا ھضی بیض دمویت = myeloblastic leukæmia) تو نسبتہً زیادہ اولیں خلیات، یعنے لبی نابضات، ابتدا ہی سے بڑی تعداد میں دیکھے جاتے ہیں، اور دوسرے اقسام کے سپید خلیے غیر موجود ہوتے ہیں، اور دموی لوحیے بھی کم ہوجاتے ہیں۔

مرضیاتی تشریح۔ طحال کا وزن اکثر دیا ہو پاؤنڈ ہوتا ہے، لیکن ۱۸ پاؤنڈ کا وزن بھی مندرج ہوا ہے۔ وہ یکساں طور پر بڑی ہوجاتی ہے اور اپنی طبعی شکل برقرار رکھتی ہے۔ اس کی سطح پر اکثر کیسہ کی دبازت کی جھلکیاں موجود ہوتی ہیں، اور وہ دیوار شکم، ڈایافرام یا متصل احشاء سے کم وبیش چپکی ہوئی ہوتی ہے۔ تراشنے پر اس کا رنگ سرخ ہونے کے بجائے کسیقدر بھورا سا ہوتا ہے، جو یکساں ہوتا ہے یا سھکوں کی دبازت کی وجہ سے نسبتہً پھیکے رنگ کے خطوط کے نشان موجود ہوتے ہیں۔ وہ چکنی، سخت اور خشک ہوتی ہے۔ اکثر اوقات بڑے بڑے فانہ نما مقعات ہوتے ہیں، جو یا تو زرد اور جبنی یا سُرخ اور نزفی ہوتے ہیں۔ خود طحال میں جو تغیر ہوتا ہے وہ یہ ہے کہ طحالی لُب بہت بڑھ جاتا ہے، جو انہیں خلیوں سے پُر ہوتا ہے جو خون میں پائے جاتے ہیں، اور مالپیجی اجسام کے خاکے غیر واضح ہوتے ہیں۔ کہنہ اصابتوں میں ہیکل زیادہ لیفی، اور ہیکلیں زیادہ دبیز ہوجاتی ہیں۔

جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے' اور ممکن ہے کہ اُس کی جسامت معمول کے نسبت دُگنی یا تگنی ہوجائے۔ وہ پھیکے رنگ کا اور چکنا ہوتا ہے' اور ممکن ہے کہ خردبین کے نیچے سپید خلیوں کی ایک کثیف دروریزش (لبی خلوی دروریزش) ظاہر کرے' جن کی بیشتر تعداد بابی عروق کی توزیع کے گرد واقع ہوتی ہے' لیکن ایک حد تک گرہکی توردوں کی صورت میں بھی ہوتی ہے۔ عروق بھی سپید خلیوں سے پُر ہوتے ہیں۔ گردے پھیکے رنگ اور رمادی مائل سپید مطروحات ظاہر کرتے ہیں' جو قشری اُنبیبات کے درمیان دھاریوں کی طرح دوڑتے ہیں۔ ممکن ہے کہ التہاب الفم یا التہاب بلعوم' لوزتین کا ورم' اور زبان کی جڑمیں کے جرابات کا ورم' اور معائی کے جرابات کا ورم اور تقرح بھی ہو۔ تیموسی (thymus)' درقی (thyroid) اور فوق الکلیہ غدد بھی مرضی ہو سکتے ہیں' اور جلد کی رسولیاں بھی مندرج ہیں۔ بعض اوقات پھیپھڑے نزفی مقعات پیش کرتے ہیں۔ لُبِ عظام زرد اور ریم نما' یا گلابی اور سخت ہوتا ہے' اور لُب کی چربی کے بجائے فاعلی لُب جیسی ایک بافت پیدا ہو جاتی ہے' جس میں لبی خلیات اور نوات دار سرخ خلیے بکثرت ہوتے ہیں اور اُن کے ساتھ بعض اوقات ایوسین پسند خلیے ہوتے ہیں' اور لبی ناپختات یا بڑے لمفی خلیے ہوتے ہیں۔ گاہے گاہے دماغی نزف کے علاوہ' دماغ اور نخاع میں منتشر تصلبی تغیرات اور حاد التہاب کے منتشر رقبے پائے گئے ہیں۔ 440

علامات۔ حاد لبی ناپختی بیض دمویت (acute myeloblastic leukæmia)۔ ممکن ہے کہ یہ تمام بیض دمویتوں میں سب سے زیادہ حاد ہو' اور ایک مریض میں مرض کا سارا عرصہ ایک ہفتہ سے بھی ذرا ہی کم تھا (22)۔ خون کے اندر لبی ناپختات کی تعداد اور عدم دمویت دونوں بہ سرعت زیادہ ہو جاتے ہیں۔ مزمن لبی خلوی اشکال کی طرح اس میں بھی کثیر التعداد نزفات ہوتے ہیں۔

مزمن لبی خلوی بیض دمویت (chronic myelocytic leukæmia)۔ بیض دمویت کے ابتدائی علامات میں سے کثیر التعداد اصابتوں میں' ورم شکم ہے جو کلانی طحال کے باعث پیدا ہو جاتا ہے' اور ممکن ہے کہ یہ کلانی بلا کوئی آثار ظاہر کئے کچھ عرصہ سے نمو یاب ہوتی رہی ہو۔ پھر ممکن ہے کہ

یہ شکم کی ساری بائیں جانب میں شکن پائی جائے اور ایک مضبوط سخت رسولی بنا دے، جو پیچھے کے طرف پہلو کے اندر پھیلتی ہے، اور اُس کا اگلا حاشیہ نویں ضلعی کرّی کے قریب سے شروع ہو کر ناف کے لیول پر خطِ درمیانی میں پہنچ جاتا ہے، اور اکثر اوقات اِس کے نیچے ۲ یا ۳ انچ دائیں طرف کو پھیلتا ہے۔ یہ محلِ وقوع اُس کے عروق سے اُس کی چسپیدگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جو اُسے ایک ایسے دائرے کے محیط کے برابر بڑھنے پر مجبور کرتے ہیں، جس کا مرکز شکمی محوری شریان ہے۔ اُس کا اگلا کنارہ کم و بیش تیز ہوتا ہے اور ایک یا دو کٹاؤ پیش کرتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں طحال ملیریائی کلائیوں کی طرح، اور جیسا کہ تپ محرقہ کی بعض اصابتوں میں ہوتا ہے، محض بائیں مراقی خطے میں واقع ہوتی ہے۔ جگر معتدل درجہ تک بڑھا ہوا ہوتا ہے اور دائیں ضلعی حاشیہ سے نیچے ۱ یا ۲ انچ تک محسوس ہو سکتا ہے۔ لبّ عظام کی ماؤفیت بعض اوقات دبانے سے یا متناظر ہڈی کا قرع کرنے سے الیمیت سے معلوم ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ عدمِ دمویت جس کے ہمراہ جلد اور مخاطی اغشیہ کا شحوب پایا جاتا ہے، تاخیر سے نمودار ہو۔

خون کی متغیر حالت، بھُر اور نزفات کے وقوع سے ظاہر ہوتی ہے، اور آخر الذکر بالخصوص رُعاف، مسوڑھوں اور منہ سے ادماء اور جلد کے نیچے پر پیورائی دھبوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، لیکن کبھی کبھی پھیپھڑوں، معدے اور آنتوں، گردوں، یا رحم سے ادماء، یا دماغ کے اندر نزف بھی ہوتا ہے۔ شبکیہ میں بھی نزفات ہوتے ہیں، جہاں وہ ایک چشم بین سے نظر آ سکتے ہیں، اور اُن کے ساتھ سپید دھاریاں اور دھبے بھی ہوتے ہیں، جو کہتے ہیں کہ سپید خلیوں کے تودے ہوتے ہیں۔ شبکیتی وریدیں اکثر نمایاں طور پر پیچدار ہوتی ہیں (بیض دمویتی التہاب شبکیہ = leukæmic retinitis)۔

مرض کا عموماً مترقی ہوتا ہے، یہاں تک کہ اُس کا خاتمہ ہلاکت کے ساتھ ہو جائے، اور وہ چھ ماہ سے پانچ سال تک جاری رہتا ہے۔ خاتمہ کے قریب شحوب زیادہ ہو جاتا ہے، پاؤں اور جسم کے دوسرے حصے آذیمائی ہو جاتے ہیں، ممکن ہے کہ استسقاء شکمی اور استسقاء الصدر مستزاد ہو جائیں، نبض تیز ہو جاتی ہے، اور اختلاج

اکثر ہوتا ہے۔ کبھی کبھی اسہال ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ اکثر اوقات کچھ تپ موجود رہتی ہے۔ بالآخر نقصان خون، ہلاکت، اسہال، ذات الجنب، ذات الریہ، شبی التہاب یا اتساع قلب سے، اور کبھی دماغی نزف سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ تشخیص کا انحصار کلانی طحال (ملاحظہ ہو صفحہ 453) اور خون کے امتحان پر ہوتا ہے۔ آخر الذکر بالکل ناگزیر ہے۔ اُس وقت بھی جبکہ مریض کا رنگ سرخ ہو، ممکن ہے کہ بیض و مویت نمایاں ہو۔

انذار آخرکار ناموافق ہوتا ہے، لیکن موثر علاج کرنے سے ممکن ہے زندگی طوالت پذیر ہو جائے۔ لبی ناسفی بیض و مویت ابتدائی مرحلہ میں مہلک ہو جاتی ہے۔

علاج۔ سنکھیا ہی وہ دوا ہے جس سے سب سے زیادہ توقعات پیدا ہو گئی ہیں۔ اُسے باالاستقلال اور جب تک اُس کی برداشت پائی جائے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہیئے، اور اُس کے استعمال سے طحال کی کلانی اور سپید خلیوں کی تعداد بہت کم ہو گئی ہے۔ بنزال (benzol) کے علاج کے تحت سپید خلیوں کی تعداد اور طحال کی جسامت میں حیرت ناک تخفیف دیکھی گئی ہے۔ اُس کی روزانہ مقدار ۳۰، ۶۰ یا ۹۰ قطرے ہیں، جو کیسوں کے اندر روغن زیتون کی مساوی مقدار کے ساتھ لئے جاتے ہیں۔ اِس علاج کو سیلنگ (Selling) نے رائج کیا، جس نے دریافت کیا کہ بنزال کے متعلق کام کرنے والے اکثر سپید خلیوں کی خطرناک قلت کے عارضہ میں مبتلا ہو گئے۔ عمیق لاشعاعی علاج طحال کے خطے اور لمبی ہڈیوں (عظم النقنذ) کے بڑ ناسیوں پر لگانے سے سپید خلیوں کی تعداد اور طحال کی جسامت دونوں کو کم کر دینے کا قطعی اثر رکھتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ دونوں طبعی حالت کے ہو جائیں۔ جب سپید خلیوں کی تعداد کم ہو کر ۲۰۰۰۰ اور ۰۰۰۰۰ہم کے درمیان رہ جائے تو لاشعاعوں کا لگانا موقوف کر دینا چاہیئے، کیونکہ اُن کا عمل کچھ عرصہ بعد تک جاری رہتا ہے۔ اِس امر کا لحاظ کرنا بھی اہم ہے کہ سفید خلیات اپنی اکال خلوی قوت برقرار رکھیں (85)۔

طحال براری (splenectomy) ہبوط یا نزف کے باعث ہمیشہ مہلک ہوتی ہے۔

لمفی بیض دمویت

(lymphatic leukæmia)

لمفی خلوی، لمف آسا یا غیر ذراتی بیض دمویت، لمفی خلیہ دمویت

(lymphocytic lymphoid, or non-granular leukæmia ;

lymphocythæmia)

یہ لبّی خلوی قسم کے نسبت زیادہ شاذ واقع ہوتی ہے۔

خون کی حالت۔ مزمن لمفی خلوی بیض دمویت میں لمفی خلیے زیادہ ہو جاتے ہیں لیکن کثیر الاشکال اور دوسرے خلیوں کی تعداد تقریباً ویسی ہی رہتی ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ مجموعی سفید خلوی شمار ۱۰۰۰۰۰ ہو اور ان میں سے ۹۵ فی صدی یا سب مل کر ۹۵۰۰۰ لمفی خلیے ہوں اور باقی ماندہ ۵۰۰۰ کثیر الاشکال ہوتے ہیں جن کے ساتھ چند ایوسلین پسند اور متولی خلیات ہوتے ہیں۔ حاد لمفی بیض دمویت میں جو ایک سریع تر رکھتی ہے نسبتاً بڑے غیر پختہ قسم کے خلیے غالب تعداد میں ہوتے ہیں۔ لیکن ان کو لبی ناپختی بیض دمویت کے لبی ناپختات سے تمیز کرنا اگر ناممکن نہیں تو مشکل ضرور ہے۔ اس کے خلاف ممکن ہے کہ سپید خلیوں کی مجموعی تعداد فی مکعب ملی میٹر طبعی تعداد کے نسبت بہت زیادہ نہ ہو یا بالکل زیادہ نہ ہو لیکن اگر اس میں بھی لمفی خلیوں کا مجموعی شمار فی مکعب ملی میٹر زیادہ ہو جائے اور کثیر الاشکال خلیے غیر متغیر یا کم ہوں تو لمفی بیض دمویت کی حالت شناخت ہو جانی چاہئے۔ ایسی اصابتوں کو اکثر غیر بیض دمویتی بیض دمویت (aleukæmic leukæmia) کہتے ہیں۔ یہ لمفی لحمی سلعہ سے ناقابل تمیز ہے اور غالباً وہی ہے، کیونکہ دونوں میں لمفی غدد اور خون کا نسیجیاتی منظر بالکل مماثل ہوتا ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ وہ اصابتیں جو لمفی لحمی سلعہ کے طور پر شروع ہوتی ہیں، لمفی بیض دمویت کی حیثیت سے ختم ہوتی ہیں۔ عموماً ایک ثانوی عادم دمویت ہوتی ہے، جس میں چند نوات دار سرخ خلیے بھی ہوتے ہیں۔ جیسا کہ لبی خلوی بیض دمویت میں ہوتا ہے، ممکن ہے کبیر تاہمضی ردعمل موجود ہو اور سرخ خلیات کا منظر متلف عادم دمویت سے مشابہ

ہوتا ہے۔

علامات۔ حاد لمفی خلوی بیض دمویت (acute lymphocytic leukæmia) یہ دونوں صنفوں میں اور سات اور اٹھاون سال کے درمیان ہر عمر میں واقع ہوتی ہے۔ یہ بیماری دو ہفتوں سے لے کر تین یا چار مہینوں کے درمیان مہلک ثابت ہوتی ہے۔ یہ عام کمزوری اور کسلمندی یا درد طحال یا درد مفاصل کے ساتھ غیر محسوس طور پر شروع ہوتی ہے۔ بیرونی غدد بڑے ہو سکتے ہیں لیکن ہمیشہ بہت اُبھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ طحال اور جگر کی خفیف کلانی موجود ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ ہڈیاں الیم ہوں۔ لُب شروع سے لمفی خلیوں سے ٹھسا ہوا ہوتا ہے اور اس سے جلد ہی نمایاں عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں شدید التہاب الفم ایک نمایاں خاصہ ہوا ہے جس کے ساتھ سوڑھوں کا اخثاث اور گنگرین ہوتا ہے۔ اور اس کے ساتھ ہی تپ، اور سوڑھوں اور آنتوں سے اور جلد کے نیچے نزفات واقع ہوتے ہیں۔ جسم کے بہت سے ٹھوس غدد لمفی خلیوں سے گنجان طور پر ٹھسے ہوئے ہوتے ہیں اور اسی واسطے وہ بہت بڑے ہو جاتے ہیں، مثلاً جگر، طحال، گردے، سرگردے، لبلبہ، ریقی غدد، اور دمسی غدد۔ اور غدہ تیموسیہ علی حالہ موجود رہتا ہے اور بہت بڑا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ عضلۂ قلب بھی لمفی خلیوں سے دررسیختہ ہو۔ مجری شم کی بیض دمویتی دررسیختگی کے باعث تحوط العین بھی دیکھا گیا ہے۔ عموماً خاتمہ سے پہلے استسقا ہو جاتا ہے۔

لبی خلوی بیض دمویت کے برعکس لمفی خلوی بیض دمویت میں طحال شاذ ہی اتنی بڑی ہوتی ہے، اور سارے جسم کے لمفائی غدد اور اعضاء عنقودی اور سیے قناتی دونوں اکثر وسیع طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔

مزمن لمفی خلوی بیض دمویت (chronic lymphocytic leukæmia) یہ مرض جو ممکن ہے کہ تقریباً چھ مہینوں یا ایک سال سے لے کر بارہ بلکہ اٹھارہ سال تک جاری رہے، لمفائی غدد میں شروع ہو کر ان کے گروہوں کو یکے بعد دیگرے ماؤف کرتا جاتا ہے، یہاں تک کہ جسم پر کے تمام

لمفائی غدد ماؤف ہو جاتے ہیں، اور وہ گردن، بُن ران یا بغل میں محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ وہ معتدل طور پر بڑے ہو جاتے ہیں، زیادہ سخت نہیں ہوتے، اور ایک دوسرے پر آزادانہ طور پر حرکت کرتے ہیں۔ متذکرۂ بالا غدد کے نسبت ماساریقی غدد اور بھی زیادہ کثرت سے بڑے ہو جاتے ہیں، لیکن خلف البارِیطون، صدری بابی، اور حرقفی غدد نسبتۂ کم کثرت سے بڑے ہوتے ہیں۔ تراشنے پر غدد سپیدی مائل گلابی رنگ کے اور خردبین سے دیکھنے پر لمفی خلیوں سے متمدد نظر آتے ہیں۔ ازالۃ لُبِّ عظام ماؤف ہو جاتا اور لمفی خلیوں سے ٹھسا ہوا ہوتا ہے، اور اس سے ایک غیر تکوینی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ لمفی خلوی بیضِ دمویت کے نسبت اس میں نزف کا رجحان کمتر ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ حیوی اعضا پر غدد کے دباؤ کے اثرات سے، یا لمفی خلیوں سے اُن کی دررینخگی ہو جانے سے، یا وریدی علقیت کی وجہ سے مریض ہلاک ہو جائیں۔ ان مزمن اصابتوں میں طحال اور جگر بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔

تشخیص۔ کسی ایسی مبہم بیماری میں جس میں شحوب ہو، یا غدد، لوزتین یا طحال بڑے ہوں، یا نزفات، یا پرپیورا ہوں، یا مسوڑھوں کا اِغتاث ہو، خون کا امتحان کر کے لمفی خلیوں کی تعیین احتیاط کے ساتھ کرنی چاہیئے۔ انذار حاد اصابتوں میں بُرا ہوتا ہے، جن میں نکھیا سے یا عمیق لاشعاعوں کے ذریعہ علاج کے لئے وقت بہت کم ہوتا ہے۔ کم سریع اصابتوں میں اِن دواؤں کو آزمانا چاہیئے۔

سلعۂ اخضر (chloroma)۔ لمفی بیضِ دمویت کے ساتھ قریبی تعلقات پیش کرنے والی ایک حالت ہے، جس کو سلعۂ اخضر کہتے ہیں۔ اس میں کثیر التعداد رسولیاں یا لمف آسا مطروحات، بالخصوص محجر دن میں (جس سے جحوظ العین کا پیدا ہو جانا ممکن ہے)، صدغی حفرات میں اور کھوپری کی ہڈیوں کے گرد عظمہ میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ رسولیاں ملتحمہ پر اور جلد کے نیچے اور مختلف اعضا مثلاً گردہ میں بھی پیدا ہو جاتی ہیں، اور بعض اوقات یہ رسولیاں دورانِ زندگی میں بھی سبز رنگ کی ہوتی ہیں (سرطان الاخضر = green cancer)، جو کہ جلد کے نیچے سے نظر آتا ہے۔ دوسری رسولیاں بے رنگ ہوتی ہیں۔ لُب آسا سلعۂ اخضر (myeloid chloroma) کی

442

اعصابیں شاذ تر ہوتی ہیں۔
موت کے بعد یہ مختلف رسولیاں ہرے رنگ کی ہوتی ہیں، جو کشف کرنے پر پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور لمفی غدد، طحال، لب عظام اور دوسرے اعضاء ویسی ہی حالت میں ہوتے ہیں جیسی کہ لمفی خلوی بیض دمویت کے ساتھ ہوتی ہے۔ ہرے رنگ کی حقیقی ماہیت نامعلوم ہے۔ وہ صبغِ صفراء نہیں ہے۔ لیکن قیاس یہ ہے کہ وہ وہی سبز رنگ ہے جو کہ اکثر پیپ میں دیکھا جاتا ہے۔

کثرتِ خلیاتِ احمر

(POLYCYTHÆMIA RUBRA)

کثیر خلوی دمویت (polycythæmia)، یا کثرتِ خلیاتِ احمر جس میں خون کے سرخ خلیے زیادہ ہو جاتے ہیں (۱) سرخ خلیے بنانے والے اعضاء کے اولی مرض کے طور پر پیدا ہو جاتی ہے (احمر دمویت = erythræmia) (۲) اور دورانی یا تنفسی نظامات کے کسی ایسے خلل سے بھی پیدا ہو جاتی ہے، جس سے آکسیجن کی قلت واقع ہو جائے اور جس کی تعویض کے لئے ہیموگلوبن کے حاملین زیادہ تعداد میں ضروری ہوں جیسے کہ پیدائشی مرضِ قلب میں۔ اس ثانوی کثرتِ خلیاتِ احمر کو احمر خلویت (erythrocytosis) کہتے ہیں۔
کثرتِ خلیاتِ احمر کی اصابتوں میں اساس تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔

احمر دمویت

(erythræmia)

یہ زیادہ تر تیس اور ساٹھ سال کے درمیان کی عمر کے مریضوں میں واقع ہوتی ہے، اگرچہ کبھی کبھی ان حدود سے اوپر یا نیچے کی عمر کے مریض بھی ہوتے ہیں۔ اس کی نمایاں یا شدید شکل میں سرخ جسیمات کی تعداد فی مکعب ملی میٹر ۹ اور ۱۰ ملین سے لے کر ۱۲ ملین تک مختلف ہوتی ہے، اور اگر خون کو ٹھہر ا رہنے دیا جائے تو دیکھا جاتا ہے کہ

جسیمات سیال کے ۹ حجم کے برابر جگہ گھیرتے ہیں۔ ہیموگلوبین طبعی سے ۱۳۰، ۱۶۰ یا ۱۸۰ فی صدی تک زیادہ ہوجاتی ہے۔ لونی قوت نما ادنیٰ ہوتا ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سرخ خلیے چھوٹے ہیں۔ سپید خلیوں کی تعداد ہمیشہ ہی بڑھی ہوئی نہیں ہوتی، مگر ممکن ہے کہ وہ فی مکعب ملی میٹر ۹۰۰۰۰۰۰ تک پہنچ جائیں اور خاص زیادتی کثیرالاشکال خلیات میں ہوتی ہے۔ خون کی لزوجت معمول کے نسبت تگنی یا چوگنی ہوجاتی ہے۔ کثافت نوعی اور عرصۂ ترویب کا معمول کے نسبت نیچے یا زائد ہونا ہمیشہ نہیں پایا جاتا۔ خون کا دباؤ بعض اوقات بلند ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

مرضی تشریح۔ کلاں شدہ طحال محتقن ہوتی ہے اور طحالی لُب کی بیش تکوین اور تلیف پایا جاتا ہے، لیکن عام طور پر احمر نا پختی یا لُب آسا فعالیت کی کوئی شہادت نہیں ہوتی۔ لمفی غدد بالعموم غیر متاثر ہوتے ہیں۔ جگر ممکن ہے محتقن ہو۔ لبِ عظام عام طور پر گہرے سرخ رنگ کا ہوتا ہے، اور شحمی لب بالکل دکھائی نہیں دیتا، چنانچہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ سرخ خلیات کی تکوین کا وظیفہ بہت بڑھ گیا ہے۔

امراضیات۔ اسی کے مطابق، اس حالت کی امراضیات کے متعلق عام طور پر مسلّہ نظریہ یہ ہے کہ کسی نہ کسی سبب سے لبِ عظام میں ہیجان پیدا ہو کر احمر خلیات کی بافراط تکوین ہوتی ہے، اور یہ کہ دیگر تغیرات ثانوی ہیں۔ اس امر کی کوئی شہادت نہیں ہے کہ کثرت خلیات احمر، بافتوں میں آکسیجن کی احتیاج کا ثانوی نتیجہ ہے۔ وہ مریض جو آکسیجن کو شک میں رکھے جاتے ہیں اس مدت کے ختم پر خون میں کوئی تبدیلی ظاہر نہیں کرتے۔

443 **علامات**۔ اس کثرت خلیات احمر کے ساتھ جو حالتیں عموماً پائی جاتی ہیں وہ یہ ہیں:— ذراق اور طحال کی معتدل یا بڑی کلانی۔ زراق بالخصوص چہرے، کانوں اور مخاطی اغشیہ پر ظاہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۶ الف صفحہ 433)۔ چہرہ پر ایک مخصوص و ممیز چمک یا سرخی نظر آتی ہے۔ ممکن ہے یرقان ہو اور گاہے کہبت بھی، چنانچہ مصل وان ڈن برگ کا بالواسطہ تعامل دیتا ہے (88)۔ شبکیہ کی وریدیں محتقن اور نہایت سیاہ ہوتی ہیں۔ مریض کو دردِ سر یا سر میں ایک پُری کا احساس ہوتا ہے، آلکسی، دورانِ سر، سوءِ ہضم، قبض اور تشنگی کی شکایت ہوتی ہے،

اور مختلف اقسام کے نزفات ہو جاتے ہیں، جن میں رُعاف، مسوڑھوں سے خون آنا، کثرتِ طمث، قئ الدم اور دماغی نزف شامل ہیں۔ شرائین کی صلابت ہوتی ہے، جس سے علقی التہابُ العروق انطامی (thrombo-angiitis obliterans)، معہ متوقف عرجان (intermittent claudication) اور حمرتی وجع الجوارح (erythro-melalgia) یا ادا النفس کے پیدا ہو جاتا ہے۔ گردے ممکن ہے متاثر ہو جائیں۔ ممکن ہے نقرس ہو اور یورک ایسڈ کے سنگ موجود ہوں (88)۔ بعض اصابتوں میں وسیع دریدی علقیت واقع ہو گئی ہے۔

متذکرہ بالا اصابتوں سے [جو پہلے "کثرتِ خلیاتِ احمر معہ کلانیٔ طحال" (polycythæmia with splènomegaly) کے نام سے بیان کی جاتی تھیں] بعض اصابتیں کسی قدر مختلف ہوتی ہیں، جو نسبتہً قلیل الوقوع ہیں اور جن میں طحال کی کلانی تو نہیں ہوتی لیکن خون کا دباؤ بہت زیادہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ۳۰۰ ملی میٹر پارے (Hg) تک بھی پہنچ جائے۔ مریضوں کا منھ اکثر تمتاؤ دار ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اُن کا قلب بیش پرورده ہو، اُن کے پیشاب میں البیومن ہو اور اُن میں صلابت الشرائین کے آثارات موجود ہوں۔ ان اثارات کو ابتداءً گیس بوک (Geisbock) نے بیان کیا، اور بیش تنشی کثرتِ خلیاتِ احمر (polycythæmia hypertonica) کے نام سے موسوم کیا۔

احمرِ دمویت کی اصابتوں کی رفتار مختلف ہوتی ہے۔ فشل قلب سے یا دماغی عروقی پیچیدگیوں سے یا تدرن سے ہلاکت واقع ہو گئی ہے۔

علاج۔ اس مرض کے لئے وقتاً فوقتاً فصد کا کھول دینا ایک اچھا علاج ہے۔ ایک چوڑی کھوکھلی سوئی کے ذریعہ سے ہر چھٹے مہینے ½ پائنٹ سے لے کر ۲ پائنٹ تک خون نکال دینا چاہیئے۔ خون کی تجمید روکنے کے لئے سائٹریٹ استعمال کرنا چاہیئے جیسا کہ نقل الدم کے لئے خون نکالتے وقت کیا جاتا ہے۔ ہڈیوں کے لاشعاعی علاج سے بھی کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ حال ہی میں فینل ہائڈرزین (phenyl hydrazine) روزانہ ۱۰ء گرام براہِ دہن استعمال کی گئی ہے۔

احمر خلویت

(erythrocytosis)

اِس اصطلاح کے تحت اُن اصابتوں کو شامل کرنا مقصود ہے کہ جن میں کثرتِ خلیاتِ احمر لبِّ عظام کی بڑھی ہوئی فعالیت کے باعث ہی ہوتی ہے (پارکس ویبر (Perkes Weber= ' لیکن اِس فعالیت کی تہییج قابلِ شناخت ماسبق حالات کی وجہ سے ہوتی ہے۔ چنانچہ ایک گروہ مزمن قلبی اور ریوی ضررات سے بنتا ہے جن میں سے قلب کا پیدائشی تشوہ نمایاں ترین ضرر ہے۔ اور دوسرے ضررات اکتسابی معارجی مرض کی مختلف شکلیں، نفاخ (emphysema) اور مزمن ریوی امراض ہیں جن کے ساتھ زراق کا ہونا ممکن ہے (مرضِ آیرزا =Ayerza's disease)۔ ان میں خون کا قلیل تاکسد لبِّ عظام کے لئے تہییج کا کام دیتا ہے۔ "کبس زدہ" مریض ایک دوسرا گروہ ہیں۔ ان میں احمر خلویت ایک آکسیجنی کوشک کے اندر (جس میں ۹۰ فی صدی آکسیجن موجود ہو) علاج کرنے سے کم ہو جاتی ہے (Hunt & Dufton)۔ ایک اور گروہ اُن اشخاص کی کثرتِ خلیاتِ احمر سے بنتا ہے، جو بلند ارتفاعات کے رہنے والے ہوتے ہیں، جہاں خلیاتِ احمر کی زیادتی، اُس قلیل آکسیجنی تنش کی تلافی کر دیتی ہے جو کہ تنفس کے لئے حاصل ہونے والی ہوا میں پائی جاتی ہے۔ کثرتِ خلیاتِ احمر فاسفورس اور کاربن مانا کسائیڈ کے مزمن تسمم میں اور ایڈیسن (Addison) کے مرض اور ذیابیطیسی قوما میں بھی واقع ہوتی ہے۔ جیسا کہ احمر دمویت میں ہوتا ہے، سرخ جسیمات سات آٹھ یا نو ملین (ایک ملین = ۱۰ لاکھ) تک پہنچ سکتے ہیں۔ خون کی ہیموگلوبن اور لزوجت دونوں مقدار میں زیادہ ہو جاتی ہیں۔

ہیموگلوبن دمویت

(HÆMOGLOBINÆMIA)

ہیموگلوبن دمویت اُس وقت پیدا ہو جاتی ہے جب کہ عروقِ دمویہ کے اندر

دموی جسیمات کی ٹوٹ پھوٹ واقع ہو کر پلازما کے اندر ہیموگلوبن خارج ہوتی اور اُسے گلابی جھلک دے دیتی ہے۔ اور جسیمات دموی بینڈ (rouleaux) بنانے کا رجحان بالکل نہیں رکھتے۔ عام طور پر عدم دمویت مع کسی قدر یرقلوں خلویت۔ اور خلوی لاتساوی کے موجود ہوتی ہے۔ نہایت ہی شاحب جیسے (ساپہ نماجسیمے) دیکھے جاتے ہیں۔ پھر یہ ہیموگلوبن گردوں سے خارج ہو کر پیشاب کے رنگ کو گہرا سرخ بنا دیتی ہے اور پیشاب بالکل صاف ہوتا ہے۔ اس حالت کو ھیموگلوبن دمویت کہتے ہیں اور یہ دَمَر بولیت سے متفرق ہوتی ہے جس میں پیشاب کے ساتھ خود خون اور اُس کے جسیمات ملے ہوئے ہوتے ہیں اور پیشاب دھوئیں کے رنگ کا ہوتا ہے کیونکہ روشنی سرخ جسیمات کی سطحوں سے منعکس ہو جاتی ہے۔ طیف نما سے امتحان کیا جائے تو ہیموگلوبن دمویت میں پیشاب سبز اور زرد حصہ میں دو دھاریاں ظاہر کرتا ہے جو کہ آکسی ہیموگلوبن کے ساتھ مختص ہیں اور وہ طیف کے سرخ سرے کی طرف ایک اور دھاری دیتا ہے جو کہ میٹ ہیموگلوبن کا نتیجہ ہے۔ آخر الذکر آکسی ہیموگلوبن پر پیشاب کی تاثیر کا نتیجہ ہے جبکہ پیشاب میں البیومن ہوتا ہے۔ خفیف ترحملوں میں غالباً جسیمات کی بہت تھوڑی تعداد منکسر ہوتی ہے ہمیشہ جگر میں ٹھکانے لگتی ہے اور گلابیولن پیشاب میں خارج ہو جاتی ہے۔ ایسی حالتوں میں پروٹین جو کہ پیشاب میں پائی جاتی ہے گلابیولن ہوتی ہے نہ کہ مصلی البیومن (serum albumin)۔

444

جسیمات کا جزئی اتلاف (دمر یا شیدگی) متعدد حالات میں واقع ہوتا ہے:۔ (۱) بعض سموم کے فعل سے مثلاً کلوریٹ آف پوٹاشیم کی بڑی مقدار والا پائرو گیلک ایسڈ (pyrogallic acid) آرسینوریٹیڈ ہائڈروجن (arsenjuretted hydrogen) اور نیفتھال (naphthol) سے۔ (۲) نامواقف خون کے نقل الدم سے۔ (۳) تپش کی انتہائی حدود میں انکشاف سے جیسے کہ حرقہ (burn) یا پالا مار (frost bite) سے۔ (۴) بعض حمیات کے فعل سے اسی واسطے حمی قرمزیہ اور تپ محرقہ سے معتدل درجہ کی ہیموگلوبن دمویت پیدا ہو سکتی ہے۔ (۵) میلریا (malaria) یا سیاہ بول بخار (blackwater fever) میں۔ (۶) دوری ہیموگلوبن بولیت۔ (۷) نہایت خفیف سمی دم پاشیدگی تندرست افراد کے خون میں ملتی ہے۔

دَوری ہیموگلوبن بولیت

(paroxysmal hæmoglobinuria)

اس مقابلۃً شاذ شکایت میں ہیموگلوبن بولیت انفرادی حملوں کی صورت میں واقع ہوتی ہے۔

بحثِ اسباب ۔ یہ نوعمر بالغوں اور پچاس سال کی عمر تک کے ادھیڑ اشخاص میں دیکھی جاتی ہے، اور اناث کی نسبت ذکور میں بہت زیادہ عام ہے۔ چند اصابتوں میں ملیریائی قسم کی سرگذشت، اور بہت سی اصابتوں میں آتشک کی سرگذشت موجود ہوتی ہے۔ حملہ کا فوری سبب سردی کا تکشف ہوتا ہے۔

امراضیات ۔ سردی کی وجہ سے دَم پاشیدگی کے وقوع کی یہ توجیہ کی گئی ہے کہ یہ شکایت رکھنے والے مریضوں میں خون کے اندر ایک امکانی سمی ھیمولائسین (hæmolysin) موجود ہوتی ہے جو ذورابطین کے طور پر جسیمہ کے ساتھ تعامل کرلیتی ہے۔ سردی کے اثر سے، اور ازاں بعد گرمی کی واپسی پر متمم کے تعاون سے جسیمہ کا اتلاف واقع ہوجاتا ہے۔ یہ متمم طبعی خون کے اندر موجود ہوتا ہے، اور یہ بتلادیا گیا ہے کہ مریض کے مصل سے طبعی جسیمات کی دَم پاشیدگی ہوجائے گی۔ اس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ مریض کے جسیمات میں شکست و ریخت کی کوئی نوعی قابلیت موجود ہونے کی ضرورت نہیں۔ ہیمولائسین کی سمی اصلیت اس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ مریضوں کی اکثریت میں آتشک کی سرگذشت یا شہادت، اور مثبت تعاملِ واَزرمن موجود ہوتا ہے۔

علامات ۔ حملہ کا آغاز مختلف اصابتوں میں مضمحال پن، تکان، جمائی لینے کے رجحان، جاڑا لگنے یا قشعریرہ، اعضا شکنی، متلی، قے، اسہال، اور دردِ شکم سے ہوتا ہے۔ مریض اکثر مرضِ رینا ڈ (Raynaud's disease) میں مبتلا ہوتا ہے، (ملاحظہ ہو صفحہ 810) اور اس حالت میں انگلیاں کبود اور سرد ہوجاتی ہیں۔

تپش کا ابتدا میں مرتفع ہوجانا ممکن ہے، مگر وہ جلد کم ہوجاتی ہے۔ اور ان علامات کی مدت صرف ۲ سے ۱۲ گھنٹے تک ہوتی ہے۔ بعض اوقات جگر اور طحال کی خفیف کلانی بھی دیکھی جاتی ہے۔ یا تو پہلی علامت کے بعد فوراً، یا صرف تین یا چار گھنٹوں کے بعد

خون کی رنگت کا پیشاب ہوتا ہے' لیکن یہ حالت بھی تھوڑے ہی عرصہ تک رہتی ہے۔ چند ہی گھنٹوں کے بعد ممکن ہے کہ پیشاب بالکل صاف ہو جائے اور اس میں البیومن اور ہیموگلوبن نہ رہے۔ اور حملوں کے درمیانی وقفوں میں پیشاب ہمیشہ بالکل طبعی ہوتا ہے۔ حملہ کے اختتام پر جلد کا رنگ یرقانی جھلک کا دیکھا گیا ہے' اور بہت سے ملے یکے بعد دیگرے جلد جلد ہونے سے مریض میں خرد خلوی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ دوری ہیموگلوبن بولیت بذاتہ خطرناک نہیں۔

علاج - سردی میں تکشف سے بچنے کے لئے احتیاط اور باقاعدگی کے ساتھ گرم لباس استعمال کرنا چاہئے' گرم کروں میں رہائش رکھنا چاہیے' اور حتی الامکان رات کی ہوا سے محفوظ رکھنا چاہئے۔ آتشک کا علاج خاص طور پر پوٹاشیم آیوڈائیڈ' بزمتھ اور پارہ کے ذریعہ کرنا چاہئے۔ حملہ کے دوران میں مریض کو بستر میں رکھنا چاہئے۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت اور سلف ہیموگلوبن دمویت

445

(METHÆMOGLOBINÆMIA AND SULPHÆMOGLOBINÆMIA)

(معاز ادنزراق = enterogenous cyanosis)

(خرد عضویتی نزراق = microbic cyanosis)

شاذ اصابتوں میں جسیمات کی آکسی ہیموگلوبن کے' میٹ ہیموگلوبن اور سلف ہیموگلوبن میں متغیر ہو جانے سے' جلد اور مخاطی اغشیہ کی عام کبودی یا نزراق پیدا ہو جاتا ہے۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت (methæmoglobinæmia)۔ یہ بعض ادویہ بالخصوص ایسیٹانیلائیڈ (acetanilide)' فیناسیٹین (phenocetin) اینٹی پائرین (antipyrin)' ویرونال (veronal) کے استعمال سے پیدا ہوتی ہے' اور کول تاری حاصلات (coal-tar products)' نائٹرو بنزال وغیرہ کا کام کرنے والوں میں زہریلے دخانات کا استنشاق کرنے سے' نیز بعض معوی عضویات میں نائٹرائٹس (nitrites) کے انجذاب سے جب کہ اسہال ایک نمایاں علامت ہوتی ہے' اور

جب کہ نائٹرائٹس کی پیدائش عضویوں مثلاً عصیہ قولونی کے سبب سے ہوسکتی ہے۔ بعض اصابتوں میں کثیر خلوی دمویت موجود رہی ہے اور بعض اوقات طحال کی کلانی اور ہاتھ پاؤں کی انگلیوں کی گرز شکلی مریضوں کا رنگ مٹیالا یا چاکولیٹ کی طرح ہوجاتا ہے۔ خون میں ورم یا شدید گی نہیں ظاہر ہوتی لیکن جسیمات نہایت سیاہ ہوتے ہیں۔ بالعموم تنفسی تکلیف بالکل نہیں ہوتی کیونکہ نسبتاً تھوڑی سی ہیموگلوبن کے تغیر سے نمایاں رنگ پیدا ہوجاتا ہے۔ پیشاب عموماً طبعی ہوتا ہے۔ **علاج** یہ ہے کہ سبب کو دور کیا جائے۔ ادویہ سے تسمم ہونے کی صورت میں مقئی ادویہ اور معدے کی تغسیل کی ضرورت لاحق ہوسکتی ہے۔ چونکہ موت خون کی آکسیجن بردار قوت کی کمی کی وجہ سے واقع ہوجاتی ہے لہٰذا آکسیجن کا مسلسل استعمال ترجیحاً ایک خیمہ کے ذریعہ سے کرنا چاہیئے۔ خون چند گھنٹوں کے بعد خود بخود طبعی ہوجاتا ہے۔

سلف ہیموگلوبن دمویت (sulphæmoglobinæmia)- یہ مریض جن کو قبض ہوتا ہے زراق کے حملوں میں مبتلا ہوجاتے ہیں جو بعض اوقات بے ہوشی پیدا کردیتا ہے۔ حملہ میں دوسری علامتیں دردِ سر متلی اور قئے اور دردِ شکم ہیں۔ جسیمات میں کی ہیموگلوبن ایک حد تک سلف ہیموگلوبن میں متغیر ہوجاتی ہے۔ یہ شئے اپنے انجذابی طیف کے لحاظ سے میٹ ہیموگلوبن سے مشابہ ہوتی ہے کیونکہ اس میں ایک دھاری سرخ رنگ کے اندر نظر آتی ہے۔ فرق یہ ہے کہ میٹ ہیموگلوبن کی حالت میں یہ دھاری پوٹاسیم سایانائیڈ (potassium cyanide) ملانے پر غائب ہوجاتی ہے اور سلف ہیموگلوبن کی حالت میں یہ غیر متغیر رہتی ہے۔ امتحان کا دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ترشہ سے معرا کاربن مانا کسائیڈ (acid-free CO) کو آمیزہ میں سے گذارا جائے۔ سلف ہیموگلوبن کی تمام دھاریاں طیف کے نیلے سرے کی طرف ہٹ جاتی ہیں۔ میٹ ہیموگلوبن کی دھاریاں غیر متغیر رہتی ہیں۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت کی طرح یہ حالت بھی اینی لائن کے مشتقات مثلاً ایسیٹینی لائڈ (acetanilide) اور فینا سٹین (phenacetine) کے تسمم سے پیدا ہوتی ہے جس کے ساتھ شاید قبض کی وجہ سے معاء میں گندھک کے مرکبات کی تکوین پائی جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے وہ ایک صادق معاذ اور زراق ہو جو کہ کلیتہً معاء میں خود بخود

تیار شدہ زہروں کا نتیجہ ہو۔ اگرچہ اس سے انکار کیا گیا ہے۔ یہ حالت میٹ ہیمو گلوبن دمویت کی نسبت بہت زیادہ دیر سے زائل ہوتی ہے اور ہفتے اور مہینے لگ جاتے ہیں۔ لہٰذا اگر کول تاری ادویہ کی طبی خوراکوں کے بعد زراق پیدا ہو تو یہ یقینی امر ہے کہ اس کا سبب سلف میٹ ہیموگلوبن ہے نہ کہ میٹ ہیموگلوبن۔ ایک مریض میں سلف میٹ ہیموگلوبن دمویت اور میٹ ہیموگلوبن دمویت کی ہمزمان موجودگی بھی بیان کی گئی (23)۔

انذار۔ یہ مرض مہلک نہیں ہوتا۔

علاج۔ قبض کے لئے مسہل دینے چاہئیں۔ بوسیدہ دانتوں کو نکال دینا چاہئے۔ حملہ کے دوران میں آکسیجن کا استعمال کرنا چاہئے بالخصوص اس وقت جب کہ مریض بے ہوش ہو۔

پرپیُورا

(نزفی مزاج)

اس اصطلاح کا اطلاق اس مرضی حالت پر کیا جاتا ہے جس میں جلد یا مخاطی اغشیہ کے نیچے متعدد نزفات واقع ہو کر کم و بیش ارغوانی رنگ کے دھبے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ پہلے دیکھا گیا ہے کہ ایسے ہی نزفات متعدد امراض مثلاً قرمزیہ (scarlatina)، خسرہ، چیچک، مالٹی، دماغی نخاعی تپ اور طاعون میں ہوا کرتے ہیں۔ نیز کہبت، جگر کے حاد اصفر ذبول اور بیضی مویت (leukæmia) غیر تکوینی عدم دمویت (aplastic anæmia) اور خبیث لحمی سلعی بالیدوں میں۔ خبیث التہاب درون قلبیہ اور قلب کے دوسرے امراض میں۔ اور بعض عصبی امراض مثلاً ہزال نخاع (tabes dorsalis) میں۔ نیز نزفات کا ذکر نزفیت (hæmophilia) مرض ہاجکن، مرض برائٹ اور اسکروی (scurvy) کے تعلق میں کیا جائے گا۔ باہر سے سمیم ہونے کے راست نتیجہ کے طور پر نزفیت پوٹاسیم آیوڈائڈ کی بیش مقدار دینے سے یا بنزال (benzol) یا اُس کے حاصل جز بنزین (benzene) کے تجارتی استعمال (ہاتھ لگانے اور استنشاق کرنے) سے نیز

446

پیدا ہوجاتی ہے۔ اِن سب اصابتوں میں یہ صاف طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ نزف کا کوئی سبب موجود ہے اور یہ سبب اکثر ایک ساری سم یا کوئی دوسرا زہر ہوتا ہے۔

اوّلی یا خود زُو پرپیُورا سریری طور پر حسب ذیل اقسام میں منقسم ہے:۔

(ا) سادہ (simplex)، نزفی (hæmorrhagica)، خاطف (fulminans) پرپیُورا۔ (ب) ھینالک کا پرپیُورا (Henoch's purpura)، اور رثیتی پرپیُورا (purpura rheumatica) کلاحت رثیتی peliosis rheumatica= یا مرض شآن لین (Schonlein's disease=)، جس میں شری اور پرپیُورا دونوں ہوتے ہیں اور بسا اوقات پرپیُورا کی نسبت شری زیادہ نمایاں ہوتی ہے (39)- اس گروہ کے لئے بعض اوقات استھمال ف نما پرپیُورا کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔

امراضیات۔ پرپیُورا کی شدید اصابتوں میں حموی زمانہ کے دوران میں خون میں سے ایک دَم پاش نبقۂ سبحیہ علیحدہ کیا جاسکتا ہے اور مہلک اصابتوں میں قلب کے خون سے اس کی کاشت کی جاسکتی ہے۔ اورطی کا درحلہ اکثر صبتۂ ہیموگلوبن سے رنگین ہوتا ہے۔ اِن واقعات سے پتہ چلتا ہے کہ یہی عضویہ اس مرض کا سبب ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا سم اِس طرح عمل کرتا ہو کہ عروق شعریہ کی نفوذ پذیری کو زیادہ کرکے بافتوں کے اندر پلازما کے خروج اور سرخ جسیمات کی پارجست کا موقعہ بہم پہنچاتا ہو۔ بعض پرپیُورا حساسیتی صدمہ (allergic shock) سے پیدا ہوجاتے ہیں۔

اگر نزف شدید ہو تو خون ثانوی عدم دمویت کے خصائص ظاہر کرتا ہے۔ ایک جیھن سے لئے ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصۂ ترویب طبعی ہوتا ہے، لیکن بعد کے قطروں کا عرصۂ ترویب ایک منٹ سے زائد ہوتا ہے (2)- شاید یہی وجہ ہے کہ "عرصہ ادماء" (ملاحظہ ہو صفحہ 428) زیادہ ہوتا ہے۔ جسم سے باہر خون جم جانے کے بعد تھکا سُکڑتا نہیں اور نہ مصل کو باہر رسنے دیتا ہے (26,29)- لب عظام کوئی ممیز خصائص نہیں ظاہر کرتا۔ اگر اس پر مطالبات کا زیادہ بار پڑتا ہے اور عدم دمویت کی وجہ سے تغذیہ خراب ہوجاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ

غیر تکوینی ہو جائے۔

تمام اقسام کے پرپیُورا کی اکثریت میں دَموی لوحیے غیر موجود یا کم ہو جاتے ہیں [یعنے فی مکعب ملی میٹر ۱۰۰۰۰ (طبعی تعداد ۲۰۰۰۰۰ سے ۵۰۰۰۰۰ تک ہوتی ہے)]۔ اِس حالت کو قلت خلیاتِ علقی (thrombocytopenia) کہتے ہیں۔ بادی النظر میں اِس کو پرپیُورا کی توجیہ کرنے کے لئے کافی سمجھا جاسکتا ہے۔ لیکن قلت خلیاتِ علقی بذاتِ خود اس کے لئے کافی نہیں ہے، کیونکہ اِسکروی میں جس میں اِدماآت ہوتے ہیں اور ہینَوک کے پرپیُورا میں لوحیے اور عرصہ جات ادماء دونوں طبعی ہوتے ہیں۔ اِس کی توجیہ غالباً یہ ہے کہ تمام پرپیوراؤں میں دروَن حلمہ کا تغیر ضروری عامل ہے، اور یہ لوحیوں کی کمی کے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے، لیکن چونکہ لوحیے اور دروَن حلمی تطیے دونوں لحاظ تولید کے باہم قریبی تعلق رکھتے ہیں، لہذا زہر (جو خواہ لوحیہ کُش مَصل ہو یا بنزال وغیرہ) دروَن حلمہ پر حملہ آور ہونے سے پہلے عموماً لوحیوں کو تلف کر دیتا ہے (22)۔ اگر صرف اتنے ہی لوحیہ کُش مصل کا اشراب کیا جائے کہ جن سے لوحیے تلف ہو جائیں تو پرپیُورا نہیں پیدا ہوتا، چنانچہ قلت خلیاتِ علقی اس مرض کی ضروری خصوصیت نہیں ہو سکتی۔ دوسری رائے جو پیش کی گئی ہے (لیکن جس کی تجربی شہادت سے تصدیق نہیں ہوتی) یہ ہے کہ لوحیے اِس لئے غائب ہو جاتے ہیں کہ وہ دامی عروق میں کے فصل کو التزاق کے ذریعہ پُر کرتے ہیں۔ لوحیے لُبّ سے پیدا ہوتے ہیں، اور جب لُبّ غیر تکوینی ہوتا ہے تو وہ بھی غیر موجود ہوتے ہیں۔ انھیں طحال تلف کرتی ہے، اور طحال کا استیصال کرنے سے اُن کی تعداد کچھ عرصہ تک بڑھ جاتی ہے، لیکن یہ زیادتی محض کچھ عرصہ کے لئے ہی ہوتی ہے۔

علامات۔ پرپیُورا کی خفیف ترین شکلوں (سادہ پرپیُورا =P. simplex) میں یہی ہوتا ہے کہ جسم کے مختلف حصوں میں ہلکے سرخ، گہرے سرخ، یا نیلگوں ارغوانی رنگ کے دھبے پیدا ہو جاتے ہیں۔ وہ گول ہوتے ہیں، قطر میں ایک ملی میٹر سے لے کر ½ انچ تک مختلف ہوتے ہیں، دبانے سے غائب نہیں ہوتے، اور جب ایسی چھوٹی جسامت کے ہوتے ہیں تو عموماً سطح سے اوپر اُبھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ وہ جسم پر ہر جگہ پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ ہر دھبہ کچھ عرصہ کے بعد بھوری

یا زرد جھلک کا ہو کر کمھلا جاتا ہے، اور نسبتاً بڑی چکتیاں بدیہی طور پر تغیرات کے وہی مدارج طے کرتی ہیں جو ایک کوفتگی کے لئے مخصوص و ممیز ہیں۔ اِس ثوران کے ساتھ بنیئی اختلال نہایت کم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کا رنگ تشا حب ہو اور اُس کی اشتہا جاتی رہے۔ شفا عموماً دس سے بیس دن تک میں ہو جاتی ہے۔

447

شدید اصابتوں میں نزفات زیادہ وسیع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ زیر جلد خون کے بڑے تودے جلد کو اوپر اُٹھا دیں، اور مختلف مخاطی اغشیہ سے بھی اِدما ہوتا ہے (نزفی پرپیُورا =P. hæmorrhagica)۔ چنانچہ ناک، دہن معدے، اور آنتوں، گردوں، نسوانی تناسلی اعضاء اور کبھی کبھی شعبی غشائے مخاطی سے خون آ سکتا ہے۔ اِسکروی کی طرح مسوڑھے کبھی متورم نہیں ہوتے، لیکن بعض اوقات اُن کے جرم میں ایک نزفی داغ دکھلائی دیتا ہے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں ممکن ہے کہ تپش کسیقدر بلند ہو، اور ایک ایسا درجۂ انبطاح طاری ہو جاتا ہے جو موت میں ختم ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ امتحان بعد الممات سے تقریباً تمام مخاطی اغشیہ میں، حوضِ کلیہ میں، پلیُورا، تامور، یا ربطون، سحایا، بلکہ پھیپھڑوں اور لُبِّ عظام تک میں دوسرے کدمات ظاہر ہوں۔ ممکن ہے کہ دماغی نزف موت کا سبب ہو جائے۔ معائی غشائے مخاطی کا اِغتشاث اور تقرح بھی پایا گیا ہے، جس سے انثقاب اور التہابِ باریطون پیدا ہو جاتے ہیں۔ خاطف پرپیُورا (fulminating purpura) کا نام بعض ایسی اصابتوں کو دیا گیا ہے جو پانچ گھنٹوں سے لے کر تین دن میں مہلک ہو جاتی ہیں۔ ان میں سے بہت سی اصابتیں قرمزیہ (scarlatina) کے بعد واقع ہوئی ہیں۔

ھینَاک کے پرپیُورا (Henoch's purpura) میں جلد کے ضرر احمراری (erythematous) یا شری (urticarial) ورم ہو سکتے ہیں جو اکثر بڑے وسیع ہوتے ہیں اور جن میں نزف بالکل نہیں ہوتا۔ ان کے ساتھ مفصلی درد یا اورام درد شکم کے حملے، قئے اور آنت سے نزف، اور ورم بولیت پائے جاتے ہیں۔ علال قدرے جس پذیر ہوتی ہے۔ یہ قسم بچوں میں ہوتی ہے، اور ہفتوں یا مہینوں کے دوران میں بار بار مکرر ہوتی ہے۔ ان اصابتوں میں علامات کی ترتیب زمانی بہت کچھ مختلف

ہوتی ہے' اور پرپیُورائی ثوران اکثر آخر کے ساتھ ظاہر ہوتا ہے اور یہ ہمیشہ نہیں ہوتا کہ یہ زیادہ وسیع ہو۔ اس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ اس میں عدم دمویت یا قلت خلیات علقی کیوں مفقود ہوتی ہے۔ اس کے برعکس درد مفاصل کے جلد واقع ہو جانے سے حادرثیت کی تشخیص ہو جانے کا امکان ہے' اور بہت سی مثالوں میں شکمی علامات نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ چنانچہ درد شکم' قے' اور تمدد سے بعض اوقات معوی تسدد (intestinal obstruction) یا التہاب زائدہ دودیہ کا گمان ہو سکتا ہے۔ یا یہی علامات اور ان کے ساتھ آنت سے نزف اور ایک جس پذیر رسولی اگر بچہ میں ہوں تو انغماد الامعاء (intussusception) کی تشخیص ہو جاتی ہے۔ جب شکمی علامات تنہا موجود ہوں تو شکم شگافی کا عملیہ کر دیا گیا ہے اور مفروضہ انغماد آنت کا ایک ایسا حصہ ثابت ہوا ہے جو انصبابی خون سے ورریختہ تھا۔ ممکن ہے کہ پیشاب میں بہت البیومن ہو اور خون یا سا ٹک یا خالص خون ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔ بہت سی اصابتیں مہلک ہوتی ہیں۔ دوسری اصابتیں شفایاب ہو جاتی ہیں لیکن اُن میں البیومن بولیت مہینوں جاری رہ سکتی ہے۔ رماثیتی پرپیوُرا (rheumatic purpura) میں جو کہ غالباً ہینیاک کے پرپیوُرا کی ایک خفیف شکل ہے حاد مفصلی التہاب نمایاں ہوتا ہے' اور اس کے ساتھ ہی پرپیوری احمرار اور شری ہوتے ہیں' اور ممکن ہے کہ التہاب درون قلب اور التہاب گرد قلبیہ ہوں۔

تشخیص۔ تشخیص کرتے وقت پہلے پیراگراف میں بیان کئے ہوئے نمشی اور کے تمام ممکن اسباب کو خارج از بحث کر دینا چاہئے۔ اسکروی کی شناخت مسوڑھوں کی اسفنجی حالت' تحت الجلد یا دوائی تصلبات (fascial indurations)' سے ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ خبیث لحمِ سلعی رسولیاں (malignant sarcomatous growths) نزفی پرپیوُرا سے کسی قدر مشابہت پیش کریں۔ یہ یاد رکھنا بھی اچھا ہے کہ بعض اوقات غریبوں کے بچے کیک گزیدگی (flea-bites) کے بعد وسیع نمشی ثوران پیش کرتے ہیں۔ یہ دھبے یکساں طور پر آلپین کے سرے کے برابر ہوتے ہیں۔ ضغط النبض پیمانزفی مزاج کے لئے ایک مفید کا شتقہ بہم پہنچاتی ہے۔ بازو پر اتنا دباؤ کہ جو نبض کو مطموس کر دینے کے لئے کافی ہو دو منٹ تک عمل میں لایا

جاتا ہے۔ اگر کا نشقہ مثبت ہو تو بیش یا زوبر پرپیورا نمودار ہوجاتا ہے' جو کہ بسا اوقات وسیع ہوتا ہے۔

علاج ۔ عفونتی مرکزوں کا استیصال کر دینا چاہیے۔ نسبتاً خفیف تر اصابتوں میں' بستر میں آرام' مقوی ادویہ' اور عمدہ سادہ غذا اکثر بسرعت شفابخش ہوں گے۔ جب پرپیورا خاص کر جوارح زیرین کو ماؤف کرتا ہے تو اس صورت میں وہ اکثر مریض کے بستر اختیار کرتے ہی غائب ہوجاتا ہے' اور اگر مریض جلدی کر کے پھر چلنا پھرنا شروع کر دے تو وہ مکرر نمودار ہوجاتا ہے۔ لوہا' سنکھیا' اور کیونین (quinine) معمولی مقداروں میں دیئے جا سکتے ہیں۔ کیلشیم کلورائیڈ (اگرین ۰۰ اقطرے پانی میں) یا تین سی سی کیلشیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) کے وردن عضلی اشرابات روزانہ ایک بار مفید ہوسکتے ہیں۔ نیز ۱۰ سی سی مصل کا اِشراب کیا جا سکتا ہے (یہ انسانی مصل ہو تو زیادہ پسندیدہ ہے) اور اسے مکرر دیا جا سکتا ہے۔ قلتِ خلیات علقی کا علاج بذریعہ جگر کرنے کی سفارش کی گئی ہے' اس طرح کہ جس طرح متلف عدم دمویت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (40)۔

شدید اصابتوں میں نقل الدم مفید ہوسکتا ہے' اور اس مفروضہ کی بنا پر کہ طحال دموی لوحیوں کو تلف کر رہی ہے' طحال کا استیصال کر دیا گیا ہے اور اس سے نفع بخش نتائج حاصل ہوئے ہیں (27)۔ حال ہی میں یہ ادعا کیا گیا ہے کہ ایسکاربک ایسڈ (ascorbic acid) (ملاحظہ ہو اسکروی) کے اشرابات سے تمام اصابتوں میں فائدہ ہوتا ہے' لیکن اگر مزید تجربہ سے یہ صحیح ثابت ہو تو ان نظریات کی نظرِ ثانی کرنی پڑے گی جو کہ پرپیورا کے سبب کے متعلق مانے جاتے ہیں۔

448

نزفیت

(HÆMOPHILIA)

نزفیت ایک مرض ہے' جو تقریباً تمام تر مردوں تک محدود ہے اور جس کا ممیز خاصہ ادماء ہونے کا رجحان ہے' جو خود بخود ہو یا ضرب سے ہو۔ یہ مرض موروثی ہوتا ہے۔

اور عورت کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے، جو خود اِس مرض سے بالکل غیر متاثر ہوتی ہے، اور یہ صرف مرد کو ماؤف کرتا ہے جو کہ "داعی" ("bleeder") کہلاتا ہے۔ ان امور میں یہ کاذب بیش پروریشی عضلی شلل (pseudo-hypertrophic muscular paralysis) سے مشابہ ہوتا ہے۔

امراضیات۔ خون کا عرصہ ترویب بہت تاخیر ظاہر کرتا ہے، جو ممکن ہے کہ بڑھ کر چالیس منٹ یا زیادہ ہو جائے۔ لہٰذا کسی چھوٹے سے نزف کو بھی جو اتفاقاً ہو جائے کوئی چیز نہیں روک سکتی۔ پروتھرامبین (pro-thrombin) کی تکوین بہت تاخیر کے ساتھ ہوتی ہے، گو یہ جو یہ تھرامبین پیدا کرتے ہیں طبعی تعداد میں موجود ہوتے ہیں اور ان کا التزاق بھی طبعی ہوتا ہے۔ تھرامبوکائنیس (thrombokinase)، یعنی فائبرین خمیر کا دوسرا پیش رو بھی کافی مقدار میں موجود ہوتا ہے (2)۔ لیکن پروتھرامبین کا فائبرین خمیر میں تغیر ہونا بھی نہایت تاخیر کے ساتھ ہوتا ہے۔ اگر ایک استہدافی حالت پیدا کر دی جائے تو عرصۂ ترویب بہت کم ہو جاتا ہے، اور علاج میں اسی سے فائدہ اُٹھایا جاتا ہے۔ قلب اور شرائین کا شحمی انحطاط جو بعض اصابتوں میں پایا جاتا ہے، غالباً ثانوی عدم دمویت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بعض دوسری حالتوں کو نزلینیت سے متفرق کرنا ضروری ہے چنانچہ ایک اکتسابی قسم ہے جو کہ "تشک فائبر نوجن کی کمی" قلیل الکلس نزلینیت جس میں پست دموی کیلسیم ہو اور حقیقی قلت خلیات علقی سے تعلق رکھتی ہے (2)۔ یہ حالتیں ان سونٹ دامیات کی توجیہ کرتی ہیں جو کہ کاہے ملتی ہیں۔

علامات۔ یہ عموماً زندگی کے پہلے سال میں ظاہر ہو جاتی ہیں، اگرچہ بعض اوقات ان میں سات یا آٹھ سال تک تاخیر ہو جاتی ہے۔ نہایت شدید درجہ میں ناک، سوڑھوں، اللہ دہن سے اور نسبتہً کم عام طور پر معدے، پھیپھڑوں، یا اعضائے تناسل سے خود بخود نزف واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ان سے پہلے بُری کا احساس ہوا کرتا ہے۔ نہایت خفیف سے عملیے، مثلاً چیچک کا ٹیکہ لگانے، دانت اکھاڑنے، پھوڑا چیرنے، یا انگلی کے کٹ جانے کے بعد خطرناک بلکہ مہلک نزفات واقع ہوسکتے ہیں۔ ان نقصانوں کے علاوہ خفیف سی چوٹوں سے جلد کے نیچے بآسانی نزف ہو کر کوفتگیاں اور خونی رسولیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ مفاصل کے زلالی کیفوں اور بالخصوص گھٹنے کے جوڑ میں بھی

نزف ہوجاتا ہے۔ یہ نہایت عام طور پر سات اور چودہ سال کی عمروں کے درمیان ہوتا ہے اور چوٹوں سے یا سردی یا رطوبت میں تکشف سے پیدا ہوجاتا ہے۔ جوڑوں کی اِس حالت کے ساتھ تپ بھی ہوتی ہے۔ یہ حالت ممکن ہے اچھی ہوجائے لیکن پھر بار بار عود کرآتی ہے۔ بالآخر ممکن ہے کہ گرد مفصلی انضمامات کی وجہ سے مفصل جاسی یا متشنج ہوجائے۔ عضلات کا تشنجی عارضہ اور توامی ثلاثی عصب کا درد (trigeminal neuralgia) کبھی کبھی نزفیت کی پیچیدگیوں کے طور پر بیان کیا گیا ہے۔

ممکن ہے کہ اورامات کے درمیانی وقفوں میں نزفیت کے مریض بالکل تندرست نظر آئیں لیکن خون ضایع ہوجانے سے عدم دمویت پیدا ہوسکتی ہے۔ مریض اکثر آٹھ سال کی عمر تک پہنچنے سے پہلے نقصانِ خون سے ہلاک ہوجاتے ہیں لہٰذا اگرچہ اس زمانہ کے بعد اُن کی بقائے حیات کے موقعے زیادہ ہیں ادھیڑ عمر میں بھی اسی طرح موت واقع ہوسکتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار اس پر ہے کہ خون کا عرصۂ ترویب زیادہ پایا جائے۔

علاج۔ سطحی نزف کے لئے بہترین علاج یہ ہے کہ نقطۂ اور بیکار تھکّوں کو پونچھکر نکال دینے کے بعد قدرے تازہ انسانی خون میں بھگوئی ہوئی نرم روئی لگائی جائے۔ لیکن تازہ حیوانی بافت بھی استعمال کی جاسکتی ہے۔ سب سے زیادہ یقینی طریقہ یہ ہے کہ سانپ کا قشب لگایا جائے۔ سائٹریٹ آمیز خون (citrated blood) کا نقل الدم عرصۂ ترویب کو پانچ سے سات دن کے عرصہ کے لئے کم کردیتا ہے۔ فی الحقیقت یہاں تک کہا گیا ہے کہ ہر منزوف کا پانچ یا چھ ممکن الحصول معطیوں کے مقابلہ میں امتحان کرلینا چاہئے تاکہ ناگہانی ضرورت کے وقت اُن میں سے کم از کم ایک تو ہمیشہ دستیاب ہوسکے گا۔ زیادہ مقدار میں خون کے استعمال کی ضرورت نہیں۔ اس کے تبادل کے طور پر سٹریٹ آمیز انسانی پلازما کا نقل الدم کرنا چاہئے۔ اس حالت میں خون کی گروہ بندی کرنے کی ضرورت نہیں۔ جب کبھی کسی عملیہ کی ضرورت لاحق ہو تو ایک ابتدائی نقل الدم عمل میں لانا چاہئے۔ اور یہ تیاری چھوٹے سے چھوٹے عملیہ سے قبل بھی کرنا مناسب ہے۔ دس دن پہلے اسی سی گھوڑے کے مصل کا تحت الجلد اشراب کرکے مریض میں ایک فاعلی استہدافی حالت پیدا کرنا نسبتہً بہت کم یقینی ہے (41)۔

عرصہ ترویب میں کچھ کمی' جگر کی غذا دے کر پیدا کی جاسکتی ہے' جس طرح کہ متلف عدم دمویت (42) میں دی جاتی ہے۔ جب پلازما کی البیومن گلابیولن نسبت پست ہو (طبعی بہ مقابلہ) تو اسے سکاربک ایسڈ (ملاحظہ ہو اسکروی)۔۔ ۲ ملی گرام بالغ کیلئے اور ۔۔ ا ملی گرام بچہ کے لئے کامیاب ثابت ہوا ہے (43)۔

اکڑے ہوئے جوڑ کے لئے گرم ہوائی غسل اور ہلکی مالش کام میں لائی جاسکتی ہے۔ کسی معدم حس دوا کے زیر اثر انضمامات کو توڑنے سے عموماً احتراز کیا جاتا ہے' کیونکہ اس میں تازہ نزف کے شروع کر دینے کا خوف ہوتا ہے' لیکن یہ عمل بلا ایسا حادثہ ہوئے انجام دیا گیا ہے۔ اس مرض کی خطرناک نوعیت پر اور نسائی صنف کی وساطت سے اس کے منتقل ہونے کے طریقہ پر نگاہ کی جائے تو یہ بدیہی امر ہے کہ داعی خاندانوں کی عورتوں کو شادی نہیں کرنی چاہئے' گو وہ خود نزیفیت کی شکایت نہ رکھتی ہوں۔

نقل الدم

(BLOOD TRANSFUSION)

اس اصطلاح سے یہ مراد ہے کہ ایک تندرست شخص (معطی" = " donor ") کا خون لے کر اس کا اشراب علاج کی غرض سے ایک مریض (پابندہ" = "recipient") کے دوران خون کے اندر کیا جائے۔ طب میں اس علاج کے داعیات حسب ذیل ہیں۔ (۱) سادہ نزف' مثلاً معدی اور اثنا عشری قرحہ' زحیر' تپ محرقہ' بے محل حمل (ectopic gestation) نوزائیدہ کا براز دم الاسود (melæna neonatorum)۔ (۲) امراض خون' مثلاً شدید پر پُورا' نزیفیت' عدم دمویت' بعض دمویت۔ (۳) شدید سرایتیں' مثلاً ساری التہاب دروں قلب۔ (۴) شاید بعض تسممات' جیسے کہ محظور یوریا دمویت۔

وہ طریقے قدرنا پسندیدہ ہیں جن میں معطی کی شریان یا ورید پر شگاف دینے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے' کیونکہ ان میں معطی کے لئے عفونت کا خطرہ گو خفیف مگر صریح ہوتا ہے۔ اگر ایک چوڑی کھوکھلی سوئی کو براہ راست وسطی باسلیق ورید کے اندر

داخل کر کے اُس کے ذریعہ سے خون حاصل کیا جائے تو معطی کے لئے کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ سوئی کی نوک کو ایک ارکنساس پتھر پر تیز کرنا چاہیئے اور عدسہ یا خردبین کی پست طاقت سے اس کا امتحان کرنا چاہیئے۔ "سائٹریٹ طریقہ" ("citrate method") میں سوئی سے خون ربر کی نلی کے ایک چھوٹے ٹکڑے میں سے ہو کر ایک ناپنے کے عقیم ظرف کے اندر آنے دیا جاتا ہے، جس میں (تازہ کشید کئے ہوئے پانی سے بنائے ہوئے) سوڈیم سائٹریٹ کے ۳.۸ فی صدی محلول کے ۱۰۰ سی سی خون کے ۹۰۰ سی سی کے لئے موجود ہوتے ہیں۔ بازو کے گرد دباؤ کے ذریعہ سے بہاؤ کی شرح زیادہ کر دی جاتی ہے۔ خون کو سارے وقت گرم رکھنا چاہیئے۔ تصفیق کے لئے ایک عقیم استوانی قیف استعمال کی جاتی ہے، جس میں تھوڑا ملح موجود ہوتا ہے، اور ایک ربر کی نلی اور چٹکی اور سوئی لگی ہوئی ہوتی ہے۔ سوئی کے قریب شیشہ کی نلی کا ایک چھوٹا ٹکڑا حائل کر دیا جاتا ہے تاکہ وہ ایک دریچہ کا کام دے، اور اِس کا یقین ہونے کے لئے کہ سوئی ٹھیک مقام پر داخل ہو گئی ہے قیف کو ایک لمحہ کے لئے نیچے جھکا دیا جاتا ہے یہاں تک کہ خون شیشہ کی نلی میں داخل ہو جائے۔ پھر اُسے اونچا اُٹھا کر سائٹریٹیڈ خون سے بھر دیا جاتا ہے۔ ایک عقیم شیشی بھی استعمال کی جا سکتی ہے تاکہ معطی سے خون بذریعہ امتصاص نکال کر خفیف دباؤ کے تحت مریض میں داخل کیا جائے۔ اگر معطی پر غشی طاری ہو جائے یا وہ شاحب پڑ جائے یا اُسے پسینہ آنے لگے، یا اگر اُس کی نبض ۶۰ سے کم ہو جائے تو خون نکالنا موقوف کر دینا چاہیئے۔ فائبرین ربودہ خون کے استعمال سے امید افزا نتائج حاصل ہوئے ہیں، بالخصوص سرایتوں میں۔ معلوم ہوتا ہے کہ سائٹریٹیڈ خون کے نسبت فائبرین ربودہ خون اپنے مانع سمّیت یا ضد جراثیم خواص زیادہ حد تک قایم رکھتا ہے۔ سائٹریٹ مِلانے کے بجائے، جب خون شیشی کے اندر گرتا ہے تو اُس کو ہلایا جاتا ہے، جس سے فائبرین اُس خمیدہ نلی پر تہ نشین ہو جاتی ہے، جو بوتل کے پیندے میں جا کر پھر اوپر آتی ہے۔ اِس خون کو اِشراب کرنے سے پہلے عقیم گاز میں سے چھان لینا چاہیئے، تاکہ فائبرین کی چھوٹی چھوٹی دھجیاں خارج ہو جائیں۔ "مناعتی نقل الدم" ("immuno-transfusion") میں معطی کو پہلے سے منیع کر لیا جاتا ہے، یا خون کو

فی الزجاجہ جمع کر لیا جاتا ہے۔

بعض احتیاطوں کو عمل میں لانا ضروری ہے۔ معطی کا تعامل واآزرمن دیکھنا چاہئے اور معطی اور یابندہ کے خونوں کی موافقت کی تعیین ضروری ہے۔

460

موافقت (compatibility)۔ اگر معطی کے خلیئے یابندہ کے مصل سے ملتزق نہوں تو یہ کافی ہے۔ آخرالذکر کے خلیات اول الذکر کے مصل سے ملتزق نہ ہوں یہ ضروری نہیں کیونکہ معطی کا مصل یابندہ کے دوران خون میں جلد مُرقق ہوجاتا ہے۔ موافقت کا امتحان کرنے کے لئے معطی کی انگلی سے خون کا ایک قطرہ سوڈیم سائٹریٹ کے ۱۰۵ فی صدی محلول کی ایک سی سی کے اندر گرنے دیا جاتا ہے اور حاصل شدہ تعلیق کا ایک قطرہ ایک خردبینی شریحہ پر یابندہ کے مصل کے ایک قطرے میں ملا دیا جاتا ہے اور پھر اُسے ایک شیشۂ محافظ سے ڈھانک دیا جاتا ہے۔ چند منٹ کے بعد اس شریحہ کا خردبینی امتحان التزاق کو دیکھنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ افراد کی ترتیب چار گروہوں میں حسب ذیل کی گئی ہے:—

خلیات	مصل: گروہ ۱	گروہ ۲	گروہ ۳	گروہ ۴
گروہ ۱	-	+	+	+
گروہ ۲	-	-	+	+
گروہ ۳	-	+	-	+
گروہ ۴	-	-	-	-

چنانچہ دیکھا جائے گا کہ اگر گروہ ۲ اور ۳ کے مصل مذخور رکھے جائیں تو کسی دیئے ہوئے شخص کے خلیوں کا گروہ دریافت کیا جا سکتا ہے۔ گروہ ۴ کے خلیوں کا التزاق کسی

ایک سے بھی واقع نہیں ہوتا، اور اسی واسطے گروہ ہم کے ارکان ہمیشہ معطیوں کے طور پر کام دے سکتے ہیں، لیکن عموماً زیادہ بےخطر طریقہ یہی ہے کہ معطی اور پابندہ دونوں ایک ہی گروہ کے لیئے جائیں۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ ایک معیار الوقتی کا شقہ (time-control test) قرین مصلحت ہے۔ پابندہ کے مصل کو معروف ناموافقت کے خون سے لیئے ہوئے جسیمات کے ساتھ آمیز کیا جاتا ہے، اور التزاق میں جو عرصہ لگتا ہے اس کو ملاحظہ کیا جاتا ہے۔ یہ آدھ گھنٹہ تک ہوا ہے، اور معطی کے خلیات کو بھی اسی عرصہ تک دیکھتے رہنا چاہیئے۔ ۔۔۔ ایس ا تا ۲ کی وہ شرح اموات جو کہ بظاہر موافق خون کے ساتھ واقع ہوتی ہے، اس طریقہ سے کم ہو جاتی ہے(44)۔

خون کا تعامل اور ترشہ سمیت

(REACTION OF THE BLOOD AND ACIDOSIS)

کسی محلول کے تعامل کا انحصار اس کے ہائڈروجن رواناتت (C_H) اور ہائڈراکسل رواناتت (C_{OH}) کے ارتکاز پر ہوتا ہے۔ جب تعامل تعدیلی ہو تو ہائڈروجن اور ہائڈراکسل روانات کا ارتکاز مساوی ہوتا ہے۔ جب وہ ترشئی ہوتا ہے تو C_H زیادہ اور C_{OH} کم ہوتا ہے۔ جب وہ قلوی ہوتا ہے تو C_H کم اور C_{OH} زیادہ ہوتا ہے۔ دونوں کا حاصل ضرب ہمیشہ مستقل رہتا ہے۔ تعدیلی نقطے اور جسمانی تپش پر یہ C_H، جسے ہائڈروجن کے فی لیٹر گراموں میں ظاہر کیا جاتا ہے، ۱۰-۷ × ۱.۰۰۳ ہوتا ہے، جو کہ ۱۰-۶.۹۹۷ کے برابر ہے۔ شریانی خون کا C_H تقریباً ۴.۰ × ۱۰-۸ ہے جو ۱۰-۷.۴ کے نسبت کم ہونے کی وجہ سے تعدیلیت سے کسی قدر قلوی جانب پر ہوتا ہے۔ ان امور کو ظاہر کرنے کا جو طریقہ عموماً اختیار کیا جاتا ہے وہ یہ ہے کہ کہا جائے کہ تعدیلی نقطہ پر $(C_H)p_H$ کا لوگارتم) ۶.۹۹۷ ہے، جب کہ سادگی کی غرض سے علامتِ نفی کو چھوڑ دیا جاتا ہے۔ خون کے C_H کو مندرجۂ ذیل مساوات سے ظاہر کیا جاتا ہے:—

$$C_H = \text{مستقل} \times \frac{CO_2 \text{ کا دباؤ}}{\text{بائی کاربونیٹ کا ارتکاز}}$$

جب کہ CO_2 کا دباؤ خون میں حل شدہ CO_2 کے تناسب سے ہوتا ہے۔ طبعی اشخاص میں شریانی خون میں CO_2 کا دباؤ اس سے ذرا کم ہوتا ہے کہ جتنا پھیپھڑوں کے جوفیزوں میں CO_2 کا دباؤ ہوتا ہے۔ اس مساوات میں اختلافات بہترین طور پر مندرجہ ذیل جدول میں دیکھے جا سکتے ہیں:۔

جدول ا۔ ترشہ اساس توازن مختل ہونے کی مثالیں

۱۔ CO_2 کو متاثر کرنے والی۔	۲۔ بائی کاربونیٹ کے ارتکاز کو متاثر کرنے والی
(ا) زیادتی۔ زیادہ تکوین:۔ تنفس کی اخراج۔ تنفسی مرکز کا مخدرات یا نیند کی وجہ سے پست ہو جانا۔ تنفس میں مداخلت ہونا (قلب یا پھیپھڑوں کے مرض کی وجہ سے)۔ CO_2 میں سانس لینا۔	(ا) کمی۔ ترشے یا امکانی ترشے (NH_4Cl یا $CaCl_2$) بافراط نگلنا۔ ترشوں کی مفرط تکوین:۔ لیکٹک ایسڈ ورزش میں۔ ترشوں کا تاکسد نہ ہونا:۔ بالخصوص ایسٹوایسٹک ایسڈ کا۔ ترشوں کا التہاب گردہ میں خارج نہ ہونا۔ اساس کا نقصان۔
(ب) کمی۔ زائد تنفس:۔ ارادی، ہسٹیریا میں، جذباتی تکرزمیں، محیطی ہیجات کے نتیجہ کے طور پر حمیات میں، بلند ارتفاعات پر، خالص قلبی نہر میں۔	(ب) زیادتی۔ اساس ($NaHCO_3$) یا امکانی اساس (مثلاً سوڈیم سٹریٹ) بافراط نگلنا۔ ترشہ کا نقصان مثلاً معدی حلقومی ناسور

اگر CO_2 کا دباؤ بائی کاربونیٹ کے تناسب کی حد سے آگے بڑھ جائے تو یہ C_H زیادہ ہو جائے گا۔ بالفاظ دیگر خون غیر طبعی طور پر ترشئی ہوگا۔ یہ حالت ۱ (ا) میں بتائی ہوئی حالتوں میں پائی جاتی ہے اور اسی کو ترشہ دمویت (acidæmia) کہتے ہیں۔ جیسا کہ ۲ (ا) میں بتایا گیا ہے یہی چیز بائی کاربونیٹ کے ارتکاز کی کمی سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ قلی دمویت (alkalæmia) کی اصطلاح اس کی برعکس حالت کے لئے استعمال کی جاتی ہے جس میں C_H غیر طبعی طور پر کم ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ

ا (ب) میں بتایا گیا ہے یہ CO_2 کی کمی سے پیدا ہوجاتی ہے یا جیسا کہ ۲ (ب) میں بتایا گیا ہے بائی کاربونیٹ کی زیادتی سے پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ ایک خفیف حد تک بلند ارتفاعات پر اور زوردار تنفس کی وجہ سے جسم سے CO_2 نکل کر خارج ہوجانے کے بعد پیدا ہوتی ہے (بے دخانی) (۱ ب) اور بعض اوقات تکزز (tetany) کی حالت میں بھی (ملاحظہ ہو صفحہ 488)۔ یہ قلی کی بڑی مقداریں لینے کے بعد بھی واقع ہوجاتی ہے (۲ ب) جس سے شکر کی برداشت کی کمی اور کیتونیت ہوجاتی ہے۔

اگرچہ CO_2 کا ارتکاز تنفس پر منحصر ہوتا ہے لیکن بائی کاربونیٹ رواں کا ارتکاز خون کے غیر طیران پذیر ترشئی اور اساسی مادوں کا حاصل ہوتا ہے۔ اہم ترشئی مادے یہ ہیں:— آکسی ہیموگلوبن اور مختلف ترشے جو تحول کی اثنا میں پیدا ہوتے ہیں مثلاً کلورائیڈ، فاسفیٹ، سلفیٹ اور غیر طبعی ترشے جیسے کہ بیٹا آکسی بیوٹرک ایسڈ اور ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ۔ اساسی مادے یہ ہیں:— سوڈیم، پوٹاشیم، کیلسیم اور میگنیسیم۔ بائی کاربونیٹ جو کہ ان کا حاصل ہے، خون میں CO_2 کی اس مقدار سے ناپا جاتا ہے جو کہ CO_2 کے ایک مقررہ دباؤ یعنی ۴۰ ملی میٹر پر پائی جائے۔ اس کو خون کا قلوی محفوظہ (alkali reserve)، یا ثابت کاربن ڈائی آکسائیڈ (fixed CO_2)، یا دموی بائی کاربونیٹ (blood bicarbonate) کہتے ہیں۔ اس کی طبعی قدر ۳۰ درجہ سینٹی میٹر پر خون کی ہر سی سی میں ۵۰ اور ۷۰ سی سی کے درمیان ہوتی ہے۔

ترشہ سمیت (acidosis) کی اصطلاح کو ابتداءً جسم کے اندر ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ کی پیدائش اور پیشاب کے اندر ان کے اخراج کو ظاہر کرنے کے لئے رائج کیا گیا تھا، جو ذیابیطس میں ہوا کرتا ہے۔ اب اس حالت کو کیتونیت (ketosis) کہتے ہیں۔ نسبتۃً حال ہی میں ترشہ سمیت کی اصطلاح کو قلوی محفوظہ کی کمی کے مترادف کے طور پر استعمال کیا گیا ہے، خواہ یہ کمی کسی بھی طریقہ سے پیدا ہوگئی ہو۔ لیکن دوسرے مصنفین نے اس اصطلاح کو خون کے C_H کی زیادتی کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا ہے، جو ایک بالکل

مختلف چیز ہے۔ اصطلاحات کے اس خلط ملط کے باعث بہترین یہی ہے کہ ترشہ سمیت کی اصطلاح کو جسم کے اندر ترشہ کی پیدائش کے عمل کو ظاہر کرنے کے لئے اور قلوی کثرت (alkalosis) کی اصطلاح کو قلی کی پیدائش کے عمل کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا جائے۔

مندرجہ بالا تصریحات بُہر کے بعض عام اقسام کے اسباب پر غور کرتے وقت اہمیت رکھتی ہیں۔ نفاخ، دمہ اور شعبی التہاب میں اور رسولیوں کے باعث پیدا شدہ شعبی تسدد میں، جب کہ ان حالتوں کے ساتھ بُہر موجود ہو خون کے اندر CO_2 کے اجتماع کے باعث نمایاں ترشہ دمویت موجود ہوتی ہے (جدول میں الف)۔ ایسی حالتوں میں پھیپھڑوں کی حالت کی وجہ سے، یہ کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) باوجود تنفس کی زیادتی کے خارج نہیں ہو سکتی۔ ممکن ہے کہ ان میں سے بعض حالتوں میں آکسیجن کی قلت بھی بُہر کی پیدائش میں حصہ لیتی ہو۔ خون کا قلوی محفوظ ممکن ہے تقریباً طبعی رہے، گو یہ اکثر بہت زیادہ ہو جاتا ہے کیونکہ اساس بافتوں سے خون میں منتشر ہو جاتے ہیں۔

مطرانی مرض (mitral disease) کے بُہر میں زیادتی تنفس کی وجہ سے کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) کم ہو جاتا ہے لہٰذا قلی دمویت موجود ہوتی ہے (ا ب)۔ قلوی محفوظ طبعی ہوتا ہے، بشرطیکہ کوئی نہایت وسیع عام اُذیما موجود نہ ہو۔ آخرالذکر کی موجودگی میں ممکن ہے کہ قلوی محفوظ کم ہو جائے۔

452

سریریاتی اہمیت رکھنے والی دوسری حالتوں میں ترشہ دمویت موجود ہو سکتی ہے۔ یہ حالتیں کیتونیت، مزمن یا "حاد" نفاکتی، بول دمویت، اور اختناج (eclampsia) ہیں۔ کیتونیت میں خون کے اندر ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ کا اجتماع ترشہ دمویت کا اولی سبب ہوتا ہے۔ یہ مرکز تنفس کو تہیج پہنچاتے ہیں، جس سے تنفس زیادہ ہو کر کاربن ڈائی آکسائڈ دھل کر خون سے باہر نکل جاتا ہے، اور ساتھ ہی قلوی محفوظ بھی کم ہو جاتا ہے۔ لیکن کاربن ڈائی آکسائڈ کی کمی تناسب کے ساتھ نہیں ہوتی، چنانچہ بالکل ابتدائی درجوں میں C_H میں کچھ زیادتی ناپی جاسکتی ہے۔ آخر درجوں میں تو ماکے آغاز کے زمانہ میں ممکن ہے کہ نہایت شدید

درجہ کی ترشہ دمویت واقع ہو جائے (۲'ا)۔ذیابیطس کے بیان میں کیتونیت پر مزید غور کیا جائے گا۔ یوریا دمویت، اُذیمائی التہاب گردہ اور انتشاج کی ترشہ دمویت بھی غالباً ثابت ترشوں کے اجتماع کے باعث پیدا ہو جاتی ہے، بالخصوص فاسفیٹ اور سلفیٹ روانوں کے اجتماع سے۔ یوریا دمویت کے تواکی ایک اصابت میں (۲'ل) موت سے تھوڑے عرصہ پہلے pH ۶٫۷۶ تھا۔ نفاخ کی ایک اصابت میں جس میں کاربن ڈائی آکسائڈ کا اقتباس تھا (۱'ل) موت سے چند ہفتے پہلے جب کہ مریض کامل ہوش میں چلتا پھرتا تھا، pH ۲۴٫۷ تھا۔ پس یہ بہت مشکوک ہے کہ آیا ترشہ دمویت بذاتہ یوریا دمویتی تواکا سبب ہوتی ہے، کیونکہ نفاخی مریض کا خون زیادہ ترشئی تھا۔ زیادہ اغلب یہ ہے کہ تواما خون میں محسوس شدہ ترشئی اشیاء کی زہریلی نوعیت کے باعث ہوتا ہے۔ اسی نظریہ کا اطلاق کیتونیت پر ہو سکتا ہے، کیونکہ اس حالت میں ایسٹوایسٹک کے سالمہ کی ساخت سے اس امر کی اچھی شہادت ملتی ہے کہ یہ بذاتہ ایک زہر ہے (Hurtley & Trevan)۔طبعی حمل میں اور ثانوی منقبض گردے (secondary contracted kidney) میں یوریا دمویت طاری ہونے سے بہت پہلے قلوی محفوظ کی قابل پیمائش کمی واقع ہو جاتی ہے۔ کثیر خلوی دمویت میں اور گیس گنگرین میں اور غالباً مختلف تموی حالتوں میں بھی قلوی محفوظ کم ہو جاتا ہے۔

اگر قے یا معدی قولونی ناسور (۲'ب) کے ذریعہ معدہ سے ترشہ ضائع ہو جائے تو قلوی محفوظ بڑھ کر قلوی دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک ثانوی کیتونیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اسی طرح جس طرح کہ قلیاں نگلنے کے بعد اور قلوی دمویت کے باوجود پیشاب ترشئی رہتا ہے (87)، کیونکہ نمک ضائع ہو جاتا ہے (47)۔

خون کے C_H کو نسبتاً تنگ حدود کے درمیان رکھنے کے لئے مختلف میکانیئے پائے جاتے ہیں۔ گردوں کی راہ سے ترشہ دو طرح سے خارج ہوتا ہے:۔ (ل)۔ اساسی کے مقابلے میں ترشئی فاسفیٹ کی زیادتی کی وجہ سے پیشاب خون کی نسبت

زیادہ ترشئی رہتا ہے۔ (ب) ایمونیا پیدا ہوتی ہے اور یہ ترشوں کے ساتھ ممزوج ہو کر تعدیلی ملحات بنا دیتی ہے، جو کہ خارج ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ پیشاب کی ایمونیا بڑھ جاتی ہے۔ (ج) قلی بھی گردوں کی راہ سے خارج ہوتی ہے۔ یہ خالص قلی بہریں اور بلند ارتفاعات پر واقع ہوتا ہے، جہاں CO_2 کا دباؤ جیش تنفسی کی وجہ سے گھٹ جاتا ہے (اب)۔ پھر گردوں کی راہ سے قلی ضایع ہوتی ہے اور قلوی محفوظہ کم ہو کر قلوی دمویت گھٹ جاتی ہے۔ (د) قلوی محفوظہ کا، C_H کے تغیرات روکنے کا یہ فعل بافتوں سے مدد حاصل کرتا ہے، جو ثابت ترشے اور اساسات لینے اور دینے کی طاقت رکھتی ہیں، بلکہ ثابت ترشے تیار کرنے کی طاقت بھی، مثلاً قلی نگلنے کے بعد کیتون اجسام۔

تشخیص۔ سانس کا پھول جانا ترشہ دمویت کی ایک قیمتی دلالت ہے۔ لیکن یہ امور ذیل کے باعث ہو سکتا ہے:۔ (الف) آکسیجن کی احتیاج (ب) معکوس عمل کے طور پر جو کہ شاید اولی مرض قلب کی حالت میں ہوتا ہے، جس میں تنفسی پمپ، دوران خون کو مدد دیتا ہے۔ (ج) تنفسی مرکز کی مقامی خراش، (د) ترشہ دمویت، خون میں کاربن ڈائی آکسائڈ یا ثابت ترشہ کی زیادتی۔ (الف) مریض میں غالباً کبودی یا ازراق ظاہر ہوگا۔ (ب) تنفس تیز ہوتا ہے، اور مرض قلب کے علامات موجود ہوں گے۔ (د) درون جسمی مرض کے علامات موجود ہوں گے، مثلاً دماغی نزف، اور مریض غالباً بے ہوش ہوگا۔ (ہ) جہاں اولی ضربشش مفقود ہو، جو غالباً کاربن ڈائی آکسائڈ کی زیادتی کے باعث ترشہ دمویت پیدا کر دیتا ہے، وہاں تنفس کی زیادتی غالباً خون کے اندر ثابت ترشہ کی زیادتی کے باعث ہوتی ہے۔ تنفس اکثر آہستہ اور گہرے ہوتے ہیں۔ ثابت ترشہ کی مقدار کا صحیح ترین ناپ قلوی محفوظہ کی اسکی تخمین سے معلوم ہوتا ہے، لیکن یہ بمشکل ایک سریری طریقہ ہے۔ تین دوسرے طریقے استعمال کئے جا سکتے ہیں:۔ (۱) پیشاب کے ایک نمونے میں مجموعی نائٹروجن کے مقابلہ میں امونیا نائٹروجن کی نسبت کی تخمین کی جاتی ہے۔ طبعی طور پر یہ ۳ تا ۵ فی صدی ہوتی ہے۔ ترشہ دمویت کی شدید اصابتوں میں ۲۰ تا ۴۰ فی صدی کی قدریں حاصل ہو سکتی ہیں۔ (۲) جو فیری

کاربن ڈائی آکسائڈ کی پیائش کسی آلے سے کی جاتی ہے مثلاً فرائی ڈیریشیاکے کاربن ڈائی آکسائیڈ تنید گی پیما (Fridericia's Co_2 tensimeter) سے جس میں ایک تخمین تقریباً دس منٹ لیتی ہے۔ (۳) سوڈیم بائی کاربونیٹ کی وہ مقدار معلوم کی جائے جو پیشاب کو تیس کے لئے قلوی بنانے کے لئے براہ دہن دینی پڑے۔ اس کے لئے معمولی اشخاص میں پانچ گرام کافی ہوتے ہیں۔ جب قلوی محفوظہ کم ہوجائے تو نسبتہً زیادہ مقدار کی ضرورت ہوگی' اور اس کی شناخت کے لئے بتدریج بڑھتی ہوئی مقداریں تین تین یا چار چار گھنٹوں کے فاصلوں سے دی جائیں (Sellards)۔

یہ نہایت ضروری ہے کہ کیٹونیت کے (جس میں ثابت ترشوں کی نوعیت معلوم ہوتی ہے) اور دوسری حالتوں کے درمیان' جن میں قلوی محفوظہ کی کمی اور ترشہ دمویت ہوتی ہے' واضح فرق کیا جائے۔ پیشاب میں فیرک کلورائڈ لائی سے مہاگنی جیسا بھورا رنگ' اور راتھیرا (Rothera) یا لیگال (Legal) کے کاشفوں سے ارغوانی رنگ ظاہر ہوتے ہے' تیز سانس میں ایسیٹون کی بو ملنے سے کیٹونیت کی تشخیص بہ آسانی ہو سکتی ہے۔ کیٹونیت کی موجودگی ہمیشہ جسم کے اندر قابل حصول کاربو ہائڈریٹ کی کمی کی وجہ سے نہیں ہوتی' کہ جس سے ترشہ سمیت کا رجحان ہوتا ہے۔ وہ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی مقدار میں دینے سے پیدا ہو جاتی ہے' جو قلوی دمویت پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے۔

علاج۔ پہلے بیان کیا گیا ہے کہ یہ مشکوک ہے کہ ترشہ دمویت بذاتہٖ کس حد تک موت کا سبب ہوتی ہے۔ لیکن جب وہ قلوی محفوظہ کی کمی کے ساتھ موجود ہو تو ہمارے علم کی موجودہ حالت میں اس کا ازالہ کرنا ہی قرین عقل ہے۔ اس مقصد کے لئے سوڈیم بائی کاربونیٹ یا سوڈیم سائٹریٹ ایک ایک ڈرام کی مقداروں میں ہر دو سرے گھنٹے براہ دہن دیا جا سکتا ہے۔ حاد اصابتوں میں عقیم دو فی صدی سوڈیم بائی کاربونیٹ کا درون وریدی انشراب کیا جا سکتا ہے۔

جہاں یہ سمجھا جائے کہ سریری حالت خون کے اندر سموم کی موجودگی

کی وجہ سے ہے، وہاں ان سموم کی پیدائش کو روکنا (ملاحظہ ہو کیتونیت کے تحت) اور ان کے اخراج میں آسانی پیدا کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو ذیابیطسی قوما کا علاج)۔

امراضِ طحال

طحال شکم کے بالائی حصے میں بائیں جانب واقع ہے، اور پسلیوں سے بالکل چھپی ہوئی ہوتی ہے۔ تندرستی میں اس کے محل وقوع اور جسامت کی تخمین محض بذریعہ قرع کی جاسکتی ہے۔ بائیں زیربغلی خطے میں نویں، دسویں اور گیارھویں پسلیوں اور مشمولہ فضاؤں میں اصمیت پائی جاتی ہے۔ سامنے یہ اصمیت اس خط سے محدود ہوتی ہے، جو بائیں بھٹنی سے گیارھویں پسلی کی نوک تک کھینچا جائے، پیچھے وہ تقریباً اس خط تک پہنچتی ہے، جو عضلہ عریضہ ظہریہ کے اگلے حاشیے کے ساتھ مسلسل ہے۔ جب طحال بڑی ہوجاتی ہے تو وہ نیچے اور سامنے کی طرف پھیل جاتی ہے، اور اگر اس وقت جب کہ مریض گہری سانس لے نویں اور دسویں ضلعی کریوں کے نیچے انگلیاں رکھی جائیں تو طحال کا حاشیہ ان کے ساتھ ٹکرائے گا۔ اگر کلانی اور زیادہ ہو تو طحالی حاشیہ اس مقام پر واضح طور پر پسلیوں کے نیچے آجاتا ہے، چنانچہ وہ بہ آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے، اور کم و بیش شکم کے بائیں بالائی ربع میں واقع ہوتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں طحال نیچے رباط پوپارٹ تک پہنچ جاتی ہے اور خط درمیانی کو ناف کے نیچے عبور کرتی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وہ بائیں جانب اوپر ہی رہے۔ اگلی دیوار شکم میں سے قرع کرنے پر بڑھی ہوئی طحال ہمیشہ اصمیت ظاہر کرتی ہے۔ وہ زیریں پسلیوں کے عین نیچے سے نکلتی ہے اور اگلی دیوار شکم کے تماس میں رہتی ہے۔ بعض اوقات اس کی کور پسلیوں کے نیچے سے بروز کرتی ہوئی پیچھے کو کھ میں محسوس ہوتی ہے۔ اس کے اگلے حاشیہ میں اکثر ایک یا دو واضح کٹاؤ ملتے ہیں۔ اگر کلانی بہت زیادہ ہو تو ممکن ہے کہ بائیں جانب میں ایک کھنچاؤ ہو یا وزن کا احساس ہو۔

ممکن ہے کہ انقباضات کی تکوین' یا اُس سے پیدا ہو جانے والے گرد طحالی التہاب کی وجہ سے درد موجود ہو' لیکن حسیات کے ساتھ کی کلائیوں میں درد کوئی نمایاں خصوصیت نہیں ہوتی۔ طحال کے لاشعاعی امتحان کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ 383۔

نسیجیاتی نقطۂ نظر سے طحال ایک لحمکی ترتیب رکھتی ہے اور اسکی شریانی رسائی تو (۱) ملفیجی جسیمات کو جاتی ہے' جو محض چھوٹے لمفائی غدد ہیں' یا (۲) وریدی جوفوں کو' اور علیٰ ہذالقیاس وریدوں کو' یا (۳) لُبّ کو' اور پھر وہ لیواروں کے مسامات میں سے ہو کر براہِ راست وریدوں کو وریدی جوفوں میں یا لُبّ میں داخل ہونے سے پہلے خون ھلیلجی نما اجسام میں سے ہو کر گذرتا ہے' جو شریانات پر واقع ہوتے ہیں' اور جن کا فعل دوسرے افعال کے علاوہ یہ ہے کہ وہ مصراعوں کے طور پر عمل کرتے ہیں اور لُبّ یا وریدی جوفوں سے خون کو شریانی نظام کے اندر واپس نہیں جانے دیتے۔ لب ایک تشبک جال سے بنتا ہے' جس پر کثیر قطبی خلیے اور بڑے آمیبائی اکال خلیے واقع ہوتے ہیں۔ یہ تین عناصر ملکر شبکی دروحلمی نظام بناتے ہیں۔

طحال کے اہم افعال خون کے اندر کے اجسام غریبہ کی خلوی اکالیت اور بے کار اور خستہ دموی جسیمات کا اتلاف ہیں۔ لیکن طحال دموی حجم کو کم وبیش کرنے کا کام بھی کرتی ہے' اور لب میں کے خون کو طحالی وریدوں میں اور اِس طرح دورانِ خون میں موقعہ کے لحاظ سے بھیجتی رہتی ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ دورانِ نزف میں' یا دوران ورزش میں' یا حرارت میں تکشف ہونے پر (جب کہ تبریدی اغراض کے لئے جلد میں فاضل خون کی ضرورت ہوتی ہے)' یا اختناق کے دوران میں' طحال سکڑ کر اپنی طبعی جسامت کا پاؤ یا ½ حصہ رہ جائے (25)۔ دورانِ مرض میں طحال کی جسامت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے' جس کی وجہ غالباً یہی کم وبیش کرنے کا فعل ہے۔

اب اُن امراضیاتی تغیرات کا خلاصہ درج کیا جائے گا' جو طحال میں ممکن الوقوع ہیں۔ اُن کے علامات اور علاج کی بحث دوسری جگہ درج ہے:۔

فعّال امتلا (active congestion)—طحال بہت سے حاد ساری

454

اطحال میں بڑی ہوجاتی ہے، خصوصیت کے ساتھ تپ معویہ، حمیٰ ناکسۂ ایگیو (ague) اور دوسرے ملیریائی حمیات میں، ذات الریہ، تقیح الدم، خبیث التہاب دروں قلبیہ (malignant endocarditis)، پریپورا سِل ریوی اور حاد تدرن میں، حمیٰ نفاسیہ (puerperal fever)، سرخ بادہ (erysipelas) اور آتشک میں کسیقدر کم کلانی ہوتی ہے۔ عروق شعریہ اور وریدیں خون سے متمدد اور پُر ہوتی ہیں۔ طحالی لب متورم اور کیسۂ طحال متمدد ہوتا ہے۔ موت کے بعد طحال سیاہ سرخ یا ارغوانی رنگ کی اور نہایت نرم پائی جاتی ہے اور لب پانی کی رُو سے بآسانی دھلکر خارج ہوجاتا ہے۔ میئور (Muir) کے خیال کے مطابق طحال میں سارے اعمال سے حسب ذیل نسیجیاتی تغیرات پیدا ہوجاتے ہیں:۔ لُبّ کے خلیوں، بالخصوص غیر ذراتی زجاجی خلیوں اور درحلمی خلیوں کی شدید خلوی اکالی فعلیت، چنانچہ ان میں کثیر التعداد سرخ خلیے، اور تعدیل پسند سپید خلیے موجود ہوتے ہیں۔ لب میں لبی خلیوں کی موجودگی۔ مالفیجی جسیمات کی بہ ظاہر کلانی اُن کے گرد کے خلیوں کے تکاثر کے باعث۔

التہاب طحال (splenitis) اور گرد طحالی التہاب (perisplenitis)۔

ان میں سے بعض ساری حالتوں میں مرضی عمل بیش دمویت کے درجہ سے بڑھ کر حاد التہاب کے درجہ میں پہنچ جاتا ہے، جیسا کہ زیگلر (Ziegler) کی رائے کے مطابق عروق اور لبّ کے اندر سپید خلیوں کی مقدار کثیر کے ملنے سے ظاہر ہوتا ہے۔ خراج عام التہاب طحال کا نہایت شاذ نتیجہ ہوتا ہے۔ التہاب طحال کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ کیسہ کا التہاب، یعنی التہاب کیسہ (capsulitis) یا گرد طحالی التہاب (perisplenitis) ہو اور اُس کے نتیجہ کے طور پر متصلہ اعضا یا جدار شکم کے ساتھ انضمامات پیدا ہوجاتے ہیں۔ حاد یا مزمن التہاب کیسہ بارہا امتحانات بعد الممات میں پایا جاتا ہے، اور اُس کا وقوع اکثر، بالخصوص حاد شکل میں، ساری اعمال کی طرف منسوب کیا جاسکتا ہے۔

سدادی مقعات (embolic infarcts) ۔ یہ اُن فائبرینی ذرات کے انغراز کا نتیجہ ہوتے ہیں، جو قلب کے مصراعوں سے یا اُس کے کہفوں میں علقات سے جدا ہوگئے ہوں۔ یہ مقعات فانہ شکل یا مخروطی تودے ہوتے ہیں جو ممکن ہے کہ

ایک بڑی جسامت حاصل کرکے طحال کا نصف یا دو ثلث حصہ پُر کریں۔ یہی طحالی کلانی کا سبب ہوتے ہیں۔ ان میں لونی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں جو دوسری جگہ (صفحہ 313) بیان کئے گئے ہیں، اور یہ عفونتی اصابتوں میں فیچی ہو جاسکتے ہیں۔ بیض دمویت اور طحالی عدم دمویت کی طحالوں میں بھی منفعات واقع ہوسکتے ہیں۔

دَرنہ (tubercle)۔ یہ طحال میں عام تدرّن کے جزو کے طور پر رمادی یا اکثر شوخ سرخ گرہکوں کی شکل میں واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ چھوٹے مٹروں کی جسامت تک پہنچ جائیں، اور جو جرم کے طول وعرض میں اور اُس کی سطح پر منتشر ہوتی ہیں۔ بعض اوقات ایک انچ قطر تک کے بڑے زرد جُبنی تودے پائے جاتے ہیں اور یہ طحالی کلانی پیدا کرسکتے ہیں۔

مزمن کلانی کے دوسرے اسباب۔ ملیریا، کساحت (rickets)، پیدائشی آتشک، مرض ہاجکن، اور احمر دمویت (erythræmia) میں معتدل درجہ کی کلانی دیکھی جاتی ہے۔ آتشکی صمغیہ (syphilitic gumma) شاذ ہوتا ہے، لیکن بیض دمویت میں، بالخصوص گاوچر (Gaucher) کی قسم کی بیض دمویت میں، رضیعی کاذب بیض دمویتی عدم دمویت (infantile pseudo-leukæmia anæmia) میں کلاں طحالی کبیت (splenomegallic cirrhosis) میں، کالا آزار میں اور مصری کلاں طحالی (Egyptian splenomegally) میں سب سے زیادہ بڑی جسامت ہوجاتی ہے، اور ان سب میں ممکن ہے کہ طحال شکم کے ایک بڑے حصے کو پُر کرے۔ کیسیتی دوپرہ اور نزف سے پیدا ہو جانے والے پُرانے دَموی دوپرے بھی کبھی کبھی کلاں طحالی پیدا کردیتے ہیں۔ بالآخر بڑی طحالوں کا ایک مختلف الانواع گروہ ہے، جو عدم دمویت کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جس میں سے بہتوں کو طحالی عدم دمویت (splenic anæmia) کا نام دیا گیا ہے۔ ان کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے (30):—

455

(۱) کلاں طحالی معہ گرد ھلیلجی نما نزفات اور گرھکی جلد بلاستہ (splenomegally with peri-ellipsoidal hæmorrhages and

(nodular siderosis) - تراشیدہ سطح پر متعدد بے قاعدہ شکل کی لوہا اور چونا مشمول رکھنے والی، زردی مائل بھوری گرہیں ہوتی ہیں، جو قطر میں ایک الپین کے سرے سے لے کر کئی ملی میٹر تک کی ہوتی ہیں۔ نیز چھوٹے گول یا بیضوی نزفات ہوتے ہیں۔ گرہیں اور نزفات دونوں ہلیلجی نما اجسام کے گرد واقع ہوتے ہیں اور طحالی لب کے اندر اُن منتشر بے قاعدہ نزفات سے بہ آسانی متفرق کئے جا سکتے ہیں، جو کلاں طحالی کی تمام اقسام میں عام ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ گرہیں محض نزفات کا آخری نتیجہ ہوں، لیکن اس سے بھی زیادہ اس کا امکان ہے کہ یہ سرایت (ایک فطریت یا ایک سبجی شعریہ) کے باعث ہوں (31)۔ (۲) بے صفرا بولی یرقان (acholuric jaundice)، جو پہلے ایک جداگانہ مرض کی حیثیت سے بیان کیا گیا ہے۔ (۳) وہ کلاں طحالی جو کہ طحالی یا بابی وریدوں کی علقیت کے ہمراہ پائی جائے۔ کلانی کا اولی سبب علقیت معلوم ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ ورید کی دیوار کے انحطاط یا اختیروما کے باعث ہو۔ طحال لب کی بڑی بیش پرورش اور ساتھ ہی وسیع منتشر لیفیت ظاہر کرتی ہے۔ (۴) خالص طحالی بیش پرورش (splenic hypertrophy) جس کے ساتھ لیفیت ہو یا نہ ہو، اور جس سے بوجہ زیادہ دموی اِتلاف کے عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ (۵) "لیفی غدی انحطاط" ("fibro-adénie")، جیسا کہ بینٹی (Banti) نے بیان کیا ہے۔ یہ ایک نہایت شاذ حالت ہے بشرطیکہ یہ اس ملک میں ہوتی ہو۔ مرض بینٹی کی اصطلاح کا اطلاق طحالی عدم دمویت کی اُن اصابتوں پر کیا جاتا ہے جن میں جگر کچھ عرصہ کے بعد اکھیب ہو جاتا ہے۔ (۶) طحال کی شبکی درحلمی بیش پرورش (reticulo-endothelial hypertrophy) وہ حالت ہے جس میں لب کے طول و عرض میں اور وریدی جوفوں میں بڑے بڑے درحلمی خلیے منتشر ہوتے ہیں۔ ان اصابتوں کے کچھ تناسب میں مزمن سرایت، قلیل قلب اور مزمن بابی کہبت سبب مرض ہوتے ہیں۔ ذیابیطس کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ خلیات میں لپائڈ موجود ہوں۔ جب درحلمی خلیے بہت صریح ہوں تو اس مرض کو عموماً مرض گاوشر کہتے ہیں، اور بعض اصابتوں میں شبکی درحلمی تکاثر اس قدر افراط کے ساتھ ہوتا ہے کہ

اس سے حقیقی سلفی گوبن کا گمان پیدا ہوتا ہے۔
مندرجہ ذیل تین شاذ امراض کو شبکی درحلمی نظام کے امراض کے نام سے جماعت بند کیا جاتا ہے۔
گاؤچر (Gaucher) کا مرض۔ طحالی تغیرات کے علاوہ جو کہ اوپر بیان کئے گئے ہیں شبکی درحلمی جیش پرورش کے مثالی خلیات' لب غدود لمفی گرہوں اور جگر میں پائے جاتے ہیں' جو کہ نہایت ہی بڑھے ہوتے ہیں۔ مرض زمانہ شیرخواری میں یا بچپن میں غیر محسوس طور پر شروع ہوتا ہے اور نہایت ہی مزمن عمر اختیار کرتا ہے۔ نزف اور عدم دمویت اس سے کم نمایاں ہوتے ہیں کہ جتنے طحالی عدم دمویت میں کہ جس کے ساتھ زمانہ ماضی میں یہ جماعت بند کیا گیا ہے۔ اوپری غدے بڑھے ہوئے نہیں ہوتے۔ جلد ممکن ہے بھوری ہو' اور ملتحمات کی ایک "عجیب زردی مائل فانہ نما بارزت پائی جاتی ہے" جو کہ قرنیہ کے دونوں جانب دکھائی دیتی ہے"۔ ہڈیوں پر لبنی تغیرات کا اثر لاشعاعوں کے ذریعہ دیکھا گیا ہے۔ تشخیص کلاں طحال اور دوسری علامات پر منحصر ہوتی ہے۔ طحالی کیجو کا ممکن ہے خطرناک ہو۔ طحال برآری نہایت ہی یقینی علاج ہے' لیکن شرح اموات کسیقدر بلند ہے۔
نائی مین اور پک (Niemann-Pick) کا مرض۔ شبکی درحلمی نظام کے بڑے خلیات لپائڈ پر مشتمل ہوتے ہیں اور" کف دار" نظر آتے ہیں۔ یہ مرض تقریباً تمام تر نوعمر یہودی بچوں میں ہوتا ہے' اور زیادہ تر عورت بچوں میں' اور وہ غذا دہی کے اختلالات سے شروع ہو کر جلد ہی خوار اور بین روسزیت سے ہلاکت واقع کر دیتا ہے۔ طحال' جگر اور لمفی گرہیں بڑھی ہوئی ہوتی ہیں یحوری لونیت' عدم دمویت اور معتدل ابیض خلویت موجود ہوتی ہے۔
ھینڈ اور کرسچن (Hand-Christian) کا مرض۔ لپائڈ ملوی اجتماعات خاص طور پر چپٹی ہڈیوں میں واقع ہوتے ہیں' اور جب جمجمہ میں موجود ہوں تو جحوز العینین' جو کہ بسا اوقات یک جانبی ہوتا ہے' اور ذیابیطس پیدا کرتے ہیں' جو کہ ایک بیمز علامئیہ ہے۔ یہ ابتدائے طفولیت میں واقع ہوتا ہے اور قزیست'

زقات، اور کسور عام ہوتے ہیں۔

امراضِ نظام لمفائیہ

نظام لمفائیہ جن امراض سے متاثر ہو سکتا ہے اُن کی اکثریت عروقِ لمفائیہ کے اندر کوئی شئے غریب، مثلاً خرد عضویے، سلعی خلیات، یا کوئی جامد ذرات، اور بعض امراض کے زہر (جو ممکن ہے کہ بالآخر خرد عضوی نوعیت کے ثابت ہوں) داخل ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس سے یا تو حاد التہاب پیدا ہو جاتا ہے یا غدے میں اُسی نوعیت کا تغیر پیدا ہو جاتا ہے جو کہ شئے غریب کے منبع میں ہوتا ہے۔ ان تغیرات کی مثالیں اس کتاب میں شروع سے آخر تک پھیلی ہوئی ہیں۔ التہاب لمفی عروقی میں لمفی عروق، عفونی زہروں کے نتیجہ کے طور پر ملتہب ہو جاتے ہیں۔ لمفی عروق کا تسدد، یا لید کا نتیجہ ہوتا ہے یا حاد یا مزمن التہاب کی وجہ سے انداب ہو جانے کا۔ 456

مرضِ ہاجکن

(Hodgkin's disease)

خبیث لمفی غدی سلعہ، لمفی ذراتی سلعیت، کاذب بیض دمویت

(LYMPHADENOMA MALIGNA, LYMPHOGRANULOMATOSIS,

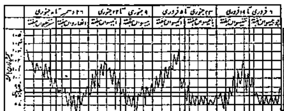
PSEUDO-LEUKÆMIA)

وِلکس (Wilks) نے اس مرض کو ہاجکن کے نام سے موسوم کیا، جس نے ۱۸۳۲ء میں غدد لمفائیہ کی کلانی کی اصابتوں کا ایک سلسلہ ابتداءً بیان کیا، جس میں طحال کے اندر ایک مخصوص قسم کا جماؤ ہو جاتا ہے۔

بحث اسباب۔ مرضِ ہاجکن ہر عمر میں ہوتا ہے لیکن ساٹھ سال کے بعد شاذ ہے۔ نصف اصابتیں تیس اور چالیس سال کے درمیان، اور ایک تہائی اصابتیں شیر خواری سے لے کر بیس سال کی عمروں تک ہوتی ہیں۔ عورتوں کی

نسبت مرد دو چند مبتلا ہوتے ہیں۔ مرضِ ہاجکن کے لمفی غدی سلعی غدد درنہ سے ماؤف ہوجانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اور یہ دونوں حالتیں زمانہ گذشتہ میں اکثر خلط ملط کردی گئی ہیں (32) ۔

مرضی تشریح ۔ ماؤف غدد لمفائیہ تراشنے پر ہلکے رمادی یا رمادی سفید ہوتے ہیں۔ خردبینی امتحان پر ان کے تمثیلی خصائص یہ ہیں :۔ چھوٹے عفرتی خلیے معہ ایک دو یا زیادہ نواتوں کے' ایوسین پسند ابیض خلیے اور لیفیت۔ طحال عموماً معمول کی نسبت بڑھ جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کا وزن تین پاؤنس



شکل ۵۵ ۔ مرضِ ہاجکن میں مزمن تپ ناکس

تک پہنچ جائے۔ وہ معتدل طور پر سخت ہوتی ہے اور تراشنے پر متعدد سفید یا زردی مائل رسولیاں ظاہر کرتی ہے' جن کا قطر $\frac{1}{8}$ سے $\frac{1}{2}$ انچ تک ہوتا ہے اور جو اس کے جرم کے طول و عرض میں منتشر ہوکر ایسا منظر پیدا کردیتی ہیں جس کیلئے "سخت سنکی ہوئی ٹکیا" ("Hard-bake") کی موزوں تشبیہ استعمال کی گئی ہے۔ یہ رسولیاں بالفیی جسیمات سے پیدا ہوتی ہیں۔ ایسی ہی رسولیاں جگر یا گردوں کے اندر' یا لوزتین میں' یا بلعوم معدہ' اور آنت کی جرابات میں منتشر شدہ پائی جاتی ہیں۔ گریکیں پھیپھڑوں میں بھی موجود ہوتی ہیں' اور پلیورا اور دوسری مصلی اغشیہ کے نیچے بھی نرم گلابی مائل رمادی چپٹے تودے پائے گئے ہیں۔ برنخ اور جھلی پر بھی حملہ ہوا ہے۔ اور اکثر لب عظام بھی ماؤف ہوکر ایک سرخی مائل رمادی

نیم متموہ مادہ میں متغیر ہوجاتا ہے' یا زرد رمادی یا سفید گرہیں ظاہر کرتا ہے۔

امراضیات۔ فاعلانہ بالیدگی پانے والے غدد کی تعلیقات کا اشراب دروں دماغی طور پر خرگوشوں میں کیا جائے تو ناہم آہنگی اور اس کے ساتھ عضلی استوائی اور تشنجی چال پیدا ہوتی ہے' اور یہ ایک قیمتی حیاتیاتی کاشفہ ہے' گو کہ مزمن غدد اور ایسے غدد جن کا لاشعاعی علاج کیا گیا ہو منفی نتائج دیتے ہیں (46)۔ یہ امر نہایت عجیب ہے کہ لبّ اور ریم کے حیاتیاتی خواص بھی یہی ہوتے ہیں۔ ہاجکن کے غدد کی تعلیقات میں ابتدائی اجسام مثلاً گاؤ چیچک کے پیشنی اجسام (Paschen bodies) دیکھے گئے ہیں جو ایما کرتے ہیں کہ یہ ایک قشبی مرض ہے۔

علامات۔ مرض کے خاص سریری خصائص لمفائی غدد کی کلانی اور عدم دموت ہیں۔ عموماً ملفائی کلانی پہلے واقع ہوتی ہے اور یہ تغیر بیشتر اصابتوں میں عنقی غدد کے اندر شروع ہوکر ازاں بعد بغل اور جنگاسے کے غدد کو ماؤف کر دیتا ہے۔ یہ غدد بے قاعدہ اور مختلف الجسامت گرہکی تودے بنا دیتے ہیں جو کبوتر کے انڈے یا مرغی کے انڈے کے برابر ہوتے ہیں اور بالعموم سخت' عموماً غیر متألم ہوتے ہیں' اور ابتداءً جلد کے نیچے ایک دوسرے پر آزادانہ تحرک پذیر رہتے ہیں۔ بالآخر ممکن ہے کہ وہ باہم منضم ہوجائیں' لیکن ان میں تقیح شاذ ہے۔ واسطی غدد متاثر ہوجاتے ہیں جیسا کہ لاشعاعوں کے ذریعہ پتہ چلتا ہے' اور بعض اوقات واسطی سایہ کا چوڑا ہوجانا مرض کی پہلی شہادت ہوتی ہے (صحفہ ۱۵ ا ج صفحہ 808)۔ ماساریقی اور خلف الباریطون غدد بھی متاثر ہوجاتے ہیں۔ ان میں سے بہت سے خطوں میں غدد کی بالیدگی ایسی ہو سکتی ہے کہ جس سے متصلہ اعضا پر خطرناک دباؤ پڑ سکتا ہے۔ یہ اعضا یہ ہیں :۔ گردن میں' حنجرہ' قصبۃ الریہ' اور مری' اور صدر میں' بڑی وریدیں اور بازگرد اعصاب کبھی کبھی ہڈیاں ماؤف ہوجاتی ہیں' لیکن ان میں کسر واقع ہونے کا وہ رجحان نہیں ہوتا جیسا کہ سرطانی حملہ کی حالت میں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ نخاع پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے' یا بغیر کسی ظاہر سبب کے پا فالج (paraplegia) واقع ہوجائے۔

بالعموم طحال کی کلانی صرف معتدل درجہ کی ہوتی ہے۔ وہ بائیں پسلی حاشیے

457

قدرے نیچے بروز کرآتی ہے، یا شکم کے بائیں بالائی رُبع میں واقع ہوتی ہے، اور شاذ ہی اُس جسامت کو پہنچتی ہے جیسی کہ لمفی خلوی بیضِ دمویت میں دیکھی جاتی ہے۔
ثانوی عدمِ دمویت، نسبتہً عاجل نمایاں علامت ہے۔ اور شدید اصابتوں میں بوقلموں خلیات اور نوات وار سرخ خلیات دیکھے جاتے ہیں۔ ابیض خلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں، اور جب غدد معمول سے زیادہ نرم ہوں تو وہ فی مکعب ملی میٹر... ۱۵ یا ...۲۰ تک پہنچ جاتے ہیں۔ لیکن عام طور پر یہ زیادتی خفیف ہوتی ہے۔ یہ کثیر الاشکال خلیات کی زیادتی کے باعث ہوتی ہے، جو کہ عام طور پر فی مکعب ملی میٹر...۵ سے اوپر ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 42)۔ اور یہ ایک قیمتی نکتۂ تشخیص ہے۔ لیکن بعض اوقات قلت خلیات ابیض پائی جاتی ہے۔ بعض اوقات جلدی لونیت واقع ہوجاتی ہے، اور یہ کلاہ گردہ کے قشرہ کے فعل میں مداخلت کی وجہ سے ہوسکتی ہے۔ کبھی کبھی شدید خارش (pruritis) مع حکاک (prurigo) کے جو کہ تشخیص کا ایما کرتا ہے، اور تلاء اور جلد کی لمفی غدائی سلعی دررینش واقع ہوجاتی ہے۔

تپ۔ جب عمیق غدد ماؤف ہوتے ہیں تو تپ ناکس موجود ہوسکتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۵) جو کہ دیگر ناکس تپوں سے اس امر میں مختلف ہوتی ہے کہ اس مرض میں مدت علالت نسبتہً طویل ہوتی ہے، جو پچاسی فی صدی اصابتوں میں پندرہ اور بیس دن کے درمیان اور ہر انفرادی اصابت کے لئے خاص مستقل ہوا کرتی ہے [(28) مرض پیل ابسٹین =Pel-Ebstein's disease)]۔ تپ کا مسلسل ہونا بھی ممکن ہے۔

جلد ہی کسقدر کمزوری دیکھنے میں آتی ہے، اور جوں جوں مرض ترقی کرتا جاتا ہے عدمِ دمویت کے اثر زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ہر موجود ہونیز کچھ عرصہ میں جوارح زیریں کا اُذیما واقع ہوجاتا ہے، اور شاید اس کے ساتھ ہی استسقاء شکمی، تاموری انصباب یا استسقاء الصدر ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ دوسرے شدید دموی امراض میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ ناک یا مسوڑھوں سے یا جلد کے نیچے نزفات واقع ہو جائیں۔ ممکن ہے کہ جا بجا تقرح پیدا کر کے جلد میں سے نکل آئیں۔ بالآخر

خستگی، اعتصاص، نزف، دماغی اختلال، تو مایا تشنجات سے، یا ذات الریہ، ذات الجنب یا اذیمائے شش سے موت واقع ہوجاتی ہے۔

تشخیص۔ ممکن ہے کہ ہاجکن کے مرض غدد کے ابتدائی درجہ کو درنی کلائی غدد سے تمیز کرنا مشکل ہوجائے، بالخصوص اُس وقت جب کہ بالیدگی غدد کے ایک ہی گروہ تک محدود ہو۔ لیکن درنی غدد باہم اُلجھے ہوئے ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اور مرض ہاجکن میں غدد عموماً علیحدہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ ورنہ عموماً غدد کے ایک ہی گروہ کو ماؤف کرتا ہے۔ اور مرض ہاجکن میں تغیرات بالآخر وسیع ہوتے ہیں۔ نوایہ (neoplasm) اور غددی بخار (glandular fever) میں جو غددی کلائی واقع ہوتی ہے، اس کو تفریق کرنے کی ضرورت ہے۔ آخرالذکر میں یک نواتی خلویت ہوتی ہے، اور ہاجکن کے مرض میں جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے کثیرالاشکال نواتی ابیض خلویت ہوتی ہے۔ سینہ کا لاشعاعی امتحان اور گارڈن کا حیاتیاتی کاشفہ بھی بیان کئے جاچکے ہیں۔ متذکرہ بالا قسم کی تپش ناکسہ مرض ہاجکن کی تائید میں ایک قوی دلیل ہے۔

علاج۔ بعض اصابتوں میں سنکھیا بہت مفید ثابت ہوئی ہے۔ اُسے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہئے، یہاں تک کہ لائکر آرسینی کیلیس (liquor arsenicalis) کے ۱۵ قطرے روزانہ تین بار لئے جائیں۔ آرسینو بینزال (arsenobenzol) اور نوو ارسینو بینزال (novarsenobenzol) بھی منفعت بخش ہیں۔ عمیق لاشعاعی علاج کے ذریعہ سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ فوری نتائج اچھے ہوتے ہیں، اور سب سے پہلے جماؤ غائب ہوجاتے ہیں۔ اگر بعض پہلے چند مہینے زندہ رہتے تھے تو اب وہ چند سال تک زندہ رہتے ہیں۔ گارڈن کے قشب کے ذریعہ جدرینی علاج ابھی تک تجرباتی درجہ میں ہے۔

حوالجات

REFERENCES

1 O. S. Gibbs .. 1924 *Quart. Journ. Med.*, 17, p. 312.
2 R. V. Christie, G. Lovell Gulland and others .. 1927 *Q. J. M.*, 20, pp. 471-510.
3 J. M. H. Campbell .. 1922 *Brit. Journ. Exp. Path.*, 3, p. 217.
4 C. Price-Jones .. 1922 *Journ. Path. and Bact.*, 25, p. 487.
5 C. C. Ungley and G. V. James .. 1934 *Quart. Journ. Med.*, 3, p. 523.
6 A. Goodall .. 1932 *Lancet*, ii., p. 781.
7 E. Starkenstein .. 1928 *Klin. Woch.*, 7, pp. 217, 267.
8 E. Bulmer .. 1933 *Lancet*, i., p. 1119.
9 N. H. Fairley and H. H. Scott .. 1933 *Lancet*, i., p. 75.
10 S. J. Hartfall .. 1934 *Lancet*, i., p. 620.
11 F. W. Madison and T. L. Squier .. 1934 Quoted *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 29.
12 A. C. Hampson .. 1929 Personal Communications.
13 K. Faber .. 1927 Lancet, ii., p. 901.
14 L. J. Witts (Goulstonian Lectures) .. 1932 *Lancet*, i., p. 495, 549, 653.
15 L. G. Parsons .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 631.
16 A. C. Hampson and E. C. Warner .. 1930 *Arch. Dis. in Childhood*, 5, p. 299.
17 J. F. Wilkinson and W. Brockbank .. 1930-31 *Quart. Journ. Med.*, 24, p. 219.
18 R. D. passery .. 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74, p. 329.
19 A. F. Hurst .. 1924 *Brit. Med. Journ*, i., p. 93.
20 Review on Diseases of Blood .. 1923 *Med. Sci.*, 8, p. 476.
21 S. C. Dyke .. 1924 *Lancet*, i., p. 1048.

22 S. P. Bedson .. 1929 Personal Communication.

23 R. L. Waterfield .. 1928 *Guy's Hosp. Rep.*, 78, p. 265.

24 Mildred Warde .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 599.

25 J. Barcroft .. 1925 *Lancet*, i., p. 319.

26 Review on Blood Circulation, etc. .. 1922 *Med. Sci.*, 5, p. 496.

27 G. A. Sutherland and B. Williamson .. 1925 *Lancet*, i., p. 323.

28 A. J. Hall and J. S. C. Douglas .. 1922 *Quart. Journ. Med.*, 16, p. 22.

29 H. C. Gram (quoted from) .. 1921 *Med. Sci.*, 3, p. 369.

30 J. W. M. Mcnee .. 1929 *Glasgow Med. Journ.*, 111, p. 65.

31 J. Fawcett and A. G. Gibson .. 1928 *Lancet*, i., p. 1171.

32 H. D. Rolleston .. 1925 *Lancet*, ii., p. 1209.

33 L. J. Witts .. 1930 *Guy's Hosp. Rep.*, 80, p. 253.

34 R. S. Harrison .. 1931 *Guy's Hosp. Rep.*, 81, p. 215.

35 F. L. Knott and W. L. Watt 1930 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 991.

36 J. Bamforth and J. L. Edwards .. 1933 *Lancet*, i., p. 857.

37 M. Maizels and C. B. Arthur .. 1929-30 *Quart. Journ. Med.*, 23, p. 171.

38 F. Parkes Weber .. 1933 *Lancet*, i., p. 800.

39 H. L. Tidy .. 1930 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1073.

40 W. Cramer .. 1929 *Lancet*, ii., p. 1332.

41 W. W. Payne and R. E. Steen .. 1929 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1150.

42 J. W. Pickering .. 1929 *Lancet*, ii., p. 1239.

43 A. Szent-Gyorgi .. 1934 Personal Communication.

44 T. Venables .. 1934 *Lancet*, i., p. 108.

45 J. R. Marrack (Modified) .. 1929 *Lancet*, ii., p. 512.

46 M. H. Gordon .. 1934 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 27, p. 1035.

47 R. A. McCance .. 1936 Goulstonian Lectures.

459

تحول اور اندرونی افراز کے امراض

اساسی تحول

(THE BASAL METABOLISM)

(اساسی تحولی شرح =: basal metabolic rate)

یہ طریقہ بالخصوص مشتبہ درقی مرض اور فربہی میں بیش درقیت اور ناقص درقیت کی تشخیص کے لئے نیز ایک اصابت کی رفتار اور علاج کا اثر ظاہر کرنے کیلئے استعمال کیا جاتا ہے۔ اساسی تحول سے وہ حرارت مراد ہے جس کو ایک فرد وقت کی ایک اکائی میں معیاری حالات کے تحت خارج کرتا ہے، یعنے اس وقت جبکہ وہ آخری کھانے کے کم از کم بارہ گھنٹے بعد پیٹ کے بل چپ چاپ لیٹا رہے اور کوئی عضلی حرکت نہ کرے۔ زمانہ حال تک یہ قدر اخذ کردہ آکسیجن اور خارج کردہ (CO_2) کی مقدار پر سے بالواسطہ متعین کی گئی ہے۔ زنٹز (Zuntz) اور شمبرگ (Schumburg) کے مندرجۂ ذیل اعداد استعمال کئے گئے ہیں اور یہ فرض کیا گیا ہے کہ غذا میں پروٹین معمولی مقدار میں موجود تھی (10):—

تنفسی حاصلات تقسیم (respiratory quotients)	حرارے فی لیٹر آکسیجن (calories per 1 litre of oxygen)
۰.۷۲	۴.۶۸
۰.۷۵	۴.۷۱
۰.۸۰	۴.۷۷
۰.۸۵	۴.۸۳
۰.۹۰	۴.۸۹

تنفسی حاصل تقسیم وہ نسبت ہے جو خارج کردہ (CO_2) کے حجم اور اخذ کردہ

آکسیجن کے حجم کے درمیان ہوتی ہے۔ ان اعداد سے اُس فرد کی حرارت کی فی گھنٹہ یا فی چوبیس گھنٹہ برآمد کا حساب لگایا جاتا ہے اور اس کا اسی جسامت کے طبعی اشخاص کی اوسط پیدائشِ حرارت کے ساتھ مقابلہ کیا جاتا ہے یہ فرض کرتے ہوئے کہ اسی عمر اور صنف کے تندرست اشخاص میں حرارت کی برآمد جسمانی سطح سے متناسب ہوتی ہے۔ چنانچہ قد کو سنٹی میٹروں میں اور وزن کو کلوگراموں میں ناپنے کے بعد شکل ۵۹ سے سطحی رقبہ مربع میٹروں میں حاصل کیا جا سکتا ہے۔

جدول ۲۔ طبعی تحول کے معیار

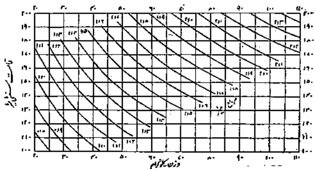
جسمانی سطح کے ہر مربع میٹر کے پیچھے فی گھنٹہ اوسط حرارے (Du Bois) (4)

عمر سال	مرد حرارے	عورت حرارے
۱۴ تا ۱۶	۴۶٫۰	۴۳٫۰
۱۶ ” ۱۸	۴۳٫۰	۴۰٫[illegible]
۱۸ ” ۲۰	۴۱٫۰	۳۸٫[illegible]
۲۰ ” ۳۰	۳۹٫۵	۳۷٫۰
۳۰ ” ۴۰	۳۹٫۵	۳۶٫۵
۴۰ ” ۵۰	۳۸٫۵	۳۶٫۰
۵۰ ” ۶۰	۳۷٫۵	۳۵٫۰
۶۰ ” ۷۰	۳۶٫۵	۳۴٫۰
۷۰ ” ۸۰	۳۵٫۵	۳۳٫۰

نیز جدول ۲ سے مختلف عمروں کے طبعی مردوں اور عورتوں کی جسمانی سطح کے ہر مربع میٹر کے پیچھے فی گھنٹہ حرارے برآمد معلوم ہوتی ہے۔ اگر دریافت شدہ قدر حساب لگائی ہوئی قدر سے ۱۰ فی صدی سے زائد اختلاف نہ رکھے تو تحول کو طبعی سمجھنا چاہیئے۔

تاہم آدمی میں حرارت کی پیدائش کے حالیہ مطالعہ سے یہ پایا گیا ہے کہ زنتز اور شمبرگ کے اعداد جس نظریہ پر مبنی ہیں (یعنی یہ کہ تنفسی حاصل تقسیم کاربوہائیڈریٹ اور شحم کی وہ نسبت ظاہر کرتا ہے جو کہ جسم میں جل رہی ہے) وہ

تجربی واقعات کے ساتھ مطابقت نہیں کرتا۔ بلکہ یہ فرض کرنا پڑتا ہے کہ اساسی حالات کے تحت کاربو ہائڈریٹ اور شحم ہمیشہ تقریباً ۱ اور ۱/۲ ۱ کی مستقل نسبت میں جلتے ہیں اور یہ کہ بلند حاصلاتِ تقسیم پر کاربو ہائڈریٹ شحم میں ہمزمان طور پر تبدیل ہوتا رہتا ہے، اور پست حاصلاتِ تقسیم پر اس کے مخالف تبدیلی ہوتی رہتی ہے۔ اس سے



شکل ۱۰۵۔ اس خاکہ سے جسم کی سطح کی تعیین مربع میٹروں میں کی جاسکتی ہے اُس وقت جب کہ قد اور وزن معلوم ہوں (Du Bois)۔

یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ بذاتِ خود اساسی تحول کا ناپ ہے، اور آکسیجن جزوی طور پر احتراق سے متعلق ہے اور جزوی طور پر تبدیلی سے۔ کاربن ڈائی آکسائیڈ کو ناپنے کا آسان ترین طریقہ یہ ہے کہ مریض ایک بڑے مقیاس کی وساطت سے (جس کا ایک چکر ۵۰ لیٹر ناپتا ہو) بیرونی ہوا میں مسلسل سانس لے تاکہ ریوی تر دیح حاصل کی جائے۔ اور وقفوں کے ساتھ مخلوط ذخیری ہوا کے نمونے لئے جاتے ہیں تاکہ CO_2 کی مقدار فی صدی معلوم کی جائے جس سے کاربن ڈائی آکسائیڈ کی فی منٹ

برآمد کا حساب لگایا جاتا ہے۔ اس کا مقابلہ اس CO_2 سے کیا جاتا ہے جو کہ صفحہ ۴۲ کی قانون نگارش (nomogram) کو استعمال کرتے ہوئے وزن' عمر اور صنف سے دریافت کی جاتی ہے ایک مستقیم کنارہ دئے ہوئے وزن سے لے کر دی ہوئی عمر تک خانے کے وار پار رکھ دیا جاتا ہے' اور وہ اوسط اساسی CO_2 خط کو مطلوبہ عدد پر کاٹتا ہے' اور اس سے ہر چوبیس گھنٹے کے لئے اساسی حرارے بھی معلوم ہو جاتے ہیں' جب کہ غذا تجویز کرنی مقصود ہو CO_2 کی طبعی حدود' اس نقطہ سے بائیں طرف اور دائیں طرف افقی طور پر جا کر حاصل ہوتی ہیں۔ تحول قد سے کچھ نسبت نہیں رکھتا (1)۔

فاقہ کے دوران میں یا اس وقت جب کہ غذائی رسد کم ہو جانے سے قلت تغذیہ ہو' اساسی تحول میں کمی پیدا ہو جاتی ہے۔

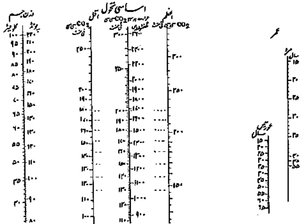
ذیابیطس شکری

(DIABETES MELLITUS)

ذیابیطس شکری وہ مرض ہے جس کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ پیشاب میں شکر (گلوکوز یا ڈیکسٹروز) مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے۔ اس مرض کا سبب جزائر لنگر ہانس کا ناقص فعل ہے جس کا موزوں علاج یہ ہے کہ انسولین کا باقاعدہ استعمال کیا جائے۔ شکر کے اخراج یعنی شکر بولیت (glycosuria) کے ساتھ اکثر پیشاب بھی بڑی مقداروں میں آتا ہے (کثرتِ بول) اور یہی علامت' جو ایک نمایاں علامت ہے' ذیابیطس کی وجہ تسمیہ ہے (ذیابیطس ایک یونانی لفظ ہے جس کے معنی "بیچ میں سے گذر جانا" ہے)۔ کثرتِ بول بلا شکر بولیت بھی بہت سی حالتوں میں پیدا ہو جاتی ہے' جن میں سے ایک خاص شکل جس کو بلیغ ذیابیطس (diabetes insipidus) کہتے ہیں' آئندہ بیان کی جائے گی۔

بحث اسباب۔ ذیابیطس شکری کی بہت سی اصابتوں میں کسی تعیینی عامل کا پتہ نہیں چلتا۔ لیکن بعض متعین عاملات ایسے ہیں جو مرض کے

صفحہ ۳۰



قانون نگارش، اساسی تحول دریافت کرنے کے لیے۔

اس کو بڑے پیمانہ پر ایک نا کہ دوسری جگہ شائع کیا گیا ہے (54)۔
(بالمقابل صفحہ 460)

حملہ کے لئے سازگار ہوتے ہیں۔ ذیابیطس یہودیوں میں بہت پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ موروثی ہو، یا اُسی خاندان کے بھائیوں اور بہنوں میں ہو۔ موروثی ذیابیطس نہایت خفیف ہوسکتا ہے، لیکن اکثر وہ متوالی نسلوں میں زیادہ خطرناک ہوجانے اور نسبتہً ابتدائی عمر میں شروع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ ذیابیطس کا حملہ اکثر موٹے اشخاص میں ہوتا ہے، جو کھاتے زیادہ اور ورزش کم کرتے ہیں۔ اسی واسطے یہ مرض بالخصوص متمول اشخاص کا ہے۔ اِس حقیقت کی توجیہ اس طرح کی جاسکتی ہے کہ بسیار خوری تحول کی زیادتی پیدا کرتی ہے، جس سے لبلبہ اور دوسرے اعضا پر زیادہ بار پڑجاتا ہے۔ ذیابیطس اور نقرس کے ایک ساتھ پائے جانے کی توجیہ بھی غالباً اسی واقعہ سے ہوتی ہے کہ یہ ہر دو امراض بسیار خور اشخاص میں ہوا کرتے ہیں۔ چنانچہ وسط یورپ کی سلطنتوں میں جنگی غذا نے اس مرض پر گہرا اثر کیا اور موٹے عمر رسیدہ اشخاص کی شکر بولیت جاتی رہی۔ محاصرۂ پیرس میں بوکارڈاٹ (Bouchardat) نے بھی اس حقیقت کا مشاہدہ کیا۔ غالباً گوشت کے راتب کی تخفیف سب سے زیادہ اہم عامل تھا۔ ایک نہایت عام خیال یہ ہے کہ ذیابیطس ہونے کا امکان اُن لوگوں میں زیادہ ہوتا ہے جو شکر اور مٹھائیاں بے حد کھاتے ہیں، لیکن اعداد و شمار اس کا ثبوت بہم نہیں پہنچاتے۔ ہندوستان میں خفیف شکل کے ذیابیطس کا پھیلا ہوا ہونا غالباً فربہی کے ساتھ وابستہ ہے، جس کا جزوی سبب کاربوہائیڈریٹ پر مشتمل غذا کی کثرت اور ورزش کی قلت یا عدم موجودگی ہے۔ ممکن ہے کہ دوڑ دھوپ کی زندگی، اعصاب پر بار اور جذباتی صدمہ اِس مرض کے حملہ میں نمایاں حصہ لیتے ہوں۔ یہ امر کیانن (Cannon) کے مشاہدات کے باعث خاص طور پر دلچسپ ہے اور وہ یہ ہیں کہ حیوانات میں جذبات نے سرگردوں کی تحریک پیدا کرکے بیش شکر دمویت پیدا کردی، نیز یہ کہ اُن طلبا کو جو امتحانات میں شریک ہوئے یا جو کسی اہم جسمانی آزمایش میں مثلاً اپنے کالج کی طرف سے کھیل میں شریک ہونے والے تھے، اکثر شکر بولیت کی شکایت ہوگئی۔ گراہام (Graham) نے خود اپنی حالت میں دیکھا کہ۔۔ اگر ام ڈیکسٹروز

لینے کے تیس منٹ بعد دموی شکر بڑھ کر ۱۵ء ۰ فی صدی ہوگئی؛ لیکن جب کچھ عرصہ سخت محنت کاکام کرایا گیا جب کہ تعطیل کی ضرورت تھی اور اس کے بعد بھی امتحان عمل میں لایا گیا تو دموی شکر کی مقدار ۱۸۵ء ۰ پائی گئی اور نصف گھنٹہ تک اتنی ہی رہی۔ جحوظی گائٹر (exophthalmic goitre) کے بعد بھی حقیقی ذیابیطس ہوگئی ہے۔ حاد سرائت بھی ایک سبب متحد ہے؛ خواہ یہ سرایت عمومی ہو یا بالخصوص لبلبہ کے قرب وجوار میں محدود المقام رہ کر التہابِ لبلبہ پیدا کرے۔ شکر کی کم برداشت اور شکر بولیت اُن عفن حالتوں میں بھی پائی جاتی ہے جن کو بعض اوقات گندیدہ خونی شکر بولیت (sapraemic glycosuria) کہتے ہیں اور تذکرہ کے قابل ہے۔ عفن حالت دفع ہو جانے پر یہ شکر بولیت بھی جاتی رہتی ہے۔ آتشک بھی ایک ممکن سبب ہے۔ زندگی کے آخری عاشوروں میں ایک ہلکے قسم کی ذیابیطس کا ہونا عام ہے۔ شاید آتھیرومایا شیخوخی شریانی تغیرات یا منتشر بیش نکوینی صلابت (hyperplastic sclerosis) جزائر لنگر ہانس میں کوئی نقص پیدا کر دیتے ہیں؛ اور یہ خفیف درجہ کے اس نقص سے مشابہ ہوتا ہے جو کہ صلابت الشرائینی گردے (arterio-sclerotic kidney) کی حالت میں گردے کی اخراجی قوت میں واقع ہوجاتا ہے۔ ذیابیطسی گنگرین میں ممکن ہے کہ ذیابیطس اور گنگرین ہر دو کا ایک اولی عروقی سبب ہو۔ لیکن اس میں کوئی شبہ نہیں کہ گنگرین شکر بولیت کو بڑھا دیتی ہے؛ جو علیہ کے بعد اکثر زائل ہوجاتی ہے۔ لیکن اس کا عکس بھی درست ہے؛ کیونکہ ممکن ہے کہ اِنسولین سے گنگرین رفع ہوجائے۔ ضرب کے بعد بھی ذیابیطس ہوجاتا ہے نہ صرف اُس ضرب سے جو لبلبہ کے مقام پر ہو؛ بلکہ اُس سے بھی جو دور از مقامات پر ہو مثلاً ایک مکسور جارحہ (fractured limb) سے۔ سر کے تضررات بھی شکر بولیت پیدا کر سکتے ہیں۔ یہ غالباً کلاڈ برنارڈ کے "وخزی ذیابیطس" ("piqûre" diabetes) سے متماثل ہوتے ہیں (آگے ملاحظہ ہو)۔

کاربوہائڈریٹ کے تحوّل کی فعلیات۔ جسم کے کاربوہائڈریٹ محفوظات گلائکوجن کی شکل میں مذخور ہوتے ہیں؛ جو جگر اور عضلات میں

تقریباً مساوی طور پر منقسم ہوتی ہے۔ گلائکوجن غذا کے کاربوہائڈریٹس اور پروٹینز سے بنتی ہے۔ آخر الذکر معاء سے امینو ایسڈز کی شکل میں جذب ہوتے ہیں، اور وہ نظام جسم کے ذاتی پروٹینز کی تالیف کے لئے استعمال میں آتے ہیں، یا پھر امینو ہڑیاں کے بعد ان کی فی الفور تکسید ہو جاتی یا ان سے گلائکوجن بن جاتی ہے۔ کاربوہائڈریٹس بھی ہضم سے ٹوٹ پھوٹ جاتے ہیں اور ڈیکسٹرنس (dextrins) کی شکل میں اور مقابلۃً سادہ اشیا جیسے کہ ڈیکسٹروس (dextrose) اور لیویولوز (lævulose) کی شکل میں جذب ہو سکتے ہیں۔ یہ سب اجسام ورید الباب کی راہ کر جگر میں چلے جاتے ہیں۔ جگر ڈیکسٹرنس اور لیویولوس کو تمام تر اخذ کر کے اُن سے وہیں گلائکوجن بنا لیتا ہے۔ لیکن اگر لیویولوس کی بہت بڑی مقداریں کھائی گئی ہیں تو اُس میں سے کچھ حصہ جگر کے پار نکل کر عام دوران خون میں داخل ہو جاتا ہے اور پھر گردہ اُسے فی الفور خارج کر کے لیویولوس بولیت (lævulosuria) پیدا کر دیتا ہے۔ یہی حالت جگر کے مرض میں بھی پیدا ہو جاتی ہے، کیونکہ جگر ان حالات میں لیویولوس کی اس مقدار کو روکے رکھنے کے ناقابل ہوتا ہے، جسے وہ معمولی حالت میں بالکل آسانی کے ساتھ نپٹا سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ ڈیکسٹروس کا کچھ حصہ جگر میں رُکا رہ جائے لیکن اُس کا کچھ حصہ تو یقیناً اُس کے پار نکل کر عام دوران خون میں چلا جاتا ہے، کیونکہ ایک تندرست شخص کے خون میں شکر کی مقدار غذا کے بعد فوراً زیادہ پائی جاتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵ء)۔ چنانچہ نظامی خون کو ڈیکسٹروس کی رسد دو منبعوں سے پہنچتی ہے:-

(۱) غذا سے، اور یہ تغیر پذیر رسد ہوتی ہے۔ (۲) جگر کی گلائکوجن سے اور یہ غالباً خاصی مستقل رسد ہوتی ہے، اور اس گلائکوجن کی شکست و ریخت وہاں غالباً ایک نشاپاش خمیر کے ذریعہ واقع ہوتی ہے۔ ناشتہ سے پہلے خون میں ڈیکسٹروز کا ارتکاز عموماً ۰۸ء۰ ۔ اور ۱۰ء۰ ۔ فی صدی کے قریب ہوتا ہے۔ یہ مستقلی ایک تو جگر سے ڈیکسٹروس برابر بنتی رہنے کی وجہ سے اور دوسرے ساختوں کے اندر اُس کے غائب ہو جانے کے باعث برابر قایم رہتی ہے۔ ساختوں میں یا تو ڈیکسٹروس کی تکسید ہو کر اُس سے کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) اور پانی بن جاتا ہے، یا اُس سے

462

اور زیادہ پیچیدہ مرکبات تیار ہوتے ہیں، جن میں سے ایک عضلات کی گلاکوجن ہے۔

انسولین، جو جزائر لنگرہانس کا افراز کردہ ہارمون ہے، ان اعمال میں حقیقی طور پر حصہ لیتی ہے، اگرچیکہ اُس کا فعل پیچیدہ ہوتا ہے۔ اِس پر دو نقطہ ہائے نظر سے بہترین طور پر غور کیا جا سکتا ہے:۔ (۱) محیط میں انسولین جوئے خون سے ڈیکسٹروس کو غایب کر دیتی ہے، کیونکہ اگر یہ ذیابیطس کے کسی مریض کو دے دی جائے تو اُس کے بازو کے وریدی خون میں شکر کی فی صدی مقدار اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی شریانی خون میں، درآں حالیکہ انسولین دینے سے پہلے دونوں قدریں تقریباً مساوی ہوتی ہیں (5)۔ غائب ہو جانے والی شکر کا کچھ حصہ تو کالبدی اور قلبی عضلات کے ذریعہ متاکسد ہو جاتا ہے، اور کچھ حصہ عضلات کے اندر گلاکوجن بن جاتا ہے (6) اور غالباً شحم میں تبدیل ہو جاتا ہے۔

(۲) اس کی مرکزی یا حشائی تاثیر جگر پر دو طریقوں سے ظاہر ہوتی ہے:۔

(الف) حاد ذیابیطس میں شحم الدم ہو کر جگر میں چربی کی زیادتی ہو جاتی ہے، غالباً اس لئے کہ کاربوہائیڈریٹ نہ ملنے کی وجہ سے چربی گوداموں میں سے منتقل کر کے جگر میں جمع کر لی جاتی ہے تاکہ وہ کام میں لائی جائے (7)۔ یہاں وہ غالباً کاربوہائیڈریٹ میں تبدیل کر لی جاتی ہے جس سے اُس نسبت تنفسی حاصل تقسیم کی توجیہ ہوتی ہے جو شدید اصابتوں میں پایا جاتا ہے، اور اس تبدیلی میں ایسیٹو ایسیٹک (aceto-acetic) اور بیٹا آکسی بیوٹارک ایسڈ (β-oxybutyric acid) پیدا ہو جاتے ہیں (کیتونیت)(8)۔ انسولین اس عمل کو روک دیتی ہے، کیتونیت اور شحم الدم نابود ہو جاتے ہیں، اور جگر سے چربی غائب ہو جاتی ہے، اور تنفسی حاصل تقسیم بلند ہو جاتا ہے۔ (ب) ذیابیطسی جگر میں معمول کے نسبت کم گلاکوجن موجود ہوتی ہے، کیونکہ یہ جگر سے خارج ہو کر خون میں چلی جاتی اور بیش شکر دمویت پیدا کر دیتی ہے جو کہ خوب متعارف ہے۔ شدید ذیابیطس میں خون کے اندر ۰.۴ یا ۰.۵ فی صدی ڈیکسٹروس کا ارتکاز شاذ نہیں ہے۔ انسولین جگر کے اندر گلاکوجن کا احتباس پیدا کر دیتی ہے، چنانچہ کبدی شحم کی کمی کے ساتھ ساتھ

گلائکوجن زیادہ ہوتی جاتی ہے ۔ یہ نتیجہ ممکن ہے کہ اِس وجہ سے حاصل ہوتا ہو کہ انسولین جگر کے نشاپاش خمیر کے فعل کو روکتی ہے' جو اُس کی عدم موجودگی میں حد سے زیادہ ہوجاتا ہے ۔ چنانچہ دموی شکر کا یکایک کم ہوجانا' جو انسولین کا نہایت نمایاں سریری اثر ہے' جزءً (غالباً محض خفیف طور پر) تمکید کے باعث ہوتا ہے اور جزءً عضلات میں اس کے مذخور ہونے کے سبب سے اور اس واقعہ کے سبب سے کہ جگر سے شکر کی وافر رسد موقوف ہوجاتی ہے ۔ اِس کے ساتھ ہی یہ ہے کہ اگر کوئی کاربوہائیڈریٹ غذا کے طور پر لیا جاتا ہے تو وہ کچھ تو جگر میں گلائکوجن کی صورت میں مذخور ہوجاتا اور غالباً کچھ چربی میں تبدیل ہوجاتا ہے ۔ آخر الذکر بیان کی دلیل یہ ہے کہ متعدد مشاہدین نے تنفسی حاصل تقسیم کا ایک ارتفاع احتراق کی کسی نمایاں زیادتی کے بغیر پایا ہے' جو کہ ضرور واقع ہوتی اگر لی ہوئی شکر میں سے بیشتر جل جاتی۔ مندرجہ ذیل مشاہدہ ظاہر کرتا ہے کہ انسولین کی وساطت سے شکر کا مذخور ہونا ممکن ہے کہ محض ایک عارضی امر ہو ۔ ایک مریض کو انسولین کے ۱۰۰ اکائیوں کی ایک منفرد بڑی مقدار غلطی سے دے دی گئی' اور اِس کا اثر زائل کرنے کیلئے اُسے فی الفور براہ دہن کاربوہائیڈریٹ کے ۱۱۰ گرام' ڈیکسٹروس اور روٹی کی شکل میں دیئے گئے ۔ یہ دو روز تک بافتوں کے اندر محبوس رہے اور پھر انسولین کا اثر زائل ہوجانے کے بعد بڑی حد تک پیشاب میں خارج ہوگئے (9)-

لبلبی قلت کا ابتدائی درجہ (ملاحظہ ہو صفحہ 409)' جس میں ڈیکسٹرینس اور نشاپاشش خمیر جگر سے خون میں داخل ہوجاتے ہیں دوسری جگہ مذکور ہے ۔ تین دوسرے بیتقناتی غدود' یعنے سَرگردے' درقیہ اور نخامیہ جزائر لنگرہانس سے مخالف سمت میں عمل کرتے ہیں' کیونکہ اُن کو تحریک پہنچانے سے خون میں کی شکر زیادہ ہوجاتی ہے ۔ سَرگردے دورانِ خون کے اندر ایڈرینین (adrenin) داخل کرتے ہیں اور یہ جگر میں پہنچکر گلائکوجن کو توڑکر اُس سے ڈیکسٹروس بنادیتی ہے ۔ معلوم ہوتا ہے کہ اِس عمل کے وقوع کے لئے ضفیرۂ کبدی کا صحیح وسالم رہنا ضروری ہے ۔ درقیہ غالباً سَرگردوں کو تحریک پہنچاکر اپنا فعل کرتا ہے ۔ کلاڈ برنارڈ کا دماغی بطین چہارم کا انثقاب حشائی اعصاب کے ذریعہ سَرگردوں کو تحریک پہنچاکر

بیش شکر دمویت پیدا کر دیتا ہے۔

ذیابیطس شکری کی امراضیات۔ ۲۰۰۰ سال سے زائد عرصہ سے ذیابیطس شکری لبلبہ کے مرض کے ساتھ وابستہ سمجھا جاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اس کی بعض اصابتوں میں لبلبہ صریحاً مرضی تھا۔ ۱۸۸۹ء میں وآن میرنگ (Von Mering) اور منکوسکی (Minkowski) نے ایک جانور کے لبلبہ کا استیصال کرکے اس مرض کو تجربتہً پیدا کر دیا۔ حال ہی میں ایلن (Allen) نے بتلا دیا ہے کہ اگر ایک کتے کے لبلبہ کے ⅞ حصے نکال دیئے جائیں تو خفیف ذیابیطس پیدا ہو جاتا ہے، اور اگر ⅚ حصے نکال دیئے جائیں تو یہ ذیابیطس شدید درجہ کا ہوتا ہے اور مزید برآں یہ بھی بتلا دیا ہے کہ وہ بافت جو اہم ہے جزیری ہوتی ہے نہ کہ ہضمی۔ تجربی مرض کے سریری خصوصیات انسانی ذیابیطس شکری سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں اور شدید اصابتوں میں کیتون بولیت موجود ہوتی ہے اس وقت جب کہ غذا میں چربی زیادہ ہو۔ حال ہی میں ایک حالت ذیابیطس کے برعکس بیان کی گئی ہے، جس میں جزیری خلیات کی ایک خود رو بیش بالیدگی ہو کر اس سے قلیل شکر دمویت کے علامات بار بار پیدا ہوئے۔ جزئی لبلبہ برآری سے بعد اس حالت میں اصلاح ہو گئی۔

تجربی ذیابیطس میں باقی ماندہ جزائر کے اندر نسیجیاتی تغیرات بالکل مخصوص وممیز ہوتے ہیں خلیات میں استسقا ہو جاتا ہے (Weichselbaum) اور اب انہیں ان کے ممیز ذرات موجود نہیں ہوتے (Bensley)۔ وہ خستہ اور درماندہ نظر آتے ہیں، کیونکہ جزیری بافت کی قلت کی وجہ سے انہیں کام حد سے زائد کرنا پڑتا ہے۔ انسانی اصابتوں میں بسلسلہ امتحان بعد الممات میں اکثر طبعی نظر آتا ہے اور کوئی صریح نسیجیاتی تغیرات نہیں ہوتے۔ دقت یہ ہے کہ لبلبہ موت کے بعد بہ سرعت تحلیل ہو کر خراب ہو جاتا ہے، مزید برآں یہ کہ اگر اصابت زیادہ مدت کی ہو تو جزائر کے وہ نسیجیاتی تغیرات جو حاد اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں غائب ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں، کیونکہ خلیات بتدریج مردہ ہوتے جاتے ہیں۔ تاہم ایلن بیان کرتا ہے کہ جب وہ کافی احتیاط سے کام لیتا ہے تو خردبینی امتحان سے ہمیشہ ذیابیطی اور غیر ذیابیطی

لبلبہ میں فرق کر سکتا ہے، بشرطیکہ بافت تازہ ہو۔ اس سے یہی نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ ذیابیطس اور جزائر لنگر ہانس کے درمیان ایک واضح تعلق ہے۔
امراضیات ذیابیطس کے متعلق اس خیال کی ایک حیرتناک تصدیق ۱۹۲۲ء میں ایف۔ جی بینٹنگ (F. G. Banting) اور اُن کے رفیق کار سی۔ ایچ بیسٹ (C. H. Best) کی عہد آفریں تحقیق سے ہوگئی۔ پہلے پہل کتے کے لبلبہ سے قناۃ کو باندھنے کے چند ہفتے بعد انسولین کی تفریق کی گئی۔ اس کارروائی سے عنبی خلیات میں انحطاط پیدا ہوگیا لیکن جزیری خلیات صحیح و سالم رہے۔ بالآخر مسلخ سے حاصل کردہ معمولی لبلبہ سے الکحل کے ساتھ کسری ترسیب کے ذریعہ انسولین تیار کرنے کا ایک طریقہ عمل میں لایا گیا، اور یہی طریقہ بعض ترمیمات کے ساتھ آج کل کام میں لایا جاتا ہے۔
تندرست شخص میں معمولی امتحانات سے پیشاب میں کوئی شکر نہیں مل سکتی لیکن مخصوص طریقوں سے امتحان کرنے پر پیشاب میں ہمیشہ ۰.۱ فیصدی تک شکر پائی گئی ہے۔ جب دموی شکر زیادہ ہو کر تقریباً ۰.۱۸ یا ۰.۲ فی صدی تک پہنچ جاتی ہے تو گردہ ڈیکسٹروس کو ایسی مقداروں میں خارج کرتا ہے جن کی شناخت بآسانی کی جاسکتی ہے۔ اسکو دہلیز کلوی (threshold of the kidney) کہتے ہیں۔ حقیقی ذیابیطس کے مریضوں کی دہلیز کلوی کم ہوسکتی ہے یا زیادہ۔ اول الذکر حالت میں گو خون کے اندر کی فی صدی مقدار علاج سے گھٹ کر طبعی درجہ پر ہوگئی ہو تاہم شکر پھر بھی خارج ہوتی رہتی ہے۔ آخرالذکر حالت میں جب کہ دموی شکر کی فی صدی مقدار ہنوز زیادہ (مثلاً ۰.۳ فیصدی) ہو شکر کا اخراج موقوف ہوجاتا ہے۔
جیکبسن کے دموی شکری برداشت کے منحنی (Jacobsen's blood sugar tolerance curves) تشخیص میں اہمیت رکھتے ہیں۔ علی الصباح خالی معدے کی حالت میں ڈیکسٹروس کی ایک خوراک دیجاتی ہے، اور دموی شکر کی تخمین پہلے سے اور بعد میں مقررہ وقفوں کے بعد کی جاتی ہے۔ پیشاب جمع کر لیا جاتا ہے اور اگر اس میں کوئی شکر ہو تو اس کی تخمین کر لی جاتی ہے۔ گیارہ

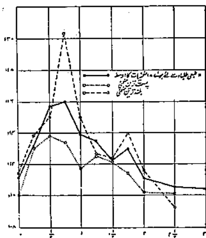
طبی طالب علموں کو ۵۰ گرام ڈیکسٹروس دینے کے بعد ڈاکسٹر ڈبلیو۔ ڈبلیو۔ پین (Dr. W. W. Payne) کو جو نتائج حاصل ہوئے وہ شکل ۵۰ میں تبلائے گئے ہیں۔ الف سارے گروہ کا اوسط منحنی ہے، ب پست ترین منحنی ہے اور ج بلند ترین منحنی ہے۔ آخرالذکر حالت میں پیشاب کے اندر شکر کا ایک شائبہ خارج ہوا۔ تینوں منحنیوں میں دموی شکر ڈیڑھ گھنٹہ میں گھٹ کر تقریباً نقطۂ آغاز پر آگئی لیکن ثانوی ارتفاعات بھی نظر آرہے ہیں۔ یہ طریقہ کلوی ذیابیطس کی اصابتوں کے گروہ کو حقیقی ذیابیطس شکری سے علیحدہ کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 460) (84)۔ اس گروہ میں شکری برداشت کا منحنی طبعی ہوتا ہے، اگرچہ مریض مسلسل شکر خارج کرتے رہتے ہیں۔ ذیابیطس میں دموی شکر اکثر معمول کے نسبت زیادہ سرعت کے ساتھ مرتفع ہوتی ہے اور اس کا یہ ارتفاع نسبتاً زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے، اور ابتدائی لیول پر واپسی میں بہت تاخیر ہو جاتی ہے۔ اسے شکل ۵۰ میں ب، ج، اور د منحنیوں سے ظاہر کیا گیا ہے، جو ذیابیطس شکری کے مختلف شدتوں والے مریضوں سے حاصل کیئے گئے ہیں۔ مقابلہ کی غرض سے الف منحنی بھی شامل کر لیا گیا ہے، جو طبی طالب علم کا منحنی ہے، جو شکل ۵۰ کے اوسط منحنی سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ دیکھا جائے گا کہ ذیابیطس کی حالت میں یہ منحنیات زیادہ بلند ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ لیکن اس سے بھی زیادہ ممیز امر وہ طویل عرصہ ہے جو ان کے گر کر نقطۂ آغاز تک پہنچنے میں صرف ہوتا ہے۔ یہ عرصہ ہمیشہ ڈیڑھ گھنٹے سے زائد ہوتا ہے۔ گلوکوس کی صحیح مقدار جو بچوں میں استعمال کرنی چاہئے (اس کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ 6)۔

ذیابیطس کی خفیف اصابتوں میں، جنھیں بعض اوقات غذائی شکر بولیت (alimentary glycosuria) کے نام سے یاد کرتے ہیں، صرف کاربوہائڈریٹ کی غذا کھانے کے بعد ہی پیشاب میں شکر خارج ہوتی ہے۔ لیکن زیادہ شدید اصابتوں میں غذا کو تمام کاربوہائڈریٹس سے مبرا کر دینے کے بعد بھی شکر مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ وہ پروٹینز سے اور غالباً

464

چربی سے بھی پیدا ہوجاتی ہے۔

شکر کے سریری کاشفات:۔ بینیڈکٹ کے کیفی کاشفہ (Benedict's qualitative test) میں ایک امتحانی نلی کے اندر مشتبہ پیشاب کے تین یا چار قطروں میں (جس کا انحصار قطرہ کی جسامت پر ہے) محلول بینیڈکٹ[1]



شکل ۷۵۔ دموی شکری برداشت کے طبعی منحنی

کے پانچ سی سی شامل کردئیے جاتے ہیں۔ اس آمیزہ کو گرم کرکے خوب جوش دیا جاتا ہے

---

[1] اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ وہ محلول نہ دیا جائے جو بینیڈکٹ کے کمی امتحان کیلئے مخصوص ہوتا ہے اور جس سے اُبالنے پر ایک خفیف المقدار سپید سفوف حاصل ہوتا ہے بشرطیکہ شکر موجود ہو۔

اور یہ عمل ایک دو منٹ تک جاری رکھا جاتا ہے، اور پھر آمیزہ کو خود بخود ٹھنڈا ہونے دیا جاتا ہے۔ اگر گلوکوز موجود ہے تو یہ آمیزہ ازسرتاپا ایک رسوب سے بھر جائے گا جو ممکن ہے کہ سرخ، یا زرد یا سبزی مائل ہو۔ اگر شکر کی مقدار ۰.۳ فی صدی سے کم ہے تو یہ رسوب صرف ٹھنڈا ہونے پر ہی بنتا ہے۔ اگر شکر موجود نہیں ہے تو یہ محلول بالکل صاف رہتا ہے۔

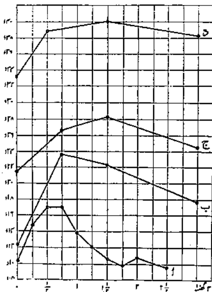
فینائل ھائڈریزین کا کاشف (phenylhydrazine test)-

ایک امتحانی نلی تقریباً ½ انچ تک فینائل ہائڈریزین ھائیڈرو کلورائیڈ (phenylhydrazine hydrochloride) سے اور دوسرے ½ انچ تک سوڈیم ایسیٹیٹ (sodium acetate) سے بھرلی جاتی ہے۔ پھر اس امتحانی نلی کو پیشاب سے آدھا بھر لیا جاتا ہے، اور پھر سب کو ایک پن کھتتر میں پندرہ سے لے کر ساٹھ منٹ تک (جس کا انحصار موجودہ شکر کی مقدار پر ہوتا ہے) گرم کیا جاتا ہے۔ اسے ٹھنڈا ہونے دیا جاتا ہے۔ زرد ثفل کا امتحان کیا جاتا ہے، جس سے خردبین کے نیچے باریک قلمی سوئیوں کے گچھے نما جھنڈ (فینائل گلوکوسازون) ظاہر ہوں گے، جو ۲۰۵ درجہ سینٹی گریڈ پر پگھل جاتے ہیں۔

465

تخمیری امتحان (fermentation test)- اگر لہن کی (جسے دھو کر نشاستہ یا شکر سے مبرا کر لیا جائے) تھوڑی مقدار پیشاب میں شامل کرکے اسے چند گھنٹوں کے لئے ایک طرف رکھ دیا جائے تو تخمیر کی وجہ سے گلوکوز، الکحل اور کاربونک ایسڈ میں تبدیل ہو جائے گا۔ اب اس کی کثافت نوعی کو دیکھنا چاہئے اور نمونہ کے پیشاب کی کثافت نوعی کے ساتھ اس کا مقابلہ کرنا چاہئے جس کو لہن کے بغیر یکساں حالات کے تحت رکھ دیا گیا ہو۔ یہ دیکھا جائے گا کہ کثافت میں کمی واقع ہوئی ہے جو کہ تلف شدہ گلوکوز سے متناظر ہے۔ چنانچہ کثافت نوعی کے فرق کو ۰.۲۳ سے ضرب دینے سے شکر کی فی صدی مقدار حاصل ہو جاتی ہے۔ اگر امتحانی نلی کو پورا بھر کر ایک طشتری میں الٹ دیا جائے تو کاربونک ایسڈ گیس، جیسے جیسے کہ وہ بنتی ہے، نلی کے بالائی حصہ میں جمع ہوتی جائے گی اور پیشاب کو وہاں سے ہٹا دے گی۔

تقطیب نما۔ڈیکسٹروس تقطیب کے مستوی کو دائیں طرف پھیر دیتی ہے۔
اس میں بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ کی موجودگی خلل انداز ہوتی ہے' جو چپ گرداں ہوتا ہے۔



شکل ۸۵۔ذیابیطس میں دموی شکری برداشت کے تین منحنی
(بیان کے لئے متن ملاحظہ ہو)

مغالطات۔خواہ شکر موجود نہ بھی ہو' مگر پیشاب کے اندر گلائکیورانک ایسڈ' یورک ایسڈ' یوریک ایسڈ کریئے ٹینن' اور ہوموجینٹسک ایسڈ کی موجودگی

تھوڑی سی ترجیع (reduction) واقع کرسکتی ہے۔ ایسواسطے خفیف ترجیع شکر کی موجودگی پراس وقت زیادہ دلالت کرسکتی ہے جب کہ پیشاب کی کثافت نوعی پست ہو بہ نسبت اُس حالت کے جب کہ یہ بلند ہو۔ کثافت نوعی کو محسوس طور پر بلند کرنے کے لئے بہت سی شکر موجود ہونی چاہئے۔

گلائکیوورانک ایسڈ ہمیشہ کسی دوسری شئے کے ساتھ جڑجاتا ہے جوکہ پیشاب میں خارج ہوتی ہے۔ یہ مارفیا، کلوروفارم کے بخارز کلورل، بیوٹائیل کلورل، کافور، کوپیبا، کباب چینی، سیلی سیلک ایسڈ، اور ٹینک ایسڈ کے استعمال کے بعد پایا جاتا ہے۔ ڈیکسٹروس کے علاوہ دوسری شکریں بھی پیشاب میں مل سکتی ہیں۔ لیویولوز خارج ہوسکتی ہے، ڈیکسٹروس کے ساتھ، اور تنہا بھی۔ اس کی موجودگی سے کبدی قلت (hepatic deficiency) کا احتمال پیدا ہوتا ہے۔ اُس سے ترجیعی اور تخمیری کاشفات حاصل ہوجاتے ہیں، لیکن اس کی تفریق اسکی چپ گردانی سے اور سیلی وناؤ کے کاشفہ (Seliwanow's test) سے کی جاسکتی ہے۔ ۴ سی سی پیشاب اور ۱ سی سی کاشف سیلی وناؤ (Seliwanow's reagent = ریسارسین ۵ گرام، ہائڈروکلورک ایسڈ، جس کی کثافت نوعی ۱۰۱۹ ہو، ۳۰ سی سی، آب کشیدہ ۳۰ سی سی) کے آمیزے کو ایک ٹن جنتر کے اندر چند سنٹ تک گرم کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ وہ اُبلنے لگے۔ اگر لیویولوز موجود ہے تو اس محلول کا رنگ سرخ ارغوانی ہوجاتا ہے، لیکن تنہا ڈیکسٹروس رنگ کا کوئی ایسا تغیر نہیں پیدا کرتی۔ کاذب لیویولوز (pseudo-lævulose) (آیسو گلائکیوورانک ایسڈ =iso-glycuronic acid) بھی یہی رنگ پیدا کردیتی ہے۔ لیکٹوز دودھ پلانے والی عورتوں میں ملتی ہے اور اُن شیرخوار بچوں میں جنھیں معدی معوی التہاب (gastro-enteritis) کی شکایت ہو۔ اس سے ترجیعی کاشفہ حاصل ہوجاتا ہے مگر تخمیری کاشفہ نہیں حاصل ہوتا اور وہ راست گردال ہوتی ہے۔ فینائل ہائڈریزین سے امتحان کرنے پر اس سے قلمی سوئیاں حاصل ہوتی ہیں جو کروی جھنڈوں کی صورت میں ہوتی ہیں اور ۲۰۰ درجہ سنٹی گریڈ پر پگھل جاتی ہیں۔ جن پھلوں میں ارابنوز (arabinose) موجود ہو (یعنے چیریز :cherries، پلمس

plums: اور سیب) اُن کے کھانے کے بعد پیشاب میں پین ٹوس (pentose) خارج ہو سکتی ہے۔ خود رُو پینٹوس بولیت (pentosuria) تحول کی ایک شاذ خرابی ہے، جو پیرو ٹیتی در آمد کی تحدید سے کم ہو جاتی ہے۔ پینٹوس تانبے کی ترجیع کر دیتی ہے، لیکن اُس میں تخمیر نہیں ہوتی اور اُس سے بیال کا آرسینی کا شقہ (Bial's orcin test) حاصل ہوتا ہے۔

مرضی تشریح ۔ اصابتوں کے کچھ تناسب میں لبلبہ خالی آنکھ سے صرف کامرضی نظر آتا ہے۔ اکثر اُس میں ذبول یا تلیف ہو جاتا ہے یا یہ دونوں بیک وقت موجود ہوتے ہیں۔ اور ان حالات میں جو دوسرے تغیرات ملتے ہیں وہ حسب ذیل ہوتے ہیں و— غدے کے بڑے حصوں کا متغیر ہو کر شحمی بن جانا، تقیح، نزف، سرطانی قناتوں میں سنگ، اور دوسرے۔ نسیجیاتی تغیرات پر اس سے پہلے غور کیا گیا ہے۔ بہت سی اصابتوں میں، بالخصوص اُن میں جو تھوڑی مدت کی ہوں، دوسرے اعضا کے بعد الممات منظاہر طبعی حالت سے بہت کم مختلف ہوتے ہیں۔ زیادہ پرانی اصابتوں میں وہ امراضیاتی تغیرات پائے جاتے ہیں جو پیچیدگیوں کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ اکثر گردوں کی کلائی پائی جاتی ہے اور زیادہ مدت کی اصابتوں میں اُنبوبی خلیات گلائکوجن کی دریزش اور تروبی تنخر ظاہر کرتے ہیں جو کیتونیت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ خالی آنکھ کو جگر میں کوئی غیر معمولی بات نظر نہیں آتی، الاخون لونیت یا ذیابیطس اسمر (diabéte bronzé) کی شاذ اصابتوں میں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 394)۔ خون بعض اوقات ایک عجیب گلابی یا اسٹرابیری جیسا رنگ ظاہر کرتا ہے، اور ایک طرف رکھنے پر اُس کی سطح پر ایک ملائی جیسی تہ جمع ہو جاتی ہے۔ اس حالت کو تشحم الدم (lipæmia) کہتے ہیں۔ لیکن اس ملائی جیسی تہ کو بنانے والے ذرات یقیناً اصلی چربی کے ذرات سے مختلف، اور لیسی تھین (lecithin) اور گلا بیولین (globulin) سے بنے ہوئے ہوتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 981)۔ خون کی حالت دوران زندگی میں شبکیتی عروق میں شناخت کر لی گئی ہے، چنانچہ شرائین اور اورِدہ دونوں قعر چشم کے مرکز میں سامن مچھلی کے رنگ کے اور محیط میں ملائی کے رنگ کے ہوتے ہیں

(شبکیتی تشحم الدم=lipæmia retinalis)۔ وہ متمیع ہوتے ہیں اور ایک دوسرے سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔

کیتونیت (ketosis)- جب کاربوہائڈریٹس کی قلت ہو، یا آخرالذکر کام میں نہ لائے جا سکیں، تو غالباً غذائی شحم اور جسمانی شحم کاربوہائڈریٹ میں تبدیل ہوجاتی ہے، اور اُس کے ساتھ ہی اُس شحم سے ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ، (جس کو غلط طور پر ڈائی ایسیٹک ایسڈ کہتے ہیں) CH COOH=CH$_3$ COH بنتا ہے (8)- یہ ایک زہری شئے ہے، اور غالباً بڑی حد تک جگر کے اندر ترجیع کے ذریعہ بے ضرر بی۔ آکسی بیوٹائیرک ایسڈ، CH$_3$ CHOH CH$_2$ COOH میں تبدیل ہوجاتی ہے، اور گردے طبعی طور پر ان دونوں اشیاء کو تلف کر دیتے ہیں، مگر اس عمل میں متضرر ہوجاتے ہیں (41)- تھوڑا ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) کے ایک سالمہ کے نقصان سے ایسیٹون (acetone CH$_3$CO CH$_3$) میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ یہ تینوں اشیاء خون اور پیشاب میں ظاہر ہوتے ہیں، اور مزید برآں ایسیٹون سانس میں بھی خارج ہوتا ہے۔ اس حالت کو کیتونیت کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 451)- یہ دورانِ فاقہ میں ظاہر ہوتی ہے، نیز اُس وقت جب کہ غذا میں کاربوہائڈریٹس کی قلت ہو، بالخصوص اگر چربی حد سے زائد ہو۔ اور شدید قئے، جیسے کہ دوری قئے (cyclical vomiting)، اور دورانِ حمل کی متلف قئے کی حالت میں۔ حموی اور ضعفی حالتوں (cachectic conditions) میں۔ اور ما بعد عدم حسیت (post-anæsthetic) یا "کلوروفارم کے آجل تسمم" ("delayed chloroform poisoning")، قسمِ فاسفورس حاد اصفر ذبول (acute yellow atrophy) اور ارتشاج (eclampsia) میں جو سب کے سب جگر کا مرکزی تنخر شحمی تغیرات کے ساتھ ظاہر کرتے ہیں۔ تندرست اشخاص میں سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی مقداریں لینے کے بعد۔ اور ذیابیطس شکری میں جب ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ خون کے اندر ایک بلند ارتکاز پر پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ قوما پیدا کر کے ہلاکت پیدا کر دے۔ یہی شدید ذیابیطس میں اور عرصہ تک قئے ہونے کے بعد بھی واقع ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 841)- شدید

467

ذیابیطس کی ایک اطالت پذیر اصابت میں مریض کے تحول کے ساتھ جسمانی شحم بڑی حد تک غائب ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ کیتونیت بھی تقریباً غائب ہو جائے، لیکن مریض فاقہ یا خوار سے ہلاک ہو جاتا ہے۔

کیتونیت کیلئے سریری کاشفات۔ قارورے کے بیٹا آکسی بوٹائرک ایسڈ (β-oxybutyric acid) کے لئے کوئی لونی کاشفہ نہیں ہوتا۔ گرہارٹ کا کاشفہ (Gerhardt's test)، جو ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کے لئے مستعمل ہے، یہ ہے کہ پیشاب میں فیرک کلورائڈ (ferric chloride) شامل کر دینے سے ایک پورٹ وائن (port-wine) جیسا رنگ حاصل ہو جاتا ہے۔ گرم کرنے سے یہ غائب ہو جاتا ہے۔ یہ کوئی زیادہ نازک کاشفہ نہیں ہے۔ اسے اس مماثل تعامل سے تمیز کرنا چاہئے جو سیلی سیلیٹس (salicylates) لینے کے بعد بھی حاصل ہو جاتا ہے، لیکن آخر الذکر صورت میں گرم کرنے سے رنگ غائب نہیں ہوتا۔ سوڈیم نائٹروپروسائڈ (sodium nitroprusside) کے ساتھ ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ اور ایسیٹون دونوں سے دو کاشفات حاصل ہوتے ہیں، لیکن وہ اول الذکر کے لئے اس سے تقریباً بیس گنا زیادہ حساس ہوتے ہیں کہ جتنے آخر الذکر کے لئے۔ لیگال کے کاشفہ (Legal's test) میں پیشاب کے اندر سوڈیم نائٹروپروسائڈ کی ایک چھوٹی قلم یا اس کے تازہ تیار کئے ہوئے محلول کے چند قطرے ٹپکا دیئے جاتے ہیں، اور پھر قدرے کاسٹک سوڈا (caustic soda)۔ ایک شاہ دانہ جیسا سرخ رنگ پیدا ہو جاتا ہے جو جلد ہی ماند پڑ جاتا ہے۔ اب ایسیٹک ایسڈ کی وافر مقدار ملا دینے سے ایک قرمزی سرخ (carmine-red) یا نسبتہً گہرا ارغوانی رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ روتھیرا کے کاشفہ (Rothera's test) میں پیشاب میں جامد امونیم سلفیٹ کے ساتھ سوڈیم نائٹروپروسائڈ کی ایک قلم اور امونیا کی وافر مقدار شامل کر دی جاتی ہے جس سے بتدریج ایک ارغوانی رنگ نمودار ہو جاتا ہے۔ ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کے لئے سب سے زیادہ حساس کاشفہ یہی ہے۔

یہ کاشفات کیتونیت کی موجودگی ظاہر کرنے کے لئے تو نہایت عمدہ ہیں، لیکن اس کی مقدار ظاہر کرنے کے لئے (جس سے یہ دریافت ہو سکے کہ آیا ذیابیطس کے

مریض کو قوما ہونے کو ہے یا نہیں) چنداں کار آمد نہیں۔ اس کا ایک سبب یہ ہے کہ جب قوما ہونے کے قریب ہوتا ہے تو فشارِ خون کے سقوط کے ساتھ گردوں کی اخراجی قوت زائل ہونا شروع ہوتی ہے، جس سے پیشاب کے اندر ان اشیا کی مقدار بھی کم ہو جاتی ہے اور اس کے بالعکس یہ خون کے اندر جمع ہو جاتے ہیں۔ ان کا یہی اجتماع ہے جس سے خطرے کی مقدار کا اندازہ ہوتا ہے۔ اس کے تین طریقے حاصل ہیں جن سے فائدہ اٹھایا جا سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 452)۔ مجموعی نائٹروجن سے امونیا نائٹروجن کی نسبت کی دریافت اور ۵ گرام سوڈیم بائی کاربونیٹ براہِ دہن دینے کا کاشفہ اس سے پہلے کافی طور پر بیان ہو چکا ہے۔ جوفیزی کاربن ڈائی آکسائیڈ والے طریقہ (alveolar CO_2 method) کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ طبعی کاربن ڈائی آکسائیڈ کی قدریں ۵ و ۴ اور ۲ ر ۶ فی صدی کے درمیان ہوتی ہیں، اور یہ مردوں کے نسبت عورتوں میں کیقدر پست تر ہوتی ہیں۔ ذیابیطس میں ۳ فی صدی قدر کے یہ معنے ہیں کہ اگر اصلاح واقع نہ ہوئی تو ممکن ہے کہ چوبیس گھنٹے کے اندر قوما طاری ہو جائے۔ مریض کی جوفیزی کاربن ڈائی آکسائیڈ ۳ اور ۴ فی صدی کے درمیان ہو تو ممکن ہے کہ وہ بہت دنوں بلکہ چند ہفتوں تک زندہ رہے۔ خراب سے خراب تر حالت میں اُسے تین یا چار دن سے پہلے قوما نہیں طاری ہوگا۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کی وہ تخفیف جو زیادتی تنفس کی وجہ سے واقع ہوجاتی ہے، ایک ایسی میکانیت ہے جو خون میں کے ثابت ترشے (fixed acid) کی زیادتی کی تعویض کرتی ہے، اور یہ خون کے ہائڈروجنی رواں کے ارتکاز کا حد سے زیادہ انقلاع ہونے کو روکتی ہے۔

علامات۔ ذیابیطس کے حملہ کا آغاز اکثر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ مریض محض بتدریج محسوس کرتا ہے کہ وہ معمول کے نسبت زیادہ سیال پیتا ہے اور زیادہ پیشاب کرتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ اُسے پیشاب میں کوئی تبدیلی ہونے کے بجائے کمزوری اور لاغری کی شکایت ہو۔ بعض اصابتوں میں حملہ کا آغاز حاد ہوتا ہے اور مریض کو وہ ٹھیک تاریخ یاد ہو سکتی ہے جب کہ اُسے پہلے پہل تشنگی محسوس ہوئی تھی۔

زیادہ شدید قسم کی اصابت میں جس کا آغاز حاد طور پر ہو یا ایک نسبتہً خفیف اصابت بڑھ کر زیادہ شدید ہو گئی ہو، ممیز علامات علاج نہ ہونے کی صورت میں جلد ہی ایسے ممتاز ہو جاتے ہیں کہ ان کے متعلق مغالطہ کا احتمال نہیں رہتا۔ وہ علامات یہ ہوتے ہیں :۔ تبوّل بار بار اور زیادہ مقدار میں ہونا، شدید تشنگی، عموماً بھوک کا بہت زیادہ لگنا، جسمانی کمزوری اور دُبلاپن۔ بعض اوقات بھوک بے انتہا زیادہ ہوتی ہے، لیکن دوسری اصابتوں میں وہ بہت کم متاثر ہوتی ہے، اور اکثر آخر میں زائل ہو جاتی ہے۔ دہن اور لب خشک ہو جاتے ہیں، زبان سُرخ، کچّی اور "گائے کے گوشت جیسی" ہو جاتی ہے، اور مُنہ کا مزا عموماً میٹھا ہوتا ہے۔ بالعموم ہضم اچھا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض غذا کی بڑی مقداروں کو ہضم کرنے میں کوئی وقت محسوس نہ کرے۔ آنتوں میں عموماً قبض ہوتا ہے۔ جلد کھردری اور خشک ہوتی ہے۔ اِسی کے ساتھ ساتھ تغذیہ بہت شدت کے ساتھ متاثر ہوتا ہے، اور مریض بہ سرعت لاغر ہو کر بے انتہا کمزور ہو جاتا ہے۔ وہ دماغی محنت پر راغب نہیں ہوتا اور اُس کی طبیعت پست اور مزاج چڑچڑا ہو جاتا ہے۔ جوفیری ریمی سیلان کی وجہ سے دانت ڈھیلے پڑ کر ہلنے لگتے ہیں۔ مردوں کی قوت رجولیت اکثر زائل ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ عورتوں میں حیض کا آنا موقوف ہو جائے۔

468 پیشاب کی مقدار زیادہ ہو کر روزانہ ۵ یا ۱۰ لیٹر ہو جاتی ہے، اور خارج شدہ شکر ۵۰۰ گرام سے اوپر اور اس کا ارتکاز ۱۰ فی صدی تک ہوتا ہے۔ اِس قدر شکر کی موجودگی کی وجہ سے پیشاب کی کثافت نوعی بڑھ کر ۱.۰۴۰ یا ۱.۰۴۵ تک پہنچ جاتی ہے۔ پیشاب عموماً پھیکے زرد رنگ کا یا تقریباً پانی جیسا ہوتا ہے۔ اُس کی بو سوکھی گھاس جیسی میٹھی میٹھی اور مزہ بھی میٹھا ہوتا ہے۔ تعامل ترشئی ہوتا ہے۔ اُس میں ایسیٹون، ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ موجود ہوتے ہیں۔

ذیابیطس کی خفیف اصابتوں کو بعض اوقات "غذائی شکر بولیت" کے نام سے یاد کرتے ہیں، لیکن دموی شکر کی برداشت کے منحنیات سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ حقیقی ذیابیطس کی ایک قسم ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ شکر بولیت صرف ایک ایسی کثیر المقدار غذا کھانے کے بعد ہی پائی جائے جس میں نشاستہ بہت موجود ہو۔

پیاس نہیں ہوتی اور ممکن ہے کہ شکر کی روزانہ خارج شدہ مقدار ۵ گرام سے نیچے ہو۔ ممکن ہے کہ علامات موجود نہ ہوں، گر مریض اکثر محسوس کرتے ہیں کہ پیشاب کا حجم بڑھ گیا ہے۔ ممکن ہے کہ ان کو مختلف پیچیدگیوں کی شکایت ہو۔ اس قسم کا ذیابیطس بالخصوص معمر اشخاص میں ہوا کرتا ہے۔

پیچیدگیاں۔ ذیابیطس کے دوران میں متعدد پیچیدگیاں واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بول شکری کی خراش عورتوں میں ایک تکلیف وہ حکۃ الفرج (pruritis vulvæ) اور مردوں میں التہاب حشفہ (balanitis) پیدا کرے۔ جلد کی عام خارش بھی ہوسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ جسم کے مختلف حصوں میں سراج پھوڑے (carbuncles) اور دمّل (boils) پیدا ہو جائیں اور اول الذکر موت کا باعث ہو جائیں۔ ذیابیطس میں نمہ دسلعہ (xanthoma) کی بھی ایک شکل دیکھی گئی ہے۔ بعض اوقات پاؤں کی انگلیوں کی یا ایک پورے جارحہ کی گنگرین بھی ہوتی ہے، لیکن یہ اتھیروبائی شرائین کیساتھ وابستہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ البیومن بولیت موجود ہو جو ساتھ واقع ہونیوالے کلوی تغیرات کی علامت ہے۔ ذیابیطس میں اچیلی جھٹکے اور زکبی جھٹکے عموماً غیر موجود ہوتے ہیں۔ یہ یا تو التہاب اعصاب محیط کی وجہ سے ہوتے ہیں (peripheral neuritis) یا ام حنونہ اور رمادی مادے کے درمیان پچھلی عصبی جڑوں کے ریشوں کے انحطاط کے باعث، جس سے نخاع کے پچھلے استوانوں میں تغیرات واقع ہو جاتے ہیں (11)۔ وجع العصب (neuralgia) شدید ہوسکتا ہے، بالخصوص ورکی قذالی اور توامی ثلاثی۔ اینٹھن بھی ہوسکتی ہے۔ نہایت لاغر اشخاص میں پاؤں اور ٹانگوں کا اذیما (ضعفی تھبیج) دیکھنے میں آسکتا ہے، اور وہ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی حد سے زیادہ مقادیر دینے سے بھی بہ آسانی پیدا ہوسکتا ہے۔ سل ریوی ذات الریہ اور دوسرے ساری امراض ذیابیطس کے مریضوں میں اس سے زیادہ عام طور پر نہیں ہوتے کہ جتنے عام آبادی میں ہوتے ہیں۔ لیکن انذار نسبتہً خراب ہوتا ہے، گو زمانۂ حاضرہ کے طرق علاج نے اسے بہتر بنا دیا ہے۔ ذیابیطس میں بصارت کئی طریقوں سے متاثر ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ

نظر کی قوت ماسکہ میں سریع تبدیلیاں اور کلیل النظری (amblyopia)، عضلہ ہدبیہ کے ضعف اور وسائط کے انعطاف نما میں تغیرات کے باعث جو جو غالباً شکر کی موجودگی کے باعث واقع ہو جاتے ہیں۔ ذیابیطسی نزول الماء (cataract) عموماً شیخوختی قسم کا ہوتا ہے۔ لیکن نوعمر اشخاص میں ایک مؤخر قطبی نزول الماء (posterior polar cataract) ذیابیطس کی وجہ سے مل سکتا ہے، اگرچہ یہ بہت شاذ ہے۔ معمر مریضوں میں التہاب شبکیہ (retinitis) عام ہے، جو علامات الشریانی التہاب شبکیہ سے مماثل ہوتا ہے۔ امکاناً یہ ذیابیطس اور شبکیتی التہاب دونوں شریانی مرض کے بعد ثانوی طور پر ہوتے ہیں اور دونوں میں کوئی راست تعلق نہیں ہوتا۔ دوسرے تغیرات یہ ہیں:۔ التہاب قزحیہ (iritis)، خلف المقلہ عصبی التہاب (retrobulbar neuritis) جو عصب بصری کا ذبول (optic atrophy) پیدا کر دیتا ہے، شبکیہ اور زجاجیہ میں نزفات، اور شبکی تشحم الدم (lipaemia retinalis) جس کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے شدید علاج ناکردہ اصابتوں میں۔

ذیابیطسی قوما (diabetic coma)۔ یہ نام اس گروہ علامات کو دیا گیا ہے جو خون کے اندر ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کے اجتماع کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں، جو نظام دوران خون اور مرکزی عصبی نظام دونوں پر ایک زہر کے طور پر اثر کر کے ہلاکت خیز نتیجہ پیدا کر دیتا ہے۔ اس علاماتی مخلوط کی تسبیب میں خون کے اندر کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کی قلت بھی ممکن ہے کہ حصہ لیتی ہو۔ قوما کے اسباب مُعدّہ یہ ہیں:۔ (الف) ایسی غذا جس میں پروٹین اور شحم بکثرت ہو۔ (ب) اشتعال یا جذباتی صدمہ۔ (ج) عام عدم حسیت۔ غالباً گیس آکسیجن کے ساتھ سب سے کم مضرت رساں ہے، لیکن یہ بہت اہم ہے کہ مریض تیلا ہونے پائے۔ (د) حاد سرایتیں۔ (ھ) گردوں کا ناقص فعل، جس سے ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کا نامکمل اخراج ہوتا ہے۔ (و) قبض۔ (ز) ایک نوعمر مریض میں جسکے بدن کی چربی انسولین کی مدد سے بڑھ گئی ہو، انسولین کا استعمال جاری نہ رکھنا۔

قوما کا آغاز اکثر بتدریج ہوتا ہے، لیکن علامات ذیل اس کی خبر دیتے ہیں:۔ فقدان اشتہا، پیشاب اور شکر کی روزانہ خارج ہونے والی مقدار میں ایک

سریع تخفیف، پیشاب میں البیومین اور سبا ٹک کی موجودگی، اور ہٹیلا قبض۔ بعض اوقات شدید درد شکم ہوتا ہے۔ اُس وقت مریض کسیقدر جلد ہی حالتِ ہبوط اور قوا میں مبتلا ہوجاتا ہے۔ نبض سریع وضعیف ہوتی ہے، درونِ چشمی تناؤ کم ہوجاتا ہے، سطح جسم سرد، چہرہ پیچکا ہوا اور جوارح کبود ہوتے ہیں۔ مریض نیم باز آنکھوں کے ساتھ پڑا رہتا ہے، اور اپنے گردوپیش پر التفات نہیں کرتا۔ اور کوسوال کرنے پر اُسے بیدار کرکے اُٹھایا جاسکتا ہے مگر وہ ایسی بدحواسی سے جواب دیتا ہے (بشرطیکہ وہ جواب دے) گویا وہ اُسے ادھورا ہی سمجھا ہے۔ تنفس اِن اصابتوں میں مخصوص طرز کا ہوتا ہے۔ یعنے وہ آہستہ آہستہ، گہرا، اور آہ کی نوعیت کا ہوتا ہے۔ سینہ کے حرکات نہایت وسیع ہوتے ہیں۔ تنفس خاتمہ کے قریب کسیقدر زیادہ بار بار ہونے لگتا ہے۔ اِسی کے ساتھ سینہ کے امتحان سے کوئی غیر معمولی چیز نہیں ظاہر ہوتی۔ اِس شکل کے تنفس کو جوع الھوا کہتے ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں مریض کے بستر کے قریب ایک میٹھی سی خوشبودار، یا اتیری بُو محسوس ہوسکتی ہے، جسے بعضوں نے سیب کی بُو سے تشبیہ دی ہے۔ یہ بوا سیٹون سے منسوب کی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت ایک دن سے تین دن تک جاری رہے، اور پھر نبض زیادہ زیادہ ضعیف ہوتی جاتی ہے، گو ممکن ہے کہ قلب قوت کے ساتھ حرکت کرتا رہے، مریض زیادہ بے حس اور بالآخر بالکل قوا زدہ ہوجاتا ہے اور موت اس منظر کو ختم کردیتی ہے۔ کبھی کبھی مریض کسیقدر ہذیان کے ساتھ بڑبڑاتا رہتا ہے۔ بعض اصابتوں میں علامات نسبۃً بہت زیادہ سریع ہوتے ہیں۔ مریض دفعۃً مہبوط ہوجاتا ہے، اُس کی نبض سریع وضعیف اور اطراف کبود ہوجاتے ہیں۔ جوع الھوا نمودار ہوجاتی ہے اور وہ چوبیس یا چھتیس گھنٹوں میں مرجاتا ہے۔

کلوی شکر بولیت (renal glycosuria)۔ غیر خبیث شکر بولیت (benign glycosuria) (سلیم ذیابیطس: diabetes innocens) اِن اصطلاحات کا اطلاق ایک ایسی حالت پر کیا جاتا ہے، جن میں مریض سالہاسال تک شکر مسلسل خارج کرتے رہتے ہیں لیکن وہ نہایت کامل صحت کی حالت میں رہتے ہیں اور

انھیں ذیابیطس کے کوئی علامات نہیں ہوتے۔ شکر کی برآمد قلیل المقدار ہوتی ہے، اور اکثر ۳۰ گرام یومیہ سے زائد نہیں ہوتی۔ کاربوہائڈریٹ کی ایک مقدار دی جائے تو وہ اس برآمد میں چنداں فرق نہیں پیدا کرتی۔ بعض اصابتوں میں علاج سے اس شکر کو موقوف کرنا مشکل ہوتا ہے، مگر دوسری اصابتوں میں فاقہ کرانے سے شکر بہ سرعت غائب ہو جاتی ہے۔ دموی برداشتِ شکر کا منحنی طبعی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 464)۔ دموی شکر خالی معدہ کی حالت میں طبعی ہوتی ہے مگر پھر بھی شکر خارج ہوتی ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ دہلیزِ کلوی پست ہے۔ اس حالت کی تسبیب نامعلوم ہے، لیکن کبھی کبھی یہ پیدائشی ہوتی ہے۔ اس کے لئے کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ جب تجربۃً کسی جانور کو فلورِڈزین (phloridzin) سے مسموم کر دیا جاتا ہے تو شکر بولیت پست دہلیزِ کلوی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ جب شکر کی موجودگی کی دریافت ترتیبی امتحانات میں سے کسی ایک سے کی جاتی ہے، اور تشنگی، کثرتِ بول یا عضلی کمزوری کی موجودہ یا ماسبق سرگذشت بھی موجود ہوتی ہے، تو ذیابیطس شکری کی تشخیص یقینی ہو جاتی ہے۔ اگر پیشاب کا امتحان نہیں کیا گیا ہے، تو ممکن ہے کہ اس مرض کی موجودگی نظر انداز کر دی جائے اور مریض کا علاج ایک مبہم کمزوری اور "ناطاقتی" کے لئے کیا جائے، یا ممکن ہے کہ یہ امر فراموش کر دیا جائے کہ پیچیدگیوں میں سے کسی ایک مثلاً راج پھوڑوں، حکتہ، یا قوبا کا بنیادی سبب ذیابیطس ہی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ ایسے اشخاص میں جن کا ذیابیطسی ہونا نامعلوم ہے، قوبا کا وقوع ذیابیطس ہی کی وجہ سے ہو سکتا ہے، اور یہ کہ ذیابیطس کے مریضوں میں دردِ شکم ہی (جو اتنا کافی شدید ہو سکتا ہے کہ اس سے شکم شگافی کی ضرورت محسوس ہو) قوبا کے آغاز کی پہلی علامت ہو سکتی ہے۔ خاص دقت اس وقت پیش آتی ہے جب کہ کسی مریض کا پیشاب متعدد مواقع پر خفیف سی ترجیع ظاہر کرتا ہے اور کوئی علامات موجود نہیں ہوتے۔ سریری کاشفات سے متعلق مغالطات پر پہلے غور کیا گیا ہے، لیکن اگر تخمیری اور فنائل ہائڈریزینی کاشفات سے ڈیکسٹروس کی موجودگی ثابت ہو چکی ہو تو بھی یہ معلوم کرنا ضروری ہوتا ہے کہ آیا مریض حقیقی ذیابیطس شکری میں مبتلا ہے

اگر دموی شکر ۱۶۰ ا۔ سے اوپر ہے تو تشخیص نہایت امید افزا ہوگی۔ مگر اگر وہ اس سے کم ہے تو بہترین طریقہ یہ ہوگا کہ برداشت شکر کا امتحان عمل میں لایا جائے یعنی ڈیکسٹروز کی ایک خوراک کے بعد خون کے تجزیات انجام دئے جائیں، جس سے انذار میں بھی مدد ملے گی۔

انذار۔ ذیابیطس شکری ایک نہایت خطرناک مرض ہے، جو معمر اشخاص کے نسبت نوعمروں میں زیادہ سریع اور ناموافق مرکا رجحان رکھتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی انسولین اور با احتیاط غذائی علاج کے رواج کے ساتھ انذار بہتر بھی ہو گیا ہے۔ بعض اصابتوں میں علاج کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ شکری برداشت بڑھ جاتی ہے۔ لیکن شفایابی ان معنوں میں نہایت ہی شاذ ہے کہ وہ مریض بلا انسولین کے بے پرہیزی غذا پر بسر کر سکتا ہو اور پھر بھی اس کی دموی شکر طبعی درجہ پر رہتی ہو۔ بلا علاج کے انذار نوعمر مریضوں میں بلا استثنا ناموافق ہوتا ہے کیونکہ مرض ترقی کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرض باوجود علاج کے ترقی کرتا رہے، بالخصوص اس وقت جب کہ مریض سرایت زدہ ہو گیا ہو۔ دوران مرض میں علاج کا آغاز جس قدر دیر سے کیا جائے گا انذار اسی قدر زیادہ ناموافق ہوگا۔ معمر اشخاص میں جنھیں نام نہاد "غذائی شکر بولیت" ہو علاج نہ ہونے کی صورت میں مہلک نتیجہ نہ ہونا چاہئے۔ لیکن پیچیدگیوں (مثلاً اراج پھوڑے، نزول الماء، اور التہاب شبکیہ) کا امکان ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ اسی واسطے ضروری ہے کہ ہمیشہ مناسب علاج کا آغاز کیا جائے تاکہ پیچیدگیاں پیدا نہ ہونے پائیں۔

تحریز۔ چوں کہ علاج کا جلد کیا جانا نہایت اہم ہے، لہٰذا وقتاً فوقتاً امتحان بول کی سفارش کی گئی ہے۔ امتحان بول تندرست اراکین خاندان کی حالت میں اس وقت یقیناً عمل میں لانا چاہئے جب کہ ذیابیطس کسی خاندان میں موروثی طور پر چلا آرہا ہو۔ ذیابیطس سے بچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ صحت مندانہ زندگی بسر کی جائے ساتھ ہی باقاعدہ ورزش جاری رکھی جائے اور فربہی اور مرکزی عفونت سے بچنے کی کوشش کی جائے۔

470

علاج۔ ذیابیطس کا پہلا علاج جو عقلی اصول کے مطابق تھا، رولو (Rollo) نے کیا۔ اس نے حیوانی غذا کی خوراک تجویز کی جس میں نشاستہ اور شکر موجود نہ تھی۔ ۱۹۱۵ء تک یہی طریقہ نہایت عام طور پر اختیار کیا جاتا تھا اور پروٹین اور شحم کی بڑی بڑی مقداریں دی جاتی تھیں۔ ایسی غذا کے ساتھ ذیابیطس کے کسی مریض کے پیشاب کا شکر سے خالی ہونا مقابلتہً شاذ امر تھا۔ اُن تجربات نے جو ایف۔ ایم۔ ایلن (F.M. Allen) نے لبلبہ ربودہ کتوں پر کئے، اور اُن سریری مشاہدات نے جو واآن نورڈن، گوئیلپا (Guelpa) اور گراہام نے مختلف اوقات میں کئے علاج ذیابیطس میں تقلیل تغذیہ کی اہمیت کو واضح کر دیا۔ عموماً اختیار کردہ طریقہ یہ ہوتا کہ پہلے فاقہ کے ذریعہ سے پیشاب کو خالی از شکر کر لیا جاتا، اور پھر غذا بتدریج بڑھتی ہوئی مقداروں میں دی جاتی، کاربوہائیڈریٹ کی درآمد کو بہ شدت محدود کر دیا جاتا، اور مریض کو مستقلاً معمول سے کم غذا دی جاتی تاکہ وہ دُبلا رہے۔

کم غذا پانے والے شخص میں اساسی تحول پست ہوتا ہے، چنانچہ جزیری بافت پر کام کا بار نسبتہً کم پڑتا ہے۔ یہ امر اس وقت نہایت نفع بخش ہوتا ہے جب کہ یہ جزائر قلت زدہ ہوتے ہیں (جیسے کہ ذیابیطس میں) کیونکہ اگر اُن پر کام کا بار حد سے زیادہ ڈالا جاتا ہے تو وہ بتدریج خراب و خستہ ہو جاتے ہیں۔ کثیر پروٹین والی غذا اساسی تحول کو بلند کر دیتی ہے۔ اِسی کو پروٹین کا نوعی حرکی فعل کہتے ہیں۔ انسولین کے انکشاف سے ذیابیطس کے علاج میں ایک انقلاب پیدا ہو گیا ہے۔ لیکن اگرچہ اب فاقہ کی ضرورت نہیں رہی تاہم غذا کی کسیقدر تحدید اب بھی عموماً ضروری ہوتی ہے بالخصوص زیادہ شدید اصابتوں میں۔

علاج کے شروع میں امکانی مرکزی سرایت کا، خواہ وہ دندانی راسی سرایت، عفونتی لوزتین، مرارہ، یا زائدہ دودیہ کی وجہ سے ہو، استیصال کر دینا چاہیے۔ علاج کا مقصد یہ ہے کہ انسولین کا استعمال ایسی مقداروں میں اور ایسے اوقات میں کیا جائے کہ دموی شکر چوبیس گھنٹوں کے دوران میں طبعی حدود کے اندر رہے۔

اصول علاج ڈاکٹر ڈبلیو۔ ہن کے ایک مریض کی دموی شکر کی تخمینوں پر سے

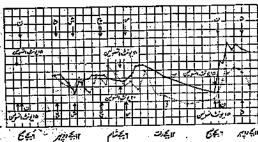
مستنبط کیا جا سکتا ہے' جو شکل ۵۹ میں تبلائی گئی ہیں۔ منحنی ب اوسطاً منحنی الف کے نسبت بلند تر ہے' کیونکہ کسیقدر پروٹین کے بجائے کاربوہائڈریٹ دیا گیا تھا۔ ورنہ الف اور ب میں غذا وہی تھی۔ ناشتہ اور رات کے کھانے سے پہلے' بارہ گھنٹے کے وقفوں سے' روزانہ دو بار انسولین دینے کا اثر بہ حیثیت مجموعی ایک دوگونہ منحنی پیدا کرتا تھا' اور ایک ارتفاع کھانے کے فوراً بعد ہوکر اُس کے بعد ایک سقوط ہوتا تھا۔ اس مریض میں انسولین کی ایک کسیقدر کمتر مقدار نے صبح کا ارتفاع شام کے ارتفاع کے نسبت بہت زیادہ بلند تھا۔ منحنی الف میں ارتفاع یقیناً ناشتہ سے پہلے شروع ہوگیا' اور اُس کی توجیہ اُس بڑھی ہوئی تحولی فعالیت سے ہوسکتی ہے جو بیدار ہونے پر دفعتہً واقع ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں انسولین کی مساوی معتادوں کے ساتھ ممکن ہے کہ شام کا ارتفاع بلند تر ہو' اور جب انسولین کی تین معتادیں چھ بجے صبح' ۱۲ بجے دوپہر اور ۹ بجے شب کو یعنے رات کے کھانے کے بعد دیجاتی ہیں تو ایک سہ گونہ منحنی حاصل ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ رات کے وقت بھی اسیقدر ہی بلند ہو جس قدر کہ دن کے وقت' غالباً بایں وجہ کہ پروٹینی تحول کاربوہائڈریٹ کے تحول کے نسبت زیادہ آہستہ واقع ہوتا ہے اور اس وجہ سے وہ رات تک ملتوی ہوجاتا ہے (12)۔

جب علاج ابتدائً شروع کیا جاتا ہے تو ۴ یا ۵ اکائیوں کے اشرابات ناشتہ اور رات کے کھانے سے نصف گھنٹہ پہلے دئے جاتے ہیں۔ یہ معتاد ہر دوسرے یا تیسرے روز بقدر ۴ یا ۵ اکائیوں کے بڑھا دی جاتی ہے۔ اس سے پیشاب میں شکر کم ہوکر بالآخر غائب ہوجاتی ہے۔ اس درجہ میں اگر مثانہ خالی کرنے کے بعد موی شکر کی تخمین کی جائے اور آئندہ ۱۵ منٹ کے دوران میں خارج ہونے والے پیشاب کا امتحان کیا جائے تو دہلیز کلوی کی تعیین کی جا سکتی ہے۔ اگر دہلیز کلوی طبعی یا معمولی (۰٫۱۶ ـــــ ۰٫۱۸) ہے تو چوبیس گھنٹوں کے دوران میں متواتر وقفوں پر خارج ہونے والے پیشاب میں شکر کی عدم موجودگی یہ ظاہر کرتی ہے کہ دموی شکر کبھی حد سے زیادہ بلند نہ تھی۔ لیکن اگر دہلیز کلوی پست ہے' جیسا کہ ذیابیطس کے مریضوں کی کچھ تعداد میں ہوتا ہے' تو مستقل و متوالی خالی از شکر امتحانات کی توقع

471

نہ کرنی چاہیئے۔ پھر اگر دہلیز کلوی بلند ہے تو قارورے کے امتحانات کی کچھ اہمیت نہیں ہے۔ لیکن راقم الحروف کا تجربہ ہے کہ جب اِنسولین کے ذریعہ علاج اختیار کیا جاتا ہے تو بلند دہلیزات کلوی بہ سرعت طبعی ہوجاتے ہیں۔ پیچیدہ اصابتوں میں شکر کے بالآخر غائب ہوجانے کے بعد اِنسولین کی زیادتی کو مزید جاری رکھنا چاہیئے' یہاں تک کہ مریض اُس کی معتاد کے دو تا چھ گھنٹے بعد ایک نہایت خفیف سا قلیل شکر دموی ردِ عمل (hypoglycæmia reaction) محسوس کرنے لگے' یعنی جوارح کا لرزہ' پسینہ' بھوک' غلو یا متلی' دورانِ سر یا چکر' ذہنی اختلالات' دردِ سر' اختلاجات' خستگی' غشی' سن پن' سردی یا گرمی کے احساسات' اور کبھی کبھی اسہال۔ یہ علامات اُن کے وقوع کے تواتر کے لحاظ سے مرتب کئے گئے ہیں (12)۔ اِس ذریعہ سے مریض ایک ابتدائی درجہ میں' اور طبی نگرانی میں ہونے کی حالت میں ہی محسوس کر لیتا ہے کہ اِنسولین کی مقررہ مقدار سے زائد ملنے کے اثرات کیا اور کیسے ہوتے ہیں۔ اِس تجربہ کی بنا پر اُس کا آئندہ علاج نسبتہً زیادہ وثوق و اعتماد کے ساتھ کیا جائیگا۔ اعظم معتاد جس کا مریض متحمل ہوسکے گا اُس مقدار سے ذرا ہی کم ہوگی جو یہ علامات پیدا کر دیتی ہے' اور یہی معتاد تجویز کرنی چاہیئے' کیونکہ یہ دموی شکر کو طبعی درجہ پر اور پیشاب کو مستقلاً خالی از شکر رکھے گی۔ ایسے ذرائع کی وساطت سے دموی شکر کے امتحانات کی ضرورت بڑی حد تک لاحق نہ ہوگی۔ اگرچہ طبعی اشخاص میں دموی شکر تقریباً ۰۔۰۷ تک گھٹ جانے سے عموماً علامات پیدا ہوجاتے ہیں' آخرالذکر بعض ایسے مریضوں کو جو عرصہ دراز تک بیش شکر دمویت رہ چکے ہوں دموی شکر کے نسبتہً بلند تر' مثلاً ۹۔۰ فی صدی' ۱۲۔۰ فی صدی' بلکہ ۱۸۔۰ فی صدی سے بھی اوپر کے لیولوں پر محسوس ہوسکتے ہیں' جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ ان کا جسم عرصۂ دراز سے بیش شکر دمویت کے متوافق ہوچکا ہے (80)۔ سخت لاغر مریضوں کی حالت میں بہت احتیاط لازم ہے۔ اُن کو ابتدائے علاج ہی میں کاربوہائڈریٹ دینا چاہیئے تاکہ قلیل شکر دمویت کے شدید علامات نہ پیدا ہونے پائیں' اور سل ریوی کی حالت میں اِنسولین کی معتاد بتدریج بڑھانی چاہیئے تاکہ دموی شکر بتدریج کم ہو' ورنہ ممکن ہے کہ سرایت شدید طور پر بھڑک اُٹھے۔

ممکن ہے کہ ذیابیطس کی شدید اصابتوں میں انسولین کی ایک مقدار دو یا تین گھنٹوں میں قلیل شکر دمویت کے علامات پیدا کر دے اور پھر قبل اس کے کہ دوسری مقدار ۱۲ گھنٹہ کے عرصہ میں دی جائے دموی شکر بہ سرعت بلند ہو کر شکر بولیت پیدا ہو جائے۔ یہ داعیہ ہے اس امر کا کہ انسولین کا استعمال روزانہ تین بار کرنا چاہیے، ۷ بجے صبح، ایک بجے دو پہر اور ۷ بجے شام کو یعنے تین خاص کھانوں سے پہلے۔



شکل ۵۹۔ دموی شکر ایک چالیس سالہ آدمی کی جس کا وزن ۱۳۰ پونڈ تھا۔ منحنی الف اُس وقت لیا گیا جب کہ اس کو تین دن تک ایک ایسی غذا دی گئی رہی جس میں ۸۰ گرام پروٹین، سبزیاں اور شحم تھیں۔ منحنی ب، تین دن بالکل ایسی ہی غذا کے بعد لی گئی کہ ۳۰ گرام پروٹین کی بجائے اتنی ہی مقدار کاربوہائیڈریٹ کی دی گئی جو کہ ناشتہ اور رات کے کھانے پر ڈبل روٹی اور آلوؤں کی شکل میں تھا۔ حراری قدر ۱۰۰۰ سے ذرا اوپر تھی۔ ا۔ انسولین جو دی گئی۔ ن ناشتہ۔ د دوپہر کا کھانا۔ ش شام کا کھانا۔ چ چائے۔ س رات کا کھانا۔ دموی شکر ہیگیڈارن (Hagedorn) اور جینسن (Jensen) کے طریقے سے۔

بعض اوقات انسولین کے اشراب کے بعد فوراً مریضوں کو ڈکب لگنے کی شکایت

کیفیت کی شکایت ہوجاتی ہے' جو انسولین کے محلول میں ترشہ موجود ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ اِس کو رفع کرنے کی ترکیب یہ ہے کہ اُس کی تعدیل کیلئے پچکاری کے اندر انسولین کے نصف حجم کے برابر $\frac{1}{100}$ طبی کاسٹک سوڈا ($\frac{1}{100}$N. caustic soda) کھینچ لیاجائے جس میں ۲۵ ر۰ فی صدی ٹرائی کریسال (tricresol) موجود ہو اور انسولین کے ساتھ آمیز کر لیاجائے۔ اِس کی ٹھیک مطلوبہ مقدار مختلف تجارتی چھاپ کی انسولین کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے' لیکن اتنی کافی استعمال کرنی چاہیئے کہ جس سے پچکاری میں مُرتسب انسولین کی وجہ سے خفیف سا تکدر پیدا ہوجائے۔ انسولین بصورتِ قرص بھی دستیاب ہوسکتی ہے جسے اشراب سے فی الفور پہلے آبِ عقیم میں حل کر لیاجاتا ہے۔ شریانی دوڑے جو مقامِ اشراب پر بارہ گھنٹے بعد پیدا ہوکر دو یا تین دن میں رفع ہوجاتے ہیں یہ بالخصوص اُن سنجاستوں کے باعث ہوجاتے ہیں جو اُس خاص چھاپ کی انسولین میں موجود ہیں' لہٰذا اب دوسرے چھاپ کی انسولین آزمانا چاہیئے۔ بیشتر انگریزی انسولین گائے سے بنائی جاتی ہے' اور ممکن ہے کہ اِس کو بدل کر خنزیری انسولین دینا مناسب ہو۔ ممکن ہے یہ خود انسولین کی حساس گری کا نتیجہ ہوں' اور چھوٹی چھوٹی اور بڑھتی ہوئی خوراکیں دے کر حساسیت رُبائی کی آزمائش کرنی چاہیئے۔

انسولین کے علاج میں ایک مستقل غذا کا دینا ضروری ہے۔

بعض معیاری غذائی ضابطے

حرارے	کاربوہائڈریٹ اور شحم کی نسبت											
	۱:۱			۱:۲			۱:۴			۱:۶		
	ک س	ش س	پ گرام	ک س	ش س	پ گرام	ک س	ش س	پ گرام	ک س	ش س	پ گرام
۲۰۰	$\frac{1}{2}$	۱	۱۶	۱	۱	۹	۱	$\frac{1}{2}$	۱۷	۱$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	۷
۱۲۰۰	۴$\frac{1}{2}$	۹	۴۷	۶$\frac{1}{2}$	۶$\frac{1}{2}$	۶۴	۹	۴$\frac{1}{2}$	۵۹	۱۰$\frac{1}{2}$	۳$\frac{1}{2}$	۵۲
۱۸۰۰	۵$\frac{1}{2}$	۱۱	۷۹	۸$\frac{1}{2}$	۸$\frac{1}{2}$	۷۷	۱۲	۶	۶۲	۱۲$\frac{1}{2}$	۴$\frac{1}{2}$	۶۷
۲۲۰۰	۵	۱۰	۱۱۳	۱۲$\frac{1}{2}$	۱۲$\frac{1}{2}$	۱۰۱	۱۵	۷$\frac{1}{2}$	۶۶	۱۶$\frac{1}{2}$	۵$\frac{1}{2}$	۸۱

ک س = ۲۰ گرام کاربوہائڈریٹ   ش س = ۱۰ گرام شحم

مریض کی غذائی احتیاج کا سب سے پہلے اندازہ کرنا چاہئے۔ اگر اس کا وزن طبعی حدود کے اندر تصور کیا جائے تو اساسی حراری احتیاج، صفحہ ۳۷ پر صفحہ 460 میں درج کی ہوئی قانون نگارش سے حاصل کی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ اس امر کے لحاظ سے کہ وہ کس قدر ورزش کرتا ہے۔ ۵ فی صدی یا زیادہ تک مزید رعایت دی جاتی ہے۔ ایک قصودی کارکن کے لئے یہ ۱۰ یا ۲۰ فی صدی سے زیادہ نہ ہونی چاہئے۔ آزمائش کے بعد اس امر کے لحاظ سے کہ مریض کا وزن بڑھتا یا گھٹتا ہے، ترمیمات کرنے کی ضرورت پیش آئے گی۔ اگر مریض فربہ ہے تو اس کے لئے یہی مناسب ہے کہ اس کا وزن گھٹے' اور حراری قدر کا حساب اس تخمین کردہ وزن سے لگایا جاتا ہے جو کہ آئنلے والٹر (Ainley Walter) کی پیمائش (2) سے طول تنہ (stem length) سے حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بالکل پست حراری قدریں مثلاً ۶۰۰ یا ۸۰۰ کچھ عرصہ تک کام میں لائی جاسکتی ہیں۔

جدول ۳۱ جسمانی وزن (پاؤنڈ)

جسم کا طول (انچ)	مرد			عورت		
	اعظم	اوسط	اقل	اعظم	اوسط	اقل
۲۰	۳۱	۲۵	۲۱	۳۱	۲۵	۲۱
۲۲	۴۱	۳۴	۲۷	۴۱	۳۴	۲۷
۲۴	۵۴	۴۴	۳۶	۵۵	۴۵	۳۷
۲۶	۶۸	۵۶	۴۶	۶۹	۵۷	۴۷
۲۸	۸۶	۷۰	۵۷	۸۸	۷۲	۵۹
۳۰	۱۰۵	۸۶	۷۰	۱۰۹	۹۰	۷۴
۳۱	۱۱۷	۹۴	۷۸	۱۲۱	۹۸	۸۲
۳۲	۱۲۰	۱۰۴	۸۵	۱۳۳	۱۰۹	۹۰
۳۳	۱۴۱	۱۱۴	۹۴	۱۴۶	۱۱۹	۹۹
۳۴	۱۵۴	۱۲۵	۱۰۳	۱۶۰	۱۳۱	۱۰۹

جسم کا طول (انچ)	مرد			عورت		
	اعظم	اوسط	اقل	اعظم	اوسط	اقل
۳۵	۱۶۹	۲۳۶	۱۱۲	۱۷۵	۱۴۲	۱۱۸
۳۶	۱۸۳	۱۴۸	۱۲۲	۱۹۰	۱۵۵	۱۲۹
۳۷	۲۰۰	۱۶۱	۱۳۴	۲۰۸	۱۶۹	۱۴۲
۳۸	۲۱۷	۱۷۴	۱۴۴	۲۲۶	۱۸۳	۱۵۳

(نوٹ) اعظم اور اقل اوزان طبعی افراد کی تقریباً ۹۰ فی صدی تعداد میں جولت اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔ یہ دیکھا جائے گا بڑی جسامت والے اشخاص میں یہ نہایت وسیع ہے (3)۔

473

مریض زمین پر بیٹھکر اپنی پُشت کو مضبوطی کے ساتھ دیوار سے لگائے رکھتا ہے اور اُس کے گھٹنے خمیدہ ہوتے ہیں۔ جسم کے طول کو زمین سے سَر کی چوٹی تک انچوں میں ناپ کر اُس کا مقابلہ جسم کے وزن کے ساتھ کیا جاتا ہے، جو بغیر کپڑوں کے پاؤنڈوں میں لے لیا جاتا ہے۔ اگر مریض کسی مرض کی وجہ سے حد سے زیادہ موٹا یا حد سے زیادہ دُبلا ہو تو اُس کے طبعی تحول کے حصول کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ صفحہ ۸۳۰ میں اوسط وزن سے جو اُس کے جسم کے طول کے متناظر ہو، کام لیا جائے نہ کہ اُس کے اصلی وزن سے۔ جدول ۳ عمومی استعمال کیلئے ہے، جس سے کسی وقت یہ ظاہر ہو سکتا ہے کہ آیا مریض بے حد موٹا یا بے حد دُبلا ہے۔

ذیابیطسی مریض کے علاج میں آج کل اس سے زیادہ کاربوہائڈریٹ دیا جاتا ہے کہ جتنا زمانہ ماضی میں، اور بشرطیکہ غذا کی کل حراری قدر وافر ہو انسولین کی احتیاج اس سے زیادہ نہیں ہوتی کہ جتنی پست کاربوہائڈریٹی غذاؤں میں۔ حقیقت میں بلند کاربوہائڈریٹ اور پست شحم والی غذا، جس میں ۶ : ۱ کی نسبت ہو، ایک فربہ مریض میں دموی شکر کو گھٹا کر طبعی تک لانے میں کامیاب ہو جاتی ہے بغیر اس کے کہ انسولین کی ضرورت پڑے۔ لیکن اگر اس قسم کی غذا کو طویل مدت کے لئے استعمال کرنا پڑے تو پھر حیاتین ا اور د مزید دینی چاہئیں۔ غذائیں تجویز کرنے میں سہولت پیدا کرنے کے لئے، مصنف نے کئی ایک غذائی ضابطے نکالے

ذیں اُن میں سے بعض جدول میں دیئے گئے ہیں۔ ہر ضابطہ میں ۲۰ گرام کے کاربوہائیڈریٹ راتبوں کی، ۱۰ گرام کے شحمی راتبوں کی اور گراموں میں پروٹین کی ایک مقررہ تعداد ہے۔ اوپر کی سطر کو جو کہ ۲۰۰ حراروں کے متناظر ہے، جمع اور تفریق کرکے مزید ضابطے نکالے جاسکتے ہیں۔ ان نسبتوں کے نکالنے میں اس امر کا بالکل لحاظ نہیں کیا گیا کہ پروٹین کاربوہائیڈریٹ یا شحم کا ماخذ ہوسکتی ہے۔ ایسے حسابات حد سے زیادہ فرضی ہوتے ہیں اور بلند تر کاربوہائیڈریٹ والی غذاؤں میں شحم کا کلسرال کاربوہائیڈریٹ کے ماخذ کی حیثیت سے کچھ اہمیت نہیں رکھتا۔ کاربوہائیڈریٹ اور شحم میں ۲:۱ کی نسبت نہایت عام طور پر مفید پائی جائے گی لیکن بچوں کے لئے ۴:۱ امرجح ہے اور ایک بلند تر کاربوہائیڈریٹ والی غذا صلابت شرائین، وجعٔ صدریہ عفونت اور سل ریوی میں خاص طور پر مفید ہوگی۔ قدیم رواج کی غذا ۱:۱ کے متناظر تھی۔ کاربوہائیڈریٹ اور شحم کے راتب فہرست الف، ب اور ج سے حاصل کئے جاتے ہیں جو ہر غذائی شے کی وہ مقدار بتاتی ہیں جو کہ پورے یا آدھے کاربوہائیڈریٹی یا شحمی راتب کے متناظر ہے، اور فہرست د میں ایسی غذائیں درج ہیں جن میں کاربوہائیڈریٹ، شحم اور پروٹین موجود ہے، اور گھر میں معمولی استعمال کے لئے چند مرکب اغذیہ درج ہیں۔ ذیابیطسی مریض ہر وہ غذا کھا سکتا ہے جو کہ معمولی موضوع عادتاً کھاتا ہے، بشرطیکہ اس کے اجزا معلوم ہوں، اور غذاؤں کی اس اسکیم کے ذریعہ مریض خاندان کے معمولی کھانوں میں شریک ہوسکتا ہے۔ اس سے کہیں زیادہ تفصیلی فہرست جس میں ۲۰۰ مرکب اغذیہ درج ہیں، کسی دوسری جگہ شائع کی جارہی ہے (54)۔ شکروالے کھانے (dishes) عام طور پر انسولین کے ذرا ہی بعد لینا چاہئیں یعنی ناشتہ اور رات کے کھانے پر۔ لیکن بہت سے طبیب اس کو بالکل منع کردیتے ہیں۔ سبزیوں کے لئے رعایت دی جاتی ہے لیکن آلو، سیم کی پھلیوں (butter beans) اور مٹروں کے سوا اُن کو تولنے کی ضرورت نہیں۔ صاف یخنی آزادانہ طور پر لے سکتے ہیں۔ الکحل دینے میں وہ مقصد نہیں ہوسکتا جو کہ زمانہ ماضی میں ہوتا تھا اور بہتر یہ ہے کہ اس سے اجتناب کیا جائے۔ بیئیر زول (beers) میں ۳ تا ۹ فی صدی کاربوہائیڈریٹ موجود ہوتا ہے۔ میٹھا کرنے کے لئے

سیکرین (saccharine) استعمال کرسکتے ہیں۔ یہ غذائی جدولیں بیشتر کاربوہائیڈریٹ
اور شحم سے اعتنا کرتی ہیں۔ پروٹین کو کم و بیش کرنا زیادہ اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ
اس کی حراری قدر اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی شحم کی۔ یہ زیادہ سہولت دہ ہوگا کہ
غذا کو گراموں میں تولا جائے' اور ان کسروں (fractions) کے جھگڑے میں نہ پڑا
جائے جو کہ انھیں استعمال کرنے میں پیدا ہوتی ہیں۔ جدولوں میں دونوں ناپ
دیئے گئے ہیں۔ ان کاربوہائیڈریٹس کو زیادہ تر ناشتہ اور رات کے کھانے کے ساتھ
انسولین سے تھوڑی دیر بعد دینا چاہیئے' لیکن خفیف اصابتوں میں ان کی کچھ مقدار
دوپہر کے کھانے کے وقت' بلکہ شام کی چائے کے ساتھ بھی دی جاسکتی ہے۔ کاربو
ہائیڈریٹ کی بڑی مقداروں کے ساتھ اکثر یہ مناسب ہے کہ انسولین کھانے سے
پون گھنٹہ بلکہ ایک گھنٹہ یا اس سے بھی زیادہ پہلے دی جائے تاکہ وہ اپنا اعظم اثر
کھانے سے ایک تا دو گھنٹے بعد اس وقت ظاہر کرے جب کہ دموی شکر بھی اپنے
درجۂ اعظم پر ہوتی ہے۔ لیکن اگر انسولین کو بہت پہلے دیا جائے گا تو ردعمل کھانے
سے پہلے یا کھانے کے دوران میں واقع ہو جائے گا۔

انسولین کے علاج کیلئے مریض کا انتخاب۔ کلوی شکر بولیت
کے لئے انسولین نہیں استعمال کرنا چاہیئے۔ دورانِ حمل کی شکر بولیت اکثر اوقات
اسی نوعیت کی ہوتی ہے۔ لیکن جہاں حمل کے ساتھ حقیقی ذیابطیس بطور ایک
پیچیدگی کے موجود ہو' اس عورت کو اس امر کے انتخاب کا اختیار دینا چاہیئے کہ
حمل کو ختم کر دیا جائے یا نہیں' اور اگر حمل ختم نہ کیا جائے تو انسولین کا علاج شروع کر دینا
چاہیئے۔ شکر بولیت اور جیش شکر دمویت کے تقریباً تمام مریضوں میں علامات کو
رفع کر دینے میں جو کامیابی انسولین سے حاصل ہوتی ہے اس سے ظاہر ہوتا ہے
کہ ایسی تمام اصابتوں میں اوّلی نقص لبلبہ میں ہوتا ہے' لہٰذا اقرین عقل یہی ہے
کہ اس قلت کی تعویض کے لئے انسولین استعمال کی جائے' اور جب پیچیدگیاں
جیسے کہ گنگرین' نزول الماء سل ریوی' ذبحۂ صدریہ وغیرہ' موجود ہوں تو یقیناً
یہی کرنا چاہیئے۔ نہایت خفیف معمّر مریضوں کی حالت میں ل اور ش میں
۱:۱ کی نسبت رکھنے والی غذا جس کے حرارے ذرا پست ہوں دموی شکر کو گھٹا کر

474

فہرست الف۔ ۲۰ گرام کاربوہائڈریٹ کے راتب (ک س)

مندرجہ ذیل میں ۲۰ گرام کاربوہائڈریٹ موجود ہیں	گرام	یا اونس	ان مقداروں میں پروٹین بھی موجود ہے گرام
موتیا جو (pearl barley)	۲۶	⅞	۲
سیم کی پھلی کی ایک قسم (butter beans) اس وقت جبکہ وہ دسترخوان پر چنی جائے۔	۱۳۹	۵	۸
تن بسکٹ (H&P) (water biscuit)	۲۴	⅞	۲
تلے کیپٹن بسکٹ (captain biscuit)	۲۵	⅞	۳
روٹی چھنے ہوئے آٹے کی	۳۸	۱¾	۳.۵
" بے چھنے ہوئے آٹے کی (Hovis)	۴۹	۱¾	۵
خشک کردہ کشمش	۳۴	۱¼	.
آٹا	۲۷	۱	۳
فورس (force)	۲۹	⅞	۳
+ گولڈن سرپ لائل کا (Lyle's golden syrup)	۲۷	۱	
+ شہد	۲۵	⅞	
کرونی (Macaroni)	۲۷	۱	۳.۵
+ مارملیڈ کوپر (Cooper) کا آکسفورڈ کا	۳۵	۱¼	
جئی کا آٹا (oat meal)	۳۰	۱	[illegible]
مٹر تازہ اُبلے ہوئے	۱۴۳	۴	[illegible]
آلو نئے اُبلے ہوئے	۱۳۲	۵	[illegible]
" پرانے " "	۱۱۵	۴	[illegible]
چاول تولے ہوئے (اور پھر دھوئے ہوئے)	۲۸	۱	[illegible]
ساگودانہ	۲۹	⅞	[illegible]

ان مقداروں میں پروٹین بھی موجود ہے

مندرجہ ذیل میں ۲۰ گرام کاربوہائڈریٹ موجود ہیں	گرام	یا اونس	گرام
+ شکر	۲۱	۳/۴	-
کساوا کی سوجی (tapioca)	۲۳	۳/۴	-

فہرست ب - نصف کاربوہائڈریٹی راتب (۱/۲ ک س)

پھل جو تازہ اور پختہ ہوں اِلّا اس صورت میں کہ اسکے خلاف بیان کیا جائے اور خوردنی حصہ کو تولا جاتا ہے۔

پھل

مندرجہ ذیل میں ۱۰ گرام کاربوہائڈریٹ موجود ہیں	گرام	اونس
سیب	۹۲	۳ ۱/۴
خوبانی (apricot) ، چھلکے سمیت لیکن گٹھلیوں کے بغیر	۱۶۲	۵ ۳/۴
کیلا	۵۶	۲
بلیک بیری (blackberries)	۱۴۷	۵ ۱/۸
شاہ دانہ (cherries)	۹۳	۳ ۱/۴
کشمش سیاہ	۱۶۷	۵ ۷/۸
کشمش سرخ	۲۵۵	۹
آلو بخارا (damsons)	۱۱۵	۴
گوس بیری (gooseberries)	۱۲۰	۴ ۱/۴
انگور	۷۲	۲ ۱/۲
گرین گیج (greengages)	۹۳	۳ ۱/۴
ییلو میلن (yellow melon)	۲۱۸	۷ ۳/۴
نارنگی	۱۲۷	۴ ۱/۲
آڑو	۱۱۸	۴ ۱/۸
ناشپاتی	۱۰۴	۳ ۵/۸
اناناس ٹین بند	۳۱	۱
پلم (Victoria) (plum)	۱۱۳	۴

	گرام	اونس
مندرجہ ذیل میں ۱۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں		
پرون (prunes) جو مع گٹھلیوں کے دھیمی آنچ پر پکائے ہوئے ہوں	۸۲	۳
رسّس بھری (raspberries)	۱۹۲	$6\frac{4}{5}$
اسٹابری (strawberries)	۱۷۷	$6\frac{1}{4}$

ان میں پروٹین ناقابلِ التفات ہے

سبزیاں

گروہ ۱

مندرجہ ذیل کی معمولی مقدار :—

چقندر، پیاز، سویڈی شلجم (swedes)، گاجر، پارسنپ (parsnip)، نصف چکوترا گریپ فروٹ (grapefruit)

گروہ ۲

مندرجہ ذیل کی اتنی مقدار کہ جتنی خواہش ہو :—

یورشلم آرٹی چوک (Jerusalem artichokes)، کرفس (celery)، مولی، کھیرا، ریوند چینی، اسپراگس (asparagus)، فرانسیسی پھلیاں (French beans)، بحری گوبھی (sea kale)، برسلز اسپروٹز (Brussel's sprouts)، اسفاناج (spinach)، کاہو (lettuce)، ٹماٹر، کرم کلہ (cabbage)، گھیا کدو (marrow)، سلاد آبی (watercress)، پھول گوبھی (cauliflower)، مسٹرڈ اینڈ کریس (mustard & cress)

فہرست ج۔ نصف شحمی راتب ($\frac{1}{2}$ ش ر)

مندرجہ ذیل میں ۵ گرام شحم موجود ہے	گرام	اونس	ان مقداروں میں اتنی پروٹین بھی موجود ہے گرام
مکھن	۶	$\frac{1}{4}$	
پنیر شڈر (cheddar)	۱۵	$\frac{1}{2}$	[illegible]

مندرجہ ذیل میں ۵ گرام شحم موجود ہے	گرام	اونس	ان مقداروں میں اتنی پروٹین بھی ہے گرام
پنیر، ہالنڈی (Dutch)	۱۴	$\frac{۱}{۲}$	۵
انڈا، ایک عدد	۵۶	۲	۶

475

مچھلی وغیرہ

خوردنی حصہ لیا جاتا ہے

مندرجہ ذیل میں ۵ گرام شحم موجود ہے	گرام	اونس	ان مقداروں میں اتنی پروٹین موجود ہے گرام
بلوٹرز (bloaters)، کباب کی ہوئی۔	۲۹	۱	۹
ایل (eel)، دھیمی آنچ پر پکی ہوئی۔	۲۸	۱	۳
ہرنگ (herring)، تلی ہوئی	۲۶	۱	۹
کپرز (kippers)، تنور میں بھنی ہوئی۔	۴۴	$۱\frac{۱}{۲}$	۱۰
میکرل (mackerel)، تلی ہوئی	۴۴	$۱\frac{۱}{۲}$	۹
سارڈینز (sardines)	۲۲	$\frac{۳}{۴}$	۴٫۵
سپراٹز (sprats)، دھوئیں میں سکھائی ہوئی اور کباب کی ہوئی۔	۲۱	$\frac{۳}{۴}$	۵٫۵
سفید مچھلی (white fish)، بھاپ سے پکائی ہوئی۔*	۷۰	$۲\frac{۱}{۲}$	۱۵
کیکڑا (crab)، بلا سیپی کے	۷۰	$۲\frac{۱}{۲}$	۱۵
جھینگا مچھلی، بلا سیپی کے*	۷۰	$۲\frac{۱}{۲}$	۱۵
چھوٹی جھینگا مچھلی، بلا سیپی کے*	۷۰	$۲\frac{۱}{۲}$	۱۵

* اس میں ۴ گرام مکھن ملاؤ

گوشت

	گرام	اونس	گرام
سور کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا گوشت، گردن کا پٹھہ اور ران کا۔	۱۵	$۱\frac{۱}{۲}$	۴
سور کی بے چربی کی ران، نمک لگائی ہوئی اور دھوئیں میں پکائی ہوئی۔	۳۷	$۱\frac{۱}{۲}$	۸٫۵

مندرجہ ذیل میں ۱۰ گرام شحم موجود ہے	گرام	اونس	ان مقداروں میں اتنی پروٹین موجود ہے گرام
گائے کی پیٹھ کا گوشت، بے چربی کا	۳۰	$1\frac{1}{2}$	۱۱
گوشت کا قتلہ دھیمی آنچ پر پکا ہوا (اس میں چربی نہیں ہے)۔	۵۸	۲	۱۸
بچھڑے کی پنڈلی کا گوشت، بے چربی کا، لپٹا ہوا بریاں کیا ہوا۔	۴۲	$1\frac{1}{2}$	۱۲٫۵
دیگر گوشت، بے چربی کا	۳۰	۱	۸

اعضا

	گرام	اونس	گرام
قلب، بریاں کیا ہوا	۳۴	$1\frac{1}{2}$	۸٫۵
گردہ، تلا ہوا	۵۵	۲	۱۵٫۵
جگر	۳۲	۱	۱۰
لبلبہ، دھیمی آنچ پر پکایا ہوا	۵۵	۲	۱۲٫۵
زبان، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی	۲۱	$\frac{3}{4}$	۴
اوجھڑی، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی	۵۳	۲	۱۵

مرغیاں بطخ وغیرہ

	گرام	اونس	گرام
چوزہ، بریاں کیا ہوا	۶۰	$2\frac{1}{4}$	۲۰
بطخ، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی	۲۱	$\frac{3}{4}$	۵
ہنس	۲۲	$\frac{3}{4}$	۹٫
پارٹرج (partridge)	۴۲	$1\frac{1}{2}$	۱۸
فیزنٹ (pheasant)	۵۴	۲	۱۹
ارنب (rabbit)، دھیمی آنچ پر پکایا ہوا	۳۳	$2\frac{1}{4}$	۱۷
پیرو (turkey)، بریاں کیا ہوا	۳۳	$2\frac{1}{4}$	۱۹٫۵

فہرست د - وہ غذا جس میں کاربوہائیڈریٹ شحم اور پروٹین موجود ہیں

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	[illegible]	ش ہ	گرام موجود ہیں
دودھ مکعب سنٹی میٹروں میں ناپا ہوا	۲۰۰	۷	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{4}$	

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	ل س	ش س	گرام موجود ہیں
	۳۷۰	۱۳	۱	۱½	۱۳
	۵۷۰	۲۰	۱½	۲	۲۰
بسکٹ					
باتھ آلیور (bath oliver) (۱½ ۲ بڑے)	۴۲	۱½	۱½	½	۴٫۵
بریکفاسٹ (breakfast) (۶) -(H & P)	۵۴	۲	۲	½	۵٫۵
کریم کریکر (cream cracker) (۶) -(H & P)	۵۷	۲	۲	۱	۴٫۵
پیٹی بیور (Petit Beurre) (۴½) P.F	۴۳	۱½	۱½	½	۴٫۵
شارٹ بریڈ (shortbread) (Grenock) ۲½ (P.F)	۳۳	۱½	۱	۱	۲٫۵
+ چاکولیٹ (chocolate) بورن ویل (Bournville)	۵۶	۲	½	۱½	۱۰
+ چاکولیٹ بریکفاسٹ (chocolate (cadbury) breakfast)	۲۶	۱	۱	-	۱۵
سپاریاں (nuts)					
برازیل (brazil)	۱۵	½	۰	۱	۲٫۵
چوز (chestnut)	۷۵	۲½	۱	½	۴٫۵
فلبرٹز (filberts) (۱۵ گرام ڈبل روٹی ملاؤ)	۱۵	½	½	۱	۴
اخروٹ	۱۶	½	-	۱	۳
مختلف نسخے					
+ ۱۔ فروٹ کیک (fruit cake)	۳۹	۱½	۱	½	۲

476

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	ل ٹ س	ش س	ک ب گرام موجود ہیں
+ ۲-۱ اسفنج کیک (sponge cake)	۲۷	۱¼	۱	½	۲
۳- پنیر کی لوازیں (cheese straws) نسخہ میں دی ہوئی مقدار کا ایک چوتھائی حصہ	۵۳	۱⅞	۱	۱	۸.۵
۴- پنیر کے ساتھ پکی ہوئی مکرونی (macaroni cheese)- نصف پڈنگ۔	۲۰۰	۷	۱½	۱½	۱۹.۵
۵- آلوؤں کا بھرتا - نصف مقدار	۱۲۰	۴⅕	۱	½	۲.۵
۶- (ا) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ، بھاپ سے پکائی ہوئی۔ نصف پڈنگ	۱۵۰	۵¼	۱½	۱	۱۱
(ب) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ، تنور میں بھنی ہوئی۔ نصف پڈنگ	۱۳۰	۴½	۱½	[illegible]	۱۱
۷- ڈبل روٹی اور مکھن کی پڈنگ۔ نصف پڈنگ	۱۷۰	۶¼	۱½	۱	۱۰.۵
۸- خوش مزہ پڈنگ۔ نصف پڈنگ	۲۱۰	۷	۱	۱½	۱۱
۹- (ا) سوئٹ (suet) کی پڈنگ بھاپ سے پکائی ہوئی نصف پڈنگ	۵۹	۲	۱	½	۴
(ب) سوئٹ کی پڈنگ، تنور میں بھنی ہوئی۔ نصف پڈنگ	۴۷	۱⅔	۱	۱	۴
۱۰- یارک شائر (Yorkshire) کی پڈنگ۔	۱۱۳	۴	۱½	۱	۱۱
۱۱- ڈبل روٹی کی بھرتی - نصف مقدار	۲۸	۱	½	½	۲

+ وہ غذائیں جن پر یہ نشان ہے ۱۰-۱۱ گرام سے زیادہ حل پذیر کاربوہائیڈریٹ پر مشتمل ہوتی ہیں اور صرف طبیب ہی ان کی اجازت دے سکتا ہے۔

نسخے

(۱) **فروٹ کیک**۔ ½ پونڈ آٹا۔ ½ پونڈ سمرنا کی کشمش۔ ¼ پونڈ شکر۔ ¼ پونڈ مکھن۔ ۲ انڈے۔ ۲½ اونس دودھ۔ ۱۰ گرام رائل بیکنگ پوڈر (royal baking powder) (ٹی سپون فل)۔ تنور میں ایک گھنٹہ۔

(۲) **سفنج کیک**۔ ۶ اونس آٹا۔ ¼ پونڈ شکر۔ ۲ اونس مکھن۔ ۲½ اونس دودھ۔ ۲ انڈے ۵ گرام بیکنگ پوڈر (ہموار ٹی سپون فل)۔ تنور میں ۲۵ منٹ۔

(۳) **پنیر کی لوزیں** (cheese straws)۔ ۷۰ گرام (۲½ اونس) پنیر {پرما (parma) کا} ۱۱۳ گرام (۴ اونس) آٹا، ۶۲ گرام (۲½ اونس) مکھن، ایک انڈے کی زردی، ½ اونس پانی، نمک، تیتا مرچ۔ آٹا چھان لو، مکھن ملا کر لو، گھس کر چھلا ہوا پنیر اور مسالے ملاؤ، اور خفیف طور پر پھینٹی ہوئی انڈے کی زردی اور پانی کے ذریعہ چپکاؤ کہ جس سے ایک سخت پیڑا بن جائے، اس کو ہلکے سے گوندھو، بیلن کے ذریعہ اسکو پتلا پھیلاؤ اور کاٹو۔ تنور میں مدت ۱۵ منٹ۔

(۴) **پنیر کے ساتھ پکی ہوئی مکرونی** (macaroni cheese)۔ ۴۵ گرام (۲ اونس) مکرونی {۴۵ گرام (۱½ اونس) سپگیٹی (spaghetti)}، چٹنی ۱۱ کے اجزا، ۶۲ گرام (۲½ اونس) شیڈر پنیر مکرونی کو پانی میں ایک گھنٹہ تک بھگوئے رکھو پھر نمک ملا کر جوش دو یہاں تک کہ نرم ہو جائے، پھر چھان لو تیز چٹنی تیار کر کے اس میں مکرونی اور بیشتر حصہ پنیر کا ملا دو، رائی اور نمک کے ذریعہ خوب مسالہ دار بناؤ، پھر پڈنگ کے کٹورے میں منتقل کرو، بقیہ پنیر کو پڈنگ کے اوپر چھڑک دو، اور تنور میں بھورا کرو۔ مدت ۴۵ منٹ۔

(۵) **آلوؤں کا بھرتا**۔ ۲۰۰ (۷ گرام) چھلے ہوئے پرانے آلوؤں کو جوش دو یہاں تک کہ وہ نرم ہو جائیں، پانی کو پھینک کر خفیف سی بھاپ دو تا کہ وہ پورے پک جائیں۔ اس طرح پکانے پر وزن میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی۔ ایک اونس دودھ، ۱۲ گرام (½ اونس) مکھن کے ہمراہ بھرتا بناؤ اور سیاہ مرچ ملاؤ۔

(۶) **پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ**۔ (ا) ۷۰ گرام (۲½ اونس) آٹا، ایک انڈا، ۲ اونس دودھ، ۱۲ گرام (½ اونس) مکھن تسلے کے لئے۔ آمیز کرو، پھینٹو اور ڈھانک کر رکھا رہنے دو گاہے گاہے پھینٹو۔ پھر بھاپ دینے والے ظرف کو گرم کرو،

جب کہ مکھن اچھی طرح پگھلا ہوا ہو ۔ مدت ایک گھنٹہ ۔ (ب) اس کو ۴۰ منٹ تنور میں بھونا جا سکتا ہے ۔

(۷) ڈبل روٹی اور مکھن کی پڈنگ ۔ ۷۵ گرام (۲ اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی ' ۱۲ گرام (½ اونس) مکھن ' ایک انڈا ' ۱۰ اونس دودھ ' ۱۲ گرام (½ اونس) بھرتا کی کشمش ۔ مدت دو گھنٹہ ۔

(۸) خوش ذائقہ پڈنگ ۔ ۷۵ گرام (۲ اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کے ٹکڑے ' ۱۲ گرام (½ اونس) مکھن ' ۲ انڈے ' ۷ اونس دودھ ' معتدل جسامت کا ایک پیاز ۔ مخلوط بوٹیاں یا کٹی ہوئی پارسلے (parsley) ' سیاہ مرچ اور نمک ۔ پیاز کے ٹکڑے کر کے نمکین پانی میں جوش دو یہاں تک کہ وہ نرم ہو جائے ' انڈوں کو پھینٹو ' اجزا کو آمیز کرو اور بوٹیوں ' سیاہ مرچ اور نمک کے ذریعہ خوب سالہ دار بناؤ ' کٹورے میں مکھن لگاؤ اور ۴۰ ۔ ۵۰ منٹ تک تنور میں بھونو ۔

(۹) سوئیٹ کی پڈنگ ۔ ۹۴ گرام (۳½ اونس) آٹا ۔ ۲۲ گرام (¾ اونس) ٹکڑے کی ہوئی سوئیٹ (Atora) ' ½ اونس دودھ ' ۴ گرام زائل بیکنگ پوڈر ' نمک ۔ آٹے ' بیکنگ پوڈر اور نمک کو چھان لو ۔ سوئیٹ ملاؤ ' پھر دودھ ڈال کر اس کو چھری کے ذریعہ خوب آمیز کرو ۔ آمیزہ کو ۶ انچ میں بیل پر ایک " ٹوپی " کی صورت میں لگانے کے لئے چاقو استعمال کرو ۔ (۱) اس کو چربی بند کاغذ کے ذریعہ ڈھانک دیا جاتا ہے اور ۹۰ منٹ تک بھاپ پر پکایا جاتا ہے یا (ب) تنور میں ۳۰ منٹ تک بھونا جاتا ہے ۔ (ج) اگر ایک سلورسائڈ سٹو (sliverside stew) میں ڈمپلنگ (dumplings) کی ضرورت ہو تو ۶۰ گرام (۲½ اونس) آٹا آمیزہ میں اور ۱۰ گرام (½ اونس) آٹا ڈمپلنگ کو ڈھانکنے کے لئے استعمال کرو ۔

(۱۰) یارک شائر (Yorkshire) کی پڈنگ ۔ وہی آمیزہ جو کہ ۱۵ میں ہے ' لیکن ڈش (dish) کو بھوننے کے لئے مکھن کی بجائے چربی (dripping) استعمال کرو ۔ تنور میں ۲۵ منٹ ۔

(۱۱) سفید چٹنی کا کھانا (pouring) ۔ ۱۴ گرام (½ اونس) آٹا ' ۱۴ گرام (½ اونس) مکھن ' ½ ۶ اونس دودھ ' نمک اور سیاہ مرچ ۔ مکھن کو پگھلاؤ اور آٹے کے ساتھ

آمیز کرو، دودھ کو آہستہ آہستہ ملاؤ، شروع سے آخر تک ہلاتے جاؤ، اور ہر اضافہ کے بعد جوش دو۔ ۵ منٹ تک جوش دو۔ مسالے ملاؤ۔

(۱۴) ڈبل روٹی کی بھرتی یا قیمہ کی بھرتی (force-meat) - ۲۹ گرام

(ایک اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کے ٹکڑے، ۱۲ گرام ($\frac{۱}{۲}$ اونس) مکھن، مارگرین (margarine) یا چربی (dripping)، $\frac{۱}{۴}$ اونس دودھ، مخلوط بوٹیاں، سیاہ مرچ اور نمک۔ مکھن کو روٹی کے ٹکڑوں میں ملا کر کوٹ، مسالہ ملاؤ، آمیز کرو، اور دودھ سے تر کرو۔ گائے کے گوشت یا بچھڑے کے گوشت کے پارچوں کے لئے جو سبزیوں میں لپیٹ کر دم پخت کئے جاتے ہیں، یا جگر کیلئے استعمال کرو۔ اس سے زیادہ مقدار میں پرندوں، شکار کے جانوروں گیلنٹائنز (galantines) یا مچھلی میں بھرنے کے لئے یا گولوں کی صورت میں بنا کر بائلنگ سٹاک (boiling stock) میں ۱۰ منٹ تک دم پخت کرنے کے لئے۔ پکانے میں ۶ گرام ($\frac{۱}{۴}$ اونس) آٹا استعمال کرنا چاہئے۔

۱۰۰ تم احرارے۔ نسبت لٹ اور ش کی = ۲ : ۱

($\frac{۱}{۲}$ ۶ لٹ س، $\frac{۱}{۲}$ ۶ ش س، ۶۴ گرام پ) ۱۳۰ گرام لٹ　۶۵ گرام ش　۶۴ گرام پ

		گرام	اونس	لٹ س	ش س	گرام پ
دن بھر	دودھ ۱۰ اونس ($\frac{۱}{۲}$ پائنٹ)	–	–	$\frac{۱}{۲}$	$\frac{۱}{۲}$	۷
	(۱ لٹ س، $\frac{۱}{۲}$ ش س) سبزیاں (فہرست ب)، نصف چھوٹے گریپ فروٹ بیت۔	–	–	$\frac{۱}{۲}$	–	–
ناشتہ	چھنے ہوئے آٹے کی روٹی	۲۷	۱$\frac{۵}{۸}$	۲	–	۷
	(۲ لٹ س، $\frac{۱}{۲}$ ۱ ش س) سور کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا گوشت گردن کا پٹھا اور ران کا، تلا ہوا (فہرست ج دو حصے)	۳۰	۱	–	۱	۸

477

	گرام	اونس	ل ر	ش ر	گرام پ
مکھن (فہرست ج، ۱ حصہ)	۶	¼	-	½	-
ٹماٹر (فہرست ب)					
شام کا کھانا					
(۱ ل ر ۲ ش ر) سور کی ران نمک لگائی ہوئی اور دھوئیں میں بریاں کی ہوئی (فہرست ج ۲ حصے)	۸۰	۳	-	۱	-
اُبلے ہوئے آلو پرانے (فہرست و ۱ حصہ)	۱۱۵	۴	۱	-	۲
مکھن (فہرست ج ۲ حصے)	۱۲	¾	-	۱	-
سبزیاں (فہرست ا)					
نصف چھوٹا گریپ فروٹ					
چائے سلاد (فہرست ب)					
(½ ل ر ۱ ش ر) ڈبل روٹی (فہرست و ½ حصہ)	۱۹	⅝	½	-	۱۵۵
انڈا (۱) یا سارڈین مچھلیاں (فہرست ج ۱ حصہ)	۲۲	¾	-	½	۲۷۵
مکھن (فہرست ج ۱ حصہ)	۶	¼	-	½	-
رات کا کھانا ٹھنڈا پنیر (فہرست ج ۲ حصے)	۳۰	۱	-	۱	۹
(۲ ل ر ½ ۱ ش ر) مکھن (فہرست ج ۱ حصہ)	۶	¼	-	½	-
ڈبل روٹی	۵۷	۲	۱½	-	۵
پھل (فہرست ب ۱ حصہ)			½	-	-
			۹½	۹½	۲۲

۱۸۰۰ حرارے نسبت ل اور ش کی ۱:۲.۷

(۹½ ل ر ۹½ ش ر ۲۲ گرام پ) ۷۵ گرام ل ۵ گرام ش ۲۲ گرام پ

		گرام	اونس	ک م	ش م	گرام بیپ
دن بھر	دودھ ۱۰ اونس (۱/۲ پائنٹ)	-	-	۱/۲	۱/۲	۷
	سبزیاں (فہرست و) نصف چھوٹے گریپ فروٹ سمیت	-	-	۱/۲	-	-
ناشتہ	ڈبل روٹی	۱۱۴	۴	۳	-	۱۰٫۵
(۳ ک م، ۱/۲ ش م)	سور کا نمک لگا ہوا اور سکھایا گوشت، گردن کا یا پٹھا اور ران کا تلا ہوا (فہرست ج ۲ حصے)	۳۰	۱	-	۱	۸
	ٹماٹر (فہرست ب)					
	انڈا (۱) (فہرست ج ۲ حصے)	-	-	-	۱/۲	۶
	مکھن (فہرست ج ۲ حصے)	۱۲	۳/۸	-	۱	-
شام کا کھانا	بے چربی کا گوشت (فہرست					
(۱ ک م، ۲ ش م)	ج ۲ حصے)	۹۰	۳ ۱/۸	-	۱	۱۴
	اُبلے ہوئے آلو یا پتے (فہرست و ۱ حصہ)	۱۱۵	۴	۱	-	۲
	مکھن	۱۲	۳/۸	-	۱	-
	سبزیاں (فہرست و)					
	نصف چھوٹا گریپ فروٹ					
چائے	سلاد (فہرست و)					
(۱/۲ ک م، ۱ ش م)	ڈبل روٹی (فہرست و ۱/۲ حصہ)	۱۹	۵/۸	۱/۲	-	۱٫۵
	مکھن	۶	۱/۴	-	۱/۲	-
	سارڈین مچھلیاں (فہرست ج ۱ حصہ)	۳۲	۵/۴	-	۱/۲	۲٫۵
رات کا کھانا	شڈ پنیر (فہرست ج ۳ حصے)	۴۵	۱ ۵/۸	-	۱ ۱/۲	۱۳٫۵

	گرام	اونس	لٹ ر	ش ر	گرام پ
مکھن	۱۲	¾	–	۱	–
ڈبل روٹی	۹۵	۳½	۲½	–	۸٫۵
پھل (فہرست ب، ۱حصہ)	–	–	½	–	–
			۸½	۸½	۷۷٫۵

۲۲۰۰ حرارے ۔ نسبت لٹ اور ش کی ۱:۲

(½ ۱۰ لٹ ر ½ ۱۰ ش ر ۷۸ گرام پ) ۲۱۰ گرام لٹ ۸۰۵ گرام ش اور ۷۸ گرام پ)

		گرام	اونس	لٹ ر	ش ر	گرام پ
دن بھر	دودھ ۱۰ اونس (½ پائنٹ)	–	–	½	½	۷
(لٹ ر ½ ش ر)	سبزیاں (فہرست ب) نصف چھوٹے گریپ فروٹ سمیت	–	–	½	–	–
ناشتہ	ڈبل روٹی	۱۱۴	۴	۳	–	۱۴
(½۲ لٹ ر ۲ ش ر)	سور کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا گوشت، گردن یا پٹھا اور ران کا تلا ہوا (فہرست ج ۲ حصے)	۳۰	۱	–	۱	۸
	ٹماٹر (فہرست ب)	–	–	–	۱	–
	انڈے (۲) (فہرست ج ۲ حصے)	–	–	–	۱	۱۲
	مکھن (فہرست ج ۲ حصے)	۱۲	¾	–	۱	[illegible]
	پھل (فہرست ب ۱ حصہ)	–	–	½	–	–
شام کا کھانا (½ لٹ ر ۳ ش ر)	ابلی مچھلی دھیمی آنچ پر پکی ہوئی (فہرست ج ۳ حصے)	۸۵	۳	–	۱½	۹
	اُبلے ہوئے آلو (فہرست و ۱ حصہ)	۱۱۵	۴	۱	–	[illegible]

478

		گرام	اونس	لک س	ش س	گرام پ
	ڈبل روٹی (فہرست و ۱/۲ حصہ)	۱۹	5/8	1/2	—	۱٫۵
	مکھن (فہرست ج ۳ حصے)	۱۸	5/8	—	1 1/2	—
چائے	سلاد (فہرست ب)					
(لک ۱ ش س)	ڈبل روٹی (فہرست و ۱ حصہ)	۳۸	1 3/8	1	—	۳٫۵
	سارڈینز (فہرست ج ۱ حصہ)	۲۲	3/4	—	1/2	۴٫۵
	مکھن (فہرست ج ۱ حصہ)	۶	1/4	—	1/2	—
رات کا کھانا	شیڈر پنیر (فہرست ج ۳ حصے)	۴۵	1 5/8	—	1 1/2	۱۳٫۵
(۳ 1/2 لک ۳ ش س)	ڈبل روٹی (فہرست و ۳ حصے)	۱۱۴	۴	۳	—	۱۴
	مکھن (فہرست ج ۳ حصے)	۱۸	5/8	—	1 1/2	—
	پھل (فہرست ب ۱ حصہ)	—	—	1/2	—	—
				10 1/2	10 1/2	۸۹٫۰

طبعی درجہ پر لانے کے لئے اکثر خود ہی کافی ہوں گی، لیکن کیٹونیت سے بچنا چاہئے۔ یہی احتیاطیں ہیں کہ جن میں بلند کاربوہائیڈریٹ اور پست شحم والی غذا بھی کامیابی کے ساتھ استعمال کی جاسکتی ہے بغیر اس کے کہ انسولین دیجائے۔ تاہم نوعمر مریضوں میں خواہ انکی حالت کیسی ہی خفیف درجہ کی ہو، انسولین کا علاج فی الفور شروع کر دینا چاہئے، تاکہ مرض خراب تر نہ ہونے پائے، اور ساتھ ہی جزائر کو آرام کا موقع ملنے سے کسیقدر شفابخش اثر بھی پیدا ہوسکے۔ عموی معدم حس دوا کے استعمال سے نصف گھنٹہ قبل ڈیکسٹروس (۲ اونس کے قریب) دے دینی چاہئے، اور اس سے نصف گھنٹہ قبل انسولین کی ۲۰ اکائیاں۔

علاج ما بعد (after-treatment)۔ مریضوں کو یہ سکھلا دینا چاہئے کہ وہ خود کو انسولین کی پچکاری کس طرح لگائیں، اور انہیں شکر کے لئے امتحان بول کا طریقہ بھی جاننا چاہئے۔ معمر مریضوں میں انسولین کا استعمال کسی وقت بھی موقوف کیا جاسکتا ہے، اور اس سے کوئی نقصان نہ ہوگا۔ نیز ممکن ہے کہ اس کا استعمال جاری

رکھنا غیر ضروری ہو جائے۔ نوعمروں میں انسولین کی مقدار اعظم ہونی چاہیے کہ جس کا مریض متحمل ہو سکے بغیر اس کے کہ علامات پیدا ہوں۔ طبعی دیابیٹز کلوی کے ساتھ پیشاب ہمیشہ خالی از شکر اور کیٹونیت کے لئے راتھیرا کا امتحان ہمیشہ منفی ہونا چاہیئے۔ اکثر راتھیرا کا مثبت امتحان اُس وقت پایا جاتا ہے جب کہ انسولین بے حد کم استعمال کی جا رہی ہو' جس سے دموی شکر طبعی درجہ سے اوپر رہتی ہے (14) لیکن وہ اُس وقت بھی مثبت پایا جاتا ہے جب کہ غذا میں کاربوہائڈریٹ از حد کم اور چربی از حد زیادہ ہوتی ہے' لہٰذا جب ایسی حالت ہو تو غذا میں کچھ ترمیم کرنی چاہیئے۔ اگر مریضوں کو خلاف عادت عضلی ورزش کرنا ہو تو انھیں انسولین کم لینی چاہیئے' کیونکہ ورزش دموی شکر کو کم کر دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایک مریض جس کا علاج ابھی بیان کئے ہوئے اصول پر کیا جا رہا ہے کچھ عرصہ کے بعد یہ محسوس کرے کہ انسولین کی وہ مقدار جس کا وہ عادی ہے حد سے زیادہ ثابت ہو رہی ہے' کیونکہ اُسے قلیل شکر دمویتی ردعمل محسوس ہو رہے ہیں۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ اُس کی حالت میں اصلاح ہو رہی ہے اور اُس مقدار کو کم کرنا چاہیئے۔ اگر انسولین سے شفایابی ممکن ہے تو شفاء کامل کے لئے یقیناً چند سال کی ضرورت ہوگی۔

سرایت۔ جب مریض کو کوئی حاد سرایت' مثلاً التہاب لوزتین' انفلوئنزا' خسرا' ذات الریہ' معدی معوی التہاب وغیرہ ہو جاتا ہے' تو جسم کو انسولین کی زیادہ احتیاج ہو جاتی ہے۔

(ا) اگر معمولی غذا لی جا رہی ہے تو انسولین کی معمولی مقدار دی جاتی ہے۔ پیشاب کا امتحان ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے کرنا چاہیئے' اور اگر شکر ظاہر ہو تو دوپہر کے کھانے سے پہلے یا وسط شب میں (ایک بار رات کا کھانا اور وسکی) انسولین کی ایک تازہ مقدار استعمال کرنا چاہیئے۔ ممکن ہے کہ انسولین کی مقدار میں تدریجی زیادتی بھی ضروری ہو۔ لیکن جوں ہی کہ تپش گر جائے اور پیشاب خالی از شکر ہو' لازماً اور فی الفور کم کر دینا چاہیئے۔

(ب) فرض کرو کہ غذا نہیں لی جا رہی ہے (مثلاً اگر قئے موجود ہے)۔

(۱) اگر پیشاب میں شکر موجود ہے تو انسولین کی پوری مقدار معمولی وقت پر دینی

چاہیئے، اور پیشاب کا امتحان ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے کر کے جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے اِنسولین میں تازہ اضافے کئے جائیں۔ (۲) اگر پیشاب میں شکر موجود نہ ہو تو اِنسولین معمولی مقدار سے آدھی دینی چاہیئے، اور ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے امتحان بول کر کے اگر ضرورت ہو تو اِنسولین کی تازہ مقداریں دی جائیں۔ دونوں حالتوں میں یہ بہتر ہو گا کہ اِنسولین سے آدھ گھنٹہ بعد گلوکوس ۱۰ فی صدی محلول میں (۱ گرام فی اکائی) دینا چاہیئے۔

479 **ذیابیطسی قوما** (diabetic coma)۔ ذیابیطسی قوما کے آغاز میں اِنسولین کی ایک بڑی مقدار (مثلاً ۴۰ اکائیاں)، کچھ تو تحت الجلدی راہ سے اور کچھ درون وریدی راہ سے، دینا چاہیئے، جس کے ہمراہ ۴۰ گرام شکر ایک پائنٹ پانی میں دینی چاہیئے اور تحت الجلد اشراب مع شکر کے ہر چوتھے گھنٹے مکرر دینا چاہیئے، یہاں تک کہ پیشاب کیٹونی اجسام سے مبرا ہو جائے۔ اس کے بعد انسولین مع شکر کے نسبتہً قلیل تر مقداروں میں زیادہ طویل وقفوں سے جاری رکھیں۔ جب جب پیشاب ہو اُس کے ہر نمونہ کا امتحان کرنا اہم ہے، اور اگر تین یا چار گھنٹے تک امتحان کے لئے پیشاب نہ ہوا ہو تو اُس کا نمونہ حاصل کرنے کے لئے قاثاطیر استعمال کرنا چاہیئے۔ اِن احتیاطوں سے کام لینے کی وجہ یہ ہے کہ ایسے قوی علاج جو ذیابیطسی قوما کے لئے ضروری ہوتا ہے، مریض کو درمیان میں ہوش آئے بغیر نہایت آسانی کے ساتھ قلیل شکر دموی قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔ اگرچہ بیان کردہ طریقہ سے شکر دینے پر ایسا ہونا خلاف قیاس ہے۔

اس کے علاوہ علاج کا ایک نہایت اہم طریقہ یہ ہے کہ ایسے سیّال کی بڑی مقداریں دی جائیں، جس میں شکر اور شاید سوڈیئم بائی کاربونیٹ موجود ہو۔ اِس کے اثر سے سیلانِ بول جاری رہ کر زہری ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کے خارج ہونے میں مدد ملے گی جو غالباً ذیابیطسی قوما کا سبب ہوتا ہے۔ بے ہوش مریض میں اِس سیّال کو دینے کے لئے ایک معدی انبوبہ، انبوبۂ آئن ہارن (Einhorn's tube) یا ایک لمبا انفی انبوبہ اور ایک قیف ضروری ہیں۔ مریض کو دائیں کروٹ پر لٹا دیا جاتا ہے تاکہ سیّال جاذبہ کے اثر سے فوراً اثنا عشری میں چلا جائے۔

ایک پائنٹ گرم عقیم ہم تنشی محلول ہر گھنٹہ دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ آزادانہ سیلانِ بول قائم ہو جائے۔ اگر مریض قئے کرے تو اس علاج کو ہرگز موقوف نہیں کرنا چاہئے بلکہ اس کے استعمال کی اصلی مدت کو زیادہ طویل کر دینا چاہئے تاکہ معدے کا تمدد نہ پیدا ہو سکے۔ بار بار امتحان کرکے یہ دیکھنے کی احتیاط عمل میں لانا چاہئے کہ کششِ کا اذیما نمو یاب نہ ہونے پائے۔ ایسا علاج ۲۴ تا ۴۸ گھنٹے کرنے کی ضرورت ہوگی قبل اس کے کہ گہرے قوما کی حالت میں ہونے کے بعد مریض کامل طور پر ہوش میں آئے۔ جب مستعدی کے ساتھ علاج کے باوجود موت واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ اس کا سبب یوریا دمویت ہو، کیونکہ ایسی متعدد اصابتوں میں دموی یوریا بلند پایا گیا ہے (12,13)۔ مریض کو لٹا کر رکھنا چاہئے تاکہ فشلِ قلب نہ ہونے پائے۔

قلیل شکر دمویت (hypoglycæmia)۔ قلیل شکر دمویت کے علامات اس سے پہلے درج ہو چکے ہیں۔ علاج کے ابتدائی درجوں میں شدید قلیل شکر دمویت کا خطرہ نہیں ہوتا، بشرطیکہ علاج صحیح طور پر کیا جا رہا ہو۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ شدید عضلی محنت سے قلیل شکر دمویت پیدا ہو جائے، بالخصوص اس وقت جب کہ بلند کاربوہائیڈریٹ والی غذا کا تحول واقع کرنے کے لئے انسولین کی بڑی مقداریں لی جا رہی ہوں۔ مریضوں کو چاہئے کہ ناگہانی ضرورت کے موقع پر کھانے کے لئے اپنے ساتھ شکر کے کچھ ڈلے رکھیں۔

قلیل شکر دمویتی قوما (hypoglycæmic coma) کے علامات کچھ حد تک ذیابیطسی قوما کے برعکس ہوتے ہیں۔ پسینہ بکثرت آتا ہے، نبض ممتلی اور مشرف ہوتی ہے، وریدیں نمایاں طور پر ابھر آتی ہیں۔ ممکن ہے کہ پھیپھڑوں کا کچھ اذیما اور اس کے ساتھ ہی زراق اور سیال نفث ہو۔ مریض متشنج ہوتا ہے اور پیشاب میں کیتون نہیں ہوتے۔ ایک مریض نے شکایت کی کہ وہ سانس نہیں لے سکتا۔ فالج نصفی (hemiplegia) بھی بیان کیا گیا ہے۔ قلیل شکر دمویتی قوما کی حالت میں ایڈرینالین (۱۰۰۰ میں ۱) کے ۱۵ تا ۰ قطروں کا تحت الجلدی اشراب کیا جا سکتا ہے، یا اگر اس سے ناکامی رہے تو پیٹیوٹرین (pituitrin) کی بھی مقدار دی جا سکتی ہے۔ یہ علاج صرف اسی وقت

نفع بخش ہوگا جب کہ جگر میں گلائکوجن کا اچھا ذخیرہ موجود ہو۔ دہن کی راہ سے یا معدئی أنبوبہ کے ذریعہ بکثرت شکر (شکر نیشکر یا ڈیکسٹروس کے ہ تا ۸ اونس) دی جاتی ہے۔ اگر مریض کو جلد ہوش نہ آجائے تو ڈیکسٹروس کے ۵ یا ۱۰ فی صدی محلول کا دروں وریدی اشراب کیا جاتا ہے۔

خود بخود بیش انسولینیت (spontaneous hyperinsulinism)۔

ایک انسولین کے استعمال سے متعلق قلیل شکر دمویت کا ذکر کیا گیا ہے۔ خود بخود بیش انسولینیت جزیرۂ لینگرہارن کے خلیات کے سلعہ یا بیش تکوین کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ شائی قلیل شکر دمویتی علامات کی اصابتیں بیان کی گئی ہیں جن میں غشی یا تو اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ مریض بہت مدت تک کچھ نہ کھائے، اور ان اصابتوں میں شکر دینے سے افاقہ ہو جاتا ہے۔ عملیہ کے ذریعہ بعض اوقات تسیبی حالت معلوم ہو گئی ہے، اور ضرر کو کامیابی کے ساتھ دور کر دیا گیا ہے۔ عمیق لاشعاع کو ایک متبادل طریقۂ علاج سمجھا جا سکتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں طبعی لبلبہ پایا گیا ہے، اور علامات کا سبب کیا ہے یہ مسئلہ حل نہیں ہوا۔ کاہے جبکہ سبب ہوتا ہے، گو کہ جگر سے قلیل شکر دمویت ہونے کے یہ معنی ہیں کہ بہت وسیع ماؤفیت موجود ہے، لہٰذا کبدی قلت کی دیگر امارات کی توقع کرنی چاہئے۔ ایک امکان ذیل میں درج ہے، گو کہ اس کا ثبوت ہنوز مفقود ہے۔

مقدم نخاعی قلت۔ غدۂ نخامیہ کے مقدم لخت کے بہت سے افعال میں سے ایک یہ ہے کہ انسولین کا تضاد العمل کیا جائے۔ چنانچہ کبر الجوارح (acromegaly) کا ذیابیطس مشہور و معروف ہے۔ تجربہ پر یہ پایا گیا ہے کہ اگر ایک لبلبہ ربودہ کتے میں نخامیہ کو بھی دور کر دیا جائے، تو حیوان کا ذیابیطس جاتا رہتا ہے اور دموی شکر ممکن ہے طبعی کے اوپر سے نیچے آجائے۔ اگر نخامیہ کو تنہا دور کیا جائے تو انسولین کا طبعی تضاد العمل مفقود ہوتا ہے، اور فاقہ کشی یا ورزش کے بعد قلیل شکر دمویت بآسانی واقع ہو جاتی ہے، جس کا علاج شکر دے کر کیا جا سکتا ہے۔ ایسی اصابت میں مقدم نخامیہ کی تجہیزات آزمائی جا سکتی ہیں۔ قلیل شکر دمویت، سمانڈ کے مرض (Simmond's disease) (جو ملاحظہ ہو) کے نام نہاد

نخامی ضعف (pituitary cachexia) میں مشاہدہ کی گئی ہے۔

تعلیل شکر دمویت کی دیگر اصابتیں یہ ہیں:۔ وافر عضلی ورزش مثلاً لمبی دوڑ دوڑنے والوں میں، یا گلائکوجن کے ذخیروں کا ختم ہو جانا درقیہ کھلاتا ہے۔ ملاحظہ ہو ضمیمہ صفحہ 504۔

غدۂ درقیہ

(THYROID GLAND)

طبعی غدۂ درقیہ میں ایسے خلیات موجود ہوتے ہیں، جو کولائڈ کا افراز پیدا کرتے ہیں، اور اس کولائڈ سے ایک آیوڈین شامل رکھنے والی قلمی شئے علیحدہ کیگئی ہے جس کو تھائراکسین (thyroxin) کہتے ہیں۔

انسانی جسم میں طبعاً اس شئے کے تقریباً ۸ ملی گرام موجود ہوتے ہیں۔ یہ ہمیشہ آہستہ آہستہ منتج ہے [غالباً ڈائی آیوڈو ٹائروسین (di-iodo-tyrosine) (48) کے درجوں سے ہو کر] اور تلف ہوتی رہتی ہے۔ جوں ہی کہ غدہ کے حویصلات کو استرکرنے والے خلیات کولائڈ کا افراز کرتے ہیں یہ کولائڈ حویصلات کے اندر مدخور ہو جاتا ہے۔ چنانچہ اس کے مدخور ہو جانے کے بعد یہ خلیات چپٹے اور ساکن ہو جاتے ہیں۔ فعال افرازی خلیے مکعب یا استوانی ہوتے ہیں۔ یہ عنبیات کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں اور ان میں تمام عروق شعریہ کی وافر رسد پہنچتی ہے۔ مفرزہ تھائراکسین یا تو خارج ہو کر انھیں شعریات کے اندر چلی جاتی اور اس طرح دوران خون میں داخل ہو جاتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ کولائڈ کے طور پر عنبیات کے اندر مدخور ہو کر ایک حویصلہ پیدا کردے۔ افرازی خلیے اس مرحلے تا درجہ میں ساکن ہو جاتے ہیں۔ درقیہ کی فعالیت افرازی زیادتی سے اور کولائڈ کے اخراج سے ظاہر ہوتی ہے۔ یہ اخراج غالباً استر کرنے والے خلیوں کے درمیان کی درزوں میں سے ہوتا ہے (15)۔ تھائراکسین کی تاثیر یہ ہے کہ یہ مشارکی عصبی نظام کو تہیج کرتی ہے، شائد فوق الکلوی لب کا تہیج کرکے، کیونکہ

خون کے اندر ایڈرینین (adrenin) کی ایک زیادتی پائی جاتی ہے۔ جیسا کہ پہلے سمجھایا گیا ہے، درقی فوق الکلوی آلہ جگر کو تہیج کرکے گلائکوجن کو گلوکوز کی شکل میں جوئے خون کے اندر منتقل کرتا ہے۔ تنفسی تبادلہ زیادہ ہوجاتا ہے اور جسمانی تپش بلند ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ بیرونی سردی میں تکشف ہونے سے اس آلہ کی وظیفی فعالیت زیادہ ہوجاتی ہے اور حرارت اس آلہ کا امتناع کرتی ہے اور اس آلہ پر جراثیمی سمیات کا عمل ہونے سے شاید بخار پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ دراں حالیکہ فوق الکلیہ کا فعل سریع اور مختصر ہوتا ہے، تھائراکسین کا فعل سست اور دیرپا ہوتا ہے۔ کیلسیم کے تحول پر درقیہ کی تاثیر جنوز العینی گائٹر کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے۔

گائٹر کی اصطلاح سے غدۂ درقیہ کی کلانی مراد ہے۔ یہ مندرجۂ ذیل شکلوں میں واقع ہوتی ہے:— (۱) بیشِ پرورش جس کے ساتھ حویصلات اور افرازی عنیبات غدہ میں منتشر طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ بلوغ، حمل اور سن یاس کا گائٹر ہے اور ممکن ہے کہ یہ مبیض برآری (oöphorectomy) اور بعضی مرض (ovarian disease) کے بعد بھی واقع ہوجائے۔ (۲) کولائڈ گائٹر (colloid goitre)۔ (۳) کیسہ بند غدی سلعہ (encapsulated adenoma) جو جامد یا دَوَیری ہوسکتا ہے (یہ تین کلانیاں مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث گائٹر کی شکلیں ہیں)۔ (۴) اوّلی جحوظی گائٹر (primary exophthalmic goitre)۔ (۵) ثانوی مرضِ گریو (secondary Graves' disease) یا سمّی غدی سلعہ (toxic adenoma)۔ (۶) مرضِ جیٹ۔

مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث گائٹر

(endemic or sporadic goitre)

بحثِ اسباب۔ گائٹر بعض مقامات میں کثیر الوقوع ہے۔ وہ انگلستان میں ڈربی شائر (Derbyshire) میں اور انگلستان کے مغرب اور

جنوب مغرب اور ویلز (Wales) میں ہوتا ہے (16)۔ اور شہروں کے نسبت اضلاع میں زیادہ عام ہے۔ براعظم یروہ سیوائی (Savoy)' سوئزرلینڈ' شمالی اطالیہ' ٹائرال (Tyrol) اور اسٹائریا (Styria) کے پہاڑی خطوں میں کثیر الوقوع ہے۔ لیکن وہ صرف پہاڑیوں میں محدود نہیں' بلکہ اُن کے نیچے کے میدانوں میں دیہات تک پھیلتا ہے۔ مقامی الحدوث گائٹر غالباً آیوڈین کی قلت یا غیر موجودگی کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے' اور ایسے اشخاص میں ہونے کا رجحان رکھتا ہے جو سمندر سے دور رہتے ہیں۔ نیز وہ آیوڈین کی ضرورت کی زیادتی سے پیدا ہوجاتا ہے' جو پوری نہ کی گئی ہو۔ اس ضرورت کو زیادہ کرنے میں بہت سے عاملات حصہ لے سکتے ہیں۔ آب نوشیدنی کا زمین کے اندر کے کسی نامیاتی مادے سے ملوث ہوجانا جو ممکن ہے برازی ہو۔ سرایت' کیونکہ بعض اوقات حاد گائٹر وبائی شکل میں واقع ہوتا ہے (17)۔ شناخت ناشدہ مادے [شاید سایانینز (cyanins)] جو کہ تھائی رکسین کا امتناع کرتی ہیں] کرم کلہ اور بعض دیگر سبزیوں میں۔ شحم کثرت سے کھانا۔ بلوغ اور حمل۔ تجربی حیوانوں میں' حیاتین (ا و رج کا فقدان' خواہ کتنی ہی آیوڈین موجود ہو (47)۔ گائٹر عورتوں اور نوعمروں میں نہایت عام ہے۔ غیر گائٹری اضلاع میں واقع ہونے والے انفرادی الحدوث گائٹروں کی توجیہ بھی انہیں اصول پر کیجا سکتی ہے۔ مقامی الحدوث گائٹر اکثر مخاطی اُذیما اور قماءت کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔

امراضیات۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے' آیوڈین کی قلت غدے کی فعالیت کو تحریک پہنچاتی ہے' جس کے ساتھ ہی افرازی خلیات کا تکاثر ہو کر لیفی ہیکل اور دموی رسد کی زیادتی اور کولائڈ کی غیر موجودگی پائی جاتی ہے۔ اس عمل کے کسی بھی درجہ میں غدے کی حالت میں تکمش واقع ہو کر شفائے کامل ہوسکتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ اس فعال درجہ کے چند سال بعد دو اقسام کا انحطاط واقع ہوجائے:۔ (الف) خلیات کا ذبول ہو کر اُن کے بجائے لیفی ناسیجات پیدا ہو کر لیفیت اور ذو بری تکوین ہو' یا (ب) غدے کی بڑی کلانی واقع ہو کر جس کے ساتھ اس کے کولائڈ میں زیادتی ہوجائے'

(کولائڈی گائٹر) یہ سابقہ فعالیت کے زمانہ کے بعد جو کہ آیوڈین کی ضرورت کے باعث پیدا ہوا تھا غدہ کا استراحتی درجہ ہے، کہ جس میں کولائڈ اور آیوڈین جمع ہو جاتے ہیں۔ درقیہ کے غدی سلعات خلوی باقیات (cell rests) سے پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ اسی تہیج کے تحت بڑھ جاتے ہیں کہ جس سے کولائڈی گائٹر پیدا ہوتا ہے۔ کولائڈی گائٹروں سے غدی سلعات کی تفریق پورے طور پر واضح نہیں اور درمیانی اشکال عام ہیں۔ غدی سلعات بھی کشش، ذبول، دوبری تکوین یا کولائڈی تکوین کے وہی مدارج طے کر سکتے ہیں جو سارے غدے میں واقع ہوا کرتے ہیں۔ بالعموم غدی سلعات متعدد ہوتے ہیں اور سن بلوغ کے قریب قریب نمویاب ہوتے ہیں۔ گائٹر کی جسامت گردن کے دونوں جانب ایک اوسط درجہ کے ابھار سے لے کر ایک ایسے تودہ تک جو بندھی ہوئی مٹھی یا جنینی سر کے برابر ہو اختلاف پذیر ہوتی ہے، اور وہ عظم القص کے بالائی حصے کے سامنے لٹکا ہوا ہوتا ہے۔ ان گائٹروں کی طرح جو سوئزرلینڈ اور سیوائی میں اس قدر عام طور پر پائے گئے ہیں لمفی غدہ آسا گائٹر میں غدہ کے اندر سرطانی ترتیب اور لمفی خلیات کا اجتماع اور بالآخر لیفیت پائی جاتی ہے۔ حیاتین د کی قلت اس کا ایک سبب ہے۔

علامات۔ اکثر گردن کی کلانی اور بدنمائی کا احساس ہی تنہا علامات ہوتے ہیں۔ اگر گائٹر بہت بڑا ہے تو ممکن ہے کہ مری پر دباؤ پڑنے سے عسر البلع یا قصبۃ الریہ یا بازگرد حنجری اعصاب کے انضغاط کی وجہ سے بہر موجود ہو۔ اگر بڑھے ہوئے غدے کے مقامی اثرات کے علاوہ کوئی دوسرے علامات ہوں تو وہ درقیہ کے فعل کی تخفیف یعنی قلیل درقیت پر دلالت کرتے ہیں (ملاحظہ ہو مخاطی آذیما)۔ کولائڈی گائٹر میں اساسی تحول طبعی یا قدرے گھٹا ہوا ہوتا ہے۔

سرطان عموماً ادھیڑ عمر کے بعد ہوتا ہے اور ایک سخت، سریع النمو سلعہ پیدا کر دیتا ہے، جو گرد و پیش کے حصوں میں دررریز ہو کر ان پر دباؤ ڈالتا ہے۔ جب گائٹر کا سبب سرطان یا لحمی سلعہ ہوتا ہے تو عموماً غدے کے افعال جاری رہتے ہیں۔ اور اگر ایسی حالت میں داخلی اعضا میں ثانوی بالیدیں موجود ہوں تو درقیہ کے استیصال کلی سے مخاطی آذیما نہیں پیدا ہوتا۔

تشخیص۔ کسی کلائی کی درقیتی نوعیت اِس سے ثابت ہوتی ہے کہ وہ نگلنے کے عمل کے دوران میں حنجرہ کے ساتھ ساتھ اوپر اور نیچے حرکت کرے۔

علاج۔ مقامی الحدوث گائٹر کے رقبوں میں حفظ ما تقدم کا طریقہ یہ ہے کہ موسم بہار اور موسم خزاں میں دس دن تک روزانہ ۱۰ء۰ گرام سوڈیئم یا پوٹاسیم آیوڈائڈ استعمال کیا جائے۔ سوئزرلینڈ کی ریاست اپین زیل (Canton of Appenzell) میں نمک کے ہر کلوگرام کے ساتھ ۲۵ء۰ تا ۵ء۰ گرام پوٹاسیم آیوڈائڈ شامل ہوتا ہے تاکہ تمام باشندوں کو اس کا کچھ حصہ ضرور پہنچ جائے۔ غذا کی غیر طبعی حالتیں، جو کہ بحث اسباب میں بیان کی گئی ہیں، درست کردینی چاہئیں۔ دوران حمل میں ماں کا علاج کرنے سے بچہ میں پیدائشی گائٹر رد کیا جا سکتا ہے۔ گائٹر کے ابتدائی ترین درجہ کے علاج میں، اس وقت جب کہ غدی سلعات موجود نہیں ہوتے، آیوڈین کا داخلی استعمال صبغیہ کی صورت میں روزانہ ۲ یا ۳ قطروں کی مقداروں میں کیا جا سکتا ہے۔ آیوڈین کے استعمال سے غدی سلعی گائٹر کے فعل کی کثرت ہو گئی ہے اور ممکن ہے کہ آیوڈین کا مزید استعمال کئے بغیر جیش درقیت نا قابل اندمال تک جاری رہے۔ آیوڈین حقیقی جحوظی گائٹر کی جیش درقیت کو زیادہ نہیں کرتی۔ تنوبا فتہ کولائڈی گائٹر میں آیوڈین کا علاج چنداں کامیاب نہیں، اور خلاصۂ درقیہ کو آزمانا چاہئے۔ نہایت سخت اور نہایت بڑے گائٹروں میں اور خبیث مرض میں، بشرطیکہ یہ کافی ابتدائی درجوں میں شناخت کر لئے گئے ہوں، جراحی تدابیر کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ یہ تدابیر یہ ہیں کہ کیسہ بند رسولی کا اقتلاف کر دیا جائے اور غدے کے بیشتر حصے کو نکال دیا جائے۔ رانجنی شعاعیں بھی استعمال کی جا سکتی ہیں۔

جحوظی گائٹر

(exophthalmic goitre)

(مرض گریو =Graves' disease)

(باسیڈو کا مرض =Basedow's disease)

اس مرض کو جو عورتوں میں مردوں کے نسبتہً زیادہ کثیرالوقوع ہے [illegible]

نسبت سے (18)۔ ابتداءً ۱۸۳۵ء میں ڈبلن کے ایک طبیب گریوز (Graves) نے اور ۱۸۴۰ء میں ایک جرمن طبیب باسیڈاؤ (Basedow) نے بیان کیا۔ اس کے نمایاں علامات یہ ہیں: گرات چشم کا باہر کو برونز کرآنا، غدۂ درقیہ کی کلانی، قلب کے فعل کی کثرت و توسع اور لرزش۔

بحث اسباب۔ مجمل طور پر بیان کیا جائے تو اس مرض کی اصابتیں دو گروہوں میں تقسیم کی جاسکتی ہیں۔ لیکن ان مذکورہ گروہوں کے درمیان کوئی واضح فرق نہیں ہے اور ان کی تفریق کو کسیقدر مصنوعی تصور کیا جاتا ہے۔

(۱) اوّلی جحوظی گائٹر (primary exophthalmic goitre)۔

اس کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے اور فترات اور اشتدادات بار بار ہوتے ہیں۔ تنفسی تبادلہ یا اساسی تحوّل کی شرح میں بھی تناظر تغیرات ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 459)۔ اساسی تحوّل کی شرح شدتِ مرض کے دوران میں بلند ہوتی ہے اور تخفیف مرض کی حالت میں کم۔ یہ مرض عموماً نوعمر اشخاص میں ہوتا ہے۔ بعض اوقات عصبانی رجحان پہلے سے موجود تھا جیسا کہ ہسٹیریا (hysteria) یا صرع (epilepsy)، یا کائی دماغی مرض سے ظاہر ہوتا ہے۔ چند اصابتوں میں یہ مرض کسی جذباتی یا دماغی اشتعال بلکہ سر میں راست تضرر لگنے کے بعد بھی جلد ہی پیدا ہوگیا ہے۔ دورانِ جنگ میں اکثر اوقات فوج کے سپاہیوں میں بیش درقیت دیکھی گئی جو شدید دماغی بار کی وجہ سے پیدا ہوگئی۔ بعض اوقات اس مرض میں ایک موروثی تعلق بھی مشاہدے میں آیا ہے۔ مثلاً یہ ماں اور بیٹے یا بیٹی میں دیکھا گیا ہے۔ اس سے بھی زیادہ اکثر یہ کسی خاندان میں بھائیوں اور بہنوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ یہ واقعہ کہ دورانِ جنگ میں جرمنی میں جحوظی گائٹر کا حدوث کم ہوگیا تھا، اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ غذا کی افراط اس کے پیدا کرنے میں ممد ہوسکتی ہے (19)۔ انگلستان اور ویلز میں جحوظی گائٹر کی توزیع ایک حد تک مقامی الحدوث گائٹر کی توزیع سے مشابہ ہے۔ یہ حدوث شہروں کے نسبت دیہاتی اضلاع میں زیادہ ہوتا ہے (16)۔

(۲) ثانوی مرضِ گریوز (secondary Graves' disease)۔ اکثر مریضوں کے سابقہ تورّم کی سرگذشت ملتی ہے جو یہ بتاتی ہے کہ کچھ عرصہ سے غدہ میں غیر

تغیرات ہو رہے ہیں۔ افراطِ فعل کے علامات اکثر پینتیس یا چالیس سال کی عمر کے قریب نمودار ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ غدی سلعہ کی حالت میں آیوڈین کے استعمال سے پیدا ہو جائیں۔ یہ مرض ایسے علامات کے ساتھ جو بتدریج زیادہ شدید ہو جاتے ہیں سالہاسال تک جاری رہ سکتا ہے۔ فترات نہیں ہوتے۔ تنفسی تبادلہ میں آہستہ آہستہ برابر زیادتی ہوتی جاتی ہے۔ جحوظ العین اکثر بہت نمایاں نہیں ہوتا۔ قلب کی بے نظمیوں، جیسے کہ اذینی ریشکی انقباض کا خاص احتمال موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض ابتداءً فشلِ قلب کے لئے مشورہ کا طالب ہو۔ جب درقیہ کے غدی سلعہ کی شہادت موجود ہوتی ہے تو ان اصابتوں کو اکثر سمی غدی سلعہ (toxic adenoma) کہتے ہیں۔

امراضیات۔ یہ مرض اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ درقیہ کی بیش پرورش کی وجہ سے تھائراکسین کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ اس کے علامات انھیں علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو خلاصۂ درقیہ کی بڑی مقداروں کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں، نیز یہ کہ وہ مخاطی اُذیما کے علامات سے متضاد ہوتے ہیں، اور یہ کہ بیش پرورده درقیہ کے جزئی استیصال کے بعد مریض کی حالت میں اصلاح واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن عرصۂ دراز سے اس امر میں بحث چلی آتی ہے کہ آیا یہ مرض محض طبعی تھائراکسین کی حد سے زائد پیدائش کی وجہ سے ہوتا ہے یا اس وجہ سے کہ اس تھائراکسین میں کوئی تبدیلی ہو جاتی ہے، مثلاً اس کے سالمہ میں معمول کے نسبت کم آیوڈین ہونا۔ یعنے یہ بحث کی گئی ہے کہ اس حالت میں ایک حقیقی بیش درقیت (true hyperthyroidism) ہوتی ہے یا درقی سمیت (thyrotoxicosis)۔ آخر الذکر رائے کی تائید میں یہ دلائل ہیں کہ جانوروں کو درقیہ کی زیادتی دینے سے علامات ہو بہو نہیں پیدا کئے جا سکتے، یعنی جحوظ العین نہیں پیدا ہوتا۔ مزید برآں بعض اصابتیں ایسی ہیں جن میں بیش درقیت اور مخاطی اُذیما کے علامات ایک ساتھ موجود معلوم ہوتے ہیں۔ لیکن اس کے یہ معنی ہونا لازمی نہیں کہ یہ دونوں مرض ایک ساتھ موجود ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ بیش درقیت کے علامات سابقہ بیش فعالیت کے باقیات ہوں جو اب مُردہ ہو چکی ہے۔ مجملاً دوسری رائے کی تائید میں کافی ثبوت موجود نہیں ہے۔ اغلب ہے کہ بعض

اصابتوں میں درقیہ کی فعالیت اس کے اس ہیجان سے پیدا ہوتی ہے جو کہ مقدمی نخامیہ (ملاحظہ ہو) کے مہیج درقی ہارمون کی کثرت سے واقع ہوتا ہے۔

درقیتی تسمم مشارکی کا تہیج جگر سے گلائکوجن کی زیادہ ترسیل اور تنفسی تبادلہ کی زیادتی پیدا کر دیتا ہے۔ مریض انسولین کے نہایت متحمل ہوتے ہیں جو گلائکوجن کی ترسیل کو مسدود کر کے تھائراکسین کی مضادت کرتی ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ جہاں تک جگر پر اثر کا تعلق ہے ذیابیطس اور جحوظی گائٹر دونوں ایک دوسرے سے مشابہ ہیں۔ لیکن ان کا اثر عضلات پر نہایت مختلف ہوتا ہے کیونکہ وہاں جحوظی گائٹر میں شکر جلائی جاتی ہے لیکن ذیابیطس میں یہ جلنا بڑی حد تک رکا ہوا ہوتا ہے (15)۔ مشارکی کا یہ تہیج جحوظ العین، امارت وان گریفی (von Graefe's sign) سرعت ضربات قلب اور پسینہ آنے کا سبب ہو سکتا ہے۔ کیانن (Cannon) کے مشہور تجربہ میں بلی کا عصب حجابی اسی جانب کے عنقی مشارکی سے ٹانک دیا گیا۔ اس طرح پیدا کردہ تہیج مشارکی نے اسی جانب پر جحوظ العین پیدا کر دیا۔ اس جحوظ العین کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ یہ عضلۂ مُلّر کے ہیجان کے باعث واقع ہوتا ہے جو محجر کو استر کرنے والی جھلی میں وتدی فکی شقاق پر واقع ہے۔ لیکن انسان میں یہ عضلہ ناقص النمو ہوتا ہے اور چند منتشر ریشوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ دوسرا امکان یہ ہے کہ اذیمائی سیال کرات چشم کو آگے کی طرف دھکیل دیتا ہے (کیونکہ عضلات مستقیمہ چشم کا اذیما بھی پایا گیا ہے) اور پھر اس کے بعد وہاں چربی کا ثانوی جماؤ ہو جاتا ہے۔

نحول بلند تنفسی تبادلہ کے باعث ہوتا ہے اور ساتھ ہی غذائی اختلالات کے سبب سے جو انجذاب میں مزاحم ہوتے ہیں۔ جب چربی کے گودام ختم ہو چکتے ہیں تو پروٹین کام میں لایا جاتا ہے چنانچہ پروٹینی شکست و ریخت بھی غیر طبعی طور پر بلند درجہ کی ہوتی ہے۔ لیکن زیادتی احتراق کے باوجود جسمانی تپش بلند نہیں ہوتی (مگر کبھی کبھی) کیونکہ پسینہ کی افراط کے باعث جسم سے حرارت کا نقصان زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیلسیم کا نمایاں اخراج ہوتا ہے نہ صرف پیشاب میں بلکہ براز میں بھی حقیقت میں ایک تندرست موضوع میں کیلسیم کا افراغ درقی خلاصہ کے ذریعہ اس سے

زیادہ آسانی کے ساتھ انجام پاتا ہے کہ جتنا پیرا تھارمون یا ترشوں کے ذریعہ جیش نزد درقیت کے خلاف (جو کہ ملاحظہ ہو) دموی کیلسیم بالکل مرتفع نہیں ہوتا بلکہ حقیقت میں پست ہونے کا رجحان رکھتا ہے (گو کہ نزد درقیتی تکّز میں درقی خلاصے سے دموی کیلسیم بلند ہو جاتا ہے)۔ لاشعاعی امتحان پر ہڈیاں کیلسیم کی قلت ظاہر کر سکتی ہیں (21)۔

مرضی تشریح۔ حویصلی اور سنخیتی بافت کے خلیات میں تکاثر واقع ہوتا ہے۔ حویصلات کے مافیہا اپنی کولائڈی نوعیت کھو کر مخاطی اور ذراتی ہو جاتے ہیں۔ نسبتۃً بعد کے درجوں میں ممکن ہے کہ غدہ لیفی یا دُویری ہو جائے۔ اولی جحوظی گائٹر میں یہ تغیرات سارے غدے کے اندر منتشر ہوتے ہیں۔ ثانوی گریوز کے مرض میں غدے کے بعض حصے فعالیت ظاہر کرتے ہیں۔ دوسرے حصے کولائڈی تدخیر لیفیت اور دُویری تکوین ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ متیّن غدی سلعی تغیرات ہوں یا نہ ہوں۔

غدۂ تیموسیہ اکثر باقی ہوتا ہے اور بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ طویل المدت اصابتوں میں درقی سمی التہابِ عضلۂ قلب (thyro-toxic myocarditis) کے ساتھ عضلی ریشوں کا تنخر اور زجاجی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں (20)۔

علامات۔ ممکن ہے کہ علامات یکایک طاری ہو جائیں، لیکن عموماً وہ کسیقدر تدریجاً ہی نمودار ہوتے ہیں، اور بالعموم قلبی علامات پہلے ظاہر ہوتے ہیں اور کراتِ چشم کا بروز اور درقیہ کا تورم چند مہینوں بعد ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کبھی کبھی ان کے ظہور کی ترتیب مختلف ہو، یا تین خاص علامتوں میں سے ایک یا دوسری غیر موجود ہو۔ لیکن دورانِ خون کے متعلق شکایت مستقل ترین ہوتی ہے۔ کامل نمو یافتہ مرض میں قلب تیزی اور قوت کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔ صدم القلب غیر معمولی طور پر بڑے رقبہ پر محسوس ہوتا ہے۔ سباتی اور بڑی شرائین کا نبضان بڑی قوت کے ساتھ ہوتا ہے، اور مریض قلبی ضرب اور شریانی تپک دونوں کی شدت کو محسوس کرتا ہے۔ نبض۔ ۱۶۰ تک پہنچ سکتی ہے۔ برقی قلبی نگارش اکثر طبعی ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ اُذینی ریشکی انقباض یا ایک

طویل ف ل فاصلہ موجود ہو' اور ن اور ف موجیں جسامت میں ایک دوسرے کے برابر ہوں (20)۔ گاہے گاہے قلبی مسدودی دیکھی جاتی ہے' بالخصوص اُس وقت جب کہ ڈیجیٹالس بڑی مقداروں میں دیا گیا ہو۔ قلبی اختلال کے لحاظ سے مریض کو سانس پھولنے کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ رفتہ رفتہ قلب جیش پرورده اور ازاں بعد متسع ہو جائے۔ عموماً شرح نبض کے تغیرات کے بالکل ساتھ ساتھ اساسی تحول کے متناظر تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ لیکن بعض اوقات مرض کی فعالیت مردہ ہو جانے کے بعد بھی نبض قلب کے متقرر ہو جانے کی وجہ سے بلند رہتی ہے' چنانچہ اساسی تحول ہی غدہ کی فعالیت کی زیادہ قابل اعتبار تصویر پیش کرتا ہے۔

جسم درقی کی کلانی متشاکل اور عموماً متوسط الابعاد ہوتی ہے' اور شاذ ہی اُس کلانی کے برابر ہوتی ہے جو نسبتہً بڑے مقامی گانٹھوں میں دیکھی جاتی ہے۔ اگر اُس پر ہاتھ رکھا جائے تو ایک ذبذبہ محسوس ہو سکتا ہے (جو اُس کے متسع عروق دمویہ کے اندر خون کی حرکت کی وجہ سے ہوتا ہے)' اور مسماع الصدر سے ایک انکماشی خریر سنا جا سکتا ہے۔

کُراتِ چشم کا اُبھر آنا (جحوظ العین' تہدل العین) اور اجفانی شقاق کا چوڑا ہو جانا اِس مرض کی نہایت ممتاز و ممیز خصوصیت ہے' جس سے مریض کی شکل ناگوار اور خوف زدہ بن جاتی ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے گویا اس کی ٹکٹکی لگی ہوئی ہے۔ یہ دونوں آنکھوں کو ماؤف کرتی ہے اور اس درجہ تک پہنچ سکتی ہے کہ صلبیہ قرنیہ کے اوپر اور اس سے نیچے' دونوں جگہ نظر آتا ہے اور پپوٹے پاس آکر باہم مل نہیں سکتے۔ اُس وقت بھی جب کہ پپوٹے ارادی دور پر بند کئے جا سکتے ہیں' ممکن ہے کہ وہ نیند کے دوران میں ایک دوسرے سے علیحدہ رہ جائیں۔ اور اگر جحوظ العین انتہائی ہے تو ممکن ہے کہ تکشف کا یہ نتیجہ ہو کہ قرنیہ کی خراش اور تقرح پیدا ہو جائے۔ آنکھ بہت کم بار جھپکتی ہے (امارتِ اِسٹیل وَیگ = Stellwag's sign)۔ جحوظ العین کے ساتھ ساتھ کرۂ چشم اور بالائی پپوٹے کے حرکات میں یکسانی کی عدم موجودگی ہوتی ہے' چنانچہ جب مریض نیچے دیکھنے کے لئے کرۂ چشم کو نیچے کرتا ہے تو بالائی پپوٹہ اُسی متناظر حد تک نیچے نہیں پہنچتا

(امارتِ گریفی =von Graefe's sign)- یہ امارت ہر اصابت میں موجود نہیں ہوتی' اگرچہ یہ بعض اوقات آنکھ کے بروز سے پہلے ہی دیکھی گئی ہے۔ لیکن اس کے ساتھ ہی یہ ہے کہ جب یہ موجود ہو تو اہم ہے۔ کیونکہ یہ دوسرے اقسام کے جحوظ العین میں نہیں واقع ہوتی۔ عضلات متقاربہ کی کمزوری بھی موجود ہوسکتی ہے (امارتِ موبئیس =Mobius' sign)' اور بعض اصابتوں میں دو نظری یا بعض یا تمام عضلاتِ چشم کا واضح شلل بھی موجود ہوسکتا ہے۔ حدقہ اور توفیق غیر متاثر رہتے ہیں' اور چشم بین سے بے حد پُر اور پیچ دار شبکیتی اوردہ کے سوائے اور کوئی چیز ظاہر نہیں ہوتی۔

چوتھی اور نہایت مستقل علامت جوارح کی' بلکہ سارے جسم کی کم و بیش مسلسل نازک سی لرزش ہے۔ عضلی کمزوری اور درد بھی نہایت متمیز ہوتے ہیں۔ مریض کو گھٹنے پھیلانے میں وقت ہوتی ہے' لہٰذا زینہ چڑھنے کا عمل صرف جنگلے یا کٹہرے کو بازوؤں سے دبا دبا کر ہی انجام دیا جاسکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ بازوؤں اور دھڑ کے عضلات بھی ماؤف ہوگئے ہوں۔ ممکن ہے کہ ایک شام وسیع پھیلا ہوا استرخا ہو اور رات بھر بستر میں گذارنے کے بعد دوسرے دن صبح کامل شفا ہوجائے۔

مریض چڑچڑا' بے چین' یا ہسٹیریائی ہوسکتا ہے لیکن عدیم الدم نہیں ہوتا۔ بعض اصابتوں میں مالیخولیا' توہمات بلکہ مانیا تک ہوگیا ہے۔ اور بتکرّر کبھی کبھی واقع ہوجاتا ہے۔ توجہ یا کسی اشتعال سے عصبی اضطراب اور قلبی فعل میں زیادتی ہوجاتی ہے۔ کبھی کبھی معتدل درجہ کی تپ بھی موجود ہوتی ہے۔ اور بعض مریضوں میں جلد کے مختلف لونی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں' جیسے کہ معتدل درجہ کی سمرت' کلف یا برص۔ مختلف مریضوں میں حرارت کا ایک موضوعی احساس' سر اور گردن کی تمتماہٹ' پسینہ اور تقدادار البیومن بولیت بھی دیکھے گئے ہیں۔ مریضوں کو اکثر اسہال کے حملے ہوجایا کرتے ہیں' جن کے ساتھ کبھی کبھی قئے بھی ہوتی ہے۔ بعض اوقات بیش شکر دمویت کی وجہ سے شکر بولیت ہوجایا کرتی ہے۔ جیسے یہ کہ مریض شکر کی طبعی مقدار نہیں لے سکتا بغیر اس کے کہ وہ پیشاب میں ظاہر ہو۔

بعض اوقات اِس کے بعد حقیقی ذیابیطس شکری ہو جاتی ہے، اور گریوز کے مرض کے مریض بعض اوقات ذیابیطسی قوما سے ہلاک ہوئے ہیں۔ تاہم حالت فاقہ کی دموی شکر عموماً طبعی درجہ پر ہوتی ہے۔ مگر برداشتِ شکر کے منحنی میں کسیقدر تاخیر پائی جاتی ہے۔ وقتاً فوقتاً علامات میں اشتداد کا امکان ہوتا ہے۔

تشخیص - ابتدائی درجوں میں جحوظ العین یا درقیہ کا تورم ظاہر ہونے سے پہلے تشخیص میں وقت پیش آتی ہے۔ اِس مرض کو تدرن سے تمیز کرنا چاہئے۔ مواظب سرعتِ ضربات قلب سے، جب کہ برقی قلبی نگارش طبعی ہو اور ہاتھوں میں جب کہ پسینہ بھی آتا ہو، اس مرض کا اشارہ ہوتا ہے۔ تاہم اُذینی رعشگی اختلاج ثانوی مرضِ گریوز میں عام ہوتا ہے۔ تنفسی تبادلہ کی تخمین کی جائے (ملاحظہ ہو صفحہ 459)۔ دموی کیلسیم کا ۹ ملی گرام یا اس سے کم ہونا، اور عضلی انقباض کے لئے دلیز تحریک پذیری کا ۲۰ ملی ایمپیر سے کم ہونا بھی اشارہ کن ہے۔

انذار - حال ہی میں کیمبل (Campbell) نے ۱۲۷ مریضوں کی روئداد دوپر از ابتدا تا انتہا غور کر کے انکا تتبع کیا ہے، جن کا طبی علاج گائیز ہسپتال میں ۱۹۰۰ء اور ۱۹۱۶ء کے درمیان کیا گیا۔ اس کے نتائج نہایت قریبی طور پر ایسی ہی ایک تحقیقات کے مطابق پائے گئے جو پہلے ہیل وائٹ (Hale White) نے انجام دی تھی۔ اِس عرصہ کے اختتام پر ۸ فی صدی مریض بالکل اچھے تھے۔ ۳۰ فی صدی تقریباً اچھے تھے اور پورے دن کا کام کرنے کے قابل تھے لیکن اُن میں ایک یا دو امارتیں خفیف طور پر جاری رہیں۔ ۳۴ فی صدی بہت بہتر حالت میں تھے اور ہلکا کام کرنے کے قابل تھے۔ ۱۲ فی صدی کی حالت میں اصلاح نہیں ہوئی یا اُن کی حالت بدتر تھی۔ ۱۵ فی صدی اس مرض سے ہلاک ہو گئے۔ اگر عملیہ یا عمیق لاشعاعی کے ذریعہ علاج عمل میں لایا جائے تو انذار میں بہت اصلاح واقع ہوتی ہے۔ ۹۰ فی صدی اصابتوں میں مریض بغیر تکلیف کے پورا کام کرنے کے قابل ہو جائیگا (50 ،49)۔

علاج - غذا ایسی سادہ کام میں لانا چاہئے جس سے سیری حاصل ہو جائے اور جس میں کاربوہائیڈریٹ بہ افراط ہو۔ الکحل اور تمباکو مضر ہوتے، کا استعمال رکھتے

ہیں۔ چند ہفتوں تک بستر میں آرام کرنے سے مریضوں پر یقیناً مفید اثر ہوا ہے۔ اکادن مریضوں کے ایک سلسلہ میں جن کیں صرف یہی علاج کیا گیا تین چوتھائی کا اساسی تحول چھ مہینے کے اندر ۱۸ فی صدی سے نیچے ہو گیا (4)۔ جب مریض اٹھنے لگیں تو انھیں نہایت خفیف ورزش کی اجازت دینی چاہیے۔ لیکن آرام بہت لینا چاہیے۔ جحوظلی گائٹر کے مریض انسولین کے متحمل ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ مریض کو معمولی غذا پر رکھ کر انسولین کے ۱۵ یا ۲۰ یونٹس دن میں دو بار دینے سے کچھ فائدہ حاصل ہو جائے جس کے ساتھ ½ گرین پیرا تھائرائڈ براہ دہن دن میں تین بار دئے جاتے ہیں (28)۔ درقیہ پر برف لگانے سے تسکین حاصل ہوتی ہے۔

درقیہ کی فعالیت کم کرنے کے دو خاص طریقے ہیں:۔ یعنی (۱) اگہری لاشعاعیں (۲) عملیہ کے ذریعہ غدے کا استیصال جس سے پہلے بعض اوقات ایک یا دونوں درقی شرائین کی گرہ بندی عمل میں لائی جاتی ہے۔ لاشعاعیں عموماً ابتداء مرض میں استعمال کی جاتی ہیں اور اگر ان سے کوئی اصلاح یا افاقہ نہ ہو تو بعد میں عملیہ کے متعلق غور کیا جا سکتا ہے۔ لاشعاعی علاج زیادہ طویل عرصہ تک کرنے سے مابعد علاج بالعملیہ زیادہ مشکل ہو جاتا ہے۔ حقیقی جحوظلی گائٹر میں محلول لوگال (Lugol's solution) (۵ فی صدی آیوڈین پوٹاسیم آیوڈائڈ کے ۱۰ فیصدی محلول میں) کے ۱۵ قطرے روزانہ دینے سے عارضی طور پر بڑا فائدہ حاصل ہو سکتا ہے۔ اس سے تحول ایک یا دو ہفتوں میں گر کر طبعی درجہ پر ہو جاتا ہے۔ یہی نتیجہ آیوڈین کے ۱۰ فی صدی الکحلی محلول سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔ اس کی مقدار ۱ قطرے روزانہ ہے اور اسے ایک یا دو ہفتے کے بعد ۳ یا ۴ قطرے تک گھٹا دیا جاتا ہے (32)۔ یہ علاج قبل العملیتی علاج کے طور پر بہت نفع بخش ہو سکتا ہے اور اسے لاشعاعی علاج کے ساتھ ساتھ بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔

مخاطی اُذیما

(myxœdema)

(cachexia strumipriva=سے درقلیتی ضعف)

مخاطی اُذیما اور قمائت (cretinism) غدۂ درقیہ کے اُس مرض کے نتائج ہیں جس سے اُس کے افراز کی قلت پیدا ہو جاتی ہے (ناقص درقیت)۔ قمائت پیدائشی ہوتی ہے۔ مخاطی اُذیما بعض اوقات بچپن میں پیدا ہو جاتا ہے (طفولی مخاطی اُذیما =juvenile myxœdema) لیکن زیادہ عام طور پر وہ ما بعد زندگی میں ہوا کرتا ہے۔

بحث اسباب۔ مخاطی اُذیما مردوں کے نسبت عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے، اور مریضوں کی اکثریت میں علامات تیس اور پچاس سال کی عمر کے درمیان شروع ہوتے ہیں، اگرچہ وہ اِس قدر جلد کہ ساڑھے آٹھ سال کی عمر میں اور اِس قدر دیر سے کہ ۷۰ سال کی عمر میں بھی شروع ہوتا پائے گئے ہیں۔ موروثیت کی بعض ولائلیں بھی دیکھی گئی ہیں، اور یہ زیادہ تر اکثر مفلس جماعتوں میں دیکھا گیا ہے۔ اُن اضلاع میں جہاں گائٹر ایک مقامی الحدوث مرض ہے، قلیل درقیت کی تمام قسمیں عام ہیں۔

مرضی تشریح۔ جلد میں یہ تغیرات ہوتے ہیں کہ پسینہ کے غدد دہنی غدد اور شعری جرابات کے قرب و جوار میں تو اتی تکاثر اور اتصالی بافت کا نمو ہوتا ہے۔ جلد کا جیلاٹینی اور اُذیمائی ہونا جسے اُرڈ (Ord) نے مخاطی اُذیما کا نام دیا تھا، صرف چند بار ہی مندرج ہے۔ تحت الجلدی شحم کی خاصی مقدار ہوتی ہے۔

جسم درقی اپنی طبعی جسامت سے گھٹ کر نصف یا ایک تہائی ہو جاتا ہے۔ وہ پھیکے، زردی مائل یا زرد رنگ کا، اور لوچدار یا متصلب یعنی یا ساخت ریوڈ ہو جاتا ہے۔ غدہ بالخصوص لیفی بافت پر مشتمل ہوتا ہے، جس میں خلیات کے منتشر گروہ ہوتے ہیں، جو حویصلات کے باقیات ہیں۔ اور بالآخر کثیف لیفی بافت کے سوا اور کچھ باقی نہیں رہتا۔ جسم نخامی بڑا، یا بعض اصابتوں میں بڑا اور انحطاط یافتہ

ہوتا ہے۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں فوق انکلیسے مذبول تھے۔ صلابت شریانی اور عضلۂ قلب کا انحطاط عام ہیں۔ کیلسیم کی برآمد کم ہوجاتی ہے۔

علامات۔ یہ ابتداءً غیر محسوس ہوتے ہیں، چنانچہ بیشتر اصابتوں میں مرض تاوقتیکہ وہ خوب نمو یافتہ نہ ہوجائے معلوم نہیں ہوتا۔ پھر مریض کی شکل ممیز ہوتی ہے۔ چہرہ بے اظہار، شکل ارتزازی سے ملتا جلتا ہوتا ہے۔ ناک، ہونٹ اور لب پھولے ہوئے ہوتے ہیں۔ چہرہ کی جلد میں نہایت ممیز اور مخصوص جھریاں پائی جاتی ہیں۔ رنگ نمایاں طور پر زرد ہوتا ہے اور ساتھ ہی ہر گال پر ایک کسی قدر تیز سرخ چمکتی ہوتی ہے، اور لب گہرے سرخ یا تقریباً کبود ہوتے ہیں۔ جسم کی جلد عام طور پر موٹی ہوجاتی ہے، اور ٹانگوں اور پاؤں کی شکل قدرے اذیمائی ہوتی ہے، اگرچہ بہت سی اصابتوں میں (سب اصابتوں میں نہ سہی) تنقیر بالکل نہیں ہوتی۔ ہاتھ کی شکل میں بھی تغیرات واقع ہوجاتے ہیں: وہ بعد رُسغی ہڈیوں کے سروں کے مقابل زیادہ چوڑا ہوجاتا ہے، اور انگلیاں موٹی اور یکساں شکل کی ہوجاتی ہیں۔ اس تغیر کو "پھاوڑے جیسے" ("spade-like") کا نام دیا گیا ہے، جو بہت زیادہ ممیز نہیں۔ پاؤں بھی اسی طرح ماؤف ہوجاتے ہیں۔ پسینہ کم آتا ہے یا بالکل نہیں آتا، جلد خشک اور چھلکے دار ہوجاتی ہے، بال جھڑ جاتے ہیں، جس سے سر پر محض ایک پتلی سی پوشش رہ جاتی ہے، یا جلد الراس کا حقیقی گنج (جبہی صلعہ" = "frontal alopecia") اور کسووری گردن" = "cassowary neck") اور بھوؤں کی بیرونی تہائی کا گنج ("امارتِ ابرو" = "eyebrow sign") اور پلکوں کا گنج پیدا ہوجاتا ہے۔ ناخن ٹھٹھر کر بھر بھرے ہوجاتے ہیں۔ مخاطی اغشیہ بھی یہی تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔ بہر حال لہات اور نرم تالو متورم ہوتے ہیں، اور زبان بڑی اور موٹی ہوتی ہے۔ مزید برآں دانت بوسیدہ یا ڈھیلے ہوجاتے ہیں۔ مریضہ کا عصبی نظام وہ دوسری چیز ہے جو جاذبِ توجہ ہوتی ہے۔ وہ سست اور بے پروا نظر آتی ہے، مجہول الخیال اور مجہول الحرکت اور اکثر بہری ہوتی ہے۔ وہ سستی کے ساتھ اور سوچ سوچ کر بولتی ہے، گویا کہ اس کی موٹی زبان نطق میں میکانی طور پر مزاحم ہوتی ہے، لیکن تکلم کے ساتھ آنکھوں کے حرکات اور اظہار کے عضلات کے حرکات کی سستی سے ظاہر ہوتا ہے کہ

عصبی عضلی آلہ میں بھی خرابی ہو گئی ہے ۔ احبال کے متورم ہو جانے کی وجہ سے آواز پست درجۂ ارتفاع رکھتی ہے اور بھرائی ہوئی ہوتی ہے ۔ جہاں تک ذہن کا تعلق ہے حافظہ ناقص ہوتا ہے ۔ مریضہ اکثر چڑچڑی یا تنگی یا سست اور خواب آلودہ ہوتی ہے ۔ اور مریضوں کے کچھ تناسب میں توہمات، اختلاطات اور تشنجات دیکھے گئے ہیں ۔ ممکن ہے کہ درد سر اور رثیتی دردوں کی شکایتیں بھی کی جائیں ۔ بعض اوقات تکزز اسی طرح ہو جاتا ہے، جس طرح کہ وہ درقیہ کے عملیتی استیصال کے بعد ہوتا ہے ۔ تپش بیشتر تحت الحاد ہوتی ہے، مریضہ کو سردی کی شکایت بآسانی ہو جاتی ہے، اور اُس کے ہاتھ پاؤں اکثر سرد اور نیلے ہوتے ہیں ۔

نبض کمزور یا سست ہوتی ہے ۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں قلبی عرقی مرض ہوتا ہے اور مفقود یا منعکس ن موج اور پست وولٹیج کی برقی قلبی نگارش حاصل ہوتی ہے، اور صلابتِ شریانی موجود ہوتی ہے ۔ اور پیشاب رقیق ہوتا ہے اور لیبا اوقات اُس میں تھوڑا البیومن موجود ہوتا ہے ۔ امتحانِ خون سے خرد خلوی عدم دمویت ظاہر ہوتی ہے، جس کے ساتھ سرخ خلیے گھٹ کر ۔ ۔ ۔ ۳۰۰ یا اِس سے بھی کم ہو جاتے ہیں اور ہیموگلوبین بھی متناظر درجہ تک کم ہو جاتی ہے ۔ امعا میں قبض ہوتا ہے ۔ شکر کی برداشت زیادہ ہو جاتی ہے، چنانچہ اُس کی بڑی مقداریں بلکہ بعض اصابتوں میں ۱۰ اونس تک لے لینے سے بھی پیشاب میں کوئی شکر نہیں ظاہر ہوتی ۔ عورتوں میں کثرتِ طمث ہونا عام ہے ۔ زیادہ شاذ طور پر عدم طمث ہوتا ہے ۔ رعاف، مسوڑھوں سے خون آنا اور بواسیر غیر عام نہیں ۔ جس کرنے پر درقی غدہ بالعموم چھوٹا پایا جاتا ہے، اور حلقی غضروف سے نیچے اس جگہ جہاں خاکنائے ہونی چاہیے، قصبۃ الریہ کے حلقے جس کئے جا سکتے ہیں ۔ رفتارِ مرض سست ہوتی ہے ۔ ایسے مریض بھی معلوم ہو چکے ہیں جن میں یہ مرض دس سال یا زائد تک بلا کسی اہم تغیر کے موجود رہا ۔ تاہم اِس میں شبہ نہیں کہ یہ زندگی کو گھٹا دیتا ہے ۔ مریض عضلی قلبی یا صلابتِ شریانی تغیرات سے، یا باہم رو امراض جیسے کہ ذات الریہ اور شعبی التہاب سے ہلاک ہو جاتے ہیں، یا عمومی یا عصبی خستگی انھیں بتدریج فنا نۂ اجل بنا دیتی ہے ۔

تشخیص ۔ مخاطی اُذیما بیشتر اوقات مرضِ براکٹ یا عضلی قلبی انحطاط

(myocardial degeneration) کے ساتھ خلط ملط ہو جاتا ہے۔ مگر گو اس مرض
میں قدرے البیومن بولیت موجود ہوتا ہم کلوی وظیفہ طبعی حالت میں ہوتا ہے۔
برقی قلبی نگارش میں کی غیر طبعی حالتیں علاج سے زائل ہو جاتی ہیں جس سے تشخیص
میں مدد ملتی ہے۔ اساسی تحول کے امتحان سے جو نہایت شدید حالت میں معمول
سے ۵۰ فی صدی نیچے ہو سکتا ہے، قطعی ثبوت حاصل ہو سکتا ہے۔

علاج ۔ تھائرائڈیئم (thyroideum) (B. P.)، جو خشک کردہ غدے
سے بنا ہوا ہوتا ہے، ا تا ۵ گرین کی مقداروں میں برشامہ کے اندر رکھکر یا گولی کی صورت
میں روزانہ ایک دو بار براہِ دہن دیا جا سکتا ہے۔ تالیفی تھائراکسین (synthetic
thyroxin) بھی براہِ دہن دی جا سکتی ہے، اور اس کی صغیر ترین روزانہ مقدار
۰ر۲ ملی گرام ہے۔ مخاطی آذیما کی نہایت شدید اصابتوں میں علاج براہ دہن
ہمیشہ ہی کامیاب نہیں ہوتا، جس کی وجہ شاید یہ ہو سکتی ہے کہ غذائی خطے سے
انجذاب نہایت سست ہوتا ہے۔ تھائرکسین کے ایک خاص طور پر تیار کیے ہوئے
محلول کا دروں وریدی اشراب آزمایا جا سکتا ہے، یعنے ۵ ملی گرام فی مقدار کی تین
مقداریں ایک ایک ہفتہ کے وقفہ سے۔ لیکن محفوظ تر طریقہ یہ ہے کہ ا یا ۲ ملی گرام
کے ایک اشراب سے شروع کریں، کیونکہ ممکن ہے کہ اس کے استعمال کے چوبیس
گھنٹے بعد شدید ردعمل ظاہر ہو جائیں جن کے علامات یہ ہیں :— نبض تیز، درد سر
لرزش، متلی، قے یا اسہال، اور پشت اور ٹانگوں میں درد۔ ۳ : ۵ ڈائی آیوڈو
تھائرونین (3:5 di-iodothyronine)، ایک مادہ جو کہ تھائراکسین کے ساتھ
کیمیاوی طور پر متجانس ہے اور اس سے زیادہ حل پذیر ہے، کامیابی کے ساتھ
استعمال کی گئی ہے (51)۔ اساسی تحول کے امتحان کے ذریعہ سے اس علاج پر اقتدار رکھنا
چاہیئے۔ جب اس ذریعہ سے جسم کے اندر تھائراکسین کا ذخیرہ صحیح مقدار تک بڑھ
جائے تو پھر اس کا استعمال براہِ دہن جاری رکھا جا سکتا ہے۔ درقیہ کو کسی طور سے
بھی دیا جائے، مناسب یہ ہے کہ چھوٹی خوراکوں سے ابتدا کی جائے، ورنہ تو کچھ علامات
یکایک پیدا ہو جانے کا احتمال ہے۔

قماءت

(cretinism)

قماءت یورپ کے پہاڑی ملکوں (سوئٹزرلینڈ، شمالی اطالیہ اور سیوائی) میں اور شمالی ہندوستان (چترال، گلگت) میں ایک مقامی الحدوث مرض کے طور پر ہوتی ہے، جہاں گائٹر بھی بے انتہا پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ اکثر یہ دونوں حالتیں ایک ہی فرد میں یک جا پائی جاتی ہیں۔ فی الحقیقت اِن میں کے بہت سے قماء (cretius) گائٹری ہوتے ہیں۔ میک کیری سن (McCarrison) کو ہندوستان میں ۲۰۰ قماء میں سے اٹھاسی گائٹری ملے۔

انفرادی الحدوث قماءت دوسرے مقامات، مثلاً انگلستان میں ہوتی ہے۔ اِس کے مبتلاؤں میں درقیہ قلت زدہ ہوتا ہے، یا خفیف سا گائٹر ہوتا ہے۔

امراضیات۔ فرد اور جماعت میں مقامی المحدوث قماءت کا گائٹر کے ساتھ یکجا پایا جانا، بعض اصابتوں میں درقیہ کی غیر موجودگی، اور مخاطی اَوذیما سے شباہت یہ سب امور اس مرض اور غدۂ درقیہ کے تعلقات کو ظاہر کرتے ہیں۔ جب مقامی الحدوث قماءت اور گائٹر ایک ہی فرد میں ظاہر ہوتے ہیں تو اول الذکر آخر الذکر سے پہلے ہوتی ہے لہٰذا وہ اُس کی وجہ سے نہیں ہوتی۔ قماءت ایک یا دونوں والدین کی گائٹری حالت کی وجہ سے ہوتی ہے، اور ماں کے درقیہ کا ناقص فعل جنین میں خرابی پیدا کر دیتا ہے۔ یہ ضرر نزد درقی اور درقی، دونوں اجسام کو ماؤف کرتا ہے۔

علامات۔ قماءت کے ممیز خصائص یہ ہیں :۔ بالیدگی ٹھٹھری ہوئی، سر بڑا اور چوڑا، چہرے کے خط و خال موٹے، آنکھوں کا ایک دوسری سے بہت دور ہونا، ناک چپٹی، منہ بڑا، ابتدائی عمر ہی میں ناہموار اور کھردری جلد میں جھریاں، سینہ تنگ، شکم ابھرا ہوا، بالعموم سُرّی فتق، ٹانگیں ٹیڑھی یا خمیدہ، کم ذہنی اتنی زیادہ کہ ابلہی کی حد تک۔

یہ ممیز خصائص عموماً زندگی کے پہلے سال کے آخری نصف میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ چلنے کی قابلیت بہت دیر میں حاصل ہوتی ہے، اور بالیدگی کی رکاوٹ

ممکن ہے کہ اِس قدر ہو کہ ایک بالغ قمی پانچ یا چھ سال کے بچے سے زیادہ اونچا ہو۔ بلوغ میں بہت تاخیر ہو جاتی ہے' یا تناسلی وظائف بالکل غیر موجود ہوتے ہیں۔ تکلم کی قوت نہایت آہستہ آہستہ حاصل ہوتی ہے یا بالکل نہیں حاصل ہوتی' اور بعض قمی بہرے گونگے اور ابلہ ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں رقص المقتلہ' حَوَل اور ٹانگوں کی تشنجی اُستواری پیدا ہو جاتی ہے۔ اکثر اوقات ترقوؤں سے اوپر شحمی تودوں سے بنے ہوئے تحت الجلدی سلعات پائے جاتے ہیں۔ عظمی نظام میں نمایاں نقائص موجود ہوتے ہیں۔ اماسِ قذالی اور اساس وتدی ہڈیاں قبل از وقت متعظم ہو جاتی ہیں۔ لمبی ہڈیاں معمول کے نسبت مستقلاً چھوٹی ہوتی ہیں' ٹانگیں خمیدہ ہو جاتی ہیں' اور گردِ عظمہ سے لیفی بافت نکل کر ہڈی کے بربالہ اور پوری کے درمیان بڑھ جاتی ہے۔ پاؤں اور کلائی کی ہڈیوں کے تعظم کے مراکز بہت تاخیر کے ساتھ نمودار ہوتے ہیں۔ اِن ساختوں کے شعاع نگاری امتحان مفید ذرائع تشخیص ہیں۔

علاج۔ مخاطی اُذیما کی طرح قمائت میں بھی خلاصۂ درقیہ بہت کامیابی کے ساتھ استعمال کیا گیا ہے۔ اِس کے زیر اثر بچوں کی بالیدگی سرعت کے ساتھ ہو کر بافتوں کی اُذیمائی دررزیش جاتی رہی' اور بچے زیادہ سمجھدار ہو گئے۔ لیکن یہ تسلیم کرنا پڑتا ہے کہ بچے کی ذہنی اصلاح کے نسبت جسمانی اصلاح زیادہ آسانی کے ساتھ ہوتی ہے' خاص طور پر اس وقت جب کہ علاج دیر سے شروع کیا جائے۔

488

نزدورقی غدد

(PARATHYROID GLANDS)

نزدورقی غدد وہ چھوٹے اجسام ہیں' جو تعداد میں عموماً چار اور درقیہ کے قریب یا اُس کے جرم کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ وہ ایک لیفی جال کے اندر سرطلحہ آسا خلیوں کے گروہوں پر مشتمل ہوتے ہیں' لیکن اُن میں درقیہ جیسی حویصلی ترتیب اور کولائڈی مشمولات نہیں ہوتے۔ ہر جسم ناپ میں ۶ یا ۷ ملی میٹر × ۳ یا ۴ ملی میٹر × ۱½ یا ۲ ملی میٹر اور وزن میں تقریباً ½ گرین ہوتا ہے۔ پیراتھارمون (parathormone) جو ان

غدہ کا فعال جوہر ہے، تجارتی طور پر حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کا اشراب کیا جائے تو پہلے پیشاب میں فاسفورس کی برآمد بڑھ جاتی ہے اور پلازما کا غیر نامیاتی فاسفورس گھٹ جاتا ہے، پھر خون کے اندر کیلسیم کی زیادتی پیدا ہو جاتی ہے (بیش کلسیت)۔ مصلی کیلسیم کے ایک خاص بحرانی لیول پر دموی فاسفورس فی الفور بلند ہو جاتا ہے غالباً کلوی وظیفہ کے بدل جانے کے باعث، کیونکہ ساتھ ہی خون کی غیر پروٹینی نائٹروجن بھی بلند ہو جاتی ہے۔ شدید بیش تکلس الدم کتوں میں واضح علامات پیدا کر دیتا ہے، لیکن آدمی اس قدر حساس نہیں ہے۔ نزد درقی بہت اقسام کی بیماریوں، سرایتول وغیرہ میں استعمال کیا گیا ہے، جن میں مصل کے اندر زوال شدہ کیلسیم کی مقدار پست پائی گئی ہے (ملاحظہ ہو دار الرقص)۔ افسوس کہ پیرا تھارمون کا فعل تغیر پذیر ہے اور دوا کی طرف سے اثبیت بسا اوقات متوباب ہو جاتی ہے جس سے اس کی موثریت بالکل زائل ہو جاتی ہے (21)۔

نزد درقی تغیرات واقع ہو سکتے ہیں، جیسے کہ بیش تکوین، شحمی اختلاط لیفیت، دویری اور کولائڈی تکوین۔

بیش نزد درقیت (hyperparathyroidism)۔ ممکن ہے کہ اس غدہ کی بیش تکوین سے گردن میں ایک رسولی پیدا ہو جائے، جو نگلتے وقت حس پذیر ہو۔ مصلی کیلسیم ۱۶ ۔ ۱۷ ملی گرام فی صدی تک بڑھ جاتا ہے، اور پلازما کا فاسفیٹز (phosphatase) بلند ہوتا ہے اور کیلسیم پیشاب میں روزانہ ضائع ہوتا ہے۔ دموی فاسفیٹ ہمیشہ پست ہوتا ہے۔ کیلسیم ہڈیوں سے آتا ہے، اور وہ مرض پیدا کرتا ہے جو کہ وان ریکلنگ ھانسن کے عمومی التہاب العظام لیفی (generalised osteitis fibrosa of von Recklinghansen) کے نام سے مشہور ہے۔ یہ مرض مردوں کی نسبت عورتوں میں دو گنا زیادہ عام ہے۔

علامات ہڈیوں میں درد ہوتا ہے اور لاشعاعی امتحان منتشر خاکہ ظاہر کرتا ہے۔ یہ ہڈیوں میں منتشر طور پر پھیلی ہوئی فضائیں (یا متخوان شکن خلوی سلعہ = osteoclastoma) کے باعث ہوتا ہے، جو خود بخود کسر واقع ہونے کا رجحان پیدا کرتی ہیں۔ لیکن بے تشنگی کثرت بول، کلوی حصوات متعدد قوتیں کے عضلات کی بیش حساسی، متلی، قے اور لاغری ہو جو کہ شدید امعاتوں میں ہوتی ہیں۔ رسولی کے

استیصال کے بعد اصلاح شروع ہو جاتی ہے لیکن دموی کیلسیم کے سریع سقوط کی وجہ سے تکزز نہایت عام طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ اس میں سرا تصاروں حیتہ سے تخفیف ہو سکتی ہے جو استعمال کرنے کیلئے ہمیشیاں رکھنا چاہئے (21)۔ عملیہ کا بدل تحتی لاشعاعیں ہو سکتی ہیں۔ مرکزی التہاب العظام لیفی (focal osteitis fibrosa) میں جو کہ عام ترہے کیلسیم کے تحول میں کوئی غیر طبعی بات نہیں پائی جاتی۔

تکزز

(tetany)

تکزز نزد درقیہ کے مرض سے، خود بخود ناقص نزد درقیت (spontaneous hypoparathyroidism) میں پیدا ہو سکتا ہے، لیکن وہ شاذ ہے۔ بعد عملیتی تکزز، درقی عملیات میں نزد درقیات کے استیصال کے بعد ہونا خوب معلوم ہے۔ لیکن سریری تکزز کے بہت سے دوسرے اسباب بھی ہیں۔

بحث اسباب۔ وہ ہر عمر میں واقع ہوتا ہے، لیکن شیرخواروں اور نوعمر بالغوں میں بالخصوص کثیر الوقوع ہے۔ بچوں میں اناث کے نسبت ذکور پر زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے۔ نسبتہً زیادہ عمر کے اشخاص میں ذکور کی نسبت اناث پر زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے۔ بچوں میں کساحت اور اسہال عام ترین اسباب معدہ ہیں۔ بالغوں میں یہ اسباب کارفرما ہوتے ہیں:۔ حمل اور رضاعت، حموی امراض سے شفایابی، اتساع معدہ اور تددالامعا، اور راقم الحروف کے مریض میں معدی قولونی ناسور (gastro-colic fistula)، جس کے ساتھ براز میں آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ ضائع ہوتا تھا۔ وہ جسم درقی کے استیصال کے عملیہ کے بعد بھی ہو گیا ہے، جب کہ درقی کیساتھ نزد درقی اجسام بھی دور کر دیئے گئے تھے۔ مَیک کیری سن بیان کرتے ہیں کہ وہ گلگٹ (شمالی ہند) کی بلند وادیوں میں عورتوں میں عام ہے، اور یہ کہ ایسے تمام مبتلاؤں میں گاٹر کی شکایت بھی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں وہ نزد درقی کے مرض کے باعث ہوتا ہو جو کہ ساتھ موجود ہے۔ مماثل دورے ارگٹ کے تسمم (ergotism) سے اور لینت عظام (osteomalacia) کے ہمراہ اور سوڈیم بائی کاربونیٹ کے

تسمم سے بھی دیکھے گئے ہیں۔ بعض اوقات بعض عصبی امراض بالخصوص صرع (epilepsy) میں تکزز موجود ہوتا ہے۔ نیز تکزز وباؤں میں مزدوروں کے اندر سال کے بعض موسموں میں یورپ کے خاص خاص شہروں (وائنا، ہیڈلبرگ) میں واقع ہوتا ہے۔ مصنوعی طور پر وہ مسلسل جبری تنفس سے پیدا کیا جاسکتا ہے، جس سے جسم کے اندر سے کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) دھلکر باہر نکل جاتی ہے (بے دخانی = acapnia)۔

امراضیات ۔ اس مرض کا اصلی ممیز خاصہ محیطی حرکی عصبیہ کی بیش تحریک پذیری ہے۔ اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ آکسیجن کی احتیاج اس کا اولی سبب ہوتا ہے اور متعدد عاملات یہ احتیاج پیدا کردیتے ہیں (26)۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ قلی دمویت جو سوڈیم بائی کاربونیٹ کے اشرابات یا جبری تنفس (جس سے کاربن ڈائی آکسائڈ دھل کر جسم سے باہر نکل جاتی ہے) کے سبب سے ہوتی ہے اس طرح عمل کرتی ہو کہ ہیموگلوبین سے آکسیجن کے افتراق کو زیادہ مشکل بنادیتی ہو (کثیر طلبی = pleonexy) جس سے بافت کا آکسیجنی تناؤ کم ہوجاتا ہے۔ آخرالذکر گوانیڈین (guanidine) اور ہسٹامین (histamine) کے تسمم میں بھی واقع ہوجاتا ہے، اور یہ دونوں تکزز کا سبب ہوتے ہیں۔ نزودرقیہ برآری (parathyroidectomy) خود آکسیجن کے تناؤ کو کم نہیں کرتی، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ پست دموی کیلسیم کی وجہ سے خلیوں کی آکسیجنی رسد میں مزاحمت ہوجاتی ہو۔ ایسی مزاحمت کا وقوع سیانائڈ کے تسمم (cyanide poisoning) میں ہونا معلوم ہے۔ تجربی تکزز پیدا کرنے کا ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ایک ایسے کتے کے معدے کو جس کا بواب تسدد کردیا گیا ہو بار بار دھوڈالیں۔ سوڈیم کلورائڈ کے دروں وریدی استعمال سے یہ تکزز موقوف کیا جاسکتا ہے۔ چنانچہ تکسع معدے (dilated stomach) تسدد معائی (intestinal obstruction) اور معدی قولونی ناسور (gastro-colic fistula)، ان سب کے تکزز کے متعلق یہ تصور کیا جاسکتا ہے کہ اس کا سبب جسم سے کلورائیڈ کا نقصان ہے۔ اور ان اصابتوں میں پلازمائی کلورائیڈ پست اور پلازمائی بائی کاربونیٹ بلند پایا گیا ہے، اور خون میں یوریا کی زیادتی بھی موجود ہوتی ہے۔ ان اصابتوں کیا تکزز قلی دمویت کی وجہ سے نہیں ہوتا (88)، اور ممکن ہے کہ یہاں بھی وہ پست

روانی کیلسیم کی وجہ سے ہو (24)۔چنانچہ ہسٹر یائی ہیش تنفس میں دماغی نخاعی سیال میں پست کیلسیم پایا گیا ہے۔

علامات۔ ممکن ہے کہ حملہ سے چند گھنٹے یا چند دن پہلے کسیقدر بے قراری یا کسلمندی، یا بازوؤں کی اکڑ، یا جھنجھنی محسوس ہو۔ بعض اوقات دورہ بلا کسی انتباہ کے ناگہانی طور پر ہوجاتا ہے۔ ایسی حالت میں ہاتھ کلائیوں پر مڑجاتے ہیں، انگلیاں بعد رسغی سلامی جوڑوں پر خمیدہ، سلامی جوڑوں پر پھیلی ہوئی، اور باہم مضبوط دبی ہوئی ہوتی ہیں اور انگوٹھے، ہتھیلیوں کے اندر خمیدہ ہوتے ہیں، چنانچہ انگلیاں ایک مخروط بنادیتی ہیں (میں قابلہ "main d'accoucheur"=)۔ کہنیاں قدرے خمیدہ، اور بازو جانبوں سے متقرب ہوتے ہیں۔ بعض اوقات چاروں انگلیاں ہاتھ کے اندر خمیدہ، کلائیاں پھیلی ہوئی، اور کہنیاں کامل طور پر خمیدہ ہوتی ہیں۔ جوارح اسفل میں، پاؤں ٹانگ پر پھیلا ہوا، حارہ خمیدہ، اور پاؤں کی انگلیاں خمیدہ اور باہم ملی ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ ممیز انقباضات ہیں اور بیشتر اصابتوں میں صرف یہی واقع ہوتے ہیں۔ نہایت شدید اصابتوں میں شکم، سینہ، چہرے اور زبان کے عضلات کا تشنج پیدا ہوجاتا ہے، نیز پشت کے عضلات میں تشنج ہونے سے خفیف سی پس طنائی، اور آنکھوں کے عضلات کے تشنج سے حول پیدا ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ ماؤف حصوں میں کسیقدر اینٹھن جیسا درد ہو اور ہاتھوں کی پشت متورم اور وریدیں متمدد ہوں۔ ممکن ہے کہ پسینہ، تتاہٹ، اور تپش کا خفیف سا ارتفاع ہو۔ یہ تشنج پانچ تا پندرہ منٹ میں موقوف ہوجاتا ہے، یا ایک دو یا زائد گھنٹوں تک جاری رہتا ہے۔ وہ بتدریج رفع ہو کر چند گھنٹوں یا دنوں کے وقفے کے بعد پھر مکرر ہوتا ہے۔

ان وقفوں کے دوران میں اعصاب و عضلات میکانی خراش سے زیادہ اثر پذیری ظاہر کرتے ہیں (Chvostek)۔ اعصاب کے قرع سے متناظر عضلات میں انقباضات پیدا ہوجاتے ہیں، اور یہ امر چہرہ میں عظم الوجنہ اور زاویۂ دہن کے بالکل بیچوں بیچ قرع کرنے سے خوب ظاہر ہوتا ہے۔ چہرے کو اوپر سے نیچے کی طرف سہلانے سے یکے بعد دیگرے عضلات کا انقباض پیدا ہوجاتا ہے۔

ٹراؤسو (Trousseau) نے پہلے بتلایا کہ بازوؤں کو مضبوط پکڑنے سے یا اعصاب وشرائین کو دبانے سے ان وقفوں کے زمانہ میں تازہ دورے پیدا کئے جا سکتے ہیں۔ نیز حرکی اعصاب فراوانیت سے غیر معمولی طور پر اثر پذیر ہوتے ہیں، اور گلوانیت سے تو اور بھی زیادہ (Erb)- اگر ۲ ملی ایمپیئر سے نیچے کی گلوانی رو ئیں زیر برقیرہ کو بند کرنے یا زیر برقیرہ کو کھولنے پر انقباض پیدا کر دیں تو اس سے ظاہر ہوگا کہ بیش تحریک پذیری موجود ہے، جو تکزز کی موجودگی کی دلالت ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 628)- طبعی جولت ۵ ر۲ اور ۳ ملی ایمپیئر کے درمیان ہے۔

490

لیکن دوروں کے درمیان وقفہ ہمیشہ نہیں ہوتا۔ بچوں میں مسلسل تشنج زیادہ عام ہے، اور بالغوں میں ممکن ہے کہ تشنج کلی طور پر پھیلا نہ ہو، اسی واسطے اس شکل کے تشنج کو "متفقتی" اور اس شکل کو جس میں کامل سکون کے وقفے ہوں متوقف کہتے ہیں۔ مخفی تکزز (latent tetany) میں جو خاصہ عام ہے، تشنج کے حملے خود رو نہیں ہوتے۔

کثیر بچوں میں عصبی نظام کی غیر معمولی تحریک پذیری نہ صرف تکزز کی صورت میں، بلکہ صرصری تشنج حنجرہ (laryngismus stridulus) اور تشنجات سے بھی ظاہر ہوتی ہے۔

نزودرقیتی تکزز میں، عدسی عتمات، جو کہ ابتدائی درجوں میں ایک شگافی چراغ (slit-lamp) کے ذریعہ مشاہدہ کرائے جا سکتے ہیں، ناخنوں کا بھر بھرا پن اور حیدیت (ridging)، ناقص بینائی کی وجہ سے دانتوں کی متعرض حیدیت، اور بالوں کا گر جانا واقع ہو سکتا ہے (21)-

یہ مرض چند دنوں سے لے کر چند ہفتوں تک جاری رہتا ہے اور قاعدہ یہ کہ شفایابی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی صحتیابی کے بعد تھوڑے عرصہ تک ٹانگوں کی کچھ کمزوری باقی رہ جاتی ہے، اور عضلی ذبول اور ریشکی لرزش بھی دیکھی گئی ہے۔ لیکن جب دورے شدید ہوں تو موت خستگی سے، یا ذات الجنب سے (جو تنفسی مزاحمت کا نتیجہ ہوتا ہے)، یا بچوں میں اسی اسہال کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے جس نے تکزز کو پیدا کر دیا تھا۔

تشخیص - تشنجات کی توزیع، یعنے اُن کا بالخصوص ہاتھوں اور بازوؤں میں واقع ہونا، اِس مرض کو کزاز (tetanus) سے ممیز کرتا ہے۔ ھسٹیر یائی انقباضات تکزز کی شکل اختیار کر سکتے ہیں۔ وہ عموماً یک جانبی ہوتے ہیں اور دوسری ہسٹیریائی حالتوں کے ہمراہ واقع ہوتے ہیں۔ مخفی تکزز (latent tetany) کی تشخیص اَمارات واسٹیک وٹراؤسو کی مدد سے کی جاسکتی ہے اور بعض اُن علامات کی موجودگی پر سے جو عموماً اُس کے ساتھ وابستہ ہوتے ہیں، یعنے دانتوں کے مینا کے نقائص، گِرد نواتی نزول الماء (perinuclear cataracts)، بالوں اور ناخنوں کے اَسواء تغذیہ اور متوالی التہاب ملتحمہ۔

علاج - پیرا تھارمون (parathormone) تحت الجلدی، دروں عضلی یا دروں وریدی راہ سے روزانہ ۱۰ تا ۳۰ یونٹس دیا جائے۔ بیش متعادی کی سب سے پہلی علامت قئے ہوتی ہے۔ کیلسیم کلورائڈ (calcium chloride) (۵ تا ۲۰ گرین، شیر خوار بچوں کی حالت میں) براہ دہن ہر چوتھے گھنٹے دیا جاتا ہے (25)۔ کلورین دورانِ خون کے اندر جاکر کلورائڈ کی کمی کی تلافی کر دیتی ہے، اور کیلسیم امعاء سے خارج ہوجاتا ہے۔ ایمونیم کلورائڈ (ammonium chloride) بھی بڑی مقداروں میں آزمایا جائے۔ اِس کا ایمونیا یوریا میں تبدیل ہوجاتا ہے، چنانچہ اس صورت میں بھی ہائڈروکلورک ایسِڈ سے فائدہ حاصل کیا جاسکتا ہے۔ یہ دوائیں براہِ معاء مستقیم بھی دی جاسکتی ہیں۔ مریض کی مُعیّدہ حالت کو حتی الامکان دور کر دینا چاہیے۔ مثلاً معدی اتساع کا علاج جراحی عملیہ (معدی صائمی تفمیم = gastro-jejunostomy) کے ذریعہ سے کرنا چاہیے۔ بچوں میں اسہال کا علاج کرنا چاہیے، اور کُساحتہ (rickets) کا تدارک روغن کاڈ لیور، فولاد، مناسب غذا، وغیرہ سے کرنا چاہیے۔ عورتیں اپنے بچوں کو دودھ پلانا چھوڑ دیں، اور فولاد اور دوسرے مقویات استعمال کریں۔

غدۂ تیموسیہ

(THYMUS GLAND)

غدۂ تیموسیہ کا وزن، پیدائش سے لے کر ایک سال تک، وزن جسم کا تقریباً ½ فی صدی ہوتا ہے، اور ۱۱ اور ۱۴ سال کے درمیان اُس وزن کا ۰.۵۸ فیصدی ہوتا ہے لیکن اگر احتیاط کے ساتھ تلاش کیا جائے تو بالغ عمر میں بھی اِس کا باقی حصہ مل سکتا ہے، جو لیفی اور شحمی بافت، لمفی خلیوں کے جزیرات، اور جسیماتِ ہسّل (Hassall's corpuscles) پر مشتمل ہوتا ہے (Dudgeon)۔ ذبول میں جو بچوں میں ضمور (marasmus) یا تدرن یا دوسرے مزمن ہزال آور امراض کے ہمراہ پایا جاتا ہے، یہ غدہ جسامت میں گھٹ جاتا ہے۔ تیموسیہ کی کلانی، متعدد امراض میں پائی جاتی ہے، جن میں سے اہم ترین یہ ہیں: ــ ابیضاض الدم (leukæmia)، بالخصوص لمفائی قسم کی، مرضِ ہاجکن، جحوظی گائٹر اور مترقی عضلی نہاکت (myasthenia gravis)۔ تدرن کے اثر سے غدہ متغیر ہو کر ایک لیفی جُبنی تودہ بن سکتا ہے، اور غدے میں نو بالیدہ بھی ہو سکتی ہے۔

زمانہ ماضی میں غدۂ تیموسیہ کی انتہائی اہمیت یہ بتائی گئی ہے کہ یہ اُس حالت میں جو کہ تیموسی لمفی حالت (status thymo-lymphaticus) کے نام سے مشہور ہے، ناگہانی موت کا باعث ہوتا ہے۔ یہ تشخیص ایسی موت کی توجیہ کے لئے کی گئی ہے جو معدم حس کے تحت خاص طور پر بچوں میں واقع ہو، اور موت کا سبب واضح نہ ہو۔ اِن اصابتوں میں بسا اوقات تمام جسم کی لمفی بافتوں کی عام بیش تکوین پائی جاتی ہے، اور تیموسیہ کو بڑھا ہوا سمجھا گیا ہے۔ لیکن اس کے خلاف واقعہ یہ ہے کہ لمفی بافت کی مقدار غالباً اُس سے ہرگز زیادہ نہیں ہوتی کہ جتنی ایک طبعی بچہ میں موجود ہوتی ہے، گو کہ ایک ایسے بچے میں جو ہزال آور کسی مرض سے مرا ہو لمفی بافت ذبول ظاہر کرتی ہے۔ تازہ تحقیقات سے اب یہ پتہ چلا ہے کہ

491

تیموسی غدہ بھی طبعی حدود کے اندر ہوتا ہے' لہذا تیموسی لمفی حالت کی تشخیص کسی حقیقت پر مبنی نہیں اور مستقبل میں ایسی اموات کو معدم حس کی طرف براہ راست منسوب کرنا چاہئے یا ناگہانی موت کی دوسری شالوں میں کسی نامعلوم سبب کی طرف۔

فوق الکلیہ کیسے

(SUPRARENAL CAPSULES)

فوق الکلیہ کیسے دو حصوں پر مشتمل ہیں:-

ا۔ قشرہ (cortex) (بین کلوی نظام=interrenal system)

میاں آدمی خلیوں سے ماخوذ ہوتا ہے' جو اعضائے تناسل سے قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ اُس میں کالیسٹرین ایسٹر (cholesterin esters) اور لیسیتھین (lecithin) بڑی مقدار میں موجود ہوتے ہیں' اور اُس کا زرد رنگ انہیں کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اُس کا وزن پورے غدے کا ۹۰ فی صدی ہوتا ہے' اور وہ دوران حمل میں کسیقدر زیادہ بڑا ہو جاتا ہے۔ قشرہ کے لیپائڈز ساری نوعیت کے ایک حاد حموی مرض کے باعث جو کہ مہلک ہوتا ہے چند ہی روز میں غائب ہو جاتے ہیں' اس کے برعکس وہ مزمن حالتوں' مثلاً خبیث مرض میں' خارج نہیں ہوتے۔ اس لحاظ سے وہ معمولی جسمانی شحم کے بالکل برعکس خاصہ ظاہر کرتے ہیں۔ قشرہ صنف کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ شاذ الحالتوں میں جہاں قشرہ بیش پرور وہ ہوتا ہے' اعضائے تناسل کا نمو قبل از وقت ہوتا ہے اور مردانہ خصائص کی زیادتی پائی جاتی ہے۔ زیادہ عام طور پر یہ علامات قشرہ کے سرطان سے پیدا ہو جاتے ہیں (جو ملاحظہ ہو)۔ اس کے برعکس فوق الکلیوں کی ناقص تکوین' بعض اوقات اعضائے تناسل سے بالوں کے غائب ہو جانے یا ابتدا ہی سے ان بالوں کی غیر موجودگی اور اعضائے تناسل کی ناقص تکوین کی حالتوں میں دیکھی گئی ہے۔ قشرہ میں ایک ترشیی شئے ہیکسیورانک ایسڈ یا ایسکاربک (hexuronic acid or ascorbic)' حیاتین ج سے مماثل (ملاحظہ ہو) موجود ہوتی ہے' جو جسم کے آکسی ڈیسیز (oxidases) کا امتناع کرتی ہے۔

جب یہ ترکیبی شئے غیر موجود ہو جیسے کہ مرض ایڈیسن میں تو یہ آکسیڈیسیز جسم کے ترکیبی سالمات کے ائڈرو کیونون گروہوں (hydroquinone groupings) کو سیاہ رنگ رکھنے والے کیونون گروہوں (quinone groupings) میں متغیر کرنے میں پورے طور پر کارفرما ہوتے ہیں اور اس طرح جسم کو رنگ دیتے ہیں (27)۔ ہوا میں کھلے رہنے پر ایک تازہ کٹے ہوئے سیب کا سیاہ پڑ جانا بھی تکسید کی وجہ سے ہی ہوتا ہے۔ آخراً یہ کہ قشر میں ایک نوعی مادہ موجود ہوتا ہے جو کہ ایڈیسن کے مرض کو روکتا ہے اور فوق الکلوی قشری خلاصہ (suprarenal cortical extract)، ایسکاٹین (esthatin)، یوکارٹون (eucortone) یا کارٹین (cortin) کے نام سے مشہور ہے۔

۲۔ لُبّ (medulla) انھیں خلیوں سے اخذ ہوتا ہے جن سے مشارکی عصبی نظام کے عقدی خلیے ماخوذ ہوتے ہیں۔ بائکرومیٹ (bichromate) سے وہ ممیز و مخصوص تلوینی تعامل ظاہر کرتا ہے اور اسی واسطے اُسے ایک کروما فینی جسم (chromaffine body) کہتے ہیں۔ وہ ایڈرینالین (adrenin) یا ایپی نیفرین (epinephrin) نام کی ایک شئے تیار کرتا ہے جو بذریعہ تالیف بھی تیار کر لی گئی ہے اور کیمیائی لحاظ سے آرتھوڈائی آکسی فینائل ایتھانال میتھائل ایمین (ortho-dioxyphenyl-ethanol-methylamine) ہے۔ اشتائی اعصاب کو تہیج کرنے پر یہ شئے خون کے اندر منصب ہو جاتی ہے۔ یہ تمام مشارکی عصبی انتہاؤں پر ایک قوی اثر رکھتی ہے۔ طبعی حالات کے تحت دوران خون کے اندر یہ انصباب اُس وقت واقع ہوتا ہے جب کہ تحریک درد، خوف اور غصہ کے قوی جذبات پیدا ہوتے ہیں۔ اس حالت میں ہضم اور تجدید پیدائش سے متعلق اعمال کا امتناع ہو جاتا ہے۔ حیوان جنگ کے لئے یا فرار ہونے کے لئے مستعد ہو جاتا ہے۔ اُس کی پتلیاں پھیل جاتی ہیں۔ جلد پھیکے رنگ کی ہو جاتی ہے۔ بال کھڑے ہو جاتے ہیں۔ حرکت قلب تیز ہو جاتی ہے۔ جگر پر اس شئے کے فعل سے خون میں شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ ڈھانچہ کے عضلات زیادہ قوت ظاہر کرتے ہیں اور جلد نہیں تھکتے۔ خون کی ترویب پذیری زیادہ ہو جاتی ہے اور اگر حیوان زخمی ہو جائے تو ترویب کی یہ زیادتی کارآمد ہوتی ہے۔ اس میں شک

نہیں ہو سکتا کہ ایک پرانے شخص کی طاقت جو ضرب الامثال میں پائی جاتی ہے' ایڈرینین کے انصباب کے باعث ہوتی ہے' اور اسکے محافظوں نے جو اسکی قوت محسوس کرتے ہیں' مائل قوی جذبات کارفرما نہیں ہوتے۔ عتاہت مبادر (dementia præcox) میں یہ پایا گیا ہے کہ لُب قلیل النماء اور نسیجیاتی تغیرات ظاہر کرتا ہے (28)-

یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ بدن میں پیدا شدہ حرارت کی تنظیم بڑی حد تک ایڈرینین کی رسد کی وجہ سے ہوتی ہے' جو جگر پر عمل کرتی اور گلائکوجن کو منتقل کرتی ہے' اور یہ کہ تپ ایڈرینین کے سریع انصباب کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اِس مفروضہ کی بنا پر وہ ناگہانی شدید تپ جو لُب کے اندر نزف یا شدید امتلا کے ہمراہ پائی جاتی ہے' حاد بیش ایڈرینالیت (hyper-adrenalism) کی علامت ہے (15)- ایسے نزفات عموماً نوعی حمیات' مثلاً ملیریا' ذات الریہ' سرخ بادہ' پر پٹونا وغیرہ کے باعث ہوتے ہیں' جن میں لُب کے امتلا کی توقع ہو سکتی ہے۔ لیکن یہ نزف فوق الکلوی وریدوں کی علقیت کے باعث بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اور اسی واسطے اِس حالت میں تپ سرایت کی وجہ سے ہرگز نہیں ہوتی بلکہ مشارکی تہیج کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ایک "مشارکی تپ" ("sympathetic fever") ہے۔

492

اِن میں سے بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ تپ جاتی رہے اور اُس کے بعد تحت الطبعی تپش' نہاکت اور ہبوط واقع ہو جائے۔ یہ حاد قلیل ایڈرینالیت (hypo-adrenalism) کے علامات ہیں' جو لُب کے تلف ہو جانے کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ اِس تعلق میں یہ یاد رکھنے کے قابل ہے کہ عام ضیق کے ساتھ بتدریج ہلاکت کو پہنچنے والے اشخاص میں لُب کا ایڈرینالینی مافیہ ۲ر۰ ملی گرام سے لے کر ۲ء۲ ملی گرام تک پایا جائے گا' درآں حالیکہ ناگہانی موت کی مثالوں میں اسکی مقدار ۵ء۴ ملی گرام ہوتی ہے۔ حاد قلیل ایڈرینالیت کے دوسرے علامات شر اسیفی درد کا ناگہانی حملہ اور اکیمیت ہیں' اور اس کے بعد شکم کا تمدد۔ اور تشنجات' قوما اور ہذیان' یا ایک محرقی درجہ۔

مرضِ ایڈیسن

(Addison's disease)

اس مرض کو سب سے پہلے ڈاکٹر تھامس ایڈیسن نے ۱۸۵۵ء میں بیان کیا۔

بحث اسباب۔ یہ مرض ہر عمر میں ہو سکتا ہے، اور ذکور میں نسبتاً زیادہ عام ہے۔ تدرن ایک نہایت کثیر الوقوع سبب ہے۔ بعض اصابتوں میں فوق الکلوی کیسے ما سبق سل ریوی، یا شوکی بوسیدگی (spinal caries) یا خصری خراج (psoas abscess) سے سرائت زدہ ہو جاتے ہیں۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں یہ ان غدد کی ایک اولی درنی سرایت ہوتی ہے۔ تراشنے پر یہ نیم شفاف رمادی یا سبزی مائل رمادی بافت اور غیر شفاف زرد جُبنی جرم کا ایک مجموعہ ظاہر کرتے ہیں۔ بعض اوقات یہ جُبنی مادہ نرم ہو کر ایک ریمی کہف بن جاتا ہے۔ ۲۵ فی صدی اصابتوں میں تغیر صرف یہی ہوتا ہے کہ قشرہ کا ذبول واقع ہو جاتا ہے (29)۔ دوسری مثالوں میں ان غدد پر سلعہ کا حملہ ہوتا ہے، یا عروق کی علقیت واقع ہو کر خون کی وعا بدری ہوتی ہے۔

امراضیات۔ مرضِ ایڈیسن فوق الکلیہ کے قشرہ کے آتلاف کے باعث ہوتا ہے جس سے اے سکاربک ایسڈ (ascorbic acid) کا فقدان ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ، جیسا کہ پہلے سمجھا گیا ہے، لونیت ہوتی ہے۔ نیز نوعی قشری مادہ کی عدم موجودگی بلازما کے سوڈیم کلورائیڈ کا سقوط، پوٹاسیم کا ارتفاع، اور نائٹروجینی مادوں کا کلوی احتباس پیدا کرتی ہے۔ گردے اب بھی بہت سے کلورائیڈ اور وافر پانی کا اخراج کرتے ہیں۔ یہ حیاتی کیمیائی تغیرات خون کے ارتکاز کی وجہ سے کثیر خلوی دمویت، دباؤ کی کمی اور اس مرض کی عمومی نہاکت، اور شاید معدی معوی اختلالات پیدا کر دیتے ہیں۔ اساسی تحول طبعی درجہ سے نیچے پایا گیا ہے (4)۔

علامات۔ اہم علامات یہ ہوتے ہیں:۔ کمزوری، خون کے دباؤ کی کمی، قے، اور لونیت۔ آغاز مرض عموماً غیر محسوس طور پر ہوتا ہے اور مریض کو بتدریج کمزوری، انخفاض، نڈھال پن اور محنت کے لئے بے رغبتی کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ کوکھوں، مراق یا شراسیف میں درد ہو۔ قلب کا فعل نہایت ضعیف

ہوتا ہے' اور بستر میں اُٹھنے پر غشی یا دورانِ سر' یا محنت کرنے پر سانس کا پھولنا یا اختلاج ہوتا ہے۔ نبض کے ضربات فی منٹ اَسّی سے نوے تک ہوتے ہیں' اور وہ صغیر و ضعیف ہوتی ہے۔ خون کا دباؤ نہایت کم ہوتا ہے' اور اتنا کم کہ پارے کا ۸۰ یا ۹۰ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اشتہا عموماً کم ہوتی ہے' اور متلی' ابکائیاں اور قئے مرض کے اہم مظاہر ہیں۔ جوں ہی کہ بحران ہوتا ہے' ادرار البول اور اس کے ساتھ خون کا ارتکاز اور کثیر خلوی دمویت پیدا ہوتی ہے۔ چڑچڑاپن اور بے چینی بعض اوقات نہایت نمایاں ہوتی ہے۔ جلد کی عجیب و غریب بد رنگی ایک ایسی علامت ہے جو سب سے زیادہ جاذب توجہ رہی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ علامت متذکرہ بالا عمومی علامات کے ساتھ ساتھ دیکھی جائے' یا اُن سے پہلے نمویاب ہو جائے' یا اُن کے نمایاں ہونے کے کئی ماہ بعد واقع ہو۔ اصابتوں کے اس آخری گروہ میں اگر عمومی علامات نہایت شدید ہیں تو ممکن ہے کہ وہ جلد کے ماؤف ہونے سے پہلے ہی مہلک ثابت ہو جائیں۔ چنانچہ بعض اوقات مرضِ ایڈیسن میں لونیت غیر موجود ہوتی ہے اور اس کی توجیہہ اسی طرح کی جاتی ہے۔ یہ لونیت یا سمرت' اپنی ہلکی چھائیوں میں قاتم یا زردی مائل بھوری اور بعض اوقات زیتونی یا سبزی مائل بھوری رنگت کی ہوتی ہے۔ اس کی زیادہ نمایاں شکل میں جلد کا رنگ گہرا بھورا' ایک خلاسی کے رنگ کی طرح ہوتا ہے۔ یہ لونیت عموماً اولاً جلد کے اُن حصوں کو متاثر کرتی ہے جو قدرتی طور پر کھلے ہوئے ہوتے ہیں' جیسے کہ چہرہ' گردن' ہاتھوں اور انگلیوں کی پشت' لیکن جلد الراس یا مونچھوں کے نیچے لب کی جلد غیر متاثر رہتی ہے۔ دوم یہ اُن حصوں کو متاثر کرتی ہے جو قدرتی طور پر دوسرے حصوں کے نسبت زیادہ رنگ دار ہوتے ہیں' جیسے کہ بغلیں' قضیب' صفن اور چھاتیوں کے ہالیے۔ سوم' یہ دباؤ اور خفیف چوٹ کے مقامات کو متاثر کرتی ہے' جیسے کہ عورتوں میں موزہ بندوں اور کمر بندوں کے نشانات' اور وہ مقامات جہاں آبلہ آور اور پلستر لگائے گئے ہوں۔ لیکن جلد کو تلف کر دینے والے زخموں کے ندبات سپید ہی رہتے ہیں' اور رنگ کی ایک گہری تہ اُن کی سرحد بناتی ہے۔ بعض اوقات ہتھیلیوں کی گہری لکیریں سیاہ ہو جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ جلد کے

اُن حصوں پر جو سیاہ ہو گئے ہیں چھوٹے چھوٹے سیاہ دھبے، تلوں یا چھائیوں کی طرح نظر آئیں۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ سارے جسم پر لونیت چھا جائے۔ لیکن اس درجہ تک پہنچنے سے پہلے ہی ہمیں مرض کو عموماً پہچان لینے کے لئے تیار رہنا چاہئے اور فی الحقیقت بہت سے مریض ایسی عام لونیت کے وقوع سے پہلے ہی ہلاک ہو جاتے ہیں۔ یہ لونیت جلد ہی تک محدود نہیں ہوتی۔ اکثر ہرلب کی اندرونی جانب پر ایک آسمانی مائل سیاہ لکیر مخاطی غشا کے برابر برابر اور اسکے اور جلد کے اتصال کے خط کے متوازی دوڑتی ہوئی نظر آ سکتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ دوسری زیادہ بے قاعدہ چکتیاں گال کی مخاطی غشا پر اور زبان کی جانب پر واقع ہوں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان میں سے بعض بوسیدہ دانتوں کی موجودگی اور اُن کی خراش پر منحصر ہوتی ہیں۔ بالعموم تپش طبعی درجہ پر ہوتی ہے اور بول طبعی ہوتا ہے۔ اگرچہ مریض کمزور ہوتا ہے، لیکن اس کا متحول یا عدیم الدم ہونا لازمی نہیں۔ بلکہ ممکن ہے کہ تحت الجلد شحم کی خاصی موٹی تہ اس کے خاتمہ تک باقی رہے۔

مرض کا امر نہایت تغیر پذیر ہوتا ہے۔ اشتدادات اور فترات اس کے نمایاں خصائص ہوتے ہیں، اور شدید مرض کے زمانے جو مریض کو فرش پر رکھتے ہیں، مقابلۃً بہ صحت زمانوں کے ساتھ تبادل ہوتے ہیں۔ لیکن ہر تازہ اشتداد کے بعد مریض یقیناً پہلے کی نسبت خراب تر حالت میں ہوتا ہے۔ مدتِ مرض چند ماہ سے لے کر چھ یا سات سال تک ہوتی ہے۔ موت زیادہ تر نہاکت کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، کیونکہ مریض بتدریج زیادہ سے زیادہ کمزور ہو کر غنودگی کی یا نیم قوائی حالت میں پہنچ جاتا ہے، جس میں نبض زیادہ ضعیف ہوتی جاتی ہے۔ کبھی کبھی پذیا اور تشنجات اس منظر کا خاتمہ کر دیتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں عام علامات اور نہایت خفیف سی لونیت صرف چند مہینوں تک دیکھی گئی ہے، اور پھر انتہائی انحطاط واقع ہو کر چند ہی ہفتوں میں مریض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔

تشخیص ۔ مندرجۂ ذیل غلطیاں ہونے کا نہایت امکان ہوتا ہے:۔
(۱) دوسری کسی بدرنگی کو مرض ایڈیسن سمجھ لینا۔ (۲) جب لونیت خفیف یا غیر موجود ہو، علاماتِ مرض کی شناخت میں ناکام رہنا۔ وہ بدرنگیاں جو غلطی سے

مرض ایڈیسن سمجھی جاسکتی ہیں حسب ذیل ہیں: خفیف یرقان، یا متلف علم دمویت (pernicious anemia) کی بدرنگی۔ تقمل (phtheiriasis) جسکی شناخت خراشیدگیوں سے، اور لونیت کے اُن حصوں میں محدود ہونے سے کی جاسکتی ہے جہاں تک انگلیوں کے ناخن پہنچ سکتے ہیں، نیز چہرہ بالکل متاثر نہ ہونے سے۔ ملیریا اور سل ریوی کی پھیکی اور مٹیالی رنگت۔ کلف رحمی (chloasma uterinum) عورتوں میں۔ اور سعفۂ مختلف الالوان (tinea versicolor)۔ ابتدائی درجوں میں، جن میں سیاہی زیادہ نہیں ہوتی، بلا سبب کمزوری اور ساتھ ہی ضعیف وصغیر نبض اور قے تشخیصی خصائص ہوتے ہیں۔ حیاتی کیمیائی اور علاجی کاشفات سب سے زیادہ یقینی ہیں۔ علامات ایک بے نمک غذا سے زیادہ شدید ہوجاتی ہیں (اگرچہ یہ خطرہ سے خالی نہیں)، اور نمک دینے سے اُن میں اصلاح ہوجاتی ہے اور قشری خلاصہ سے وہ غائب ہوجاتی ہیں۔ آخر الذکر پلازما کے کلورائیڈ کو مرتفع کردیتا اور دوسرے غیر طبعی حیاتی کیمیائی تغیرات کو زائل کردیتا ہے۔

علاج۔ یہ طب میں نہایت ہی جدید ترقیوں کا آئینہ دار ہے۔ نمک، روزانہ ۱۰ - ۱۵ گرین کی مقداروں میں، مرض میں تخفیف پیدا کرتا ہے۔ کارٹین ۱۰ سی سی تک کا روزانہ زیرجلدی اشراب علامات کو بالکل دور کردیتا ہے اور لونیت غائب ہوجاتی ہے۔ اس قیمتی دوا کی بہت حد تک ضرورت نہیں پڑتی، بشرطیکہ نمک دیا جائے۔ لونیت، لے سکاربک ایسڈ دینے سے غائب ہوجاتی ہے (ملاحظہ ہو)۔

فوق الکلیہ کیسوں کی رسولیاں

ان غدد کو ماؤف کرنے والی رسولیاں غدی سلعہ (adenoma)، لحمی سلعہ (sarcoma)، سرطان (carcinoma)، اور عصبی ناہضی سلعہ (neuroblastoma) ہیں۔ لحمی سلعہ نہایت شاذ ہوتا ہے، اور صرف بالغوں میں پایا جاتا ہے۔ عصبی ناہضی سلعہ بچوں میں ہوتا ہے اور غدے کے لب سے پیدا ہوتا ہے۔ وہ ایک خبیث بالیدگی

اور صغیر خلیہ لحمی سلعہ سے مشابہ ہوتی ہے' لیکن اُس میں گچھے ہوتے ہیں' جو مرکزی عصبی نظام کے نوابیوں کا مخصوص و ممیز خاصہ ہیں۔ وہ ہڈیوں میں ثانوی جماؤ یہ آسانی پیدا کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ ایک بڑا تودہ بنا دے جو غلطی سے کلوی رسولی سمجھ لیا جائے۔ تاوقتیکہ اس کا جلد استیصال نہ کیا جائے اُس کے مہلک ثابت ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ سرطان شاذ ہی اولی ہوتا ہے لیکن وہ عموماً وسیع ثانوی ضررات کا جز ہوتا ہے۔ اولی ہونے کی حالت میں وہ ایک صغیر خلیہ سرطان ہوتا ہے' جس سے نزف اور تنخر بآسانی پیدا ہو جاتا ہے۔ اِن خلیوں کی ترکیب انبیبی یا جوفیزی ہوتی ہے یا یہ عروق دمویہ کے گرد نصف قطری صورت میں جمع ہوتے ہیں۔ اور ان میں فوق الکلوی قشرے سے ایک عام مشابہت ہوتی ہے۔ جسم کے مختلف حصوں میں سلعہ کا انتشار بذریعہ سروح واقع ہو سکتا ہے۔ جب یہ بالید موجود ہوتی ہے تو اُس سے سلعی خلیات کی فعالیت (بیش بین کلویت (hyper-interrenopathy= کے باعث مخصوص اور ممیز علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہی علامات قشرے کی سادہ بیش پرورش کی حالت میں بھی دیکھے جاتے ہیں۔ اگر فتور دروں رحمی حیات کے دوران میں شروع ہوا ہے تو نسائی خنوثیت کاذبہ (female pseudo-hæmaphroditism) دیکھی جاتی ہے' یعنی وہ فرد درحقیقت عورت ہوتی ہے' کیونکہ بیضیین موجود ہوتے ہیں' لیکن بیرونی خصائص مردانہ ہوتے ہیں۔ یہ حالت پیدایشی ہوتی ہے اور اس کا سبب عموماً دو جانبی قشری بیش تکوین ہے۔ جب یہ مرض پیدایش کے بعد جلد ہی شروع ہو جاتا ہے تو وہ حالت پیدا کر دیتا ہے جسے بلوغ قبل از وقت کہتے ہیں۔ یہ بچے شحیم ہوتے ہیں۔ لڑکوں میں قیادر اور متجاوز الحد تناسلی نمو پیدا ہو جاتا ہے۔ بڑی عضلی طاقت نمودار ہو کر وہ حالت پیدا ہو جاتی ہے' جیسے صبیانی ھرکیولی قسم (infantile Hercules type) کہتے ہیں۔ چہرے پر بال نمودار ہو جاتے ہیں اور تناسلی وظائف بڑھے ہوتے ہیں۔ گاہے تانیث (feminisation) یا ہم صنفی تبادر پیدا ہو جاتا ہے۔ لڑکیوں میں بالعموم تذکیر ہوتی ہے' یا دگر صنفی تبادر' بظر کی بیش پرورش' بالوں کی بالیدگی اور آواز کے گھرے پن کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ لیکن ہم صنفی

تبادر بھی بیان کیا گیا ہے اور ممکن ہے کہ اُن میں حیض جلد شروع ہو جائے۔ مابعد زندگی میں پیش ذہن کلویت سے بالغ غیر طبعی شعرانیت یا مسترجلیت پیدا ہو جاتی ہے۔ عورتوں میں بعض مردانہ خصایص دیکھے جاتے ہیں۔ چہرے پر بال نکل آتے ہیں اور جسم کے دوسرے مقامات کے بال زیادہ ہو جاتے ہیں۔ حیض اور پستانوں کا نمو غیر موجود ہوتا ہے جسمانی طاقت زیادہ ہوتی ہے اور ذہنی علامات جن سے ترجل عیاں ہوتا ہے جیسے کہ ہجومیت اور انانیت پیدا ہو جاتے ہیں۔ تشیخ (progeria) یا قبل از وقت شیخوخت کی حالت میں جو کہ صفحہ ۴۳ میں بتائی گئی ہے فوق الکلوی رقبوں میں دو جانبی سلعات پائے جاتے ہیں اور شحائی ماؤفیت کا کوئی ثبوت نہیں ملتا جیسا کہ دوسری اصابتوں میں پایا جاتا ہے۔ شرائین دبازت یافتہ ہوتی ہیں اور دموی فشار دموی یوریا اور شکر بلند ہوتے ہیں اور مریض ذہین اور دوسرے بچوں کے ساتھ کھیلنے کا شوقین ہوتا ہے۔

فوق الکلیہ کیسوں کے بعض دوسرے تغیرات کا تذکرہ بھی ضروری ہے التہاب اور تیقیحی مرکزوں کے قرب کی وجہ سے خراج نزف یا ضرر کے باعث جربیتی تغیر دیگر اعضاء کے تغیر کے ساتھ جاودسی درنے عام تدرن میں اور شاذ طور پر آتشکی صمغیہ یہ سب اُن دوسری امراضیاتی حالتوں میں سے ہیں جو مل سکتی ہیں۔

494

غدۂ نخامیہ

(PITUITARY GLAND)

یہ غدہ جسے اکثر زیر نامی (hypophysis) کہتے ہیں تین حصوں پر مشتمل ہے۔ (۱) جزو مقدم یا جزو غدی (pars anterior or glandulosa) جو غدی خرد اومہ سے ماخوذ ہوتا ہے اور جس میں کولائڈی دوئیرے ہوتے ہیں (۲) جزو موخر یا جزو عصبی (pars posterior or nervosa) جو عصبی سریشی ریشوں اور خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ (۳) جزو وسطی (pars intermedia) جس کی ساخت غدی ہوتی ہے اور جو بہتذکرہ بالا دو اجزاء کے







تشخیص: ڈگنزلی ویرلو کی مریضہ۔ لڑکی۔ عمر ۱۱ سال۔ دو جانبی فوق الکلوی رسولیاں۔ نخامی حفرہ طبعی ہے۔ شریانی دباؤ (ارتفاع الضغط) بلند۔ ادوی شکر،
تحقیق برداشت۔ مسن عورتوں کی سی چال ڈھال۔ تیز فہم۔ دوسرے بچوں کے ساتھ کھیلنے کی شائق ہے۔ ایک ہاتھ میں ایک اسمانے میتر پکڑا ہوا ہے۔

درمیان واقع ہوتا ہے۔ جزو مقدم (لحمیۂ مقدم) سے نکلنے والا کولائڈ جزو متوسط (لحمیۂ متوسط) سے ہو کر بطین سویم کے اندر آتا ہے اور دماغی نخاعی سیال کے اندر پایا جاتا ہے۔

امراضیات۔ تجربۃً جوہوں میں پایا گیا ہے کہ لحمیۂ مقدم کے نکال ڈالنے سے ان کی عام بالیدگی اور اعضائے تناسل کا نمو دونوں رک جاتے ہیں (قلیل نخامیت =hypopituitarism)۔ پھر اس غدہ کے فعال خلاصوں کے اشراب سے عفریتیت (gigantism) پیدا ہو جاتی ہے۔ انسان میں لحمیۂ مقدم کی بیش فعالیت (بیش نخامیت =hyperpituitarism) سے اوایل زندگی میں لمبی ہڈیوں کی بیش بالیدگی کے باعث عفریتیت اور بالغ زندگی میں جب کہ لمبی ہڈیوں کے بربا لے بالآخر متصل ہو جاتے ہیں، کبر الجوارح (acromegaly) پیدا ہو جاتا ہے۔ ان دونوں حالتوں میں اس بیش بالیدگی کے ساتھ غدۂ درقیہ اور غدہ نزد درقیہ اور فوق الکلوی قشرے کی بیش تکوین موجود ہوتی ہے اور یہ بیش بالیدگی نہ صرف ہڈیوں تک محدود ہوتی ہے بلکہ جسم کی تمام ساختیں اس سے متاثر ہوتی ہیں، چنانچہ اس حالت کے لئے کلان جسمی (macrosomia) کی اصطلاح کا استعمال بہتر ہوگا۔ تازہ تحقیقات سے مقدم لحمہ کی اہمیت پر ثابت ہوتی ہے کہ یہ تمام اقسام کی دروں افرازی فعالیت کو نیز کاربوہائیڈریٹ کے تحول کو (ملاحظہ ہو قلیل شکر دمویت) منظم رکھتا ہے۔ اگر نخامیہ کا مقدم لحمہ برباد کر دیا جائے تو درقیہ، بیضین، خصیتین، لبیۂ فوق الکلیہ قشرہ اور نزد درقیات میں انحطاطی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ ان کا سد باب مقدمی نخامی خلاصہ جات کے اشراب سے کیا جا سکتا ہے، جن سے مہیج الدرقیہ، مہیج المولدات (یا مہیج مولدات) اور مہیج فوق الکلیہ ہارمون تیار کئے گئے ہیں، نیز ایک ایسا ہارمون جو پستان میں ہیجان پیدا کر کے دودھ کا افراز پیدا کرتا ہے۔ یہ ہارمون غالباً نخامیہ سے طبعی طور پر آزاد ہو کر جسم میں داخل ہوتے رہتے ہیں اور دوسرے دروں افرازی اعضا پر اقتدار رکھتے ہیں۔ مثال کے طور پر مہیج الدرقیہ ہارمون درقیہ کو ہیجان میں لا کر تھائراکسین پیدا کرتا اور اس طرح اساسی تحول کو بلند کرتا ہے۔

495

لیکن یہ بلندی دیرپا ثابت نہیں ہوتی، کیونکہ غدہ کی فعالیت کے جاری رہنے کے باوجود جسم کچھ ضد مہیج الدرقیہ مادہ پیدا کرتا ہے (40)۔ چنانچہ غدۂ نخامیہ کے درون افرازی تعلقات پیچیدہ ہیں، اور اس کے ضررات مختلف کثیر الغدی علامات پیدا کرتے ہیں جن کا انحصار اس امر پر ہے کہ کونسا خاص ہارمون مفقود ہے۔ ایک اسکیم نیچے درج ہے۔

مقدمی نخامی ہارمون

مہیج الدرقیہ غدہ درقیہ کو تہیج کرتا، اور استحالی تحول کو بلند کرتا ہے۔	مہیج فوق الکلیہ فوق الکلیہ قشرہ کو متہیج کرتا ہے۔	مہیج المولدات، (ا) ایک پرولان نما مادہ جو بیض میں ہیجان پیدا کرکے (۱) ایسٹرن (۲) پروجیسٹرن پیدا کرتا ہے۔ (ب) خصیہ کو تہیج کرتا ہے۔
۔ جو لبلبہ کو جانے والا ؟ مہیج جزو درقیہ	پستان کو جانے والا دودھ کے افراز کی تہیج کرتا ہے۔	

جزو موخر سے ایک خلاصہ (پچوٹرین =pituitrin) حاصل ہوتا ہے جس میں دو ہارمون، ضاغط العروق (پٹوسیلن =pitressin) اور مسرع الولادت (پٹوسین =pitocin) موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ طبعاً کولائڈ کے ساتھ خارج ہو کر دماغی نخاعی سیال میں آجاتے ہیں۔ مسرع الولادت رحم پر براہ راست عمل کرتا ہے۔ ضاغط العروق معوی عضلے کو متہیج کرتا ہے اور عدیم الحس جانوروں میں خون کے دباؤ کو بھی بڑھا کر ادرار بول پیدا کرتا ہے، اور دماغی نخاعی سیال اور دودھ کے سیلان کو زیادہ کر دیتا ہے۔ لیکن غیر عدیم الحس انسان میں اس سے پیشاب کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ جزو موخر ایک اور مادہ بھی بہم پہنچاتا ہے جو کہ معدہ کے مفرز ترشہ خلیات کی تیزابیت عظام کی بالیدگی کے لئے ضروری ہے۔ خرگوشوں میں اسکی بڑی مقداروں کا اشراب نزفی التہاب معدہ پیدا کرتا ہے، جو کہ مفرز ترشہ خلیات میں شروع ہوتا ہے۔

نخامی مرض میں اکثر پائی جانے والی شحمیت، زیر عرشی خطے پر دباؤ پڑنے کے

باعث پیدا ہوتی ہے۔ ذیابیطس لیمخ پر بعد میں غور کیا جائے گا۔

مرضی تشریح - غدۂ نخامیہ کے امراض مندرجہ ذیل اسباب کے باعث ہوسکتے ہیں:- (۱) سرج ترکی کے اندر کے اضرار (درون سرجی)، جو حسب ذیل ہوتے ہیں: (ا) ایوسین پسند غدی سلعہ (eosinophilic adenoma) جو لختہ مقدم کے حقیقی افرازی خلیوں پر مشتمل ہو۔ یہ بیش نخامیت پیدا کردیتا ہے۔ (ب) فاعلانہ طور پر بڑھنے والا لون ترس غدی سلعہ (chromophobe adenoma) جس کے خلیات میں ایسے ذرات نہیں ہوتے جو ایوسین کا رنگ قبول کرلیں۔ یہ سلعہ لختۂ مقدم کو تلف کردینے کا رجحان رکھتا ہے اور اسی وجہ سے قلیل نخامیت پیدا کردیتا ہے۔ (ج) مخلوط غدی سلعہ (mixed adenoma) جس میں ایوسین پسند اور لون ترس دونوں عناصر موجود ہوتے ہیں۔ یہ نخامیت فاتق (dyspituitarism) پیدا کردیتا ہے، جو ایک ایسی حالت ہے جس میں قلیل نخامیت اور بیش نخامیت دونوں کے آثارات ایک ہی وقت موجود ہوتے ہیں۔ یہ غدی سلعات ۲۰ سال سے نیچے کے اشخاص میں عموماً نہیں پائے جاتے۔ (د) غدی سرطان (adeno-carcinoma) جو شاذ ہوتا ہے۔ (س) وقف الدمی تخرب جو انضمام کی وجہ سے پیدا ہو۔ (س) تازہ دریافت شدہ اساس پسند غدی سلعہ (basophil adenoma) معہ اپنی مخصوص ومیز علامات کے۔ یہ امر تعجب انگیز ہے کہ اگرچہ غدی سلعہ امتحانات لاش میں ۱۰ فی صدی میں واقع ہوتا ہے خصوصاً آخری زندگی میں، یہ ان اصابتوں میں ۵ فی صدی میں واقع ہوتا ہے کہ جن میں نوبایہ جسم کے دوسرے حصوں میں واقع ہوتا ہے (37)۔ (۲) فوق سرجی اضرار جو سب متلف ہونے کی وجہ سے قلیل نخامیت پیدا کردیتے ہیں۔ ان میں سے فوق سرجی دوپرہ عام ترین ہے۔ یہ دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ دوسری رسولیاں سحائی سلعہ (meningioma)، شحمی دوپرہ (cholesteatoma)، عصبی سریشی سلعہ (glioma) اور لحمی سلعہ (sarcoma) ہیں۔ (۳) درون جمجمی اضرار جو فاصلہ پر ہوں اور جو ثانوی طور پر استسقاء الدماغ (hydrocephalus) پیدا کرکے غدۂ نخامیہ پر دباؤ ڈالتے ہیں۔

علامات۔ ان کا انحصار غدے کی فعالیت کے اختلافات پر ہوتا ہے جو ضرر کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں (غدی علامات)۔ نیز گرد و پیش کی ساختوں پر دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے (جواری علامات)۔ آخر الذکر دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

قلیل نخامیت دوراً فتادہ دماغی ضرر کے علامات کے ہمراہ پائی جاسکتی ہے۔

غدی علامات۔ کبرالجوارح۔ یہ بیش نخامیت کے باعث ہوتا ہے۔ اس مرض کو ۱۸۸۶ء میں ماری (Marie) نے بیان کیا۔ یہ عموماً ریعان میں یا ابتدائی سن بلوغ میں ہوا کرتا ہے۔ جوارح (ہاتھوں اور پاؤں) اور چہرے کی ہڈیوں کی کلانی ہوتی ہے سُلامیات موٹی ہوجاتی ہیں اور نجات العظام پیدا ہوجاتے ہیں۔ جبڑا بڑا ہوکر نیچے اور آگے کو لٹک آتا ہے (جانوی بروزالذقن (mandibular = prognathism)، دانت متفاصل ہوجاتے ہیں۔ نرم حصے بھی موٹے ہوجاتے ہیں۔ جلد کے حلیمات بیش پرور دہ ہوتے ہیں۔ ناخن چوڑے، موٹے اور مضلع ہوجاتے ہیں۔ جلد موٹی اور شحمی ہوجاتی ہے۔ لب، کان، ناک اور زبان موٹے، کھردرے اور بڑے ہوجاتے ہیں۔ انگلیوں کی وبازت سے ہاتھ کی شکل ایک خاص طرح کی ہوجاتی ہے جسے ماری نے طرز کبیر (type en large) کے نام سے یاد کیا ہے۔ احشاء مع قلب کے بڑے ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ تسمم بھی ہوجائے۔ کبرالجوارح میں جو فعال بیش نخامیت کے ساتھ ہو اساسی تحول کی زیادتی اور برداشت شکر کی کمی موجود ہوتی ہے، اسی واسطے اگر برداشت شکر کا امتحان کیا جائے تو بیش شکر دمویت اور شکر بولیت موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ حقیقی ذیابیطس اور اس کے ساتھ کیتونیت واقع ہوجائے، اور ایسی ہی ایک اصابت میں رسولی نکال دینے کے بعد ذیابیطس میں بہت اصلاح ہوگئی (81)۔ اگر نخامیت فاتر واقع ہوجائے تو برداشت شکر زیادہ ہوجاتی ہے۔ اکثر عقلی تنزل اور درجہ کا ہوتا ہے۔

اگر بیش نخامیت دوران طفلی میں واقع ہوجائے تو ہڈیاں معمول کی نسبت

496

زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں (عفریتیت)، انگلیاں بھی معمول کی نسبت زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں اور بانجھ اس طرز کا ہو جاتا ہے جسے ماری نے طرز طویل (type en long) کے نام سے موسوم کیا ہے۔

قلیل نخامیت۔ اس کی خالص مثالیں وہ شاذ اصابتیں ہیں جن میں اگلا لختہ انفعالات سے تلف ہو جاتا ہے، جو کسی عفن عمل کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اگر ایسا طفلی کے زمانہ میں واقع ہو تو قزمیت (dwarfism) پیدا ہو جاتی ہے (نخامی ناتمامی pituitary ateleiosis= یالورینی طرز کی تصبتی= Lorain type of infantilism) سارا جسم چھوٹا ہوتا ہے (قصر جسمی =microsomia یا زیر نامی قصیر قامتی =hypophyseal nanism)، لیکن متناسب ہوتا ہے۔ اعضائے تناسل غیر نمو یافتہ اور ثانوی تناسلی خصائص غیر موجود ہوتے ہیں۔ اس قسم میں سے جسے سمانڈز (Simmonds) کا مرض کہتے ہیں، مریض بظاہر بوڑھا نظر آتا ہے اور اس کے ساتھ جلد پر جھریاں ہوتی ہیں، اور تحت الجلد بافتوں کا ذبول بناکت جانوی سستی اور تناسلی ذبول، بے طمثیت، عدم اشتہا، قبض اور پست جسمانی تپش، دموی فشار، تواتر نبض، دموی شکر اور اساسی تحول ہوتے ہیں۔ ممکن ہے وہ خواب آلودہ حالت میں مر جائے۔ اگر اگلے لختہ کا اتلاف زمانۂ بلوغ میں ہو جائے تو قبل از وقت شیخوخت اسی وقت واقع ہو جاتی ہے۔ نخامی قزمیت قبل از وقت شیخوخت کے ہمراہ واقع ہو سکتی ہے۔ یہ ایک قسم کا تشیخ (progeria) ہے۔ دوسرے دروں افرازی غدوں پر نخامیہ کا جو اقتداری اثر پہلے بیان کیا جا چکا ہے اس سے یہ سمجھ میں آ سکتا ہے کہ جب یہ غدے مذبول پائے جاتے ہیں تو علامات، لازماً دونوں کی متحد و تقلیل سے پیدا ہوتے ہیں (ایک قسم کا کثیر الغدی علامیہ)۔ ان اصابتوں میں جواری علامات مفقود ہوتے ہیں لیکن ممکن ہے طویل المدت اصابتوں میں نخامی حفرہ چھوٹا ہو (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۰۰، ب)۔

فوق سرجی رسولیاں عموماً شحمیت اور تصبتی کا مجموعہ پیدا کر دیتی ہیں، جو بچوں میں پایا جاتا ہے، اور جسے علامیۂ فرولک (Frohlich's syndrome) یا زیر نامی شحمی تناسلی سوء تغذیہ (hypophyseal dystrophia adiposo-genitalis)

کہتے ہیں، جو قلیل نخامیت کے باعث ہوا کرتا ہے ۔ چربی زیادہ تر شکم، سُرینوں اور جوارح کے قریبی حصوں میں نظر آتی ہے ۔ ممکن ہے کہ اس کا نتیجہ یہ ہو کہ قزمیت پیدا ہو جائے ۔ اعضائے تناسل صبیانی حالت میں رہ جاتے ہیں، اور جلد شاحب، پتلی، نرم، اور چکنی ہوتی ہے ۔ ناخن چھوٹے اور بے ہلال، اور انگلیاں گاؤدُم ہوتی ہیں ۔ بزاہی غیر مسدودہ رہ جاتے ہیں ۔ ذہنی نمو عموماً طبعی ہوتا ہے ۔ سریری تصویر جوان رسولیوں کے باعث پیدا ہو جاتی ہے، اکثر غیر واضح ہوتی ہے ۔ ممکن ہے کہ نحول، کثرتِ بول اور قبل از وقت شیخوخت موجود ہو ۔

بالغ اشخاص کا لون ترس غدی سلعہ ابتدائی درجہ ہی میں تناسلی وظائف کا انخفاض پیدا کر دیتا ہے، جو اناث میں بے طمثیت سے ظاہر ہوتا ہے ۔ ممکن ہے کہ جلدی تغیرات وہی دیکھے جائیں جو ابھی بیان کئے گئے ہیں، اور شحمیت اور بال جھڑنے اور لونیت کا رجحان بھی ہوتا ہے ۔ نیز ممکن ہے کہ تباکت، غنودگی، برداشت شکر کی زیادتی اور گھٹے ہوئے تحول کے باعث تحت الحاوتیش اور بعض اصابتوں میں کثرتِ بول بھی موجود ہو ۔

مقلّ می نخامیہ کا اساس پسند غدی سلعہ یعنی کُشنگ (Cushing) کا علائمیہ ۔ اس علائمیہ کے مستقل علامات یہ ہیں ۔ دردناک شحمیت جو چہرہ، دھڑ اور گردن تک محدود ہو، گول شانے یا تسنم، صنفی وظیفہ کا زوال مع بے طمثیت کے، عورت میں اور نوجوان مرد میں چہرے اور دھڑ پر بالوں کی زیادتی، جلد کا کثیر اللون موی منظر، مع قائم خطوط ذبولی کے، عروقی جِش طنابی، کثرت خلیات احمر، درد پشت، درد شکم اور تباکت ۔ اختلاف پذیر علامات یہ ہیں :۔ جوارح کی نیلگونی اور آذیما، کو فتگیوں کے مانند کدمات، مختلف چشمی علامات، جلد کی خشکی، تشنگی اور کثرت بول، کثیر الاشکال نواتی ابیض خلویت، تکرر ولیت، تخلخل عظم اور خود در کسور ۔ امتحان لاشِس پر ممکن ہے مزمن التہاب کلیہ کو لانڈی گائٹر، فوق الکلیات کی قشری بیش تکوین، مولدات کا ذبول موجود ہو، چنانچہ یہ علاماتیات بدیہی طور پر ایک کثیر الغدی علائمیہ کی قائم مقام ہے، اور فوق الکلیہ قشرہ کے سرطان کی اصابتوں میں یہ حقیقی طور پر پایا گیا ہے ۔

497

بالغوں میں ممکن ہے کہ انتہائی فربہی کی اصابتیں نخامی مرض کے باعث ہی ہوں - وجعی شحمیت (adiposis dolorosa)، یا مرضِ ڈرکم (Dercum's disease) بھی غالباً نخامی مرض یا قلیل درقیت کے باعث ہوسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 501)۔ صرع بھی قلیل نخامیت سے وابستہ ہوتی ہے۔

تشخیص - اس کا انحصار جواری اور غدی علامات کی شناخت پر ہوتا ہے اور یہ عموماً مشکل نہیں ہوتی - تاہم درون سرجی اور فوق سرجی ضربات اور دور افتادہ درون جمجمی ضربات جو نخامی علامات پیدا کر دیتے ہیں ان کے درمیان تمیز کرنا اہم امر ہے۔ غدی سلعہ اور فوق سرجی دویرہ کا سن حدوث پہلے دو کو تمیز کرنے میں کارآمد ہوگا اور اس کے علاوہ اُن کا ممیز لاشعاعی مناظر اور مختلف علاماتیات بھی ہیں - دُور افتادہ درون جمجمی ضربات مثلاً ایک دمیغی سلعہ بھی ممیز علامات پیش کریں گے۔

انذار - یہ بُرا ہوتا ہے کیونکہ رسولی عموماً ترقی کرتی جاتی ہے، اگرچہ سرج ترکی پر سے ازالۃ الضغط کی عملیتی ہلاکت تقریباً ۶ فیصدی ہے (Cushing)

علاج - قلیل نخامیت کی اصابتوں میں اگلا لختۂ جو غدۂ درقیہ کیساتھ مخلوط ہو بصورت اقراص براہ دہن استعمال کرنے سے فائدہ حاصل ہوا ہے۔ بیجوٹرین کو تحت الجلد دینا چاہیئے کیونکہ غذائی قنال میں یہ تلف ہوجاتی ہے۔ علاج کی ترقی کا اندازہ برداشتِ شکر پر سے کیا جاسکتا ہے - عملیتی علاج پر دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت غور کیا گیا ہے۔

ذیابیطس ملیخ

(diabetes insipidus)

کثرتِ بول اسباب ذیل سے پیدا ہوسکتی ہے :- فتوراتِ گردہ خون کے دباؤ کی زیادتی، ذیابیطس شکری میں پیشاب کے اندر شکر کی موجودگی، شدید مرضِ ایڈیسن میں اور عارضی طور پر بعض عوارض دماغ، بالخصوص ہسٹیریا اور شقیقہ (migraine) میں۔ ذیابیطس ملیخ ایک دائمی کثرت بول ہے جو متذکرہ بالا حالتوں سے

کسی حالت سے منسوب نہیں کیا جاسکتا۔

امراضیات۔ ذیابیطس ملیح غدۂ نخامیہ (غالباً اُس کے پچھلے لختہ) کے تضرر یا مرض کے باعث ہوسکتا ہے۔ پچوٹرین (ضاغط العروق) کے تحت الجلدیا وروں وریدی اشرابات اِس مرض کا نوعی علاج ہیں' اور اُن سے پیشاب کی مقدار فی الفور گھٹ کر طبعی حجم پر آجاتی ہے اور مریضوں کو اُن کے علامات سے کامل آرام ہوجاتا ہے۔ موٹز فیلڈ (Motzfeld) نے تبلادیا ہے کہ غیر عدیم الحس کردہ حیوان میں پیشاب کا حجم گھٹ جاتا ہے' اور یہ تقلیل حجم اُس وقت اور بھی زیادہ نمایاں ہوتی ہے جب کہ معدے کو پہلے سے پانی سے بھر کر مصنوعی کثرت بول پیدا کرلی گئی ہو۔ اگر حشوی یا کلوی اعصاب کاٹ دیئے جائیں تو اس دوا کا فعل رُک جاتا ہے۔ غالباً اِس خلاصہ کا فعل محض حشوی عروق تضیق کی وجہ سے ہی نہیں بلکہ اس سے کچھ زیادہ پر منحصر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اُس کی موجودگی انیبیات کے سرے پر پانی کے کرر انجذاب کے لئے ضروری ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 518)۔ دماغ کے زیر عرشی خطے کے تضرر سے بھی ملیح ذیابیطس ہوسکتا ہے' اور اس کی وجہ ممکن ہے کہ یہ ہو کہ پچوٹرین کا طبعی سیلان مسدود ہوگیا ہو۔

مرضی تشریح۔ سرج ترکی کی شعاع نگار شوں سے عموماً کوئی کلانی نہیں ظاہر ہوتی۔ غدۂ نخامیہ کے یا اُس کے قرب وجوار کے مختلف ضررات بیان کئے گئے ہیں۔ کھوپری کے قاعدے کے کسور' دماغی سلعۂ آتشکی یا تدرنی قاعدی التہاب سحایا (basal meningitis)' قمع کا تجبّن۔ ایک عجیب و غریب اصابت میں پایا گیا کہ ایک گولی (bullet) پچھلے لختے کو دبا رہی تھی۔ پارکس ویبر (Parkes Weber) نے اس چیز کا تذکرہ کیا ہے جسے وہ غدے کے پچھلے لختے کی دنی دررپرش خیال کرتا ہے۔

ممکن ہے کہ مثانہ کا اتساع اور بیش پرورش' حالبین کا اتساع اور گردوں کی کلانی دیکھنے میں آئے اور یہ حالتیں پیشاب کی مقدار کثیر کے طویل المدت دباؤ سے منسوب کی جاسکتی ہیں۔

علامات۔ یہ یا تو غیر محسوس طور پر یا یکایک شروع ہوجاتے ہیں۔ نمایاں

49

علامات یہ ہیں کہ پیشاب کی نہایت بڑی مقداریں خارج ہوتی ہیں اور پیاس بہت زیادہ لگتی ہے جس کی وجہ سے مریض خارج شدہ پانی کے نقصان کی تلافی کر لیتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیشاب کی مقدار چوبیس گھنٹے میں ۱۵، ۲۰، بلکہ ۴۰ پائنٹ تک پہنچ جائے۔ پیشاب نہایت پھیکے یا ہلکے رنگ کا، تقریباً پانی کی طرح ہوتا ہے، اس کی کثافتِ نوعی ۱۰۰۲ سے ۱۰۰۵ تک، اور تعامل خفیف سا ترشی ہوتا ہے۔ اس میں ٹھوس اجزا کی فی صدی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی شکر بولیت ہوتی ہے، یا ریقی غدد کا افراز زیادہ ہو جاتا ہے۔ منھ، زبان اور جلد خشک ہوتی ہیں، اور امعا میں قبض ہوتا ہے۔ لیکن اس سے قطع نظر ممکن ہے کہ مریض خوش باش ہو اور نہایت اچھی صحت رکھتا ہو، اور وہ ذیابیطس کو بجائے ایک مرض سمجھنے کے ایک وجہ پریشانی سمجھتا ہو۔ ممکن ہے کہ نخامی مرض کے علامات بھی موجود ہوں۔

خود بخود پیدا ہونے والی یا خود رو اصابتیں علاج نہ کرنے کی صورت میں ممکن ہے برسوں جاری رہیں۔ اگر دوسری بیماریاں مداخل ہو کر ہلاکت نہ پیدا کریں، تو یہ اصابتیں شاذ ہی مہلک ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی شکر بولیت طاری ہو کر اس حالت کو ذیابیطس شکری بنا دیتی ہے۔

تشخیص۔ پھیکے رنگ اور پست کثافتِ نوعی والے پیشاب کی مقدار کثیر، جس میں غیر طبعی اجزا موجود نہ ہوں، اور اس کے ساتھ تشنگی کی موجودگی ممیز علامات ہیں۔ لیکن کثرت بول کے دیگر اقسام، مثلاً وہ جو مرض برائٹ اور ہسٹیریا میں ہوتے ہیں، خارج از بحث کر دینے چاہئیں۔ اول الذکر میں عموماً کسی نہ کسی وقت البیومن کی خفیف مقدار ممیز طور پر موجود ہوتی ہے، پیشاب کی مقدار چنداں زیادہ نہیں ہوتی، اور دوسری دلالتیں موجود ہوتی ہیں، جیسے کہ بلند تر پانی تناؤ اور قلبی بیش پرورش۔ ہسٹیریا میں کثرت بول محض عارضی ہوتی ہے۔

علاج یہ ہے کہ خلاصۂ نخامیہ کا تحت الجلد استعمال کیا جائے۔ ابتداءً اس کے ایک مکعب سینٹی میٹر (۱۵ قطروں) کا اشراب دن میں دو بار کیا جاتا ہے۔ پھر اس امر کی سعی کی جاتی ہے کہ حتی الامکان کم اشرابات سے پیشاب کے حجم پر اقتدار حاصل کیا جائے۔ بدقسمتی سے دہن کی راہ سے علاج بے سود ہوتا ہے کیونکہ جوہر

فعال (پیچوٹرین) قنال غذائی میں تلف ہوجاتا ہے۔ لیکن یہ دوا دروں انفی رشاش (intranasal spray) کے ذریعہ دی گئی ہے، یا ایک انفی جیلی (jelly) کے ذریعہ کہ جس میں پٹرسین (pitressin) ہو یا سب سے بہتر خشک کردہ نخامیہ کے ذریعہ جو ناک میں "نخامی ناس" ("pituitary snuff") کے طور پر نفوخ کیا جائے۔ بعض اصابتیں پٹرسین سے علاج پذیر نہیں ہوتیں۔

آتشکی اصابتوں میں دافع آتشک علاج (جو ملاحظہ ہو) کی ضرورت ہے۔ جلی دماغی مرض (مثلاً رسولی وغیرہ) میں قدرتاً عملیہ کا سوال پیدا ہوگا۔ چند اصابتوں میں قطنی کچو کے سے تخفیف ہوئی ہے، جس سے پتہ چلتا ہے کہ قاعدۂ دماغ پر مصلی التہاب سحایا (serous meningitis) اس مرض کا اصلی سبب تھا (82)۔

غدۂ صنوبریہ

(PINEAL GLAND)

جسم صنوبری (برنا میۂ دماغی یا مخروطیہ epiphysis cerebri or = conarium) ایک غدی عضو ہے، جس کا وزن تقریباً ۲ گرین ہوتا ہے۔ یہ ایسے مرحلہ دار آسا خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے جو ڈھیلی وضع رکھنے والی آنکھوں میں ہوتے ہیں، اور جن کے درمیان وموی جوف ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ تیموسیہ کی طرح ان کی بھی خاص منفعت ابتدائی زندگی میں ہے، اور بعد میں اس میں کسیقدر پکشش واقع ہوجاتا ہے۔

وہ ضررات جن کا اندراج کیا گیا ہے یہ ہیں:۔ جیش پرورش اور ذو لونی سلعات، دُوَیرے اور پھوڑے، نزف اور آتشک۔

سلعہ کی اصابتوں میں جن میں تحول کے ایسے تغیرات ظاہر ہوچکے تھے جن سے باطنی افراز کا اختلال ظاہر ہوتا تھا موضوع گیارہ سال تک کی عمر والے بچے تھے، اور تغیرات حسب ذیل تھے (اگرچہ مختلف اصابتوں میں یہ مختلف درجہ کے تھے):۔ ذہنی تیاری، جسم کی غیر معمولی طور پر سریع بالیدگی، قضیب اور خصیتین کی

کلائی موئے زبار کی تباور بالیدگی، اور بعض اوقات تحمیت۔ ان کے ساتھ ساتھ بعض اوقات دروں تحمی سلعہ کی علامتیں بھی موجود تھیں اور مختلف احاتوں میں جو سلعا موجود تھے وہ یہ تھے۔ لحمی سلعۂ ذو یری زبلی لحمی سلعہ (cystic psammo-sarcoma)، سر یشمی سلعہ (glioma) یا مخلطی سلعہ (teratoma)۔

تناسلی غدد

(GONADS)

خصیہ اور مبیض کے امراضیاتی تغیرات کا منظم بیان جراحی اور علم امراض النسا کی نصابی کتابوں میں پایا جائے گا۔ یہاں تناسلی غدد پر محض ان کے دروں افرازی وظیفہ کے نقطۂ نظر سے غور کیا جائے گا۔

زنانہ صنفی اعضا۔ حیضی دور کی ابتدا میں، نزف موقوف ہو جانے کے بعد، رحم کی غشاء مخاطی واحد تہ کی بنی ہوتی ہے، یعنی قاعدی غشاء مخاطی کی۔ اس دور کے اول نصف میں یہ متکاثر ہوتی ہے اور ایک ہارمون کے اثر کے تحت دبیز ہو جاتی ہے، جو کہ ایسٹرن (oestrin) یا جرابی ہارمون یا فالکولین (folliculin) کہلاتا ہے۔ یہ زنانہ صنفی ہارمون، جو کہ ثانوی صنفی خصائص کا سبب ہے، گرافیانی جراب میں پیدا ہوتا ہے، جو کہ اسی عرصہ میں بالیدگی حاصل کر کے پختہ ہو جاتی ہے۔ جب گرافیانی جراب کے پھٹنے سے بیضہ آزاد ہو جاتا ہے، تو جسم اصفر ظہور میں آتا ہے اور یہ ایک دوسرا بیضی ہارمون پیدا کرتا ہے جس کو پروجیسٹین (progestin) کہتے ہیں۔ پروجیسٹین رحمی مخاطیہ کی غدی فعالیت کو زیادہ کرتا اور غدد کو ملتف بنا دیتا ہے (یہ افرازی ہیئت ہے) جس کا مقصد بارور شدہ بیضہ کی وصولی کیلئے تیاری ہے۔ اگر استقرار حمل نہ ہو، تو غشاء مخاطی ٹوٹ پھوٹ جاتی ہے، اور رحم سے نزف کے ہمراہ خارج ہو جاتی ہے، اور اس طرح حیضی دور کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ آختہ مادائوں میں حیضی دور اس طرح شروع کیا جا سکتا ہے کہ ڈائی آکسی ایسٹرن (۲۵۰۰۰ یونٹ) ۵ خوراکوں میں ۲۸ دنوں میں سے پہلے چوتھے ساتویں

گیارھویں اور چودھویں دن دیا جائے' اور اس کے بعد پروجسٹین (۵ خرگوشی یونٹ) دیا جائے' یعنی ہر روز ایک خرگوشی یونٹ' سترھویں روز سے شروع کرکے (42)' چنانچہ اس طریقہ سے اس بے طمثیت کا علاج کیا جا سکتا ہے جو کہ صنفی اعضا کے کم نمو کے باعث ہو۔ اگر حد سے زیادہ ایسٹرن جسم میں پایا جائے یا کھلایا جائے تو گرافیائی جراب کی بالیدگی جاری رہتی ہے اور وہ پھٹنے نہیں پاتی' اور غشاء مخاطی کی بالیدگی بھی جاری رہتی ہے اور وہ دویری ہو جاتی ہے' اور آخرکار ٹوٹ پھوٹ کر شدید نزف پیدا کرتی ہے۔ چونکہ جسم اصفر نہیں بننے پاتا' اس لئے افرازی درجہ پیدا کرنے کے لئے کوئی پروجسٹین موجود نہیں ہوتا' لہٰذا اس کو نزف کے درجہ میں بذریعہ اشراب دینا چاہیے۔ بسا اوقات بالکل چھوٹی خوراکیں درکار ہوتی ہیں یا تین سے لے کر دس خرگوشی یونٹ ۵ دنوں پر پھیلی ہوئی' اگرچہ ۶۰ تا ۸۰ یونٹ کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ ایسٹرن دوسرے صنفی اعضا میں بھی تغیرات پیدا کرتا ہے' مثلاً جنفتی کو اَنا بنانے کے لئے تہیل ہیں (چوہے اور موش میں سرحلہ کا تقرن)۔ یہ امر باعث حیرت ہے کہ قدرتی طور پر پائے جانے والے ایسٹرن کا سب سے زیادہ کثیر المقدار منبع سانڈ کا پیشاب ہے' اور سب سے زیادہ فعال مرکب دوہائڈروجن جو ہیروں کو ایسٹرن سالم میں ملانے سے حاصل ہوتا ہے' جو کہ ایک سٹرال (sterol) ہے اور کیمیاوی طور پر کولسٹرال (cholestrol) اور کیلسیفرال (calciferol) (حیاتین د) کے ساتھ ملتا جلتا ہے' تیز نہایت ہی فعال سرطان آفریں مادہ کے ساتھ جو کہ اب تک تیار کیا گیا ہے۔ مزید برآں' متعدد' مختلف لیکن قریبی طور پر متماثل مادے ایسے ہیں جو کہ مختلف درجہ کے شبق آفریں خواص رکھتے ہیں' اور ایک مادہ ایسا ہے جس کا اشراب کرنے پر شبق اور جس کی تصبیغ جلد پر کرنے پر سرطان پیدا ہوتا ہے (48)۔ مبیض کے نمو پذیر اور اس سب کچھ پر جو کہ اس سے بطور نتیجہ کے ظہور میں آتا ہے' نخامیہ کا مقدم لختہ ایک ہارمون کے ذریعہ اقتدار رکھتا ہے جس کا ابھی تک کوئی نام نہیں رکھا گیا' لیکن جو تھوڑی مقداروں میں گرافیائی جراب کا نمو اور ایسٹرن کا افراز واقع کرتا ہے' اور بڑی مقداروں میں جسم اصفر کا کامل نمو واقع کرتا ہے جس سے پروجسٹین کا افراز ہوتا ہے۔ حمل کے دوران میں خون اور پیشاب میں

ایک قریبی طور پر حامل مادہ پایا جاتا ہے، جو کہ غالباً مشیمہ سے پیدا ہوتا ہے اور پرولان (prolan) کہلاتا ہے۔ اس واقعہ کو پہلے پہل اشہیم (Ascheim) اور زانڈک (Zondek) نے حمل کے کاشف کے طور پر استعمال کیا، کیونکہ پرولان پر مشتمل پیشاب کا اشراب حیوانات میں کرنے سے مبیضین میں بعض تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں جو کہ شناخت کئے جا سکتے ہیں (44)۔

مردانہ صنفی اعضا۔ خصیوں کا استیصال، معین اعضا، حویصلات منوی، قدامیۂ کوپر (Cowper) کے غدد اور قضیب کا عدم نمو یا ذبول پیدا کرتا ہے۔ خصیوں کا یہ اثر مردانہ صنفی ہارمون کی وجہ سے ہے جو کہ خصیہ کے زخلی خلیات میں تیار ہوتا ہے۔ مبیض کی طرح، خصیہ کا نمو بھی مقدم نخامی لختہ ہارمون کے اقتدار کے تحت ہے۔ یہ مہیج مولد جوہر، جو کہ حمل کے دوران میں پیشاب میں موجود ہوتا ہے، غیر نازل خصیہ کا علاج کرنے میں کار آمد ہے، چنانچہ ۵۰۰ فاری یونٹ کا اشراب، "پریگنیل" ("pregnyl") کی صورت میں، ہفتے میں دو بار دیا جاتا ہے (45)۔

اختصاء (eunuchism)۔ اس کے علامات کا انحصار اس امر پر ہے کہ آیا اختصا بلوغ سے پہلے یا بلوغ کے بعد کیا گیا ہے۔ اول الذکر حالت میں قضیب، غدۂ قدامیہ، حویصلات منویہ چھوٹے رہ جاتے ہیں، اور ان موضوعوں میں شہوت یا قابلیت جماع نہیں پیدا ہوتی۔ اگر اختصا کا عملیہ بلوغ کے بعد کیا گیا ہے، تو قضیب کا زیادہ مذبول ہونا ضروری نہیں، لیکن غدۂ قدامیہ نسبتۃً چھوٹا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ شہوت بلکہ قابلیت جماع بھی کم از کم کچھ عرصہ تک باقی رہے۔ غدۂ قدامیہ کا افراز مفقود ہوتا ہے۔ نفسی لحاظ سے، مرد کی طبعی جوشیت غایب ہو جاتی ہے، لیکن یہ ممکن ہے کہ خصی افراد میں بڑی عقلی قوتیں اور فنون لطیفہ کی قابلیت موجود ہو۔ جسمانی لحاظ سے وہ یا تو (۱) دراز قامت اور دُبلے پتلے ہوتے ہیں اور اُن کے ہاتھ لمبے لمبے ہوتے ہیں، یا (۲) وہ پستہ قد اور موٹے ہوتے ہیں، اور اُن کی چربی کی توزیع زیر نخامی تناسلی سوءِ تغذیہ (hypophyseal dystrophia genitalis) سے مماثل ہوتی ہے۔ دونوں طرز کے اشخاص میں حوض چوڑا، اور جلد کا رنگ شاحب رہتا ہے۔ پپوٹوں کے جانبی نصف حصے گرے ہوئے ہوتے ہیں، جس سے غنودگی کا

500

منظر پیدا ہوتا ہے، اور عموماً بالوں کی بالیدگی کم ہوتی ہے۔ عورت میں دوجانی حیض برآری سے قبل از وقت ایاس پیدا ہو کر قریبی، سرخ تمتماہٹ، تنفسی قلبی اور ہضمی اختلالات واقع ہو جاتے ہیں۔ عصبی نہاکت اور نفسی نہاکتی یا دوالنفسی علامات ظاہر ہو سکتے ہیں۔

خصیمانی (eunuchoidism)۔ اس اصطلاح کا اطلاق اُن حالتوں پر کیا جاتا ہے جو مرض کی وجہ سے تناسلی غدد کے ضایع ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ غیر نازل خصیتین یا اخفاء الخصیتین (cryptorchidism =) رکھنے والے مریضوں میں غیر عام نہیں۔ انتصار کی طرح ممکن ہے کہ یہ حالت بھی بلوغ کے وقت دیکھی جائے (عاجل خصیمانی = early eunuchoidism) یا نسبتاً بعد میں فعال تناسلی زندگی کے طبعی عرصہ کے دوران میں (آجل خصیمانی = late eunuchoidism)۔ انتصار کی طرح اس حالت میں بھی مریض دراز قامت یا کوتاہ قامت اور موٹے ہو سکتے ہیں۔ ذہنی لحاظ سے وہ خاموش اور ساکت ہوتے ہیں اور اُن میں شہوت اور قابلیت جماع کے اختلالات موجود ہوتے ہیں۔ جلد شاحب ہوتی ہے اور بعض اوقات اُس میں کثیر التعداد چھوٹی چھوٹی جھریاں ہوتی ہیں۔ دہن سے تشنج کرنے والی خلطی جھریوں کی وجہ سے یہ مریض قبل از وقت بوڑھے نظر آتے ہیں۔ عورت خصیمانی دراز قامت ہوتی ہیں، اور اُن کے شکم کے زیریں حصے، جبل الزہرہ، سُرینوں اور رانوں کی بیرونی جانبوں اور پستانوں پر چربی کا جماؤ ہو جاتا ہے۔ رحم اور مہبل زیر تکوینی ہو جاتے ہیں۔

بیش تناسلیت (hypergenitalism)۔ اور قلیل تناسلیت (hypogenitalism)۔ انتصار اور خصیمانی کی اصطلاحیں صرف اُن نتائج کے لئے محفوظ و مخصوص ہیں جو تناسلی غدد کے اولی مرض یا اُن کی غیر موجودگی سے پیدا ہوتے ہیں، لیکن تناسلی غدد کی معمول سے زائد یا معمول سے کم فعالیت دوسرے بے قناتی غدد کے مرض سے ثانوی طور پر بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ چنانچہ خصیہ یا مبیض کی رسولیوں سے مبیض کی بیش وظیفگی سے، یا فوق الکلیہ قشرہ یا جسم صنوبری کی رسولیوں سے بیش تناسلیت پیدا ہو سکتی ہے، جو کہ تیاور یا پیش از وقت بلوغ کا باعث ہوتی ہے۔

اسی طرح آجل بلوغ، جو دونوں صنفوں میں اس قدر عام طور پر پایا جاتا ہے، ممکن ہے اولی طور پر تناسلی غدود کے قلیل وظیفہ کے باعث ہو، یا ممکن ہے کہ وہ تناسلی غدود پر دوسرے اعضاء کے عمل کی وجہ سے پیدا ہو جائے۔

مختلف علامیات

(VARIED SYNDROMES)

فربہی

(obesity)

فربہی، موٹاپا، یا زیادہ موٹا ہونا ایک ایسی حالت ہے، جو مرض کی حد تک پہنچ سکتی ہے اور بعض اوقات علاج کی مقتضی ہوتی ہے۔ لیکن اکثر یہ کہنا مشکل ہوتا ہے کہ چربی کے طبعی جماؤ کی حد کہاں ختم اور فربہی کہاں سے شروع ہوتی ہے۔ لہٰذا ان دونوں حالتوں کی بحث ایک ساتھ کرنا چاہیے۔

بحث اسباب۔ انسانی نسلوں میں فربہی کے رجحان میں کچھ اختلافات نظر آتے ہیں۔ اس کے وقوع میں وراثت کا حصہ ضرور ہوتا ہے۔ زندگی کے بعض زمانے ایسے ہیں جن میں چربی کے اجتماع کا زیادہ امکان ہوا کرتا ہے۔ وہ زمانے یہ ہیں:۔ عالم شیرخواری، بلوغ، عورتوں میں دوران حمل میں اور سن یاس کے آغاز میں؛ اور مردوں میں ادھیڑ عمر کے زمانہ میں۔ بحیثیت مجموعی عورتیں مردوں کی نسبت فربہ ہونے کا رجحان زیادہ رکھتی ہیں۔

امراضیات۔ طبعی شخص میں جس کے جسم کا وزن مستقل رہتا ہے ضروری ہے کہ وہ توانائی جو غذا کے صرف سے حاصل ہوتی ہے، اس توانائی کی تلافی کرے جو حرارت اور بیرونی عضلی محنت کی شکل میں برآمد ہوتی ہے۔ اگر وہ شخص دفعتاً اپنے عادات بدل کر نسبتہً زیادہ تھوڑی زندگی اختیار کر لے تو توانائی کی برآمد کم ہو جائے گی لہٰذا نسبتہً کم غذا کی تکسید ہوگی؛ اور زائد از ضرورت غذا کا جسم کے اندر چربی کے طور پر

جماؤ ہوجائے گا۔ شحم اور کاربو ہائیڈریٹس دونوں اس طریقہ سے بآسانی مذخور ہوجاتے ہیں۔ لیکن پروٹین کے ترکیبی اجزا کی تکسید زیادہ آسانی کے ساتھ ہو کر ان سے حرارت کی برآمد زیادہ ہوجاتی ہے۔ اسی کو بعض اوقات پروٹین کا نوعی حرکی فعل (specific dynamic action) کہتے ہیں۔ اسی واسطے فربہی کی بہت سی اصابتوں کے اہم عوامل جسمانی عدم فعالیت اور بسیار خوری ہیں۔

لیکن وافر فربہی کی ایسی اصابتیں بھی ہیں جن کی توجیہ کا حصہ اس طریقہ سے نہیں کی جاسکتی۔ تندرست آدمیوں میں بہت سے نہایت فربہ اشخاص بھی ہیں جو نسبتہً بہت کم کھاتے ہیں اور اس کے برعکس بہت سے بسیار خور اشخاص بھی مستقلاً دُبلے پتلے ہوتے ہیں۔

ان خصائص ذاتی کی توجیہ انفرادی خصوصی شرح تکسید سے کی جاسکتی ہے اور ان کا مقابلہ اساسی تحول (ملاحظہ ہو صفحہ 459) کی تخمین سے کیا جاسکتا ہے۔ 501

قلیل درقیت یا مخاطی اُذیما میں اساسی تحول کم ہوجاتا ہے اور یہ مریض فربہ ہوجانے کا رجحان رکھتے ہیں، اگرچہ مثالی مخاطی اذیمائی مریض فربہ نہیں ہوتے۔ غدہ نخامیہ کے مرض میں جس میں قلیل نخامیت کا ظہور ہو، اساس پندغدی سلعہ میں، فوق الکلیہ کیسوں کے بیش کلوی سلعہ (hypernephroma) میں غدہ صنوبریہ کے امراض میں اور دماغی سلعہ کی بعض اصابتوں میں، اور آختہ گری کے عقب میں شحمیت واقع ہوسکتی ہے۔ ان میں سے بہت اصابتوں میں، بشرطیکہ حقیقی وزن جسم کا لحاظ کیا جائے، اساسی تحول طبعی حدود کے اندر پایا گیا ہے۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ ان میں حرارت آفریں بافتیں (عضلات اور غدد) طبعی سے زیادہ محنت اٹھا رہی ہیں، (جو کہ بیش درقیت کی طرف اشارہ ہے)، کیونکہ شحمی بافت جو کہ زائد وزن کا سبب ہے اس کا اساسی تحول نہایت ہی پست ہے (46)۔ شائد تحول کی وہ زیادتی جو غذا لینے کے بعد پیدا ہوجاتی ہے طبعی درجہ سے کم ہے، اور اسی سے فربہی کی توجیہ ہوجائے گی (4)۔

اس امر کی تائید میں کچھ شہادت موجود ہے کہ فربہی انسولین کی وافر پیدائش کے باعث ہوتی ہے، جو کہ کاربوہائیڈریٹ کو شحم میں متغیر کردیتی ہے۔ نتیجۃً

لینگر ہانس کے جزیرے بڑھے ہوئے پائے گئے ہیں۔ شکری برداشت زیادہ ہوتی ہے جیسا کہ شکر دینے کے بعد دموی شکر کے منحنی سے ظاہر ہوتا ہے۔ ذیابیطس کے رجحان کی یہ توجیہ ہوسکتی ہے کہ جزیروں کا بیش فعال وظیفہ کئی سال تک جاری رہنے کے بعد تھکاوٹ سے متاثر ہوجاتا ہے۔



شکل - ۷ - ڈاکٹر اے۔ جی گلن کا مریض جس کو وجعی شحمیت کی شکایت تھی۔

وہ حالتیں جو کہ فربہی کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ نہایت فربہ اشخاص کو کئی بے آرامیاں یا دقتیں پیش آتی ہیں اگرچہ ان کی وسعت کا انحصار بیشتر زندگی کے اس زمانہ پر ہوتا ہے جس میں فربہی لاحق ہوگئی ہو۔ اگر فربہی اوائل عمر میں ہے تو ممکن ہے کہ عضلی نظام بھی نمو یافتہ ہوجائے تاکہ بڑھے ہوئے زائد وزن سے متناظر ہوجائے۔ چنانچہ قدیم زمانہ کے کشتی پہلوان بھی ہمارے اپنے زمانہ کے لڑیتت پہلوانوں کی طرح اکثر فربہ ہوتے تھے۔ لیکن بسا اوقات نہایت فربہ اشخاص زیادہ محنت یا ریاضت کے ناقابل ہوتے ہیں، ان کی سانس پھول جاتی ہے، اور اُن میں اختلاج پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ کیونکہ اکثر اوقات قلب میں شحمی بیش بالیدگی موجود ہوتی ہے۔ زائد پیدائش حرارت کا لازمی نتیجہ یہ ہے کہ خون کا سیلان بڑھ جانے کی وجہ سے قلب کا کام زائد ہوجائے، اور اس سے قلبی عدم کفایت کی ان علامات کی توجیہ ہوتی ہے جو کہ اس قدر عام ہیں۔ فربہی کے ہمراہ

پائی جانے والی حالتوں میں سے نقرس (gout) کا تذکرہ بالخصوص کرنا چاہئے کیونکہ غذا کی زیادتی سے اس کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے۔ فربہی ذیابیطس شکری کی استعداد بھی پیدا کر دیتی ہے۔

وجعی شحمیت (adiposis dolorosa) (مرض ڈرکم Dercum's disease)= اس مرض میں ورقیہ اور شحامیہ کے اندر امراضیاتی تغیرات پائے جاسکتے ہیں اور ماؤف حصوں میں التہاب عصب ہوتا ہے۔ یہ مرض دو شکلوں میں ہوتا ہے:۔ (الف) منتشر شحم سلعیت (diffuse lipomatosis) جو یا تو سوائے ہاتھوں اور پاؤں کے سارے جسم کو ماؤف کر دیتی ہے یا ایک خاص حصے میں کم و بیش محدود المقام ہوتی ہے اگرچہ اس حالت میں یہ جسم پر متشاکل طور پر پائی جاتی ہے۔ ایک مثال درج کی جاتی ہے (شکل ۔۹) ۔ یہ مریضہ ایک پنجاہ سالہ عورت تھی جس کا وزن ۲۰ اسٹون (20 stones) تھا۔ چہرے کی آدابی تصویر میں خوب دکھلائی گئی ہے۔ امتحان بعد الممات میں ورقیہ چھوٹا اور لیفی تھا مگر شحامیہ تندرست تھا۔ (ب) شحمی گرھلوں (fatty nodules) کی شکل میں۔ یہ بھی متشاکل ترتیب میں ہوتی ہیں۔ شحمی مطروحات دردناک ہوتے ہیں بالخصوص دبانے پر اور یہ مریض اکثر منہوک اور بعض اوقات ضعیف العقل بھی ہوتے ہیں۔

502

مترقی شحمی سوء تغذیہ (lipodystrophia progressiva)۔ یہ غیر معلوم سبب رکھنے والا ایک شاذ مرض ہے جس میں زیر جلدی شحم کا متشاکل نقصان ہوتا ہے جو بالعموم چہرے میں شروع ہو کر نیچے کی طرف پھیلتا ہے لیکن اکثر اوقات جسم کے بالائی حصے تک محدود ہوتا ہے۔ یہ مرض کئی سال تک جاری رہتا ہے اور ممکن ہے بچپن میں شروع ہو (58)۔

علاج: مریض کو شحم یا اس پر مشتمل غذاؤں کو بہت کم کر دینا چاہئے یا بالکل ان سے پرہیز کرنا چاہئے۔ مگر دبلا گوشت، شکار، مرغی وغیرہ پالتو پرندے، مچھلی، سبز ترکاریاں، ٹماٹر اور تازہ پھل کھائے جاسکتے ہیں۔ اسی نوعیت کی پروٹین غذا جس میں پست کاربوہائیڈریٹ ہو اور جو بلا شحم کے ہو بینٹنگ کے علاج (Banting's treatment) یا سالسبری علاج (Salisbury treatment) کا اصول ہے۔ نہایت فربہ مریضوں میں

زیادہ سخت تدابیر کی ضرورت ہوگی۔ وقفوں کے ساتھ فاقہ کشی کے دن تجویز کردیئے جائیں اور مریض صرف فہرست ب میں درج کی ہوئی سبزیاں (ملاحظہ ہو صفحہ 474) اور تازہ پھل کھائے، اور اس کے ساتھ محض اتنی ہی پنیر (۲ یا ۳ اونس) لے کہ جس سے پروٹین کے روزانہ نقصان کی تلافی ہو جائے۔ آگار آگار سے تیار کی ہوئی جیلی، جو قنال غذائی میں جذب نہیں ہوتی، مفید ہے۔ ایسی غذا میں یہ فائدہ ہوتا ہے کہ اس کی حراری قیمت پست ہوتی ہے، اور ساتھ ہی یہ غذا خاصہ حجم رکھتی ہے جس کی وجہ سے خلوئے معدہ کا احساس نہیں ہوتا۔ بارلے شکر (barley suger) جب چوسی جائے تو بھوک کے احساسات کو تسکین دینے کے لئے مفید ہے۔ اس سے کم شدید علاج میں، ڈبل روٹی یا توس (toast)، نشاستہ دار بسکٹ، اور آلو اور پنیر جو بالائی اترے ہوئے دودھ سے بنایا ہوا ہو، یا ڈچ (Dutch) یا کاٹیج (cottage) پنیر کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ اگر مریض کو لیٹا رہنا پڑے، مثلاً التہاب مفاصل میں، تو حراروں کو کم کر دینا چاہئے یعنی ۸۰۰ روزانہ عضلی قلبی مرض میں پست حراری غذا دینی چاہئے، لیکن گلوکوس تجویز کر دینا چاہئے، ایک اونس چار چار گھنٹے سے۔ پست شحم والی غذا کے ہمراہ کافی ا اور د حیاتینیں تجویز کرنی چاہئیں، مثلاً ریڈیو سٹولیم (radiostoleum) ایک کیپسول روزانہ۔ الکحلی مشروبات سے پرہیز ہی بہتر ہے۔ لیکن اگر مریض طلب کرے تو کوئی خشک ہلکی انگوری شراب، یا وسکی کی تھوڑی مقدار جس کی ترقیق خوب کرلی جائے، بہترین ہے۔ بیر سے جس میں زیادہ مالٹوس موجود ہو، احتراز لازم ہے۔

چربی کی وجہ سے بڑھے ہوئے وزن کو گھٹانے کے لئے ورزش بہت مفید ہوتی ہے۔ یہ امر کہ کونسی ورزش کا انتخاب کیا جائے مریض کی عمر اور عضلی قوت پر منحصر ہوتا ہے۔ پیدل چلنا اور منظم طور پر پہاڑ چڑھنا مفید ہیں، کیونکہ کام کی مقدار کو درجہ وار کیا جاسکتا ہے۔ نہایت فربہ اشخاص کو ورزش پر راغب کرنا اکثر دشوار ہوتا ہے، بالخصوص جب کہ درد بھی موجود ہو، جیسے کہ وجعی تمیت میں۔ ایسی صورت میں برگونی علاج (Bergonie treatment) مفید ہو سکتا ہے۔ اس میں دھڑ اور جوارح کے عضلات میں توازن کے ساتھ منقطع کردہ فرادی رو کے تہیج سے بلا درد انقباضات

پیدا کیے جاتے ہیں۔ یہ اُتنا کارگر نہیں ہوتا جتنا کہ ارادی عضلی کام۔ لیکن پھر بھی کچھ نہ ہونے سے تو یہی بہتر ہے۔ تحت الحارغسل مفید ہوتے ہیں کیونکہ اُن سے تحوّل میں زیادتی ہوتی ہے۔ ایسے غسل کی مدت ایک گھنٹے تک ہو سکتی ہے اور تپش اتنی کم ہو جتنی کہ مریض برداشت کر سکے (شاید ۸۰ درجہ فارن ہائٹ)۔

شاٹ (Schott) اور دوسروں نے نوہیم (Nauheim) میں جس علاج کی ابتدا کی ہے اور جو مختلف برطانوی معدنی چشموں (spas) پر بہم پہنچایا جاتا ہے اُس وقت موزوں ہے جب کہ فربہی کے ہمراہ واضح قلبی علامات پائی جائیں۔ اور وہ کچھ تو ملحی مغسلات میں اغراق ہے اور کچھ بازوؤں، دھڑ اور ٹانگوں کے عضلات کی منظم حرکات ہیں جو کہ ایک نگران کار آہستہ آہستہ اور مزاحمت کے خلاف کرواتا ہے اس طرح اُن حرکات کے درمیان آرام کے توقفے ہوتے ہیں۔ نوہیم کے مختلف چشموں کی تپش ۹۰ - ۹۵ ف تک ہوتی ہے اور ان میں کاربن ڈائی آکسائڈ (carbon dioxide) ملحات کے علاوہ موجود ہوتی ہے جن میں سب سے زیادہ افراط کے ساتھ سوڈیم کلورائڈ اور کیلسیم کلورائڈ اور بائی کاربونیٹ ہوتے ہیں۔ ملحی اجزا اور کاربن ڈائی آکسائڈ کے باریک بلبلوں کے جلد پر مہیج عمل کی طرف ایک اہم اثر منسوب کیا جاتا ہے۔

درقیہ کو تھائرائڈیم (thyroideum) (گرین ۱ - ۵) کے طور پر صرف اُس وقت تجویز کرنا چاہیے جب کہ یہ باور کرنے کی کافی وجہ ہو کہ قلیل درقیت موجود ہے۔ لیکن جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، بہت سی اصابتوں میں تحوّل طبعی سے زیادہ فعال ہوتا ہے۔ تاہم درقیہ ادرارالبول پیدا کر کے بھی تاثیر کرتا ہے اور یہ امر یاد رکھنا چاہیے کہ سیال کا احتباس زیادتی وزن کا ایک سبب ہے۔

503

تصبی

(infantilism)

تصبی سے مراد طفلی یا بچپن کے خصائص کا معمول کی نسبت زیادہ طویل عرصہ تک باقی رہنا، یا نمو کا غیر طبعی طور پر سست ہونا ہے۔ یہ ضروری نہیں کہ تصبی کے

ہمراہ تو میت بھی پائی جائے۔ لیکن یہ ممکن ہے کہ طفلانہ شکل باقی رہ جائے۔ تعقل میں تاخیر ہو اور تناسلی نمو نہ ہو۔ بچہ کی ذہنی ترقی میں کسی تاخیر کا ہونا ضروری نہیں۔ تعصبی مختلف مزمن امراضِ اور دوسرے سمّی اسباب، جیسے کہ آتشک، تدرن، پیلاگرا (pellagra)، حمّیٰ قرمزیہ، مزمن اسہال، نبقراسی قلت اور بعض غیر نامیاتی سموم جیسے کہ سیسہ (lead) اور پارہ سے ثانوی طور پر واقع ہوسکتی ہے۔ بچوں میں مزمن رنجشگی التہاب گردہ کے ساتھ تعصبی پائی جاسکتی ہے۔ ایک دوسرے گروہ میں وہ اصابتیں شامل ہیں جو دروں افرازی اعضاء کے مرض، جیسے کہ قماءۃ (cretinism)، علامیہ فیرلک (Frohlich's syndrome)، نخامی ناتمامی (pituitary ateleiosis)، تشیخ (progeria) اور ذیابیطس ملیح کے سبب سے پیدا ہوجاتی ہیں۔ تصعبی کی دوسری مثالیں وہ تاخیرات نمو ہیں جو عدم نمو غضروف (achondroplasia)، عضلی ذبول، صلابت الجلد (sclerodermia)، قلبی اور عروقی ضررات کوچک سری (microcephaly)، استسقاء الدماغ (hydrocephalus)، ابلہی (amentia)، بیش پرورشی کبدت جگر (hypertrophic cirrhosis of the liver)، کلاں طحالی کبدیت (splenomegalic cirrhosis)، اور بعض دوسرے فتورات کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔ آخر میں صنفی قسم کی ناتامی ہے جو مجہول المبداء ہے اور پہلے بیان کی ہوئی نخامی قسم سے اس امر میں اختلاف رکھتی ہے کہ بالآخر صنفی اعضا پختگی حاصل کر لیتے ہیں، بربالے ملتئم ہوجاتے ہیں، اور وہ فرد بعض خصوص میں ایک بچہ ہوتا ہے، اور دوسرے خصوص میں چھوٹے پیمانہ پر ایک مرد یا عورت۔

حوالجات

REFERENCES

1 T. W. Adams and E. P. Poulton .. 1935 *Guy's Hosp, Rep.*

2 E. W. Ainley Walker. 1916 *Proc. Roy. Soc.*, B. 89, p. 157.

3 E. P. Poulton .. 1917 *Guy's Hosp. Gaz.*, N. S. 31, p. 50.

4 E. Dubois (Basal Metabolism in Health and Disease) .. 1924 Lea & Febiger, New York,
5 R. D. Lawrence .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 516.
6 J. H. Burn and H. H. Dale .. 1924 *Journ. Physiol.*, 59, p. 164.
7 J. J. R. Macleod .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 45.
8 E. P. Poulton (Goulstonian Lectures) .. 1918 *Lancet*, June 22.
9 Burgess, Campbell, Osman, Payne and Poulton .. 1923 *Lancet*, ii., p. 777.
10 C. von Noorden (Pathologie d. Stoffwechsels) .. 1906 Berlin, i., p. 207.
11 R. T. Williamson (Diseases of the Spinal Cord) .. 1911 p. 371.
12 E. P. Poulton .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 261.
13 W. W. Payne and E. P. Poulton .. 1925 *Lancet*, ii., p. 638.
14 W. W. Payne .. 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, p. 308.
15 W. Cramer (Fever, etc., and the Thyroid-adrenal Apparatus) 1928 London.
16 J. M. H. Campbell .. 1927 *Journ. of Hygiene*, 26, p. 1.
17 Adams and Crossley .. 1923 *Lancet*, ii., p. 501.
18 G. R. Murray .. 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 908.
19 H. Curschmann .. 1922 *Klin. Wochenschrift*, June 24, p. 1296.
20 J. S. Goodall and L. Rogers .. 1927 *Lancet*, i., p. 486.
21 D. Hunter .. 1930-31 *Quart. J. Med.*, 24, p. 393.
22 F. R. Fraser .. 1925 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1.
23 R. D. Lawrence .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 753.

E. G. B. Calvert	1924	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 834.
24 Review on Biochemistry of Blood	1922	*Med. Sci.*, 6, p. 474.
25 S. Graham and G. H. Anderson	1924	*Quart. Journ. Med.*, 18, p. 62.
26 J. Argyll Campbell	1926	*Lancet*, i., p. 72.
27 D. Gyorgi (Communication)	1929	Assocn. Physicians. Cambridge.
28 F. W. Mott and J. E. Hutton	1923	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 95.
29 P. M. Statistics, London Hospital		
31 A. W. M. Ellis	1924	*Lancet*, i., p. 1200.
32 Tucker	1922	*Brit. Med. Journ.*, i., *"Epitome,"* p. 25.
33 I. Greenwald	1922	*J. Biol. Chem.*, 54, p. 285.
34 G. Graham	1917	*Quart. Journ. Med.*, 10, p. 245.
35 F. Dickens, Dodds, and Wright	1925	*Bioch. Journ.*, 19, p. 853.
36 R. A. McCance and R. D. Lawrence	1929	Med. Res. Council, Report on Carbohydrate Contents of Food.
W. O. Atwater and A. P. Bryant	1906	Washington. The Chemical Composition of American Food Materials.
37 H. G. Close	1934	*Lancet*, i., p. 732.
38 A. Walton	1929	*Eugenics Rev.*, 20, p. 253.
39 W. W. Payne and E. P. Poulton	1928	*Guy's Hosp. Rep.*
40 E. M. Anderson and J. B. Collip	1934	*Lancet*, i., p. 784.
41 I. Snapper	1928	*Proc. Roy. Soc. Med.*, 21, p. 1771.
42 C. Kaufmann	1934	*Proc. Roc. Soc. Med.*, 27, p. 849.
43 E. C. Dodds (Goulstonian Lectures)	1934	*Lancet*, i., pp. 931, 988, 1048.
44 P. M. F. Bishop	1933	*Guy's Hosp. Rep.*, 83, p. 308.

45 A. W. Spence and E. F. Scowen (Communicated) .. 1934 Therap. Section, *Roy. Soc. Med.*

46 E. P. Poulton and E. C. Warner .. 1931 *Proc. Roy. Soc. Med.*, Oct. 13, p. 347.

47 R. McCarrison .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 671.

48 C. R. Harington .. 1933 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 26, p. 870.

49 F. R. Fraser .. 1931 *Brit. Med Journ.*, i., p. 739.

50 E. P. Poulton and W. L. Watt .. 1934 *Lancet*, ii., p. 535.

51 A. B. Anderson, C. R. Harington & D. M. Lyon .. 1933 *Lancet*, ii., p. 1081.

52 H. M. Turnbull and M. Young .. 1931 *Journ. Path. Bact.*, 34, p. 213.

53 W. Hartston .. 1933 *Lancet*, ii., p. 1416.

54 E. P. Poulton .. 1936 Diet Tables and Recipes and the Treatment of Diabetes and Obesity.

ضمیمہ

مرض گلاکوجن (وان گرک: Von Gierke کا گلاکوجن آفرین کبر الکبد (hepato-megalia glycogenica; ۔بچوں کے اس مرض میں جو کہ اکثر پیدائشی ہوتا ہے جگر کی اور بعض اوقات گردوں کی کلانی واقع ہوتی ہے' اور ان اعضا اور دوسرے اعضا میں گلاکوجن کے ذخیرے کی زیادتی' ایک بڑی خصوصیت ہوتی ہے تقیسی اور قزحی کی طرف رجحان ہوتا ہے۔ فاقہ کشی میں دموی شکر پست ہوتی ہے' اور دموی شکری برداشت کے منحنی میں سقوط دیر سے ہوتا ہے۔ ایڈرینالین کا اشراب کرنے کے بعد دموی شکر مرتفع نہیں ہوتی۔ دموی گلاکوجن اور کولسٹرال بلند ہوتے ہیں' اور ایسیٹون بولیت موجود ہوتی ہے۔

R. W. B. Ellis & W. W. Payne .. 1936 *Quart. J. Med.*, N. S. 5, p. 31.

صحت نامہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱۲	۱۵	inspiration	fluid vein
۱۴	۹	تنفس	خریر
۸۲	۲۰	خون زاد	خون برداشتہ
۹۴	۱۱	مسغد	مسند
۹۵	۳	دینے	دینی
۱۰۰	۸	سبحیہا	عنبیہا
"	"	(streptococcus-	(staphylococcus-
۱۲۵	۱۵	کہہ	کہ
۱۸۱	۴	(HYDSOTHORAX)	(HYDROTHORAX)
۱۸۹	۱۸	پولٹیس	پولٹسوں
۱۹۹	۲۳	بکعوم	بلعوم
۲۲۴	۸	ہورثی	موروثی
۲۲۵	۶	حنجرہ	قصبہ
۲۶۵	۱۱	اِسقدر ہوگا	اِسقدر کم ہوگا
۲۶۶	۴	بایاں	دایاں

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۲۶۶	۹	باہر	اوپر
۲۸۴	۵	کے ساتھ	کے مرض کے ساتھ
۲۸۹	۱۰	قائم ہوکر	رفع ہوکر
۲۹۲	شکل ۲ سطر ۳	(م-ک)	(م-ل)
"	۶	قلب نگار	قلب نگارش
۲۹۳	شکل ۲ سطر ۲	(م-ک)	(م-ل)
۲۹۳	شکل ۲ سطر ۱	(م-ک)	(م-ل)
۳۳۸	۱۹	مریض	مرض
۳۷۳	۱۲	دائیں	بائیں
۳۷۶	۲۵	دہاتی نبض	شیخی نبض
۴۰۵	۱۸	ہوتا	ہوتا ہے
۴۱۱	۲۰	اپنے اپنے	اپنے
۴۲۰	۲۲	اماراب	امارات
۴۳۷	۱۱	پیری ہیں	پیری میں
۴۳۹	۴	اس قت	اس وقت
۴۴۱	۲۵	کھلائی	دکھلائی
۴۶۵	۱۳	دائیں	بائیں
۴۷۷	۲	شُرب	شرب
۴۸۷	۱۱	سخی	صحی
۴۹۱	۱۷	انبوبہ اس	انبوبہ کے اس
۴۹۶	۱	جلہ	جگہ
۴۹۸	۱۹	تخلی	تخلی
۵۱۲	۲۳	عفوی فرست	عضوی ضربات

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۵۲۱	۱	دائیں	بائیں
۵۴۹	۴	(gastro-duodenal & duodenal)	(gastro-jejunal & jejunal)
۹۳۴	۲۳	قئے کرنے	بیمار ہونے
۹۴۱	۲۱	غذا غیر معمولی	غذا کی غیر معمولی
۹۴۹	۲	بروسیائی	پروسیائی
۹۷۴	۱۲	بائیں	دائیں
۹۷۵	۱۰	بائیں	دائیں
۷۰۲	۱	کیونکہ عملیہ سے اولی	کیونکہ اولی
۷۳۸	۸	بے ترشہ عدم دمویت	بے صفرا بولی یرقان
۷۷۲	۱۷	تورن	توران
۷۸۴	۲۱	است	راست
۸۳۳	۱	امیدافزا	اغلب
۸۵۱	۱۷	مقدارم نخاعی قلت	مقدم نخاعی قلت
۸۹۱	۱۹	ارادی دور	ارادی طور
۸۹۳	۱۱	۲۰	۲



سلسلۂ نصابات جامعۂ عثمانیہ

ٹیلرز پریکٹس آف میڈیسن

یعنی

عمل طب

مصنفہ

ای۔پی۔پولٹن، ایم۔اے، ایم۔ڈی (آکسن) ایف۔آر۔سی۔پی (لنڈن)

بمعاونت

سی۔پی۔سیمنڈز، ایچ۔ڈبلیو۔باربر، آر۔ڈی۔گلیسپی، این۔ایچ۔فیئرلے، ڈبلیو۔ایم۔ماٹیسن

مترجمۂ

ڈاکٹر محمد عثمان خانصاحب، ایل۔ایم اینڈ ایس (بمبئی)، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ

جلد سوم

بہ نظرِ ثانی و ترمیم مطابق طبع یازدہم سنہ ۱۹۳۶ء

ڈاکٹر سی۔ اے۔ محمد حسین صاحب ایم۔بی۔بی ایس، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ

سنہ ۱۳۶۲ھ م سنہ ۱۳۵۲ف م سنہ ۱۹۴۳ء

دار الطبع جامعۂ عثمانیہ سرکارِ عالی حیدرآباد دکن

فہرست مضامین

صفحہ

امراضِ اعضائے بول

ہڈیوں، مفاصل اور رداؤں کے امراض

بسم اللہ الرحمن الرحیم

THE PRACTICE OF MEDICINE

505

عمل طب

جلد سوم

امراض اعضائے بول

گردے اور مثانہ کا امتحان

گردہ طبعی حالت میں گیارھویں ظہری فقرے کے زیرین کنارے سے دوسرے قطنی فقرہ کے زیرین کنارے تک وسعت رکھتا ہے' اور اُس کا اندرونی حاشیہ درمیانی خط سے وسطاً ۲ انچ فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اور وہ اپنے محصور کرنے والے شحمی بافت کے کیسہ کے ذریعہ' اِس کے سامنے کی باریطونی تہ کے ذریعہ' اور کلوی عروق کے ذریعہ' اِس وضع میں خوب جما ہوا ہوتا ہے۔ گردوں کا محلِ وقوع جسم کی اگلی سطح پر ایک ۴ × ۸ انچ کی مستطیل شکل سے متناظر ہوتا ہے' جس کا زیرین لمبا پہلو ناف کے لیول پر' اور چھوٹے پہلو خط درمیانی سے

ہر طرف چار انچ فاصلہ پر ہوتے ہیں۔
گردہ محسوس نہیں کیا جا سکتا، لیکن وہ منحول اشخاص میں محسوس ہو سکتا ہے، یا اُسوقت جبکہ وہ بڑا ہو گیا ہو، یا اُسوقت جبکہ وہ معمول کی نسبت زیادہ حرکت پذیر (حرکت پذیر گردہ = movable kidney) ہو، یا جبکہ وہ اوپر کے مرض سے نیچے دھکیل دیا گیا ہو۔ ہر پہلو کا امتحان دو دستی طریقہ سے کرنا چاہئے، اور مریض کو ایک گہری سانس لینے کی ہدایت کر دینی چاہئے۔ یا دُبلے اشخاص میں پہلو کو ایک ہاتھ سے اس طرح پکڑ لینا چاہئے کہ انگلیاں پیچھے اور انگوٹھا سامنے کی طرف ہو۔ بڑھا ہوا گردہ ایک ورم بنا دیتا ہے، جو پیچھے کی طرف سے ٹٹولنے پر ٹوکہ کو ٹکر کرتا محسوس ہوتا ہے۔ اور سامنے کی طرف سے ہاتھ اِس آماس کے بالائی حصّے اور ضلعی حاشیہ کے درمیان ڈالا جا سکتا ہے۔ گردہ ان امور میں بڑے جگر اور بڑی طحال سے اختلاف رکھتا ہے، اور آخر الذکر کی شکلیں بھی ممیز ہوتی ہیں۔ مزید برآں اگر تودے کے سامنے قولون کی کمک پائی جائے تو وہ طحال یا جگر نہیں ہے۔ مبیضی سلعہ (ovarian tumour) نیچے سے اوپر کو بڑھتا ہے، لیکن کلوی سلعہ اوپر سے شروع ہو کر نیچے کی طرف بڑھتا ہے۔ ماساریقی غدد خط درمیانی سے اس سے قریب تر واقع ہوتے ہیں کہ جتنا گردہ ہوتا ہے اور وہ نہایت گرہکی تودے بناتے ہیں۔ جُدا جُدا بڑھے ہوئے غدد، نسبتہ بڑے تودے کی نوعیت کا پتہ دیتے ہیں۔
یوروسیلیکٹان بی (uro-selectan B)، ایک آیوڈین شمول رکھنے والا پریڈین کا مرکب ہے، جو لا شعاعوں کے لئے غیر شفاف ہے اور گردوں کی راہ سے خارج ہوتا ہے، اور امتحان کے لئے ایک عمدہ ذریعہ ہے۔ زجاجکوں میں ایک بالغ کے لئے اس خضاب کے ۱۵ گرام محلول کے ۲۰ سی سی میں موجود ہوتے ہیں۔ اور اس کا دروں وریدی طور پر اشراب کیا جاتا ہے (8)۔ ابروڈل (abrodil) ایک متبادل تجہیز ہے۔ دروں وریدی اشراب سے پہلے اور اس کے تین، ۷، اور ۱۵ منٹ کے بعد شعاع نگاشتیں لی جاتی ہیں۔ ایک جانبی شعاع نگاشت بھی لینی چاہئے۔ ہر گردے کا پورا رقبہ ایک پھیکے سایہ کے طور پر نظر آتا ہے، اور تین منٹ کے اندر ایک مقیت حوض کے اندر نظر آنے لگتی ہے، اور ۱۵ منٹ کے اندر پورا حوض مع کمامات، حالب اور مثانہ کے نظر آ سکتا ہے۔ لہذا گردے کی شکل، محل وقوع، اور شرح اخراج (گویا یہ خضاب کلوی وظیفہ کا بھی کاشف ہے)

صحفہ ۳۹



الف۔ طبعی حوض، کمامات اور حالب۔ (شعاعی نگاشت مسٹر لنڈسے لاک نے لی ہے)



ب۔ بایاں کلوی تدرن۔ حوض، کمامات اور بالائی حالب کسی قدر متسع ہیں۔ قوی کمنگی مراکز بیشتر بالائی قطب میں ہیں۔ سیاہ سایے تراکب کی وجہ سے ہیں۔ گردہ برادری۔ نمونہ سینٹ بیٹرز ہسپتال کے عجائب خانہ میں ہے۔ مستر جے ہین اینڈریوز کی اصابت۔ دایاں گردہ طبعی ہے۔

صفحہ ۴۰



الف۔ بایاں طبعی ہے، دایاں غیر مشرب ہے۔



ب۔ دایاں استسقا، انکلیہ، حوض، کاسات اور حالب متسع ہیں۔ (شعاع نگاشتیں مسز لنڈسے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 506

حوض اور حالب کی جسامت، شکل اور محلِ وقوع، اور ان کا تعلق ان سایوں سے جو کر حصوات کا ایما کرتے ہیں، بالیدوں کی وجہ سے تشوہ اور نقص پُری، تنثنی، اور استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) دریافت کئے جاسکتے ہیں۔ اگر ایک شعاع نگاشت انتصابی وضع میں لی جائے تو گردے کے سقوط کی مقدار دریافت کی جاسکتی ہے (صفحہ ۴۰۹)۔

بعض اوقات مثانہ بین کی مدد سے گردوں کی حالت کے متعلق قابلِ قدر معلومات حاصل ہوسکتے ہیں۔ اگر ایک یا دوسرا گردہ التہابِ حوض الکلیہ (pyelitis)، التہابِ حوض الکلیہ و کلیہ (pyelo-nephritis)، سدرنی مرض، یا کسی مماثل ضرر سے ماؤف ہے اور حالب بھی ماؤف ہوگیا ہے تو ممکن ہے کہ مثانہ میں حالب کا دہنہ منتفخ ہو اور اُس کے لب متورم اور متصل غشائے مخاطی معروق ہو۔ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ آیا مرض ایک ہی گردے میں محدود المقام ہے، حالبین کے اندر قاثاطیر داخل کرکے دونوں حالبوں کا پیشاب جُدا جُدا نکالا جاسکتا ہے۔ ہر گردے سے نکلے ہوئے پیشاب کا اضافی حجم دیکھا جاتا ہے اور خون، پیپ اور البیومین کے لئے اُس کا امتحان کیا جاتا ہے۔ گردے کے بعض پیدائشی تشوہات (congenital malformations)، استسقاء الکلیہ (hydronephrosis)، حالب کے تنگی، حوض کلیہ میں کلوی سلعات کے اُبھر آنے کی حالت اور سنگ گردہ کی تشخیص کے لئے قہقری حوض نگاری (retrograde pyelography) سے بہت امداد حاصل ہوسکتی ہے۔ حالب کی قثطرت سے بول کو خارج ہوجانے دیا جاتا ہے اور سوڈیم برومائڈ کا ۲۰ فیصدی محلول، جو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہوتا ہے، باحتیاط اندر داخل کیا جاتا ہے اور پھر ایک شعاع نگاشت لے لی جاتی ہے۔ طبعی حوضِ کلیہ اِس محلول کے ۶ سی سی کو اندر داخل ہونے دیگا۔ کوئی معدم حس دوا نہیں دی جاتی، اور اگر کمر میں درد محسوس ہو تو اِشراب موقوف کردیا جاتا ہے۔ ایک نشست میں صرف ایک ہی حالب میں قاثاطیر داخل کیا جاتا ہے۔ مثانہ کو ظاہر کرنے کے لئے ۱۰ فیصدی سوڈیم برومائڈ، یا ۱۰ فیصدی کولائیڈل سلور (colloidal silver) کا اِستعمال کیا جاسکتا ہے (1)، (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۰)۔

506

امتحانِ بول

مقدار - جسم کا آبی مافیہ منہ کی راہ سے لئے ہوئے پانی اور اس پانی کے درمیان ایک توازن ہے جو کہ گردوں سے بصورتِ بول، جلد سے پسینہ کی صورت میں اور پھیپھڑوں سے، اور براز وغیرہ میں خارج ہوتا ہے۔ بول کا افراز خون کی اس مقدار پر منحصر ہوتا ہے جو گردوں میں ہو کر بہتی ہے۔ افرازِ بول کی زیادتی کو کثرت البول (polyuria) کہتے ہیں، اور اس کے اسر یا انقطاع کو اسرالبول یا انقطاع البول (anuria) کہتے ہیں جس کو احتباس (retention) سے تمیز کرنا چاہئے۔ ادخالِ ستیالات سے اور سردی میں جسم کے تکثف سے بول کا حجم بڑھ جاتا ہے، کیونکہ آخرالذکر حالت میں پسینہ کا افراز کم ہو جاتا ہے۔ لیکن پانی پینے سے محترز رہنے سے، خوب پسینہ آنے سے، اور نظامِ دورانِ خون سے نقصانِ ستیال واقع ہونے سے بول کا حجم گھٹ جاتا ہے۔ بول کا روزانہ اوسط حجم ۱۵۰۰ مکعب سینٹی میٹر ہے۔

دورانِ مرض میں، اختلافات مندرجہ ذیل حالتوں میں دیکھے جاتے ہیں:۔ ثانوی منقبضہ گردے (secondary contracted kidney) میں، دماغی مرض کی شاذ اصابتوں میں، ذیابیطسِ شکری (diabetes mellitus) میں، اور ذیابیطسِ ملیح میں سیلانِ بول زیادہ ہو جاتا ہے۔ ایک عارضی زیادتی ہسٹریائی حملوں میں دیکھی جاتی ہے، یا محض عصبی ہیجان کا نتیجہ ہوتی ہے (یہ عصبی ہیجان اکثر اوقات زندگی کے بیمہ کے لئے طبی امتحان کے دوران میں بھی ہو جاتا ہے)، نیز مدرِ بول فعل رکھنے والی اشیاء سے بھی عارضی زیادتی ہو جاتی ہے، جیسے کہ ایسی ٹیٹس (acetates)، سائٹریٹس (citrates)، اور ٹارٹریٹس (tartrates)، اور شاید نہایت عام طور پر الکحلی مشروبات سے۔ مندرجہ ذیل حالتوں میں قلتِ بول یا اسرالبول ہوتا ہے:۔ حاد التہابِ گردہ (acute nephritis)، آب دمویتی التہابِ گردہ (hydraemic nephritis) تسدد حالب میں باستثناء اس صورت کے کہ دوسرا گردہ اتنی قوت رکھتا ہو کہ اپنی معمولی مقدار سے دوگنی کا افراز کر دے، حموی اعمال، اور فشلِ قلب میں، متواتر قے یا بہ کثرت اسہال

کے بعد۔

کثافتِ نوعی ۔ یہ بول کے جامدات کی مقدار کے ساتھ براہِ راست اور پانی (یعنی خود بول) کی مقدار کے ساتھ بالعکس اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ اِس کی تعیین کے لئے ایک آب پیما (hydrometer) استعمال کیا جاتا ہے جسکو بول پیما (urinometer) کہتے ہیں۔ اگر بول کی مقدار اتنی کم ہو کہ بول پیما اُس میں تیر نہ سکے تو اسے حسب ضرورت پانی کے ایک، دو، یا تین حجموں کی آمیزش سے مُرقّق کرسکتے ہیں، اور ایسی صورت میں کثافت نوعی حاصل کرنے کا یہ طریقہ ہے کہ اُس کے آخری دو عددوں کو اس عدد سے ضرب دیجائے جو کہ ترقیق ظاہر کرتا ہے۔ کثافت تپش کے ساتھ ساتھ اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ صحیح اندراج کے لئے ضروری ہے کہ تمام مشاہدات ۶۰ درجہ فارن ہائیٹ پر کئے جائیں، یا ۶۰ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر ہر ۸ درجہ فارن ہائٹ کے لئے کثافت کا ایک درجہ اور شامل کرکے ان کی تصحیح کرلی جائے۔ حالتِ صحت میں بول کی کثافت نوعی ۱.۰۱۵ تا ۱.۰۲۵ ہوتی ہے۔ کثرتِ بول پیدا کردینے والے بیشتر اسباب اِس کو گھٹا کر ۱.۰۱، ۱.۰۰۶، ۱.۰۰۴، یا اِس سے بھی کم کردیتے ہیں۔ قلتِ بول کے تمام اسباب کثافتِ نوعی کو بڑھا دیتے ہیں۔ ذیابیطس شکری میں کثافت نوعی بڑھ کر ۱.۰۳۰، ۱.۰۴۰، یا ۱.۰۵۰ ہوسکتی ہے، اگرچہ اِس حالت میں مقدارِ بول معمولی مقدار سے کئی گنا زیادہ ہوتی ہے۔ بس استثنائی حالت کا سبب شکر کی بڑی مقدار کا غیرطبعی اخراج ہوتا ہے۔ البیومین پست اور بلند دونوں اقسام کی کثافت نوعی رکھنے والے بول میں پایا جاتا ہے۔

خون اور بول کے مختلف ترکیبی اجزاء کی اضافی مقداریں اور انکی ۲۴ گھنٹے کی اوسط برآمد صفحہ 428 پر کی جدول میں ظاہر کی گئی ہے۔ اُن میں سے بعض کا بیان درج ذیل ہے:-

یوریا (urea) ۔ یہ بول کے مجموعی جامدات کا تقریباً نصف حصہ بناتا ہے، اور جسمانی نائٹروجن کے خارج ہونے کی خاص شکل ہے۔

کمیّتی تخمین ۔ یوریا کی تخمین کا ایک سہولت بخش طریقہ یہ ہے کہ سوڈیم ھائپوبرومائٹ (sodium hypobromite) (یا ھائپوکلورائٹ: (hypochlorite

شامل کرکے اُسے کاربونک ایسڈ، پانی اور نائٹروجن میں تحلیل کردیا جاتا ہے :-



$$CON_2H_4 + 3NaBrO = 3NaBr + CO_2 + 2H_2O + 2N$$

بول کی ایک ناپی ہوئی مقدار (۵ کیوبک سینٹی میٹر) ہائپوبرومائٹ کے محلول کی ایک مقدار کے ساتھ ایک شیشی میں ملادی جاتی ہے، اور نائٹروجن کو ایک درجہ دار نلی میں جمع کرکے ناپ لیا جاتا ہے۔ یہ شیشی اور نلی پانی سے گھری ہوئی ہوتی ہے تاکہ تپش مستقل رہے۔ ہائپوبرومائٹ کا محلول رکھا رہنے سے ذرا جلد ہی تحلیل ہوجاتا ہے۔ نائٹروجن ناپ لی جاتی ہے، اور اُس پرسے یوریا کی مقدار کی تخمین اِس حقیقت کی بناپر کرلی جاتی ہے کہ اُس کا ایک گرام اِس گیس کی ۳۷۰ سی سی (کیوبک سینٹی میٹر) سے متناظر ہوتا ہے جو ۱۵ درجہ اور ۷۶۰ ملی میٹر پر پانی کے اوپر ناپی گئی ہو۔ ۲۴ گھنٹوں میں یوریا کی برآمد کی تعیین، پروٹینی تحول کی مقدار کا ایک سرسری ناپ ہے۔ آخرالذکر کو ناپنے کا ایک صحیح تر طریقہ یہ ہے کہ کائل ڈہل (Kjeldahl) کے طریقہ سے پیشاب کی کلی نائٹروجن کی تخمین کیجائے۔ براز، پسینہ وغیرہ میں ضائع شدہ نائٹروجن کا بھی لحاظ رکھنا چاہیئے۔ طبعی حالات کے تحت جسم کا نائٹروجنی مافیہ مستقل رہتا ہے، چنانچہ نائٹروجن کا اخراج ٹھیک اُس مقدار کے برابر ہوتا ہے جو غذا کے پروٹین میں موجود ہوتی ہے، اور جوں جوں غذا کے پروٹین کی مقدار روز بروز متغیر ہوتی ہے، نائٹروجن کا اخراج بھی اُسی کے ساتھ متغیر ہوتا ہے۔ مرض کی حالت میں جسم کا نائٹروجنی مافیہ متغیر ہوسکتا ہے، اور یہ اپنا اثر بول میں خارج ہونے والی نائٹروجن پر بھی پیدا کریگا۔ مثلاً تپ کی حالت میں جسم کے پروٹین کا اتلاف واقع ہوتا ہے، اور مرض برائٹ میں نائٹروجنی حاصلات کا احتباس ممکن ہے۔ غذا میں کھائے ہوئے پروٹین کے مقابلہ میں بولی نائٹروجن کے زیادہ یا کم ہوجانے سے یہ امر ظاہر ہوجائیگا۔ ایسے تغیرات صرف اُسیوقت ناپے جاسکتے ہیں جبکہ مریض کئی دنوں کے عرصہ تک بالکل غیر متبدل غذا کھاتا رہے۔

کلورائڈز (chlorides) - یہ تمام حاد حموی اعمال میں، اور بالخصوص ذات الریہ میں کم ہوجاتے ہیں، بلکہ آخرالذکر مرض میں بالکل غائب بھی ہوسکتے ہیں۔

سلفیٹس (sulphates) - یہ پروٹینی تفرق سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ اثیری سلفیٹس جزءً اُس گندیدگی کا نتیجہ ہوتے ہیں جو امعاء میں واقع ہوتی ہے، اور امعاء

کی ان خرابیوں (تسدد، التہاب باریطون، قبض) سے بہت بڑھ جاتے ہیں جو ایسے تغیرات پیدا کردیتی ہیں - لائسال (lysol) یا کاربالک (carbolic) کے تسمم میں ممکن ہے سلفیٹ مفقود ہوں، اور دروں وریدی سوڈیم سلفیٹ (۱۰ فیصدی محلول ۵ اونس جو قلمی سوڈیم سلفیٹ کے ذریعہ بنایا گیا ہو) فی الفور دینا چاہئے -

فاسفیٹس (phosphates) - بول کے اندر فاسفیٹس کا خاص وظیفہ حائلات کی طرح کام کرنے کا ہے - اِس کے یہ معنے ہیں کہ ترشہ یا قلی کی بڑی مقداریں خون میں سے خارج ہوکر بول کے اندر جاسکتی ہیں بغیر اس کے کہ آخرالذکر کی ترشگی (ہائڈروجن کے رواں کے ارتکاز) کو بہت زیادہ بدلیں - اِس تعلق میں دو اہم ترین مرکبات مانوسوڈیم ڈائی ہائڈروجن فاسفیٹ (monosodium dihydrogen phosphate) (NaH_2PO_4) اور ڈائی سوڈیم مانو ہائڈروجن فاسفیٹ (disodium mono-hydrogen phosphate) (Na_2HPO_4) ہیں - ترشہ کے اخراج کا نتیجہ یہ ہے کہ اول الذکر مرکب زیادہ بنے، اور قلی کے اخراج کا نتیجہ یہ ہے کہ آخرالذکر زیادہ بنے - وافر پروٹینی غذا، بول کی ترشگی کو بڑھا دیتی ہے - زیادہ نباتی مادّے یا دوسری ایسی غذا دینے سے، جس میں سوڈیم اور پوٹاسیم کے سائیٹریٹس، ٹارٹریٹس، اور میلیٹس (malates) موجود ہوں، بول کو زیادہ قلوی بنایا جاسکتا ہے - یہ امعاء کے اندر متغیر ہوکر قلوی کاربونیٹس بنجاتے اور اسی حالت میں خون کے اندر جذب ہوتے ہیں، اور اسی واسطے بول کی ترشگی کو کم کردیتے ہیں اور pH ۷ یا اس سے زیادہ ہوتا ہے - ان حالات میں نسبتہً کم حل پذیر فاسفیٹوں کی کثرت ہوجاتی ہے، اور ممکن ہے کہ بولی خطہ میں ترابی ملحات یعنے کیلسیم اور میگنیسیم کے فاسفیٹ مرتسب ہوجائیں اور اس حالت کو فاسفیٹ بولیت کہتے ہیں (ملاحظہ ہو حصاۃ کا علاج صفحہ 550)-

یہ کثدر سفید جماؤ ذرا سا ایسیٹک (acetic) ترشہ ملانے سے حل پذیر ہوتا ہے لیکن نسبتہً زیادہ عام طور پر یہ پایا جاتا ہے کہ کسی خفیف سے ترشی یا تعدیلی بول کو گرم کرنے پر ترابی فاسفیٹس کا ایک سفید جماؤ پیدا ہوجاتا ہے، جو البیومن سے قریبی مشابہت رکھتا ہے لیکن اُس سے اِس کی تفریق فی الفور یوں کی جاسکتی ہے کہ یہ ایسیٹک ایسڈ کا ایک قطرہ ڈالنے سے حل ہوجاتا ہے - اَمونیا کی موجودگی سے بھی بول قلوی ہوسکتا ہے، اور یہ

آمونیا یوریا کی جراثیمی تحلیل سے بن سکتا ہے، یا تو مثانہ کے اندر (التہاب مثانہ) یا ہوا میں
کھلے ہوئے کسی ظرف کے اندر بول رکھا رہنے کے بعد۔ اس حالت میں امونیم میگنیشیم
فاسفیٹ مرتسب ہوجاتا ہے ($MgNH_4PO_4 + 6H_2O$) ۔ یہ مثلثی منشورات بنا دیتا
ہے جن کے سرے سلامی دار ہوتے ہیں۔

تعامل بول ۔ بول کا تعامل (ہائیڈروجن کے رواں کا ارتکاز) عموماً تعدیلیت
کے ترشی جانب پر ہوتا ہے ہیسل باش (Hasselbach) نے بتلا دیا ہے کہ اس کا pH

508

جو کبھی غذا پر یا فاقہ کے دوران میں ۔ ۵ ۔ ہوتا ہے، سبزیاں اور آزاد قلی کھانے پر ۸ ۔
تک متغیر ہو سکتا ہے، اور اس تعامل کا انحصار ڈائی سوڈیم مانو ہائیڈروجن فاسفیٹ
(Na_2HPO_4) اور مانو سوڈیم ڈائی ہائیڈروجن فاسفیٹ (NaH_2PO_4) کی اضافی
مقداروں پر ہوتا ہے جو بول میں موجود ہوں۔

نیز گردے کو ایک ایسا عضو تصور کیا جاسکتا ہے جو چوبیس گھنٹوں میں ایسڈ کی
ایک بڑی مقدار کا افراز کرتا ہے، کیونکہ وہ تعدیلی خون سے ایک ترشی تعامل رکھنے والا
سیال (یعنی بول) تیار کرتا ہے۔ یہ بول کی ترشگی کے متعلق ایک دوسرا نظریہ ہے۔
خارج شدہ ترشہ کی مقدار کی تعیین اس طرح کی جاتی ہے کہ معشر الطبیعی سوڈا سے
بول کی معایرت کرکے اسے پھر تعدیلی نقطے پر لے آتے ہیں یعنی خون کے تعامل کا بنا دیتے
ہیں، اور اس کے لئے نیوٹرل ریڈ (neutral red) بطور نمائندہ کے استعمال کیا جاتا
ہے۔ تندرستی کی حالت میں وسیع اختلافات ہوتے ہیں، لیکن چوبیس گھنٹے کی اوسط
قدر کسیقدر بلند درجہ کی پروٹین غذا کی حالت میں تقریباً ۶۰۰ کیوبک سینٹی میٹر
عشر الطبیعی ترشہ ہوتی ہے (Folin)۔

دورخہ تعامل کی اصطلاح اسوقت استعمال کی جاتی ہے جبکہ بول نیلے
لٹمس کو سرخ اور سرخ لٹمس کو نیلا کردیتا ہے۔ یہ وہ محفوظ منطقہ ہے کہ جہاں بول حقیقتاً
میں کوئی ترسیب نہیں ہوتی۔ اگر دونوں طرح کے لونی تغیرات بآسانی ہوں تو pH
۶ و ۷ ہے۔ اگر سرخ کا غذ نہایت ہی ہلکے نیلے رنگ میں متغیر ہو تو pH ۹ ہے، اور
اگر یہ نیلے رنگ میں بالکل متغیر نہ ہو تو تعامل ۶ سے نیچے ہے، جو کہ یورک ایسڈ کی ترسیب
کے لئے سازگار ہے اگر سرخ کا غذ آسانی سے نیلے رنگ کا ہو جائے، اور نیلا کا غذ کوئی

تغیر ظاہر نہ کرے تو pH ۶ یا اس سے اوپر ہے، جو کہ فاسفیٹ کی ترسیب کا منطقہ ہے (2)۔ دیگر نمائندے بھی استعمال کئے جا سکتے ہیں، مثلاً میتھل ریڈ (methyl red) اس میں، جس کا بیک وقت ایک قطرہ ڈالا جاتا ہے۔ گلابی رنگ کے یہ معنے ہیں کہ pH ۶ سے نیچے ہے اور زرد رنگ کے یہ معنے ہیں کہ pH ۶ سے اوپر ہے۔ ایسے انبوبات کا سلسلہ بکتا ہے، جو کہ pH کے تغیر کے لحاظ سے نمائندوں کے رنگ کا درجہ ظاہر کرتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 588)۔

جب کسی مریض کے بول کو قلوی کر دینا منظور ہو تو ایسا کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ سائٹرک، ٹارٹارک، یا ایسیٹک ایسڈ کے پوٹاسیم یا سوڈیم والے نمکیات کی ڈرام ڈرام کی مقداریں متواتر استعمال کی جائیں، جو اوپر بیان کئے ہوئے طریقہ سے عمل کرتی ہیں۔ لیکن سوڈیم بائی کاربونیٹ سب سے زیادہ موثر ہے۔ بول کی ترشگی حمیات اور ذیابطیس میں زیادہ ہو جاتی ہے۔ مصنوعی طور پر بول کی ترشگی بڑھانے کا یہ طریقہ ہے کہ ایسڈ سوڈیم فاسفیٹ (۳۰ گرین) دن میں تین یا چار بار روزانہ دیا جائے یا کیلسیم کلورائیڈ یا ایمونیم کلورائیڈ ۱۵ گرین کی خوراکوں میں دن میں چار یا پانچ مرتبہ۔

کیلسیم آگزیلیٹ (calcium oxalate)۔ کیلسیم آگزیلیٹ کی روزانہ مُفرزہ مقدار تقریباً ۱۵ تا ۲۰ ملی گرام فی یوم ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات وہ بول کے اندر ایک جماؤ کی صورت میں دیکھا جاتا ہے، یا گردے کے اندر حصوات بنا دیتا ہے۔ خوردبین کے نیچے کیلسیم آگزیلیٹ کے دقیق مثمن یا ہشت سطحی اجسام پائے جائیں گے، جو اکثر مربع لفافوں جیسے نظر آتے ہیں۔ مختلف وضعوں میں اُن کا خاکہ معین یا مسدس کی طرح ہوتا ہے، اور اگر اُن کی کوریں نویاب نہ ہوں تو وہ ہری سروں والے مربع منشورات بنا سکتے ہیں۔ ایک شکل، جو غیر عام نہیں، ڈمبیل (dumb-bell) جیسی ہوتی ہے۔ یہ دراصل ایک قرص ہے، جس کے ہر رُخ پر ایک مرکزی نشیب ہوتا ہے اور جو پہلو پر پڑی ہوتی ہے اور کور کی طرف سے دکھلائی دیتی ہے۔ ایسی شکلیں بلاشبہ اسطرح پیدا ہوتی ہیں کہ کولائڈی مادّے کی موجودگی میں آہستہ آہستہ ترسیب واقع ہوتی ہے۔

آگزیلک ایسڈ (oxalic acid) پروٹینز کے تفرق اور پُیورین شامل رکھنے والے نیوکلیوپروٹینز کے تفرق سے پیدا ہو سکتا ہے اور شاید کاربوہائیڈریٹس اور

شحوم سے بھی تکسید کے ذریعہ سے پیدا ہوتا ہے - صرف چار غذائیں ایسی ہیں کہ جن میں آگزیلک ایسڈ کی بے انتہا مقداریں پائی جاتی ہیں (4)- اور وہ یہ ہیں: کوکو (cocoa) ۵۰۰ ملی گرام فی صدی - کھٹا ساگ (sorrel) ۳۶۰ - پالک (spinach) ۳۲۰ اور ریوند چینی (rhubarb) ۲۴۰ - جہاں تک کہ شائع شدہ اعداد کا تعلق ہے، ترتیب وار ان کے بعد مندرجہ ذیل ہیں: خشک کردہ انجیر ۱۰، چاکولیٹ ۹، آلو ۴ - یہ فہرست اس سے بہت مختلف ہے کہ جو عام طور پر شائع کی جاتی ہے - آگزیلیٹ بولیت (oxaluria) اکثر اوقات بلا علامات موجود ہوتی ہے - جب علامات پیدا ہو جاتے ہیں تو یہ ہوتے ہیں: درد اور بعض اوقات دم کولیت، جو کسی قدر سنگ گردہ جیسے ہوتے ہیں، اور کبھی کبھی ان کے ایسے شدید حملے ہوئے ہیں کہ اُن سے حاد معوی تسدد (acute intestinal obstruction) کا تشابہ ہو گیا - ایک غیر پیوُرینی پست پروٹینی غذا کی ضرورت ہے - اور ساتھ ہی آگزیلیٹ موجود رکھنے والی غذاؤں سے پرہیز لازم ہے -

یورک ایسڈ اور یوریٹس (uric acid and urates) اگرچہ یوریٹس کا روزانہ اخراج بالکل تھوڑا ہوتا ہے، آزاد ترشہ اور اُس کے نمکیات اکثر اوقات بول میں سے تہ نشین ہو جاتے ہیں - (نیز ملاحظہ ہو تعامل بول، حصاۃ کلوی کا علاج اور نقرس) -

یورک ایسڈ ترشئی بول میں مُرتسب ہوتا ہے، جس کا pH ۵.۷ اور اس سے نیچے ہو - اُس کا جماؤ قلیل المقدار ہوتا ہے، اور تیا مرچ کے مانند نظر آتا ہے - خردبین کے نیچے اس کی قلمیں خود کو تکلہ نما یا مُعَین کے شکل کی قلموں میں ظاہر کرتی ہیں، جن کے سرے تیز اور پہلو گول ہوتے ہیں - یا نسبتہً چھوٹی اور زیادہ موٹی قلموں کی شکل میں، جن کے سرے کُند ہوتے ہیں اور جو زیادہ تر بیل نما ہوتی ہیں لیکن عموماً مُعَین کی شکل کی کسی نہ کسی ترمیم کی صورت میں - وہ اکثر اوقات منشعّع جھنڈوں یا ستارے نما تودوں کی شکل میں گروہ بند ہوتی ہیں -　　509

یوریٹس (urates) عموماً ایک بے شکل گلابی یا سرخ ثفل کے طور پر تہ نشین ہوتے ہیں (سرادہ خشت = brick-dust یا خشتی = lateritious) - اُن کا جماؤ اسباب ذیل کی وجہ سے ہوتا ہے: (۱) پیشاب کا سرد ہو جانا، کیونکہ وہ

جسمانی تپش پر خوب حل پذیر ہوتے ہیں، اور ۵۰ تا ۶۰ درجہ فارن ہائٹ پر نسبتہً بہت کم حل پذیر ہوتے ہیں۔ اور (۲) بول کا ارتکاز خفیف سی حرارت اِس جماؤ کو فوراً حل کردیگی۔ اور اگر اس بول کا امتحان البیومین کے لئے کیا جارہا ہے، تو البیومین کا ظاہر ہونا شروع ہونے سے پیشتر ہی یوریٹس حل ہوجاتے ہیں اور اُس سیال کو صاف بنادیتے ہیں۔ (۳) پیشاب کی ترشگی بھی یوریٹس کی تہ نشینی میں ممد ہوتی ہے۔ اور بعض پیشاب میں البیومین کے لئے امتحان کرنے سے پیشتر ایسیٹک ایسڈ شامل کردیا جائے تو یوریٹس کا ایک رسوب بنجائے گا، جو گرم کرنے پر پھر حل ہوجائیگا۔

صبغاتِ بول (urinary pigments)۔ بول کا رنگ صحت اور مرض، دونوں حالتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ حالتِ صحت میں اسیقدر کافی ہے کہ کثافتِ نوعی کے پھیکے رنگ کے قاروروں، طبعی رنگ رکھنے والے قاروروں اور بلند کثافتِ نوعی والے گہرے رنگ کے قاروروں کے درمیان فرق کیا جائے۔ لیکن حالتِ مرض میں ہمیں اِس کے علاوہ جو چیزیں دیکھنی چاہئیں وہ سُرخ، سُرخی مائل بھورے، اور بھورے سیاہ رنگ کی مختلف چھائیں ہیں جو خون، یوروبائلین، یا صبغہ صفر کی آمیزش سے پیدا ہوجاتی ہیں، اور وہ غیر شفاف سپید رنگ جو کیلوس بولیت (chyluria) میں ہوا کرتا ہے۔

بول میں کئی صبغات ہوتے ہیں۔ غالبًا بول کا رنگ، جیسا کہ اے۔ ای۔ گیرڈ (A. E. Garrod) نے بتلادیا ہے، خاصکر ایک معتزا زرد صبغہ کی وجہ سے ہوتا ہے، جس کا نام یوروکروم (uro-chrome) ہے۔ یہ صبغہ طیف کے بنفشئی سرے کو دھندلا کردیتا ہے لیکن انجذابی دھاریاں نہیں پیدا کرتا۔ یوروبائلین (urobilin) طبعی بول کے اندر محض خفیف مقداروں میں موجود ہوتی ہے، یعنے ۲۴ گھنٹوں میں ۱ تا ۲ گرین۔ وہ ایک معیّن طیف پیدا کرتی ہے جسمیں خطِ فراوین ہوفرف (Frauenhofer's line F) کے مقام پر، یعنے سبز اور نیلے رنگ کے درمیان، ایک انجذابی دھاری ہوتی ہے۔ اُس کی موجودگی کی شناخت کا کیمیائی طریقہ یہ ہے کہ امونیا کے محلول سے بول کو قوی طور پر قلوی بنائیں، چھان لیں، اور پھر اگر زنک کلورائڈ کے ۱۰ فیصدی آبی یا الکحلی محلول کے چند قطرے شامل کردیں تو یوروبائلین موجود ہونے کی حالت میں ایک سبز تزہیر پیدا ہوجائیگا۔

یوروبائلین غالباً آنت سے جذب ہوتی ہے، جہاں وہ ابتداً تو بائلی روبن (bilirubin) سے اخذ ہوتی ہے۔ تحمیات، جگر کے بعض امراض، فشل قلب اور وا فرذم پاشیدگی [مثلاً مختلف عدمِ دمویت میں اور بے صفرا بولی یرقان (acholuric jaundice) میں] میں، نیز دوبارہ جذب شدہ خون کے انجذاب کے دوران میں یوروبائلین زیادہ ہوجاتی ہے۔ یوروبائلین اسوقت کم ہوجاتی ہے جبکہ صفرا کے بننے میں رکاوٹ ہوگئی ہو (تسمم فاسفورس، حاد اصفر ذبول) یا جب صفراوی قنات مسدود (occluded) ہوگئی ہو۔ ہیماٹو پارفیرین (hæmatoporphyrin) ہیموگلوبن سے اخذ ہوتی ہے۔ وہ صحت اور مرض، دونوں حالتوں میں خفیف مقداروں میں ہوا کرتی ہے، لیکن رثیتی تپ (rheumatic fever) اور بعض دوسری خرابیوں میں اُس کی زیادہ افراط ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بول کے گونا میں کوئی محسوس فرق نہ پیدا کرے، اور اگرچہ وہ بعض سیاہ سرخ بولوں میں، جو سلفونل (sulphonal) کے استعمال کے بعد خارج ہوتے ہیں، زیادہ مقدار میں موجود ہوتی ہے، تاہم اِن کا سیاہ رنگ بالخصوص دوسرے صبغات کی وجہ سے ہوتا ہے۔ تحوّل کا ایک شاذ خلقی نقص بھی ہوتا ہے، جس میں ہیماٹو پارفیرن بول کے اندر خارج ہوکر اُس کے رنگ کو یاقوتی سُرخ (ruby-red) بنادیتی ہے۔ اِس حالت میں براز کے اندر پارفیرنس (porphyrins) موجود ہوتی ہیں، اور جلد روشنی کے لئے بہت حساس ہوتی ہے، جس سے صیفی تفقع (hydroa æstivale) کا ایک آبلہ نما توران پیدا ہوجاتا ہے (2)۔ یوروایرتھرین (uroerythrin) ایک دوسرا صبغہ ہے، جس سے گلابی یوریٹس اپنا رنگ حاصل کرتے ہیں۔ چنانچہ یورک ایسڈ کے جاؤ یوروکروم سے رنگین ہوجاتے ہیں، اور بعض اوقات یوروایرتھرین سے بھی (Garrod)۔

بول کے اندر لون ساز (chromogens) بھی موجود ہوسکتے ہیں، یعنے ایسے اجسام جو فی الوقت بول کو رنگین نہیں بناتے، لیکن یا تو بول کے رکھے رہنے پر، یا اُس میں تکسید واقع کرنے والے عاملات شامل کرنے پر، رنگ پیدا کردیتے ہیں۔ حسب ذیل اجسام لون ساز معلوم ہیں :- (۱) یوروبائلن کا لون ساز یعنے یوروبائلنوجن (urobilinogen)، جس کی موجودگی حموی بول کے اندر نائٹرک ایسڈ ملانے سے ظاہر ہوجاتی ہے۔ (۲) ایک ایسا لون ساز، جو بعض اوقات عدمِ دمویت کے بول

میں ملتا ہے، اور وہ گو خارج ہونے پر بالکل ہلکے رنگ کا ہوتا ہے، تاہم نائٹرک ایسڈ
ملانے سے ایک گہرا سُرخ رنگ پیدا کر دیتا ہے۔ (۳) میلانین (melanin) کا
لون ساز، ایک سیاہ صبغہ ہے جو میلانا ٹک لحمی سلعہ (melanatic sarcoma)
کے مریضوں کے بول میں (اگرچہ یہ بول جب خارج ہوتا ہے تو بالکل صاف ہوتا ہے،
تکثف کے بعد یا نائٹرک ایسڈ ملانے سے نمودار ہو جاتا ہے (۴) انڈیکن (indican) یا
پوٹاسیئم انڈاکسل سلفیٹ (potassium indoxyl-sulphate)، جو انڈیگو بلیو
(indigo-blue) کا لون ساز ہے۔ یہ معوی کنال میں اُس انڈال (indol) کے
جذب ہونے کا نتیجہ ہے، جو پروٹینز کی جراثیمی تحلیل سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ طبعی
قارورے کے اندر نہایت خفیف حد تک موجود ہوتا ہے۔ لیکن اُن تمام اصابتوں میں
بہت بڑھ جاتا ہے، جن سے معوی مافیہا کا احتباس پیدا ہو جائے۔ ہائڈرو کلورک ایسڈ
کی مساوی مقدار شامل کر کے اور پھر کیلسیئم ہائپو کلورائٹ (calcium hypochlorite)
کے سیر شدہ محلول کے چند قطرے ملانے سے اُس کی موجودگی شناخت کی جا سکتی ہے۔
اِس طرح سے انڈگو بنجاتا ہے اور اُس آمیزہ کو نیلے یا بنفشئی رنگ کا بنا دیتا ہے۔ وہ
کلوروفارم کے ساتھ ہلانے سے جدا کیا جا سکتا ہے، جبکہ کلوروفارم امتحانی نلی کی تہ میں
ایک نیلا طبقہ بنا دیتا ہے بعض اوقات صرف نائٹرک ایسڈ کے شامل کرنے سے، ایک
نیلا، بنفشئی، یا سیاہی مائل رنگ پیدا ہو جاتا ہے، جو کہ انڈگو کے جدا ہونے کا نتیجہ
ہوتا ہے۔

آلکیپٹن بولیت (alkaptonuria) میں بول جب خارج ہوتا ہے تو
اُس کا رنگ قدرتی ہوتا ہے، لیکن تکثف کے بعد سیاہ ہو جاتا ہے، گرم کرنے پر قلوی
سے بہ سرعت سیاہ ہو جاتا ہے، فیرک کلورائڈ کے مُرقّق محلول سے گہرا نیلا بنجاتا ہے، اور
اُس میں ہوموجینیٹی سِک ایسڈ (homogenetisic acid) اور بعض اوقات
یورولیوسِک ایسڈ (uroleucic acid) موجود پائے جاتے ہیں۔ یہ حالت شاذ ہوتی
ہے، لیکن بہت سی اصابتوں میں یہ پیدائشی ہوتی ہے، اور اُسی خاندان کے دو یا
زیادہ ارکان میں، اور خون کا رشتہ رکھنے والے والدین کے بچوں میں واقع ہوتی ہے
اِس سے کوئی علامات نہیں پیدا ہوتے (ملاحظہ ہو مرض اصفر=Ochronosis)۔

510

بہت سے دوائی اور دوسرے کیمیائی اشیا بول کو رنگین بنا دیتے یا اُن کاشفات کے ساتھ جو دوسرے اغراض سے استعمال کئے جاتے ہیں، لونی تعاملات ظاہر کرتے ہیں۔ ریونْد چینی (rhubarb) جس میں کرائسوفینک ایسڈ (chrysophanic acid) موجود ہوتا ہے، بول کو نسبتہً زیادہ گہرا زرد بنا دیتی ہے، اور سینٹونین (santonin) بھی یہی کرتی ہے۔ قلی ملانے سے یہ بول سرخ ہو جائینگے۔ لاگ۔ وُڈ (logwood) بول میں ایک سرخی مائل جھلک پیدا کر دیتا ہے۔ کاربولک ایسڈ خواہ یہ داخلی طور پر لیا گیا ہو یا کاربولکی کپڑوں (carbolic dressings) سے جذب ہو گیا ہو، پائروکیٹی چین (pyrocatechin) اور ہائڈرکیونون (hydroquinone) کی موجودگی کے باعث، بول کو تکشف ہونے کے بعد گہرا بھورا یا سبزی مائل سیاہ بنا دیتا ہے اگرچہ بول جب خارج ہوتا ہے تو صاف ہوتا ہے۔ کریاسوٹ (creasote) کا اثر بھی ممکن ہے کہ یہی ہو۔ میتھیلین بلیو (methylene blue) کے داخلی استعمال سے بول نیلے رنگ کا، اور اگر اُس کی کم مقدار لی گئی ہو تو سبز رنگ کا ہو جاتا ہے۔ ایوسین (eosin) سے، جو کھلونوں یا مٹھائیوں کو رنگنے کے کام میں لائی جاتی ہے، بچوں کے پیشاب کا رنگ شوخ سرخ ہو گیا ہے۔ اگر پوٹاسیئم آیوڈائڈ (potassium iodide) یا پوٹاسیئم برومائڈ (potassium bromide) لیا جا رہا ہے تو ممکن ہے کہ بول کا رنگ نائٹرک ایسڈ شامل کرنے پر آزاد آیوڈین یا برومین کی رہائی کی وجہ سے گہرا یا سیاہ ہو جائے۔ کلوروفارم کے ہمراہ ہلانے سے آیوڈین یا برومین جدا کی جا سکتی ہے۔

البیُومین بولیت

(albuminuria)

البیُومین بولیت کی اصطلاح قارورے میں عموماً سیرم البیُومن (serum albumin) اور گلابیُولین (globulin) دونوں کی موجودگی کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ سیرم گلابیُولین تربیشی مرض (lardaceous disease) کے بول میں اکثر معمول سے زائد ہوتی ہے، اور بول کو آب کشیدہ کے ایک بڑے حجم کے اندر ڈال دینے سے (جبکہ گلابیُولین مرسب ہو جاتی ہے) یا تعدیلی بول کو میگنیشیم

سلفیٹ سے سیر شدہ کردینے سے اس کو شناخت کیا جا سکتا ہے۔ اِس کے برعکس سختی التہابِ گردہ (parenchymatous nephritis) میں بول کے اندر کی گلابیولین البیومین کے مقابلہ میں بہت کم ہوجاتی ہے اور اِن دونوں کی نسبت ۱ اور ۹ کی ہوتی ہے۔ وظیفی البیومین بولیت کی اساجتوں میں یہ نسبت ۱ اور ۲ کی ہوتی ہے۔

البیومین بولیت مختلف طریقوں سے شناخت کی جا سکتی ہے:-

حرارت۔ اگر صاف بول کو جس میں البیومین موجود ہو ایک امتحانی نلی کے اندر گرم کیا جائے تو وہ اِس شئے کی ترسیب کے باعث غیر شفاف ہوجائیگا۔ اُس کی مقدار کے لحاظ سے یہ محض ایک دودھیا پن، یا ایک قطعی تکدر، یا ایک گاڑھا ماؤ جیسا جماؤ ہوگا۔ اِس کا کشف کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ امتحانی نلی کو اُس کے طول کے نصف یا دو ثلث حصے تک بھر کر پھر چند قطرے مرقق ایسیٹک ایسڈ کے شامل کردئے جائیں، اور نلی کو اُس کے نیچے کے سرے سے پکڑ کر بول کے بالائی حصہ کو گرم کیا جائے۔ اِسطرح کرنے سے حرارت بول کے اُسی حصے میں محدود رہتی ہے، اور اس کی صفائی میں جب کوئی خفیف سی تبدیلی واقع ہوتی ہے تو وہ نیچے والے ٹھنڈے بول کے ساتھ مقابلہ کرنے پر شناخت کی جا سکتی ہے۔

بعض ماسبق احتیاطیں ضروری ہیں۔ اولاً ممکن ہے کہ حرارت اُن اشیاء کی ترسیب بھی کردے جو البیومین نہیں ہیں، مثلاً فاسفیٹس کی لیکن یہ نائٹرک ایسڈ یا ایسیٹک ایسڈ کے ایک قطرے سے فی الفور حل ہوجاتے ہیں۔ دوم ممکن ہے کہ البیومین موجود ہو تاہم حرارت اُس کی ترسیب کرنے میں ناکام رہے۔ یہ اُسوقت ہوتا ہے جبکہ بول کافی طور پر ترشئی نہو، اور سیرم البیومین القلی البیومین (alkali albumin) میں متغیر ہوگیا ہو جو حرارت سے مرسوب نہیں ہوتا۔ اِس مغالطہ سے بچنے کے لئے بول کو اُبالنے کے بعد اُس میں ایسیٹک ایسڈ شامل کردینا چاہئے تاکہ وہ ترشئی ہوجائے۔ بہرکیف یہ ضروری ہے کہ یہ تجربہ ایک صاف بول پر عمل میں لایا جائے؛ اگر وہ یوریٹس کی وجہ سے مکدر ہے تو ہلکی حرارت اُسے صاف بنا دیگی۔ اگر وہ فاسفیٹس کی وجہ سے مکدر ہے تو ایسیٹک ایسڈ کے دو ایک قطرے شامل کردئے جائیں۔ اور اگر کسی اور جماؤ کی وجہ سے مکدر ہے تو بول کی تقطیر کرلینا چاہئے۔

511

نائٹرک ایسڈ (nitric acid)۔ اِس کاشفہ کے اِطلاق کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ایک امتحانی نلی کی تہ میں قدرے نائٹرک ایسڈ رکھکر نلی کی جانب کے برابر برابر مشتبہ بول کو نہایت آہستہ آہستہ نیچے کی طرف بہایا جائے تاکہ وہ ترشہ کی سطح پر آجائے لیکن اُس کے ساتھ مخلوط نہ ہونے پائے ۔ ترشہ اور بول کے خطِ اتصال پر البیومین کی ایک تہ بنجاتی ہے، جو وافر البیومین موجود ہونے کی حالت میں سپید رنگ کی ہوتی ہے، اور اگر البیومین نہایت کم مقدار میں ہے تو اِس کا محض ایک پتلا سا رمادی قرص ہوتا ہے ۔ اول الذکر حالت میں وہ فوراً بنجاتی ہے ۔ آخرالذکر صورت میں ممکن ہے کہ اُس کے بننے میں کئی سیکنڈ، یا دو تین منٹ، بلکہ آدھا گھنٹہ لگ جائے ۔

اِس کاشفہ سے متعلق صرف چند ہی مغالطات ہیں ۔ اولاً، اُس بول میں جس میں حد سے زیادہ یوریٹس موجود ہوں، یہ یوریٹس بعض اوقات ایک ابریا دھندلے پن کے طور پر مرسوب ہوجاتے ہیں، لیکن وہ بجائے اِس کے کہ عین نائٹرک ایسڈ کے اوپر واقع ہوں ۔ اس سے کچھ فاصلہ اوپر کو واقع ہوتے ہیں ۔ خفیف سی حرارت لگانے سے یہ ابر یا دھندلاپن فوراً حل ہوجائیگا ۔ دوئم، نیو کلیو پروٹین (میٹوسین mucin=) بھی اِس وضع میں ایک دھندلے پن کے طور پر مرسوب ہوجائیگا ۔ سوئم، جو اشخاص کوپیبا (copaiba) داخلی طور پر لے رہے ہوں، اُن کے بول میں ایک رال صفت ترشہ، یعنے کوپیوک ایسڈ (copaivic acid)، اساسوں کے ساتھ ملا ہوا موجود ہوتا ہے ۔ اگر اس میں نائٹرک ایسڈ ملا دیا جائے تو یہ رال صفت جسم تہ نشین ہوجاتا ہے، عموماً ایک ابر کے طور پر جو بول کے اندر یکساں طور پر پھیلا ہوا ہوتا ہے ۔ یہ رسوب بھی حرارت سے حل ہوجاتا ہے ۔ چہارم، نائٹرک ایسڈ کے ملانے سے کچھ عرصے بعد، جب کہ آمیزہ ٹھنڈا ہوجائے، ایک قلمی جماؤ نائٹریٹ آف یوریا (nitrate of urea) کا پیدا ہوسکتا ہے لیکن یہ البیومین سے کوئی مشابہت نہیں رکھتا، کیونکہ یہ ورقچہ دار قلموں سے بنتا ہے، جو مختلف سمتوں میں تشعع ہوتی ہیں ۔ نائٹرک ایسڈ البیوموزیس (albumoses) کی بھی ترسیب کردیتا ہے، جو حرارت سے دوبارہ حل ہوجاتے ہیں ۔

پکرک ایسڈ (picric acid) ۔ ایک امتحانی نلی کو بول سے نصف تک نائٹرک

بھر لینا چاہیے' اور اُس پر پکرک ایسڈ کا ایک سیر شدہ محلول (جس کی کثافت نوعی پست ہوتی ہے) اس ترکیب سے ڈالا جائے کہ دونوں مایعات حتی الامکان مخلوط ہونے پائیں ان کے خط اتصال پر ایک نازک سپید لکیر یا ایک نسبتہً دبیز سپید ابر فوراً بن جاتا ہے اور اگر یہ البیومین ہے تو حرارت سے حل نہیں ہوتا ۔ البیومین کے علاوہ پکرک ایسڈ یوریٹس' الکلائیڈز (alkaloids)' اور البیومونزس کو بھی مرسوب کر دیتا ہے ۔ لیکن یہ بول کو گرم کرنے سے یہ سب فوراً غائب ہوجاتے ہیں ۔ کونین (quinine) واحد الکلائیڈ ہے جو اتنی کافی مقدار میں لیا جاسکتا ہے کہ پکرک ایسڈ سے اس کی ترسیب واقع ہوسکے۔ نیوکلیوپروٹین بھی پکرک ایسڈ سے مرسوب ہوجاتا ہے اور حرارت سے حل نہیں ہوتا ۔ اگر پکرک ایسڈ سے رسوب نہ پیدا ہو تو البیومین یقیناً غیر موجود ہے ۔

سیلی سِل سلفانک ایسڈ (salicyl-sulphonic acid)۔ اس ترشہ کا سیر شدہ محلول البیومین کے لئے ایک نازک کاشفہ ہے : اسے ایک امتحانی نلی کے اندر صاف بول میں ملا دینے سے البیومین کا ایک دودھیا ابر یا تلچھٹ بن جاتا ہے ۔ یہ ان نتائج کی تصدیق کے لئے کارآمد ہے جو کہ حرارت کے کاشفہ سے حاصل ہوتے ہیں۔ البیومونزس بھی مرسوب ہوجاتے ہیں ۔

البیومین کے کمّی امتحانات حسب ذیل ہیں:۔

ایسباک کا امتحان (Esbach's test)۔ یہ طریقہ آسان ہے لیکن غیر یقینی اور غیر صحیح ہے ۔ ایک حصہ پکرک ایسڈ اور دو حصے ہوائے ذریعہ خشک کئے ہوئے سائٹرک ایسڈ کو ۱۰۰ حصے پانی میں ملا کر ایک امتحانی محلول تیار کر لیا جاتا ہے ۔ ۶ تا ۸ انچ طول اور ½ انچ قطر والی ایک درجہ دار نلی ایک خاص لیول (۲½ انچ) تک بول سے بھر لی جاتی ہے اور پھر ایک خاص فاصلہ (۱½ انچ) تک پکرک کے محلول سے ۔ مرسوب شدہ البیومین کو چوبیس گھنٹے تک تہ نشین ہونے دیا جاتا ہے' اور نلی کے اوپر جو نشانات ہوتے ہیں اُن سے البیومین کی وہ مقدار ظاہر ہوتی ہے جو بول کے ۱۰۰۰ حصوں میں موجود ہوتی ہے' یعنے اتنے گرام فی لیٹر ۔

کیریج (Kerridge) **کا کاشفہ** ۔ یہ بہترین سریری طریقہ ہے' اور اس کا عام استعمال ہونا چاہیے ۔ پیشاب (یا دماغی نخاعی سیال) کا ایک سی سی لیکر اس کو

ایک چھوٹی سی معیاری امتحانی نلی میں کاربن کی تعلیق کے ۱ سی سی کے ہمراہ اور پھر ٹرائی کلورایسٹک ایسڈ (trichloracetic acid) کے ۱ سی سی کے ہمراہ ہلایا جاتا ہے اس کے رنگ کا مقابلہ معیاری نلیوں کے ساتھ کیا جاتا ہے (6)۔

آلبیومین بولیت کے اسباب ۔ مرض برائٹ میں بول کے اندر البیومن کیوں ظاہر ہوجاتا ہے، اِس امر پر غور کرتے وقت ہمیں یاد رکھنا چاہئے کہ البیومن بولیت کا وقوع التہاب گردہ کی اصناف تک ہی محدود نہیں، بلکہ وہ دوسری کئی قسم کی خرابیوں کے ساتھ بھی واقع ہو جاتی ہے ۔ ذیل میں وہ مختلف حالتیں مندرج ہیں جن میں البیومین بولیت مشاہدہ میں آتی ہے :۔

(۱) گردہ میں پیدا ہونے والی حالتیں:۔

۱ ۔ مرض برائٹ اور اُس کے اقسام، جنکی تفصیل آگے درج ہے۔ حادحمیات ۔

۲ ۔ التہاب کلیہ وحوض الکلیہ (pyelonephritis)، معجصاتی التہاب کلیہ وحوض الکلیہ کے ۔ اور سروعی التہاب گردہ ۔

۳ ۔ تدرنی گردہ (tuberculous kidney)۔

۴ ۔ چربی مرض (lardaceous disease)۔

۵ ۔ قلب اور شش کے امراض میں وریدی تسدد، اور دوران خون کے مقامی اختلالات ۔

۶ ۔ ڈوبری مرض (cystic disease)۔

۷ ۔ نوبالیدیں، معدہ بعض دمویت کے اور طفیلیات (parasites)

۸ ۔ استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) اور حالبین کا عارضی تسدد ۔ حل ۔

۹ ۔ وظیفی البیومین بولیت ۔

۱۰ ۔ خون میں غریب پروٹینز کی موجودگی، اور بینس جونس کی البیومونز بولیت (Bence Jones albumosuria)۔

(۲) گردے سے نیچے کی بولی رگذروں میں پیدا ہونے والی حالتیں ۔

512

۱- حوضِ گردہ اور حالبین کا مرض۔
۲- التہابِ مثانہ۔

اس آخری گروہ میں البیومن بولیت ہمیشہ خفیف ہوتی ہے، کیونکہ وہ یا تو اس پیپ کا محض ایک جزو ہوتی ہے جو ایک متقرح طبقاتی غشائے مخاطی سے براہ راست خارج ہوتی ہے، یا وہ خون ہوتی ہے جو عروق کے انشقاق سے پیدا ہو جائے، جیسے کہ حصات یا سنگ کی حالت میں۔

بول کے دوسرے پروٹینز۔ نیوکلیو پروٹین، یوگلوبیولین (euglobulin)۔ اگر ٹھنڈے، اور بالخصوص مرقق کئے ہوئے بول میں ایسیٹک ایسڈ کے چند قطرے ملائے جائیں تو ممکن ہے کہ ایک رسوب بن جائے، جسے ایک وقت میں میوسین (mucin) سمجھا جاتا تھا، لیکن نسبتہً حال ہی میں اسے کلوی خلیوں سے اخذ شدہ نیوکلیو پروٹین سمجھا گیا ہے۔ مورنر (Mörner) ایسے رسوبوں کے متعلق یہ سمجھتا ہے کہ وہ کانڈرائٹین سلفیورک ایسڈ (chondroitin-sulphuric acid)، کے ساتھ، نیوکلیک ایسڈ (nucleic acid) کے ساتھ، اور یرقان کی حالت میں ٹاروکالک ایسڈ (taurocholic acid) کے ساتھ سیرم البیومن کے مرکبات ہیں۔ اس کے برعکس یہ یوگلوبولین اور فائبرینوجن (fibrinogen) کا آمیزہ بھی سمجھے گئے ہیں (Oswald)۔ خواہ یہ شے یوگلوبولین ہو یا اور کچھ ثابت ہو جائے، اس کی عملی اہمیت یہ ہے کہ ممکن ہے کہ یہ وہی شے ہو جو نوعمر اشخاص میں وظیفی البیومن بولیت پیدا کر دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 551)۔ یہ عام طور پر تسلیم کر لیا گیا ہے کہ اس کی زیادہ مقدار میں موجودگی ایک اصابت کو حقیقی التہابِ گردہ کے زمرہ سے متعین طور پر خارج کر دیتی ہے، لہذا انذار اچھا ہوتا ہے۔

بول کے اندر نوعی پروٹیوزس (proteoses) دمہ اور دوسری حساسیتی حالتوں (allergic conditions) میں (جو ملاحظہ ہوں)، اور تدرن، انفلوئنزا اور تمام نہ سہی غالباً بیشتر ساری حموی حالتوں میں واقع ہوتے ہیں۔ اس امر کا ثبوت حاصل ہو گیا ہے کہ جلدی تعاملات (skin reactions) کے ذریعہ سے مرضیٰ خود اپنے پروٹیوز کی حساسیت حاصل کر لیتے ہیں۔ پروٹیوز کی شناخت کے لئے بول کو ۲۵ فیصدی سلفیورک ایسڈ کے چند قطروں سے ترشئی بنا کر اس کے حجم کے پانچویں

کے ساتھ ہلایا جاتا ہے، جس سے اینتھر کی تہ غیرشفاف اور لزج ہوجاتی ہے (4)-

بینس جونس کا پروٹین (Bence Jones protein) لبّ استخواں کے متعدد لبّی سلعہ (نخاع مرضی البیوموس بَوّلیت = myelopathic albumosuria) میں اور بعض اوقات لبّ زادمیض دمویت (myelogenous leukæmia) میں واقع ہوتا ہے اور اس کی ترسیب اس سے کم درجہ کی تپش پر ہوجاتی ہے کہ جس پر البیومین کی ہوتی ہے، یعنی ۵۸ درجہ سینٹی گریڈ (۱۳۷ درجہ فارن ہائٹ) پر بجائے اس کے کہ ۷۵ درجہ سینٹی گریڈ (۱۶۷ درجہ فارن ہائٹ) پر ہو، اور جب تپش کو اُبال آنے تک بڑھایا جاتا ہے تو یہ روبہ پھر تحلیل ہوجاتا ہے۔ امونیم سلفیٹ کا سیر شدہ محلول اسے مرسوب کردیتا ہے۔ قوی ہائڈروکلورک اور نائٹرک ایسڈ ایک وافر رسوب کو ترشین کردیتا ہے، جو صرف ترشہ کی نہایت کثیر مقدار میں حل ہوجاتا ہے، لیکن اُبالنے سے حل پذیر ہوتا ہے۔ جب ترشہ کی سطح پر بول کو تیرا دیا جائے، تو اس پروٹین کی تحویلی مقدار جو فی ہزار ۵ ر۰ کے برابر ہو، سیالات کے مقامِ اتصال پر ایک سپید حلقہ پیدا کردیگی (براڈشا کا امتحان)۔

پیپٹونس (peptones) بول کے اندر بالکل نہیں ہوتے یا شاذ ہوتے ہیں۔ اُن سے بائی یوریٹ تعامل (biuret reaction) حاصل ہوتا ہے، یعنے جب بول کو ایک امتحانی نلی کے اندر محلولِ فہلنگ کی تھوڑی سی مقدار پر تیرایا جائے تو ایک ہلکا سرخ یا گلابی رنگ نمودار ہوجاتا ہے، لیکن پیپٹونس نائٹرک ایسڈ سے مرسوب نہیں ہوتے، اور نہ سیّال کو امونیم سلفیٹ سے سیر شدہ کرنے سے، جس سے دوسرے پروٹینز مرسوب ہوجاتے ہیں۔ یہ اور دوسرے لحاظ پروٹینز کو جدا کرنے کے لئے استعمال کئے جاسکتے ہیں، کیونکہ امونیم سلفیٹ بجز پیپٹونس کے، تمام پروٹینز کو مرسوب کردیتا ہے، سوڈیم میگنیشیم سلفیٹ سیرم البیومین کو مرسوب کرتا ہے، اور میگنیشیم سلفیٹ سیرم گلوبیولین کو ترشین کرتا ہے۔

دم بولیت

(hæmaturia)

قارورہ کے اندر خون صریحاً بڑی مقداروں میں، اور تھکّہ بنا ہوا ہوتا ہے،

یا اتنی کافی مقدار میں موجود ہوتا ہے کہ جس سے بول کا رنگ تیز سرخ ہو جائے۔ جب نسبتہً کم موجود ہوتا ہے تو میٹ ہیموگلوبین (methæmoglobin) یا ہیماٹین (hæmatin) کی موجودگی کے باعث بول کا رنگ اکثر مٹیالا بھورا اور مکدر دُھوئیں سا ہوتا ہے۔ عموماً اس کے ساتھ ایک ذراتی سرخی مائل بھورا ثفل ہوتا ہے۔ البتہ یہ فراموش نہیں کرنا چاہئے کہ اصلی خون کی موجودگی کے بغیر بھی بول کا رنگ ہیموگلوبین کی وجہ سے اور کوئی دوسرے صبغات یا اَلوان سے سرخ ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 444 ، 510)۔ خون کی موجودگی کی تعیین کئی طریقوں سے ہو سکتی ہے۔

خوردبین ۔ اس کے ذریعہ سے ہم خون کے سُرخ خلیوں کو اُن اصابتوں میں بھی شناخت کر سکتے ہیں، جن میں بول کے رنگ پر سے یہ شبہ نہیں ہوتا کہ خون موجود ہے۔ اگر بول واضح طور پر سرخ، یا بھورا اور مکدر ہے تو اُس میں اقراص دمویہ بکثرت موجود ہونگے۔ ممکن ہے کہ بول کے اندر آویزاں ہونے کے باعث وہ اپنی مقعر الطرفین شکل کھو چکے ہوں، اور وہ اکثر سکڑے کُرٹے ہوتے ہیں اور اُن کی کوریں کنگرے دار ہوتی ہیں، یا ممکن ہے کہ اُن کے جرم کے بروزات موجود ہوں۔

طیف نما ۔ آکسی ہیموگلوبین موجود رکھنے والے بول کا طیف زرد اور سبز حصوں میں فراؤہوفر کے D اور E خطوں کے درمیان دو انجذابی دھاریاں ظاہر کرتا ہے، اور ان میں سے نسبتہً تنگ سیاہ تر اور زیادہ واضح دھاری D سے زیادہ قریب ہوتی ہے۔ میٹ ہیموگلوبین تین انجذابی دھاریاں ظاہر کرتی ہے، جن میں سے دو تو تقریباً بالکل اُسی محل پر ہوتی ہیں کہ جہاں آکسی ہیموگلوبین کی ہوتی ہیں، اور تیسری دھاری C اور D کے ٹھیک بیچوں بیچ کیٹڈ ہماٹین E اور F کے درمیان ایک چوتھی انجذابی دھاری ظاہر کرتی ہے۔

گوایاکم کا کاشفہ (Guaiacum test)۔ ایک امتحانی نلی کے اندر بول میں ٹنچر آف گوایاکم کے چند قطرے ملا کر پھر اُس میں تقریباً ½ ڈرام اوزونک ایتھر (ozonic ether) یا اوزونک الکحل (ozonic alcohol) شامل کردو، جن میں ہائیڈروجن پرآکسائڈ (hydrogen peroxide) موجود ہوتا ہے۔ خون کی مقدار کے لحاظ سے جلد یا دیر سے سیالات کے مقام اتصال پر ایک نیلا رنگ پیدا ہو کر سطح پر تیرنے والے ایتھر میں

ختم ہو جاتا ہے۔ آمیزہ کو آہستہ سے ہلانے سے یہ رنگ جلد تر نمودار ہو جاتا ہے۔ یہ امتحان مطلق طور پر اعتماد کے قابل نہیں۔ پوٹاسیئم آیوڈائڈ لینے والے مریضوں کا بول بھی ایک نیلا رنگ ظاہر کریگا، لیکن تاوقتیکہ آیوڈائڈ نہایت بڑی مقداروں میں نہ لیا جا رہا ہو یہ رنگ صرف آہستہ آہستہ ظاہر ہوتا ہے۔

وافر دم بولیت کے اسباب۔ سہولت کی غرض سے اِن اسباب کی تقسیم حسب ذیل طریقہ سے کی جا سکتی ہے:۔ (۱) جراحی اسباب، گو یہ طبی پہلو بھی رکھتے ہیں حصاۃ الکلیہ، تدرن، خالی کلوی شریان، بڑھا ہوا قدامیہ، مثانہ کا سلعہ حلیمیہ۔ (۲) طبی اسباب (سرسری طور پر تواتر کی ترتیب میں):۔ حاد التہاب گردہ، اُنبوبی التہاب گردہ (tubal nephritis)، اور اقولی اور ثانوی منقبض گردہ (contracted kidney)، ارتفاع الضغط (hyperpiesia)۔ مرض قلب مثلاً ساری التہاب دروں قلبہ (infective endocarditis) اور مطرانی ضیق (mitral stenosis) مع انغمام یا اِمتلا کے۔ خطۂ بولی کی سرایت۔ پرپیورا (purpura)، عدیم دمویت، کثرت خلیات احمر (polycythæmia)۔ ادویہ، مثلاً ہیگزامین (hexamine)، کاربولک لاسقات (carbolic applications)، اور ریوند چینی کی خراش۔ آگزلیٹ بولیت (oxaluria) اور بلہارزیت (bilharziasis)۔

چونکہ گذشتہ زمانہ میں دم بولیت کے حقیقی سبب کی شناخت میں اکثر ناکامی رہی ہے، لہٰذا مجہول السبب دم بولیت (essential hæmaturia) یا نزف الکلیہ (nephrostaxis) کی اصطلاح اکثر استعمال کی گئی ہے، اور اب بھی کبھی کبھی کسی اصابت کو کسی سبب سے منسوب نہیں کیا جا سکتا۔ لیکن ایک غیر واضح امر فیتا پر اڑے رہنے کی نسبت زیادہ دانشمندانہ اور آسان طریقہ یہی ہے کہ لاعلمی کا اقرار کر لیا جائے۔ اِس میں شک نہیں کہ بعض اصابتیں حوض کلیہ کے دقیق شاماتٍ (nævi) کے باعث ہوتی ہیں، اور خطۂ بولی کے پرپیورا (purpura) کی متعدد اصابتیں بیان کی گئی ہیں۔

تشخیص۔ اِس کی تعیین کے لئے کہ خون خطۂ بولی کے کس حصہ سے آرہا ہے، مثانہ بینی (cystoscopy) وغیرہ استعمال کرنا چاہئے۔ لیکن یہ یاد رکھنا مفید ہوگا کہ

ربابی نزف میں خون بالکل الگ خارج ہوتا ہے اور بول کے ساتھ مِلا ہوا نہیں ہوتا۔

سیانک
(casts)

یہ ٹھوس اجسام ہیں، جو بول کے اندر خردبین سے شناخت کیے جاتے ہیں، اور اگر کافی زیادہ مقدار میں ہوں تو ایک تہہ بنا دیتے ہیں جو خالی آنکھ سے بھی نظر آتا ہے۔ اگر یہ اتنے کم ہوں کہ آسانی سے نہ شناخت ہو سکیں، تو ممکن ہے کہ بول کا امتحان کرنے کے بعد ملیں۔ یہ شکل میں اُسطوانی، اور عرض میں ۱۔۰ سے لیکر ۵۔۰ ملی میٹر تک ہوتے ہیں۔ لیکن طول میں اور بھی زیادہ مختلف ہوتے ہیں، جو ایک ملی میٹر تک پہنچ سکتے ہیں، چنانچہ اِن کی لمبائی خردبین کے میدان میں ٹھیک ایک سرے سے دوسرے تک پھیلی ہوئی ہوتی ہے، لیکن زیادہ اکثر وہ چوڑائی سے پانچ تا دس گنا ہوتی ہے۔ گردے سے اِن کا تعلق اِس سے ثابت ہے کہ موت کے بعد یہ علیٰ حالہم عموماً اتصالی اُنبیبات میں پائے جاتے ہیں۔ غالباً یہ چنر ہینلے (loop of Henle) میں بنتے ہیں، کیونکہ اِس نالی کا دورنہ دوسری جگہ کی نسبت بہت زیادہ تنگ ہوتا ہے، اور مادہ اُس کے اندر سے کھینچ کر نکلتا ہے۔ اِن کے مندرجۂ ذیل اقسام شناخت کیے گئے ہیں :۔

514

• زجاجی سیانک (hyaline casts)۔ یہ شفاف بے رنگ اُسطوانے ہوتے ہیں، جن کے انعطافی خواص اُس سیال کے خواص سے بہت مماثل ہوتے ہیں کہ جس میں وہ واقع ہوتے ہیں، لہٰذا تا وقتیکہ کارمین یا آیوڈین، یا انیلین صبغات میں سے کوئی ایک صبغہ (جیسے کہ جنشین وایولیٹ) شامل کر کے اِن کی تلوین نہ کرلی جائے، وہ بہت مشکل سے شناخت ہو سکتے ہیں۔ یہ متجانس، نرم، اور خم پذیر، سیدھے یا خمیدہ، اور طول میں مختلف ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی دوسرے جاؤ اِن کے ساتھ چپکے ہوئے یا اِن میں مدفون ہوتے ہیں، جیسے کہ خون کے سُرخ جسیمات، سپید خلیے، سرطنی خلیے، ذراتی تودے، شحمی ذراتی گولچے، یوریٹس یا آگزیلیٹس کی قلمیں، یا ہیموٹائڈین کے ریزے۔

متذکرۂ ذیل سیانک کے بعض اقسام میں غالباً مماثل زجاجی مادہ اساس

کے طور پر موجود ہوتا ہے، جو اِس صورت میں دوسرے عناصر سے بالکل ڈھکا ہوا یا اُن کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے۔

زجاجی سبائک کو اکثر "فائبرینی" (fibrinous) کہا جاتا ہے، لیکن معلوم ہوتا ہے کہ یہ خالص فائبرین کے نہیں ہوتے۔ اغلباً یہ اُس البیومینی رویہ سے بنا کرتے ہیں، جس کا عبر ارتشاح خون میں سے، متضرر سرحلہ میں سے ہو کر ہوا ہے۔ زیادہ شاذ اصابتوں میں یہ اُنیبیبی سرحلہ سے بنتے ہیں، جس میں زجاجی انحطاط واقع ہوگیا ہو۔

یہ التہاب گردہ کے مختلف اشکال میں، اور مرض قلب کے پیدا کردہ امتلاء میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ کلوی سبدا کی البیومین بولیت کے ساتھ تقریباً ہمیشہ واقع ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ البیومین کے ظہور سے چند گھنٹے یا چند دن پہلے نمودار ہو جائیں، اور اُس کے غائب ہو جانے کے بعد کچھ عرصہ تک جاری رہیں۔

سرحلی سبائک (epithelial casts)- یہ کلوی سرحلہ کے خلیے ہوتے ہیں، جو اِس ترویب پذیر مادے کے ذریعہ سے باہم مجتمع ہوتے ہیں جو کہ زجاجی سبائک بناتا ہے، یا وہ اِس مادے میں مدفون ہوتے ہیں۔ یہ سرحلی خلیے کم و بیش میز ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ ملتف اُنیبیب یا تنیلے کے حصّہ سے آتے ہوں۔

ذرّاتی سبائک (granular casts)- یہ اِس قدر شفاف نہیں جس قدر کہ زجاجی سبائک ہوتے ہیں، اور بعض اوقات گھِسے ہوئے شیشہ جیسے اور بعض اوقات نسبتہً زیادہ سیاہ اور بہت زیادہ غیر شفاف ہوتے ہیں۔ یہ سرحلی خلیوں کے انحطاط کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، اور بہت سی مثالوں میں سبیکہ کے اندر سرحلی خلیوں کے خاکے نظر آنا ممکن ہے۔

شحمی سبائک (fatty casts)- یہ یا تو زجاجی سبائک ہوتے ہیں، جن کے اندر چربی کے گلوبیچے اور ذرّے مدفون ہو گئے ہوں جو شحمی انحطاط ظاہر کرنے والے سرحلہ کی شکست و ریخت سے پیدا ہوتے ہیں، یا وہ خود دراصل ایسے ہی شحمی سرحلی خلیوں سے بنتے ہیں۔ شحم آمیز سبائک (lipoid casts) تقطیبی خُرد بین (polarising microscope) سے معائنہ کرنے پر دُہرا انعطاف ظاہر کرتے ہیں۔

دموی سبائک (blood casts)- یہ اُس خون کی ترویب سے پیدا

ہوجاتے ہیں، جو کلوی اُنبیبات کے اندر منعقب ہوا ہے۔ یہ اپنے رنگ کی وجہ سے، اور ان کو بنانے والے دموی جسیمات کی جسامت اور قریبی اجتماع کی وجہ سے بآسانی شناخت ہوجاتے ہیں۔ دم بولیت کی کسی اصابت میں ان کی موجودگی یہ ثابت کرتی ہے کہ خود گردے سے خون آیا ہے۔

مومی سانچے (waxy casts)۔ یہ سانچے بڑے بڑے اور نہایت انعطافی ہوتے ہیں، اور بعض اوقات چربیتی مرض (lardaceous disease) میں، تیز مرض برائٹ کی دوسری مزمن شکلوں میں پائے جاتے ہیں۔ وہ بھر بھرے ہوتے ہیں اور بتیا عدگی کے ساتھ ٹوٹتے ہیں، جس سے اُن کی شکل کسی قدر موم جیسی ہوجاتی ہے۔ اُن سے اکثر چربیتی مادے کے تعاملات نہیں حاصل ہوتے، اور اُنکی نوعیت مشکوک ہے، لیکن یہ ممکن ہے کہ وہ ذراتی سانچے کا ایک مابعد درجہ ہوں۔

اگرچہ بول میں ملنے والے سانچے کی نوعیت کسی حد تک گردے کی حالت پر منحصر ہے، تاہم سانچے پر سے اُس حالت کے متعلق نتائج اخذ کرنے میں ناجائز عجلت سے کام نہیں لینا چاہئے۔ اکثر اوقات اُسی بول میں دو یا زیادہ اقسام کے سانچے پائے جاتے ہیں، اور ہیں ایک یا دوسری قسم کے غلبہ سے رہنمائی حاصل کرنی چاہئے۔ زجاجی اور ذراتی سانچے التہاب گردہ کی ہر قسم میں ملتے ہیں، خواہ وہ حاد ہو یا مزمن نبوی سانچے اور سطحی سانچے حادا صابتوں میں زیادہ عام ہوتے ہیں۔ شحمی سانچے مزمن التہاب گردہ کی اُن اصابتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہیں، جن میں شحمی انحطاط طاری ہو گیا ہو۔

515

سپیدی خلوی سانچے (leucocyte casts)۔ یہ نام اُن سانچوں کو دیا گیا ہے جن میں ریمی خلیے مدفون ہوتے ہیں۔

استوانہ نما جسم (cylindroids) یہ وہ بڑے بڑے زجاجی اجسام ہیں جن کے سرے گاؤدم یا شاخدار ہوتے ہیں، خاکہ تو جی ہوتا ہے، اور جن میں طولی تخطط ہوتا ہے۔ غالباً یہ مخاطی دھاگے ہیں، جو نیوکلیو پروٹینڈ کا غیر حل شدہ مالتیٰ ہیں اور در اصل سانچے نہیں۔ یہ کوئی اہمیت نہیں رکھتے۔

کلوی وظائف کی تخمین

پانی کی برآمد کا کاشفہ - گردوں میں پانی کا اخراج کرنے کی قابلیت کا امتحان کرنے کے لئے، پانی کے ۱۲۰۰ سی سی علی الصباح ناشتہ کئے بغیر پی لئے جاتے ہیں۔ بعد ۵ گھنٹوں میں پیشاب کے کم از کم ۹۰۰ سی سی خارج ہوجانے چاہئیں، اور اسکی کثافت نوعی ۱۰۰۲ ہونی چاہیے۔

ارتکاز یا کثافتِ نوعی کا کاشفہ - ۱۲ یا ۱۶ گھنٹے تک کوئی سیال نہیں دیا جاتا، اور پھر ۶ بجے شام کے وقت کا بلند پروٹینی کھانا معہ نمک کے دیا جاتا ہے۔ تین نمونے جمع کئے جاتے ہیں، بیدار ہونے پر، اور گھنٹہ گھنٹہ کے وقفے سے۔ اعظم کثافت نوعی کم از کم ۱۰۲۶ ہونی چاہئے۔ اگر اتنی نہ ہو تو قوتِ ارتکاز ناقص ہے۔

خون میں کے یوریا کی تخمین - سادہ ترین اور مختصر ترین طریقہ ایوہانز (Yvon's) کا ہے۔ ایک ورید سے حاصل کئے ہوئے خون کے دس مکعب سینٹی میٹر کو ۵ سی سی کلور ایسیٹک ایسڈ (chloracetic acid) میں ملا دیا جاتا ہے، تاکہ پروٹینز مرسوب ہوجائیں، اور پھر ایک چھوٹی کیل صراحی میں اِس آمیزہ کا حجم ۲۵ سی سی تک کرلیا جاتا ہے۔ اِس آمیزہ کو ایک کیل شیشہ میں تقطیر کرلیا جاتا ہے اور مقطر کا حجم نوٹ کرلیا جاتا ہے۔ پھر فینال فتھالین (phenolphthalein) کو قلویت کے نمائندہ کے طور پر استعمال کرکے اس مقطر کو کاسٹک سوڈا کے ذریعہ قلوی بنالیا جاتا ہے۔ آلۂ پیمائش ایک چھوٹا قیف ہوتا ہے، جو نیچے ایک شیشہ کی ڈاٹ کے ذریعہ ایک چھوٹی ظرفک سے جوڑ دیا جاتا ہے۔ ظرفک کے زیرین سرے سے ایک ربر کی تھیلی لگا دی جاتی ہے، جس میں کانچ کے دانے ہوتے ہیں۔ ربر کی تھیلی کو دبا کر آلہ کو قلوی مقطر سے بھر دیا جاتا ہے، جو احتیاط کے ساتھ دھو کر اندر بہایا جاتا ہے، اور تھیلی اور ظرفک میں سے سب ہوا خارج کردی جاتی ہے اور پھر شیشہ کی ڈاٹ کو بند کردیا جاتا ہے۔ تھوڑا سوڈیم ہائپوبرومائٹ (sodium hypobromite) قیف کے اندر ڈال کر اسے ظرفک کے اندر داخل ہونے دیا جاتا ہے۔ آخر الذکر کو کئی بار اُلٹ کر اس کے مافیہا کو ملا لیا جاتا ہے۔ رہا شدہ

نائٹروجن ظرفک کے بالائی حصے میں جمع ہو جاتی ہے اور اُس کی پیمائش ظرفک کو پانی کے ایک اُستوانہ میں منتقل کر کے اور ربر کی تھیلی کو علٰحدہ کر کے کی جا سکتی ہے۔ اِس کے بعد تخمین اِس واقعہ سے کی جا سکتی ہے کہ ایک گرام یوریا، گیس کے ۳۷۰ مکعب سنٹی میٹر سے متناظر ہوتا ہے جو پانی کے اوپر ۱۵ درجہ سنٹی گریڈ اور ۷۶۰ ملی میٹر پر نا پی جائے۔

طبعی طور پر خون میں ۳۰ ملی گرام فیصدی ہوتے ہیں۔ یوریا دموی غشی (uræmic coma) میں اِس مقدار سے دس گنا اعداد پائے جاتے ہیں۔ دماغی نخاعی سیال بھی استعمال میں لایا جا سکتا ہے۔ اِس حالت میں ٹرائی کلورا یسیٹک ایسڈ (trichlor-acetic acid) کے ذریعہ پروٹینز کو خارج کرنا غیر ضروری ہے۔

یوریائی ارتکاز کا امتحان (urea concentration test)- مریض ۱۵ گھنٹے تک سیالات سے پرہیز کرتا ہے۔ صبح کے وقت بیدار ہونے پر، وہ اپنا مثانہ خالی کرتا ہے اور فوراً ایک ایسے محلول کے ۱۰۰ سی سی پی لیتا ہے جس میں ۱۵ گرام یوریا موجود ہو اور جو صبغیہ نارنج (tincture of orange) سے خوشبودار بنایا ہوا ہو۔ ایک گھنٹے کے بعد وہ پیشاب کرتا ہے اور دوسرا اور تیسرے گھنٹے کے بعد پھر پیشاب کرتا ہے۔ پیشاب کے ان نمونوں کے اندر یوریا کی فیصدی مقدار کی تعیین کر لی جاتی ہے۔ اگر فیصدی مقدار ۲ سے اوپر ہو تو اخراجی قوت تشفی بخش ہے۔ یہ امر دیکھا گیا ہے کہ یہ کاشفہ اسی وقت صحیح ہوتا ہے جبکہ پیشاب کا حجم تقریباً ۱۰۰ سی سی ہو (9)۔ لہٰذا راقم الحروف میکاسکی (McCaskey) کا ابتدائی طریقہ دوبارہ اختیار کرنیکا حامی ہے، جو کہ حسب ذیل ہے۔

یوریا کی برآمد کی شرح کا کاشفہ (rate of urea output test)- یوریائی ارتکاز کا طریق عمل اختیار کیا جاتا ہے۔ لیکن سیالات کی پہلے غیر معمولی تحدید کرنے کی کوئی ضرورت نہیں۔ گھنٹے گھنٹے کے حجموں اور یوریا کی فیصدی مقداروں پر سے یوریا کی اعظم مقدار کی تخمین کر لی جاتی ہے جو تین گھنٹوں میں سے ایک کے دوران میں خارج ہوتی ہے۔ تندرست گردے یوریا کی جو اقل مقدار خارج کرتے ہیں وہ حجم بول کے لحاظ سے قدرے مختلف ہوتی ہے، اور ذیل میں درج کی جاتی ہے۔

فی گھنٹہ حجم، سی سی	۵۰	۶۰	۷۰	۸۰	۱۰۰	۱۲۰	۱۵۰	۲۰۰	۲۵۰
یوریا کی برآمد فی گھنٹہ گرام	۱٫۸۱	۱٫۹۲	۲٫۰	۲٫۰۵	۲٫۰۸	۲٫۰۹	۲٫۱۰	۲٫۱۰	۲٫۲

اگر کسی مریض کے یوریا کی فی گھنٹہ اعظم برآمد جدول بالا کی لکیر میں درج کئے ہوئے اقل اعداد سے نیچے گر جائے تو اُس کے گردوں کی اخراجی قوت کو ناقص یا کم سمجھنا چاہیئے۔

دموی یوریا کے انخلاء کا کاشف۔ جیسا کہ یہ کاشف ابتداءً بیان کیا گیا تھا مریض ۶ بجے صبح ناشتہ کھانے سے پہلے پانی کے ۱۰۰۰ سی سی (۳۵ اونس) آہستہ آہستہ پی لیتا ہے کہ جن میں یوریا کے ۲۰ گرام موجود ہوتے ہیں۔ اگر خون میں یوریا کا ارتکاز پہلے ہی بلند ہو مثلاً ۶۰ ملی گرام فی صدی، تو پھر یوریا لینے کی بالکل کوئی ضرورت نہیں۔ ۷ بجے اور پھر ہر گھنٹہ بعد ۱۱ بجے تک مریض پانی کے دو گلاس (تقریباً ۱۶ اونس) آہستہ آہستہ پیتا ہے۔ یوریا کی وہ مقدار دریافت کی جاتی ہے جو پیشاب میں ۹ اور ۱۲ بجے کے درمیان ہر گھنٹہ کے دوران میں خارج ہوتی ہے، اور دموی یوریا کے لئے خون کے نمونے صبح ۹½، ۱۰½، ۱۱½ بجے پر لئے جاتے ہیں۔ یہ دیکھا جاتا ہے کہ وقت کی ہر اکائی میں خارج ہونے والے یوریا کی مقدار اور خون میں یوریا کے ارتکاز کے درمیان ایک مستقل نسبت ہے، بالفاظ دیگر جب خون میں کا یوریا بڑھ جاتا ہے تو پیشاب میں خارج ہونے والی مقدار بھی بڑھ جاتی ہے۔ اس غرض سے کہ یوریا کی اتنی زیادہ مقدار نہ لینی پڑے، راقم الحروف ۱۵ گرام کی ایک خوراک صبح ۸ بجے دیتا ہے۔

پیشاب کے (و) حجم میں فی منٹ یوریا کی جتنی (ی) مقدار خارج ہوتی ہے اس کے متعلق یہ تصور کیا جا سکتا ہے کہ یہ خون کے (و) حجم سے آئی ہے کہ جس میں یوریا کی (ی) مقدار اسوقت موجود تھی جبکہ ابھی گردہ نے اس کو خارج نہیں کیا تھا، چنانچہ ی و = ی و لہٰذا و = ی و / ی اور یہ کسر اور متذکرہٴ بالا نسبت دونوں ایک ہیں۔ لہٰذا یہ مستقل عدد، خون کا ایک فرضی حجم ظاہر کرتا ہے کہ جو ایک منٹ کے عرصہ میں یوریا سے منخلی ہوتا ہے۔ یہ فرضی اس لئے ہے کہ خون کا کوئی حصہ یوریا سے مکمل طور پر منخلی نہیں ہوتا۔ اس مستقل عدد کو اعظم انخلاء کہتے ہیں، کیونکہ گردہ کاشفہ کے دوران میں پانی اور یوریا کو خارج کرنے کے لئے اپنی پوری قابلیت کے ساتھ کام کرتا ہے۔ یہ جسم میں موجود رہنے والی وظیفی کلوی بافت کی مقدار کا ناپ ہے، اور کلوی وظیفہ کا بہترین کاشفہ ہے جو کہ بحالت موجودہ ہم کو حاصل ہے۔ ایک بالغ کی صورت میں اعظم انخلاء ۶۰ اور ۹۴ سی سی فی منٹ کی جولانی کے درمیان اختلاف پذیر ہوتا ہے،

اور اوسط ۵ء۷ سی سی ہوتی ہے۔ بچوں کی صورت میں اور ان افراد کی صورت میں جن کی جسامت طبعی سے بہت مختلف ہو (مثلاً وزن ۱۰ اسٹون اور قد ۵ فٹ ۷ انچ ہو)، حاصل شدہ قدر کو $\frac{۱ء۷۳}{\text{سطح جسم میٹروں میں}}$ سے ضرب دینی چاہئے قبل اس کے کہ اس کا مقابلہ متذکرہ طبعی اعداد کے ساتھ کیا جائے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 460) (10)۔ سطح جسم کا حساب قد اور وزن سے لگایا جاتا ہے جیسا کہ صفحہ 460 پر بتلایا گیا ہے (10)۔ اس کاشفہ کو پچھلے کاشفہ کی توسیع سمجھا جاسکتا ہے کیونکہ اس میں ارتکاز اور حجم کے علاوہ دموی یوریا کا عامل آتا ہے۔ حقیقت میں یوریا کی برآمد اسی لئے تسلی بخش ہے کہ جب دموی یوریا پہلے سے طبعی ہو تو ۱۵ گرام یوریا دینے کے بعد وہ بالعموم ایک مستقل لیول تک چڑھتا ہے۔

مثال:۔ ایک بالغ مرد سے کاشفہ کے پچھلے دو گھنٹوں میں سے ہر گھنٹہ کے لئے جو اعداد حاصل ہوئے وہ حسب ذیل تھے۔ پیشاب کا حجم ۳۸۲، ۲۶۶ سی سی، یوریا فیصدی ۳ء۷۰، ۳ء۸۰۔ خون (ملی گرام فیصدی) ۳۸ء، اور ۳۵ء۔ اعظم انخلاآت فی منٹ $۸ء۰۵ \times \frac{۳۷۰}{۳۸}$، $۵ء۷۰ \times \frac{۳۸۰}{۳۵}$ تھے، یعنی ضرب دینے پر ۷۹، ۸۲۔ اوسط ۸۱، جو کہ ایک طبعی عدد ہے۔

یہ ادعا کیا جاتا ہے کہ اسوقت بھی قابل اعتبار نتائج حاصل ہوتے ہیں جبکہ پیشاب کا حجم نہایت کم یعنی ۲ء۱ سی سی فی منٹ ہو لیکن اس عدد سے نیچے انخلائی کسر، جو کہ اب اعظم نہیں رہتی، مستقل نہیں ہوتی۔ یہ ایک نقص ہے کیونکہ دمائی التہاب کلیہ (hydræmic nephritis) میں ادرار البول اس عدد تک بھی نہیں پہنچتا۔

لیکن متذکرہ بالا مساوات میں و کی بجائے $\sqrt{و}$ اور بچوں کی صورت میں $\frac{۱ء۷۳ \times \sqrt{و}}{\text{سطح جسم}}$ استعمال کرنے سے خاصا قریبی نتیجہ حاصل ہوسکتا ہے۔ اس کو معیاری انخلاء کہتے ہیں اور اس کی طبعی جولانی ۴۱ — ۶۷ سی سی اور اوسط ۵۴ سی سی ہے (11)۔ یہ ترمیم شدہ ضابطہ اسوقت استعمال کیا جاسکتا ہے جبکہ یوریا یا پانی دئے بغیر خون اور پیشاب کا تجزیہ گھنٹہ گھنٹہ کے وقفہ سے کیا جائے۔ لیکن اعظم انخلائی کاشفہ غالباً بہترین ہے۔ اسی طرح کا کاشفہ کریٹی نین کے ذریعہ بھی کیا گیا ہے (12)۔

بول کے ڈایاسٹیس (diastase) کی تخمین۔ یہ کانسٹنٹ صفحہ 409 پربیان کیا گیا ہے ۔ حالبین کی تقطرت کے بعد اِسے دونوں گردوں کی افرازی قوتوں کا مقابلہ کرنے کے لئے استعمال کیا جاسکتا ہے منقبض گردے (contracted kidney) میں ڈایاسٹیس کا اخراج کم ہوجاتا ہے ۔

517

فینال سلفونیفتھالین (phenolsulphonephthalein)۔ مریض کا مثانہ خالی کرلیا جاتا ہے اور ۲۰۰ یا ۳۰۰ سی سی پانی براہ دہن دیا جاتا ہے ۔ پھر اس دوا کے ۶ ملی گرام قلوی محلول میں آلوی عضلات کے اندر مشرب کئے جاتے ہیں ۔ ایک گھنٹہ اور دو گھنٹوں کے بعد پیشاب جمع کیا جاتا ہے، اور قوی کاسٹک سوڈا کے چند قطرے ملانے کے بعد اُس کے مجموں کو ایک لیٹر تک مرقق کرلیا جاتا ہے ۔ گلابی رنگ جو حاصل ہوتا ہے اُس کا مقابلہ اِس صبغہ کے معیاری لونی محلولات کے ساتھ کیا جاتا ہے ۔ طبعی حالت میں اِشراب کردہ مقدار کا ۵۰ فیصدی حصہ ایک گھنٹے کے بعد، اور مزید ۲۵ فیصدی دوسرے گھنٹے کے بعد خارج ہوجاتا ہے ۔ چار گھنٹے میں وہ سب کا سب خارج ہوجاتا ہے ۔ جب اخراج میں نقص ہوتا ہے تو صبغہ کا اخراج اِس کی نسبت بہت سُست ہوتا ہے ۔ ایسا مختلف اقسام کے کلوی مرض میں ہوتا ہے، اور یہ کسی خاص شکل کے لئے مخصوص نہیں۔

مرض برائٹ

(BRIGHT'S DISEASE)

عمومی تبصرہ

گردوں کی ایک مرضی حالت کے ساتھ استسقائے عمومی اور البیومینی بول کے تلازم کو سب سے پہلے شناخت و معلوم کرنے کا سہرا ڈاکٹر رچرڈ برائٹ (Dr. Richard Bright) کے سر ہے ۔ ۱۸۲۷ء میں اُس نے اپنے پہلے مضمون میں بتلادیا استسقاء کے ساتھ اکثر گردے بڑے، پھیکے رنگ کے اور چکنے ہوجاتے ہیں، اور

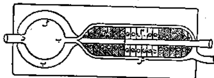
پیشاب میں البیومن موجود ہوتا ہے ۱۸۳۲ء میں اُس نے اپنا مضمون "البیومنی بول سے تعلق رکھنے والی... اصابتوں کے مرضی مظاہر کا جدولی تبصرہ" شائع کیا، جس میں اُس نے بتلایا کہ البیومن بولیت کی بہت سی اصابتوں میں، جن میں استسقاء نہیں ہوا تھا گردے چھوٹے اور پھیکے رنگ کے تھے۔ اِس مضمون میں ادمیر عمر کے کئی مریضوں کے حالات کے اندراجات بھی ہیں، جو دماغی نزف (cerebral hæmorrhage) یا فشلِ قلب (heart-failure) سے نشانۂ اجل ہو گئے اور جن کے گردے امتحان بعد الممات میں "چھوٹے، سخت، اور ذراتی" پائے گئے، اور جن کے قلوب میں "بائیں بطین کی بڑی بیش پرورش پائی گئی۔

چونکہ برائٹ کے ابتدائی یا اصلی بیان میں گردوں کا وہی مرض شامل تھا جس کے ساتھ البیومن بولیت، اُذیما یا قلب کی بیش پرورش موجود ہوتی ہے، لہٰذا یہ صاف و واضح ہے کہ مرضِ برائٹ میں صرف حاد، تحت الحاد، اور مزمن گوبچی انبوبی (glomerulo-tubal) (یا زیادہ سہولت کے لحاظ سے "سمی") التہابِ گردہ کو شامل ہونا چاہیئے، لیکن شریانی صلابتی گردہ (arterio-sclerotic kidney) اُن میں شامل نہیں، کیونکہ حال ہی میں بتلایا گیا ہے کہ یہ گردے اوسطاً طبعی وزن کے ہوتے ہیں۔

مزید برآں، حاد التہابِ گردہ کی چار اقسام میں سے اِس گروہ میں شامل کی جاسکتی ہیں، یعنے نہ صرف حاد گوبچی انبوبی التہابِ گردہ (acute glomerulo-tubal nephritis)، بلکہ ساری التہاب دروں قلب کا سدادی التہابِ گردہ (embolic nephritis) بھی جو اول الذکر سے نہایت قریبی مشابہت رکھ سکتا ہے۔ اُس کا بیان اِس سے پہلے درج ہو چکا ہے۔ حمل کا التہابِ گردہ بیشتر گوبچی ہوتا ہے (16)۔ تیسری قسم وہ التہابِ گردہ ہے جو بعض سموم سے پیدا ہو جاتا ہے، مثلاً پارے، یورانیئم (uranium)، کرومیٹس (chromates)، ذراح (cantharides)، ٹرپن ٹائن، پوٹاسیئم نائٹریٹ، سیلی سیلک اور کاربولک ایسڈز سے، جو بالخصوص نبیبات کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ اِس کے برعکس حاد خلالی التہابِ گردہ (acute interstitial nephritis) مرضِ برائٹ کی قسم ہرگز نہیں ہے۔ یہ بالخصوص اُن مریضوں کے

گردوں میں پایا جاتا ہے، جو حمیٰ قرمزیہ (scarlet fever) میں ابتدائے مرض میں ہلاک ہو چکے ہوں، لیکن جن میں تمثیلی قرمزیتی التہاب گردہ نمودار ہوا ہو ۔ رختگی بافتیں گول خلیتوں، بیشتر پلازما خلیتوں سے درریختہ ہو جاتی ہیں، اور یہ دراصل التہاب حوض الکلیہ والکلیہ (pyelonephritis) کا ابتدائی ترین درجہ ہے ۔ یہ امر نہایت ہی دلچسپ ہے کہ گردہ اور (جگر) میں انحطاطی تغیرات اسوقت پائے جاتے ہیں جبکہ چوہوں کو میگنیشیم سے معرا غذا دیجائے، اور اس سے تشنجات پیدا ہو جائیں (15'14)۔

چربیشی گردہ (lardaceous kidney) کو موجودہ زمانہ میں باتفاق رائے مرض برائٹ کے زمرہ سے خارج کردیا گیا ہے، باستثناد اس حالت کے جبکہ یہ انحطاط ایک ماسبق انبوبی التہاب پر مستزاد ہوگیا ہو ۔ ایسا ہونا شاذ نہیں ہے کیونکہ مزمن



شکل ۱۶ ۔ گویک گ اور انبیب (کی خاکنما ترسیم ۔ ب کیپشہ باؤ تن
د اور ب ۔ درآرندہ اور برآرندہ عرق ۔ (باتباع اسٹارلنگ ووَرنی)۔

التہابِ گردہ اس تغیر کی استعداد پیدا کرتا ہے ۔

مرض برائٹ کی امراضیات کے متعلق ایک ہنگامی نظریہ ۔ گویک (شکل ۱۶ ۔ گ) کو یہ سمجھنا چاہیے کہ وہ معقول بلند دباؤ کے تحت پانی اور دوسری انتشار پذیر اشیاء کو تقطیر کے ذریعہ خون میں سے کیپشہ باؤ تن کے اندر پہنچا دیتی ہے ۔ گار ریچرڈ نے ایک باریک نالچہ سے ایک منفرد کیپشہ باؤ تن میں کچھ کا دیکر اس سیال کو حقیقۃً جمع کیا گیا ہے ۔ سیال نالچہ کے اندر صرف اُسیوقت تک نہ گرتا تھا جبتک کہ خون گویکی عروق شعریہ میں ہو کر گذرتا ہوا دکھائی دیتا تھا، اور ایکی آرن (Ekehorn) نے مزید برآں یہ بھی بتلا دیا

518

ہے کہ مقطر اور پلازما کا کلورائڈی مافیہا مماثل ہیں' اور یہ امر تقطیری مفروضہ کے ساتھ مطابقت کرتا ہے۔ انسانی گردے میں تقریباً ایک کروڑ (۱۰ ملین) گوبکیں معہ اُنکی متناظر اُنیبیبات کے ہوتی ہیں۔ ایک منفرد گوبک مقابلتہً صرف تھوڑے عرصہ تک مصروفِ کار رہتی ہے' اور پھر اُس کی فعالیت موقوف ہوکر دوسری گوبکیں بارِ محنت کو اُٹھا لیتی ہیں۔ چنانچہ گردوں میں ایک بڑا محفوظہ موجود رہتا ہے' اور اگر متعدد گوبکیں تلف ہوجائیں تو اس کے صرف یہی معنے ہونگے کہ دوسری گوبکیوں کو معمول کی نسبت کسیقدر زیادہ عرصہ تک کام کرنا پڑیگا۔ تندرست گوبکیں جسامت میں بھی بڑھ سکتی ہیں لیکن بظاہر معلوم ہوتا ہے کہ جسم کو تازہ یا جدید گوبکیں بنالینے کی قوت حاصل نہیں ہے۔

خون گوبک سے خارج ہونے کے بعد برآرندہ عرق (ب) کی راہ سے ہوتا ہوا اُنیبیبات کو رسد پہنچاتا ہے' اور گوبکی مقطر کیسہ سے باہر نکل کر اُنیبیب کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ اُنیبیب کے اندر دو اعمال واقع ہوتے ہیں۔ خلیات خون سے یوریا اور سلفیٹ کا افراز کرتے ہیں' اور یہ دونوں مادے گوبکی سیّال کے اندر خارج ہوجاتے ہیں' ۲ سیطح اِس سیّال میں سے کلورائڈ' بائی کاربونیٹ' ڈیکسٹروس اور پانی پھر خون کے اندر جذب ہوجاتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ پانی کا بازانجذاب واقع ہونے کے لئے بعض اشیاء ضروری ہیں' جو جسم کے دوسرے حصوں سے حاصل کرکے گردوں تک لائی جاتی ہیں۔ اِن میں سے ایک مؤخر نخامیہ کا خلاصہ۔ مضاغط العروق (vaso-pressin) ہے۔ غالباً پانی کا بازانجذاب سب سے آخر میں اُنیبیب کے نزدیک سرے کی طرف واقع ہوتا ہے۔

بول میں کے اشیاء کو دو گروہوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے' اِس لحاظ سے کہ وہ سرسری طور پر اُسی ارتکاز میں موجود ہیں جیسے کہ خون میں' یا گردوں نے اُن کے ارتکاز کو زیادہ بلند کردیا ہے (ملاحظہ ہو جدول صفحہ 422 پر)۔ پہلے گروہ میں کلورین' سوڈیئم' کیلسیئم اور میگنیسیئم شامل ہیں' اور دوسرے گروہ میں یوریا' یوریک ایسڈ' کریٹی نین (creatinine)' انڈیکن (indican)' فاسفیٹ' سلفیٹ' اور پوٹاسیئم۔ ایک دلکش خیال یہ ہے کہ اول الذکر سب کے سب گوبک سے مقطر ہوتے ہیں اور جزئی طور پر پھر جذب ہوجاتے ہیں' اور آخر الذکر کا افراز اُنیبیبات سے ہوتا ہے۔ اگر یہ درست ہے تو

پھر یہ نہایت آسان طریقہ ہے کہ اس پر غور کیا جائے کہ گردے کی مختلف ساختوں میں امراضیاتی تغیرات واقع ہو جانے کا اثر خون پر اور بول پر کیا ہوگا۔ اور پھر یہ دیکھا جائے کہ آیا مرض برائٹ کے سریری اقسام اِن اِمکانات سے متناظر ہیں یا نہیں۔

لیکن پہلے کلوی سرطلہ کے وظیفہ کو دو نقطہائے نظر سے دیکھنا چاہئے :- (۱) اُن اشیا کو جو در اصل خون کا جزو ہیں، مثلاً البیومین اور دموی خلیات، بول سے روک رکھنا پڑتا ہے۔ (۲) اُسے فضلات کو خارج کرنا پڑتا ہے جن کو پیشاب کا بہاؤ دور کر دیتا ہے۔ یہ وظائف ایک دوسرے سے علیحدہ علیحدہ ماؤف ہو سکتے ہیں۔

۱- (الف) البیومین بولیت کے متعلق نظریات - ممکن ہے کہ کوئی زہر کوئی گچھے کے سرطلہ کو متضرر کردے، اور اِسطرح متعدد سوراخ اتنے کافی بڑے پیدا ہو جائیں کہ جن کے اندر سے پروٹین کے نسبتہً چھوٹے سالمات گذر کر پیشاب کے اندر خارج ہو جائیں یا شاید، جیسا کہ تازہ مشاہدات اِشارہ کرتے ہیں، یہ زہر ایک طرح کا موم ہے جو پلازما کا سطحی تناؤ کم کر دیتا ہے، اور اِسطرح پروٹین سرطلہ میں کی طبعی فضاؤں میں سے خارج ہو جاتا ہے (13)- ایک ناقص دموی رسد، جیسی کہ مرض قلب میں واقع ہو سکتی ہے یا جیسی کہ شریان کلوی کو کچھ عرصہ تک شکنجہ سے دبا کر تجربۃً پیدا کیجا سکتی ہے، کلوی سرطلہ کو زخمی کر دیتی ہے، لہٰذا وہ بھی ایک امکانی عامل ہو سکتی ہے۔

(ب) کلوی اُذیما کے متعلق نظریات - طبعی حالت میں عروق شعریہ کے اندر کے خون اور بافتوں کے سیالات کے درمیان ایک توازن موجود ہوتا ہے، جس کی وجہ سے عروق شعریہ کے اندر سے سیال کا کوئی زائد ارتشاح نہیں ہونے پاتا۔ اِس توازن میں خون کا ولوجی دباؤ ایک اہم وظیفہ انجام دیتا ہے۔ نسبتہً چھوٹے پروٹینی سالمات کے نقصان کے یہ معنے ہیں کہ پلازما کا وہ ولوجی دباؤ جو پروٹینز کی وجہ سے ہوتا ہے بہت کچھ کم ہو جاتا ہے اور خون اور بافتوں کے سیالات کے درمیان کا توازن بگڑ جاتا ہے، چنانچہ سیال اور نمکیات بافتوں کے اندر خارج ہو کر اُن کو اُذیمائی بنا دیتے ہیں، کیونکہ استسقائی سیال کا پروٹین مافیہ بہت کم ہوتا ہے۔ یہ ایپسٹین کا نظریۂ اُذیما (Epstein's theory of oedema) ہے۔ اب یہ ایک غیر مشکوک واقعہ ہے کہ کلوی اُذیما میں پلازما کی ولوجی قوت کم ہو جاتی ہے اور سیرم البیومین، بھی جو کہ نسبتہً چھوٹے سالمات رکھتا ہے، سیرم

519

گلابیوُمین کے مقابلہ میں کم ہوجاتا ہے۔ لیکن راقم الحروف کی رائے میں اِن تغیرات کو کلوی اُذیما کا سبب سمجھنے میں تین اعتراض وارد ہوتے ہیں:۔ (الف) کم ولوجی دباؤ کے یہ معنے ہونگے کہ گوبچوں میں سے نسبتہً زیادہ نقطیری دباؤ ہوگا، چنانچہ وہ عامل جو سیال کو بافتوں کے اندر خارج کرتا ہے، پیشاب کے بہاؤ کو بھی زیادہ کردیگا۔ اِس سے ایک توازن پیدا ہوجائیگا۔ (ب) ایک مریض میں ..۵ سی سی خون کے نقل الدم سے ادرارِ بولی نہیں پیدا ہوا۔ اُس سے صرف البیوُمین بولیت زیادہ ہوگئی (39)۔ (ج) راقم الحروف کے ایک مریض میں اُذیما بسرعت رفع ہوگیا، لیکن سیرم کے اندر پروٹین پھر بھی بدستور پست قدر پر رہا۔ کلوی اُذیما کی توجیہ کے لئے دو دوسرے نظریے پیش کئے گئے ہیں:۔ (۱) یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ نظامی عروق شعریہ کسی تسمم کی وجہ سے متضرر ہوکر خون کے سیّال حصوں کے لئے زیادہ نفوذ پذیر ہوجاتی ہیں لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ کوئی سَم کلوی مرض کی محض اُنھیں اصابتوں میں کیوں خون میں داخل ہوتا ہے جنمیں پروٹینی تفرقی حاصلات (protein catabolites) کے اخراج میں کوئی بڑی مزاحمت نہیں پیش آتی، اور بہت سے ایسے مریض جن کی کلوی کارکردگی نہایت خطرناک طور پر خراب ہوجاتی ہے، مثلاً ثانوی سکڑے ہوئے گردے (secondary contracted kidney) کی حالت میں اُذیما میں مبتلا نہیں ہوتے۔ (۲) یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ اُذیما اِس وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے کہ گردے کلورائڈ خارج نہیں کرسکتے، اور ملح محتبس رہ جائے تو پانی کا محتبس رہنا بھی ضروری ہے تاکہ جسمانی سیالات کی ہم تنشی قائم رہے، اور اِسطرح اُذیما پیدا ہوجاتا ہے۔ لیکن یہ بتلایا گیا ہے کہ پانی کی کثرت بجائے خود اذیما پیدا کردیتی ہے (20)۔ تاہم اگر اس کے علاوہ ساتھ نمک بھی ملا دیا جائے، تو اُذیما کا رجحان اور زیادہ ہوجاتا ہے۔ آخرالذکر نکتہ کا ثبوت راقم الحروف کی ایک اصابت سے ملتا ہے جسمیں علاجی اغراض کے لئے نمک اور پانی کا استعمال، پست دموی کلورائڈ کے باوجود نہ صرف (اُذیما کی وجہ سے) جسم کا وزن بڑھا دینے کا موجب ہوا، بلکہ اس سے پیشاب کا بہاؤ بھی کم ہوگیا۔ اور کچھ عرصہ تک کم رہا۔ راقم الحروف کی رائے میں سادہ ترین اور نہایت اغلب نظریہ یہ ہے کہ اُذیما اُنیبیوں کی مسدودی کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ چنانچہ گوبچی مقطر، طبعی گوبچوں سے اسقدر آہستہ ٹپکتا ہے کہ کلورائڈ طبعی کی نسبت بہت زیادہ

مقدار میں جذب ہوتا ہے اور اپنے ساتھ پانی کا مقررہ جزو بھی لے جاتا ہے - اڈیما اُسوقت ہوتا ہے جبکہ پانی کی، یا پانی اور کلورائڈ کی کثرت لیجائے - اگر پانی قلیل ہو اسلئے کیوجہ سے، تو نمک کا احتباس بغیر اڈیما کے واقع ہوتا ہے، جو کہ فرانسیسی مصنفین کا "خشک احتباس" ہے -

۲ - گردوں کے اخراجی وظائف - (الف) اگر گوکیں یا انیبیات بالکل مسدود ہوں تو کوئی سیّال یا طحات گردے میں سے ہو کر ہرگز نہیں جاسکتے - اسرالبول پیدا ہو کر تمام اخراجی حاصلات کا خون میں اجتماع ہو جائیگا مثل اس حالت کے جبکہ دونوں حالبین حصات سے مسدود ہو جاتے ہیں - اگر جزئی مسدودی ہو تو پانی اور طحات کے اخراج میں مزاحمت ہوگی چنانچہ اگر مریض نے بہ افراط سیّال لیا تو اڈیما پیدا ہو جائیگا - اگر انبوبی سرحلہ میں حد سے زائد مداخلت نہ ہوئی ہو تو ممکن ہے کہ یوریا کا اخراج طبعی سے بہت نیچے نہ گرے، اور تاوقتیکہ حد سے زائد بلند درجہ کی پروٹین غذا نہ کھائی جائے یوریا خون کے اندر جمع نہ ہوگا - حاد التہابِ گردہ کی ایک شکل (خفیف التہابِ گردہ = nephritis mitis) میں جس میں انیبیات مسدود ہوتے ہیں یہی حالت ہوتی ہے - اگر گوکیں کا اتلاف پایا جائے اور وہ آہستہ آہستہ واقع ہوا ہو تو ممکن ہے کہ گوکیوں پر زائد دباؤ عمل میں آ کر مزاحمت کی کامل تعویض ہو جائے، اور یہاں بھی اِس امر کو ملحوظ خاطر رکھنا دلچسپ ہے کہ جنگی اور مدنی التہابِ گردہ (war & civilian nephritis) کی بعض اصابتیں، جہانتک کہ گردے کی اخراجی قوتوں کا تعلق ہے، کامل طور پر شفایاب ہوگئی ہیں - لیکن نتیجہ یہ ہوا ہے کہ ایک مستقل ارتفاع الضغط پیدا ہو گیا ہے (17)-

(ب) اگر تنہا انیبیات ماؤف ہوں تو گوکیں کی مقطر طبعی طور پر حاصل ہوتا رہیگا اور خون کا دباؤ بلند نہ ہوگا - تاہم یوریا کے ارتکاز میں خطرناک طور پر مداخلت ہو جائیگی - یوریا، سلفیٹس، فاسفیٹس وغیرہ خون کے اندر محتبس رہ جائینگے اور ممکن ہے کہ مریض بلاکوئی دورانی علامات پیدا ہوئے یوریا دمویت سے ہلاک ہو جائے، یہ ایسی حالت ہے جو جنگی التہابِ گردہ سے بھی پیدا ہوگئی ہے - اگر انیبیات کا صرف زیرین حصہ ماؤف ہو تو مریض کو محض نہایت رقیق پیشاب ہوگا، لیکن گردے کی اخراجی قوتت

520

غیر متاثر رہے گی۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ ایسی حالت ' مؤخر نخامی ملاصہ کی عدم موجودگی کے باعث بلغ ذیابیطس میں پیدا ہوجاتی ہے (۲)۔

(ج) اگر گوکیں اور انبیبات دونوں ایک ہی وقت میں اور بتدریج ماؤف ہوجائیں ' تو اس حالت کی توقع ہوگی جو ثانوی سکڑے ہوئے گردے (secondary contracted kidney) کی حالت میں بیان کی گئی ہے۔ گوکیوں کی انفانی غیر نفوذپذیری کے باعث بلند دموی انضغاط اور بیش پرورده قلب پیدا ہوجائے گا۔ انبیبات کے وظائف میں خلل واقع ہوجائیگا چنانچہ یوریا وغیرہ خون کے اندر جمع ہو یا اینگا مریض کو مسلسل نہایت رقیق پیشاب ہوتا رہے گا جس کی کثافت نوعی پست ہوگی۔ پانی کو جذب کرنے کی قابلیت نہ ہونے کے باعث اُذیما نہونے پائیگا۔ دبیب التہاب گردہ (nephritis repens) کی اصابتوں کے لئے بھی یہی توجیہہ درست ہے ' جنمیں گوبکی انبوبی نظامات کے بڑے بڑے حصّے بالکل تلف ہوجاتے ہیں ' اور اخراج کے کام کرنے اُن کی از حد کم تعداد باقی رہ جاتی ہے۔

حاد گوبکی انبوبی (سمی) التہاب گردہ

[acute glomerulo-tubal (toxic) nephritis]

بحث اسباب۔ یہ مرض ' جسے عام طور پر حاد التہاب گردہ (acute nephritis) کہتے ہیں ' ایک منتشر التہاب گردہ ہے۔ فی الحال اس کا اصلی سبب نامعلوم ہے تاہم عام غلبۂ آراء یہی ہے کہ یہ مرض سرایت کے باعث پیدا ہوجاتا ہے ' اگرچہ یہ سوال تصفیہ طلب ہے کہ آیا عضویات خود گردوں ہی میں بڑھتے ہیں ' یا محض جسم کے ایک بالکل جداگانہ حصّے میں کے خرد عضویوں سے سمیات پیدا ہوجاتے ہیں جو گردوں کو ماؤف کردیتے ہیں ؟ اِن میں سے بہت سی اصابتوں میں لوزتین عفونتی ہوتے ہیں ' اور حاد التہاب گردہ سے پہلے حاد التہاب لوزتین کا ہونا ایک بالکل عام واقعہ ہے۔ اِن امور سے مترشح ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ مرکزی عفونت ہی اِس مرض کا اوّلی سبب ہو۔ اِن اصابتوں میں متعلقہ خرد عضویہ غالباً سبحیہ ہوگا۔ حمّیٰ قرمزیہ (scarlet fever) اِس مرض کا ایک مشہور و معروف سبب ہے ' اور اِس حالت میں بالغوں کی نسبت

بچے زیادہ اکثر مبتلائے مرض ہوتے ہیں۔ بالعموم اس کے علامات ابتداً دوران تقیحیت میں ظاہر ہوتے ہیں، اور یہ التہاب گردہ غالباً تبقی سمی حملہ کے باعث ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ تقیحیت نمودار ہونے سے پہلے ہی شروع ہو جاتا ہے۔ تاہم شفاخانۂ عام میں جو بیمار ملے ہیں اُن میں اِس مرض کا سبب مُتعدّ، حاد التہاب لوزتین اُس سے آٹھ گنا زیادہ عام پایا گیا ہے کہ جتنا حمیٰ قرمزیہ پایا جاتا ہے (7)- کئی دوسرے حموی امراض بعض اوقات حاد التہاب گردہ کا پیش خیمہ ہوتے ہیں۔ وہ یہ ہیں:- زکام، حاد رثیت (acute rheumatism)، خسرہ (measles)، چیچک، ہیضہ، جُدریٔا (varicella)، ٹائفس (typhus)، تپ محرقہ، ذات الریہ، حمیٰ ناکسہ (relapsing fever)، خناق وبائی (diphtheria)، ہیناک کا پرپیورا (Henochs purpura)، تدرّن (tubercle)، آتشک اور عفونی حالتیں، جن میں تقیح الصدر اور جلد اور جلد الراس کے زخم شامل ہیں۔ اِن میں سے بعض سرایتوں کے خود عضو کے قارورے کے اندر پائے گئے ہیں، مثلاً نبقات رئویہ اور عصیات حرقی۔

بعض اوقات سردی اور نمی میں تکشّف، بالخصوص جبکہ مریض الکحل کے زیر اثر ہو، اِس مرض کا سبب مُتعدّ سمجھا جاتا ہے۔ اِس طرز کے، بہ ظاہر خود بخود پیدا ہو جانیوالے التہاب گردہ کی ایک نہایت عمدہ مثال وہ نام نہاد "خندقی التہاب گردہ "trench nephritis" ہے، جو گذشتہ جنگ میں سپاہیوں میں پیدا ہو گیا۔ یہ التہاب صرف خندق میں کے سپاہیوں تک محدود نہ تھا۔ مرض کے ایسے ہی حملے دوسری لڑائیوں میں بھی ہو چکے ہیں، جن میں سے امریکی خانہ جنگی (American Civil War) قابل ذکر ہے۔ خندقی التہاب گردہ اور شہری مطب کے مریضوں میں ملنے والے حاد التہاب گردہ کے درمیان در اصل کوئی فرق نہیں ہے۔ حمل بھی التہاب گردہ کا ایک کثیر الوقوع سبب ہے، اور یہ التہاب نہایت شدید قسم کا ہو سکتا ہے، جس کے ساتھ یوریا دمویت اور تشنّجی تغیرات بھی ہو سکتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ گردہ کی جسامت طبعی ہو اور وہ خالی آنکھ سے طبعی شکل کا نظر آئے، جو اس امر کے پیش نظر کہ مریض نہایت اکثر حقیقی امرا البول سے ہلاک ہوا ہے ایک حیرتناک واقعہ ہے۔ ایسا خندقی التہاب گردہ اور

قرمزی التہاب گردہ کی اصابتوں میں اُسوقت دیکھا گیا ہے جبکہ موت بہ سرعت واقع ہوئی ہے ۔ دوسری اصابتوں میں گردہ کم و بیش متورم ہوتا ہے ۔ اُس کی شکل گول ہوتی ہے ' وہ تنیدہ اور لچکدار رہتا ہے ' اُس کا کیسہ بآسانی اتر آتا ہے ' اور سطح معمول کی نسبت شاحب ہوتی ہے ۔ تراشنے پر اُس کا قشرہ بہت متورم نظر آتا ہے اور اُس کا رنگ رمادی مائل سرخ ہوتا ہے ' اور امتلاء کی وجہ سے اہرام سیاہ سرخ رنگ کے ہوتے ہیں کہیں کہیں شوخ سرخ رنگ کے دھبے ہوتے ہیں ۔ اِن میں سے بعض تو ممتلی کوکیں ہیں اور بعض چھوٹے نزفات ۔ اور دوسری اصابتوں میں گردے بہ شدت ممتلی ' اور رنگ میں سیاہ سرخ یا چاکولیٹ کے رنگ کے ہوتے ہیں ۔ وہ خون میں شرابور ہوتے ہیں یا اُن سے خون ٹپکتا ہے اور اُنھیں تراشنے پر اہرام اور بھی بے انتہا ممتلی نظر آتے ہیں ۔

521

خردبین سے دیکھا جائے تو اسوقت جبکہ التہابی تعامل شدید ہو (تیز التہاب گردہ = nephritis acris) گوبکی گچھے ایک تکاثری التہاب گوبک کی وجہ سے متورم نظر آتے ہیں ' اور اُن میں بہت سے کثیرالاشکال نواتی خلیے موجود ہوتے ہیں ۔ اُنبوبی مرحلہ کے خلیات ایک متورم ذراتی نخر مایہ ظاہر کرتے ہیں جس میں نوات غائب ہوتے ہیں ' اور ورم سحابی یا البیُومینی انحطاط موجود ہوتا ہے ' اور ممکن ہے کہ اُن میں زجاجی قُطیرے موجود ہوں (زجاجی قطیری انحطاط) اِستسقائی ' شحمی اور لیپائڈی انحطاط کا بھی موجود ہونا ممکن ہے اور زجاجی سسابئک موجود ہوتے ہیں ۔ متضاعف الانعطاف لیپائڈی قطروں کی موجودگی لیپائڈی انحطاط ظاہر کرتی ہے ۔ رخنکی بافت اکثر اوقات اُذیمائی ہوتی ہے ' اور گرد گوبکی دردیزش کے ساتھ کثیرالاشکال نواتی خلیے موجود ہوتے ہیں ۔ جب التہابی تعامل پست درجہ کا ہوتا ہے (خفیف التہاب گردہ =nephritis mitis) تو گوبکوں کا ہیکل اُذیمائی ہوتا ہے ۔ گچھوں کی شعریات کا درحلہ متورم ہوتا ہے کیسہ باؤمن کے مرحلہ کا سحابی ورم اور لیپائڈی انحطاط ہوتا ہے ' اور کلوی انبیبوں کے مرحلہ کا نمایاں لیپائڈی انحطاط موجود ہوتا ہے ' اور اِن خلیوں کے نوات انحطاط یافتہ ہوتے ہیں ۔ کیسٹی فضاؤں میں حلوی اور البیُومینی طبہ اکثر اوقات موجود ہوتا ہے ' اور اُنبیبات میں زجاجی اور ذراتی سسابئک موجود ہوتے ہیں (24)۔

امراضیات ۔ حاد التہاب گردہ کے حملہ کے دوران میں بیشتر کلوی وظائف

میں مداخلت واقع ہوجاتی ہے، لیکن ہر اصابت دوسری اصابت سے بہت مختلف ہوتی ہے ۔غیر پروٹینی نائٹروجنی اشیاء کا اخراج نہ ہوسکنے کے باعث خون کے اندر اُن کا تناظر احتباس پیدا ہوجاتا ہے ۔یہ خون کے یوریائی ماحصل (urea content of the blood) کی زیادتی سے ظاہر ہوتا ہے، جو بعض اصابتوں میں بہت شدید ہوتی ہے (۱۰۰ ملی گرام فی صدی)، اگرچہ دوسری اصابتوں میں یہ زیادتی محض خفیف سی ہوتی ہے ممکن ہے کہ اُذیما کی وجہ یہ ہو کہ ناقص گردے کی وظیفہ کے باعث گردے پانی اور ملحات کا اخراج نہیں کرسکتے ۔ڈایاسٹیس کے اخراج میں کمی کبھی نہیں ہوتی ۔حاد التہاب گردہ کے اُذیما کے ساتھ انکماشی (systolic) اور انبساطی (diastolic) دونوں قسم کے ضغط دموی کا ارتفاع ہوا کرتا ہے ۔اس کا اثر یہ ہے کہ گردوں کے اندر سے خون کا دوران زیادہ ہوکر سیلان بول کے جاری رہنے میں مدد ملتی ہے ۔جب اُذیما رفع ہوکر پیشاب کا حجم بڑھ جاتا ہے تو یہ ارتفاع ضغط دموی بہ سرعت کم ہوجاتا ہے ۔

علامات ۔علامات کا آغاز اکثر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے ۔زیادہ اکثر تو یہی ہوتا ہے کہ اُذیما پہلی علامت ہوتی ہے ۔جو مریض یا اُس کے دوستوں کے دیکھنے میں آتی ہے ۔جب مریض صبح بیدار ہوتا ہے تو اُس کا چہرہ پھولا ہوا نظر آتا ہے، اور بالخصوص آنکھوں کے نیچے سیال جمع ہوتا ہے ۔ممکن ہے کہ دن کے گذرتے گذرتے یہ رفع ہوجائے لیکن اگر رات کے وقت پاؤں کو دیکھا جائے تو ٹخنوں کے بالکل نیچے ہی اُذیما موجود ہوتا ہے ۔دراصل تحت الجلد بافت میں انصباب کی خفیف مقدار موجود ہوتی ہے، جو قوت جاذبہ کے اثر سے ہمیشہ سب سے نیچے لٹکے ہوئے حصّے کو تلاش کرتی ہے ۔دن کے وقت یہ انصباب پاؤں تک پہنچ جاتا ہے ۔نیند کی لیٹی ہوئی وضع میں یہ خود کو عام طور پر پھیلا دیتا ہے، لیکن پپوٹوں کی ڈھیلی بافتوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے ۔اگر مریض بستر پر لیٹ جائے تو یہ چہرے اور پاؤں دونوں کو چھوڑ کر صفن پر کی بافت میں جمع ہوجائے گا، کیونکہ یہی اب سب سے زیادہ نیچے لٹکا ہوا حصّہ ہے ۔چہرے کا پھولنا اس طریقہ کے بالکل متضاد ہے کہ جس طریقہ سے فشل قلب کے اُذیما کا آغاز ہوتا ہے، کیونکہ آخر الذکر اُذیما قوتِ جاذبہ کے اثر سے نیچے کی طرف منتقل ہوکر سب سے پہلے ٹانگوں میں نظر آتا ہے ۔حاد التہاب گردہ کے اُذیما کی مدت بہت مختلف

ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ خفیف اصابتوں میں وہ ایک یا دو دن میں غائب ہو جائے۔ اس کے برخلاف ممکن ہے کہ وہ جاری رہے اور یہ اصابت بالآخر سپید بڑے گردے کی اصابت بنجائے۔ اس اُذیما کے ساتھ ساتھ پیشاب کے حجم کی تقلیل اور البیومین بولیت بھی ہوتی ہے۔ خراب ترین اصابتوں میں ممکن ہے کہ دن بھر میں بلند کثافتِ نوعی رکھنے والے بول کے صرف چند ہی اونس خارج ہوں، اور ممکن ہے کہ البیومین کے بلند ارتکاز کی وجہ سے یہ اُبالنے سے ٹھوس ہو جائے۔ نسبتہً خفیف اصابتوں میں بول کا حجم نسبتہً زیادہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بول مکدر ہو اور اس کا ایک رنگ بھی ہو، جو تازہ یا متغیر خون کی موجودگی کے باعث پیدا ہو جاتا ہے، اور خون کی مقدار اور حالت کے لحاظ سے سیاہی مائل بھورا، گہرا بھورا، پھر ترشراب کے رنگ کا، گلابی، یا واضح طور پر سرخ ہو سکتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ دم بولیت موجود ہو، اور اس کے ساتھ البیومین بولیت اس سے زیادہ نہ ہو جتنی کہ خون کی موجودگی کی طرف منسوب ہو سکتی ہے (نزفی التہاب گردہ =haemorrhagic nephritis)۔ ایسی اصابتوں میں پیشاب کا حجم اکثر کم نہیں ہوتا۔

بالکل ابتدا ہی میں نبض سخت ہو جاتی ہے اور خون کا دباؤ مرتفع ہو کر بعض اوقات ۱۸۰ ملی میٹر تک پہنچ جاتا ہے۔ یہ ارتفاع صبح کی نسبت شب کو زیادہ ہوتا ہے۔ اصواتِ قلب میں ترمیم ہو جاتی ہے۔ پہلی آواز (انکماشی) کی شدت زیادہ ہو جاتی ہے، اور دوسری آواز (قاعدۂ قلب پر) کی بھی تفخیم واقع ہو جاتی ہے، یا اس کی نوعیت جھنکار جیسی ہوتی ہے۔

ممکن ہے کہ مریض کو بے کیفی محسوس ہو، اس کی تپش کسی قدر بلند ہو۔ عدم اشتہا اور عموماً قے ہوتی ہے۔ دردِ سر کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے شراسیف پر درد ہو، جس کے ہمراہ قے ہو لیکن راقم الحروف کا خیال ہے کہ وہ درد جو کہ گاہے کوکھوں میں بیان کیا جاتا ہے، حاد التہاب حوض الکلیہ والکلیہ پر دلالت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ عدم دمویت موجود ہو۔ پھر ایک ایسی علامت تھی جو خندقی التہاب گردہ میں بیشتر اوقات دیکھی گئی۔ ممکن ہے کہ بعض اصابتوں میں یہ علامت پھیپھڑوں کے اُذیما کے باعث پیدا ہوتی ہو۔ شدید اصابتوں میں قلب متسع ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ صدمۃ القلب باہر کی طرف ہٹ جائے۔

522

حاد التہاب گردہ میں یوریا دمویت ۔ ممکن ہے کہ اُن اماہتوں میں جن میں اُمرالبول زیادہ ہو، یوریا دمویت طاری ہوجائے - (۱) ممکن ہے کہ یہ اپنے حیاتی کیمیائی تغیرات کے لحاظ سے اُس یوریا دمویت سے مشابہ ہو جو ثانوی منقبض گردے کے ساتھ ہوا کرتی ہے، اور جسے یوریا دمویت کی مزمن یا نہانی قسم (asthenic type) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 580)- (۲) لیکن یوریا دمویت کی ایک دوسری خاص قسم ہے، جسے حاد یا قوی قسم (acute or sthenic type)، یا بعض وقت انشاجی (eclamptic)، یا تشنجی حاد یوریا دمویت (convulsive acute uræmia) کہتے ہیں، جو حاد التہاب گردہ کی نہایت ممیز خصوصیت ہے، اور جس کے ساتھ خون میں یوریا یا فاسفیٹ کا زیادہ احتباس نہیں ہوتا - اس قسم میں درد سر اور قے زیادہ شدید ہوجاتے ہیں، نبض سست ہوتی ہے، ممکن ہے کہ چین اسٹوکس تنفس موجود ہو، اور تشنجات بھی ہوتے ہیں - دوران جنگ میں خندقی التہاب گردہ کے تجربہ سے ظاہر ہوا کہ یہ علامات دماغی اذیما کی وجہ سے تھے، کیونکہ یہ ہمیشہ قطنی کچوکے سے موقوف کئے جا سکتے تھے اور دماغی نخاعی سیال پر بہت زیادہ دباؤ تھا - تشنجات کا سبب سمجھ کی اندرونی جانب کے ساتھ دماغ کا مضغوط ہوجانا ہے - خون کے دباؤ کا ثانوی ارتفاع واقع ہوجاتا ہے - یہ خیال کیا گیا ہے کہ اس قسم کی یوریا دمویت کلورائڈ کے احتباس کی وجہ سے ہوتی ہے (13) - اس کے حملے معمولی صرع (epilepsy) کے حملوں سے نہایت قریبی مشابہت رکھتے ہیں - اس میں اکثر ایک مختصر سا تشنجی درجہ ہوتا ہے، اور پھر جوارح، چہرے، آنکھوں اور دھڑ کے تمام عضلات کے رعشی تشنجات (clonic convulsions) ہوتے ہیں - بیہوشی طاری ہوجاتی ہے، چہرہ کبود ہوتا، منہ میں پھینس ہوتا ہے، ممکن ہے کہ ریق خون آلود ہو، اور پتلیاں متسع ہوتی ہیں - چند منٹ کے بعد یہ تشنجات زائل ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ مریض کو فوراً ہوش آجائے، اور پھر اُس کی عام حالت میں اصلاح شروع ہوجائے، کیونکہ تشنجات ہمیشہ ہی غیر موافق امارت نہیں ہوتے - دوسری اماہتوں میں مریض پر قوما کی حالت طاری ہوجاتی ہے، جو ممکن ہے کہ پھر تشنجات میں متبدل ہوجائے اور یہ تشنجات کامل قوما کے وقفوں کے ساتھ مکرر ہوتے رہتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایسے کامل قوما کی حالت ہی میں مریض مرجائے - تشنج کے دوران میں مریض کا تنفس تیز،

اور نبض سفید و سریع ہوتی ہے۔ تپش مختلف ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ ۱۰۴ درجہ یا زائد تک پہنچ جائے۔ ممکن ہے کہ واقعات کی یہ ترتیب زمانی کئی بار کرکے واقع ہو۔ اگرچہ کہ صرعی الشکل حملہ اس قسم کی یوریا دمویت کا مشہور و معروف نظہور ہے، تاہم یہ اکثر غیر موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ صرف دردِ سر اور قئے موجود ہو، اور عارضی محدود المقام شللات۔ یا فالج نصفی اور ہم آئین نیم بصری (homonymous hemianopia) یا کامل نابینائی ہو (یوریا دمویتی کمنت = uræmic amaurosis) ممکن ہے کہ آخرالذکر ایک سے تین دن تک رہے، اور اکثر بالکل رفع ہوجاتی ہے۔ چونکہ حدقی تعاملات غیر متاثر رہتے ہیں، لہٰذا غالباً یہ نابینائی اعلےٰ بصری مراکز کے انضغاط کے باعث پیدا ہوجاتی ہے۔ ممکن ہے کہ صمم بھی دیکھنے میں آئے، اور ہذیان یا مانیا موجود ہو۔ یہ مختلف مظاہر اکثر تشنجات سے پہلے یا بعد میں ہوتے ہیں۔

عینی تغیرات (ocular changes)۔ حاد التہاب گردہ کی اصابتوں کی اکثریت میں شبکیہ کے اندر کوئی تغیرات دیکھنے میں نہیں آتے، بجز چھوٹے چھوٹے کم و بیش مدور نزفات کے، جو کہ اُن اشخاص میں بھی واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں جن کی صحت کمزور ہورہی ہو۔ فاسٹر مور (Foster Moore) نے خندقی التہاب گردہ کے ۱۱۹ مریضوں میں سے صرف ۵ مریضوں میں متعین تغیراتِ چشم پائے، جو آغاز مرض کے تقریباً دو ماہ بعد نمودار ہوئے۔ ان مریضوں میں خون کا دباؤ اس سے زیادہ بلند (اوسط ۱۸۰ ملی میٹر) تھا کہ جتنا باقیماندہ مریضوں میں تھا (اوسط ۱۴۳ ملی میٹر)۔ یہ تغیرات شبکیہ کی پشت پر ارتشاحات کی صورت میں تھے، جن کی وجہ سے اکثر شبکیہ کی علیحدگی واقع ہوگئی تھی۔ یہ ارتشاحات شاحب، نرم کور والے، بُجنے کی شکل کے اورام پائے گئے، جو بعض مثالوں میں نصف قطری ترتیب میں ایک ستارہ بناتے تھے۔ ازاں بعد جب یہ ارتشاحات زیادہ وسیع ہوگئے تو یہ اورام باہم گھل مل کر ایک ہوگئے۔ نزفات بھی موجود تھے، اور ارتشاحات کی وجہ سے قرص بصری کی کوریں مبہم یا دھندلی ہوگئی تھیں (التہاب حلیمۂ بصری = papillitis)۔ شدید اصابتوں میں قرص کا ورم اسقدر نمایاں ہوتا ہے کہ شبکیتی عروق کو بالکل چھپا دیتا ہے، اور یہ حالت دماغی سلعہ کے تہیج حلیمہ (papillœdema) سے مشابہ ہوتی ہے۔ زیادہ اکثر ایک خفیف سا

523

اُبھار ہوتا ہے، لیکن فتشر عتیبت آس پاس کے شبکیہ پر دور تک پھیل جاتی ہے۔ مختلف تغیرات مزمن سخفیفی التہاب گردہ میں زیادہ اکثر دیکھے جاتے ہیں۔ اِن کا سبب ستی فعل سمجھا جاسکتا ہے۔ ماسبق التہاب سے شبکیہ اور حلیمہ کا ذبول واقع ہوسکتا ہے۔ ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲۔

ختم۔ مریضوں کی اکثریت میں یوریا دمویتی تشنجات بالکل ہوتے ہی نہیں۔ چند دنوں یا ایک دو ہفتوں کے بعد حالت میں اصلاح شروع ہوجاتی ہے' اکثر بالکل ناگہانی طور پر۔ جوں جوں استسقاء غائب ہوتا جاتا ہے' پیشاب کا حجم بہت بڑھتا جاتا ہے۔ خون کا دباؤ گر کر طبعی ہوجاتا ہے۔ البیومین اور خون زیادہ تدریجی طور پر غائب ہوتے ہیں اور اُن کی تھوڑی تھوڑی مقداریں ہفتوں بعد تک خارج ہوتی رہتی ہیں لیکن حاد التہاب گردہ کا مرکبی طریقوں سے نسبتہً کم موافق ہوسکتا ہے۔ مریضوں کے تھوڑے تناسب میں یوریا دمویت کی وجہ سے موت بسرعت واقع ہوجاتی ہے۔

دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ علامات جاری رہیں۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ حملۂ حاد کے دوران میں تمام کلوی وظائف میں خلل واقع ہوجاتا ہے' لیکن اِن میں بعض وظائف کی بحالی پہلے ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ ادرار بول جلد ہو کر اُذیما غائب ہوجائے' لیکن مریض پھر بھی بیمار رہتا ہے۔ خون کے اندر یوریا کی فیصدی مقدار زیادہ رہتی ہے' یا اگر یہ بہت زیادہ مرتفع نہ ہو' تو گردوں کی یوریا کے ارتکاز کرنے کی قوت ناقص ہوتی ہے۔ پیشاب کے اندر ڈایاسٹیس کم ہوتا ہے۔ پیشاب کا حجم طبعی یا بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ اُس میں البیومین موجود ہوتا ہے' لیکن زیادہ بڑی مقداروں میں نہیں۔ یہ ہے اُزوت دمویتی قسم (azotæmic type) کے التہاب گردہ کی تصویر' اور بالآخر اس سے ثانوی منقبض گردہ پیدا ہوجاتا ہے۔

اِس کے برعکس ممکن ہے کہ اُذیما جاری رہے۔ خون کے اندر یوریا کی فیصدی مقدار جلد ہی طبعی ہوجاتی ہے۔ پیشاب کا حجم کم ہوتا ہے' لیکن البیومین کی فیصدی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔ ایسی اصابتیں التہاب گردہ کی آب دمویتی قسم (hydræmic type) کی نوعیت رکھتی ہیں' اور اُن کے لئے داء الکلیہ (nephrosis) کی اصطلاح اِس مفروضہ کی بنا پر استعمال کی گئی ہے کہ اُن میں ثانوی منقبض گردے کے ساتھ قلبی

جیش پرورش وغیرہ کی حالت کی طرف ترقی کرنے کا کوئی رجحان نہیں ظاہر ہوا، اور یوریا کا ارتکاز طبعی تھا۔ لیکن اِس امتیاز کی کوئی معقول وجہ نہیں، اور راقم الحروف نے ایک تمثیلی اصابت میں دیکھا ہے کہ "یوریا کی برآمد کی شرح" اور "دموی یوریا کا انحلا" طبعی درجہ سے کم تھا، اگرچہ "یوریا کا ارتکاز" بظاہر بلند درجہ کا تھا۔ یہ اصابت بالآخر تحت الحاد گویکی انوفی التہاب گردہ کی اصابت بنجاتی ہے۔

اور دوسری اصابتوں میں اُذیما اور بولی علامات رفع ہوکر بالکل صاف ہوجاتے ہیں۔ صرف خون کے دباؤ کی بلندی باقی رہتی ہے لیکن کوئی کلوی خرابی نہیں ہوتی۔

بالآخر، دو اور گروہ ہیں:۔ اِن میں سے ایک میں سیانک یا کلوی خرابی کے امارات کے بدوں ایک رِستے گردے (leaky kidney) سے مسلسل خفیف البیُومین بولیت ہوا کرتی ہے۔ دوسرے میں مریض سالہا بعد تک وقفہ دار نزفی التہاب گردہ (intermittent hæmorrhagic nephritis) میں مبتلا رہتا ہے، لیکن اِس میں بھی کلوی خرابی کے کوئی امارات موجود نہیں ہوتے، اور مرض کا حملہ زکام یا کسی دوسری حاد سرایت کے باعث پیدا ہوجاتا ہے (17)۔

تشخیص۔ اِس میں شاذ ہی کوئی دقت پیش آتی ہے۔ ایک ایسے شخص میں جو پہلے بالکل تندرست تھا، یا قرمزیہ یا دوسری کسی تپ کے بعد شفایاب ہورہا ہے، استسقائے عمومی کا یکایک ظہور، جس کے ساتھ البیُومین بولیت یا دم بولیت بھی ہو، شاذ ہی غلطی سے کوئی دوسری چیز سمجھا جاسکتا ہے۔ اگر کسی حاد مرض کے دوران میں مترشح یہ ہو کہ البیُومین کی قلیل مقدار پائی جائے، تو ممکن ہے کہ یہ مرحلہ کے ایک تغیر کے باعث ہو، جو عموماً التہابِ گردہ نہیں خیال کیا جاتا، اگرچہ وہ اُس حالت سے در اصل مختلف نہیں ہوتا جو تمثیلی اصابتوں میں حقیقۃً واقع ہوتی ہے۔ حوضی کلوی التہاب (pyelonephritis) میں اکثر کوکھ میں بہت درد، اور پیشاب کے اندر قیحی خلیے موجود ہوتے ہیں، لیکن البیُومین بولیت خفیف سی ہوتی ہے۔

اِنذار۔ مجموعی حیثیت سے یہ موافق ہوتا ہے، کیونکہ ۶۰ اور ۷۰ فیصدی کے درمیان مریض کلی طور پر شفایاب ہوتے ہیں (17)۔ ناموافق دلائل یہ ہیں:۔ حد سے زائد استسقاء، نہایت قلیل المقدار بول یا اُسرالبول، خون میں یوریا کی زیادتی، نبض کا

بہت زیادہ تناؤ، نہاکتی یوریا دمویت، یا وہ آخری حالت جبکہ نبض ضعیف کے ہمراہ صریحی فشل پذیر قلب، اور استسقاء الصدر (hydrothorax)، اور عملی التہابات ہوتے ہیں لیکن اِن خطرناک خطرات میں سے شاذ ہی کوئی ایسا ہوتا ہے کہ جس سے شفا نہ ہو جاتی ہو، اور بعض اوقات ممکن ہے کہ مریض مہینوں تک لبِ گور رہنے کے بعد بھی بالآخر بالکل اچھا ہو جائے۔ نزفی التہابِ گردہ کا انذار اچھا ہوتا ہے، کیونکہ قیاساً گردوں میں سے خون کا آزاد سیلان ہوتا ہے۔

تحریز ۔ یہ پایا گیا ہے کہ حمیٰ قرمزیہ کی نقیہت کے دوران میں قلویات کا استعمال (روزانہ ۲۰۰ گرین تک) بیشتر اصابتوں میں التہابِ گردہ کے حملہ کو روک دیگا، اور حاد التہابِ لوزہ میں بھی، جب التہابِ گردہ کا خطرہ ہو تو اسی تحریزی تدبیر کا اختیار کرنا بہتر ہے (36)۔ اس امر کی کچھ شہادت موجود ہے کہ اگر کوئی عفونتی مرکز مل جائے تو اس کا استیصال کرنے سے آئندہ حملے رک جاتے ہیں (87)۔

علاج ۔ بستر میں آرام اور گرمی پہنچانا ضروری ہیں۔ مختلف اغذیہ کی سفارش کی گئی ہے۔ معمولی غذا دودھ، نشاستہ آمیز اغذیہ، پھلوں اور سبزی ترکاری تک محدود رکھی جاتی ہے، اور سیال کا حجم، اس دودھ کے ۱ - ½۱ پائنٹ تک محدود رکھا جاتا ہے جو کہ دیا جاتا ہے۔ بعض طبیب ابتدائی درجوں میں، غذا کو پروٹین کلورائڈ اور سیال کے لحاظ سے نہایت شدت کے ساتھ محدود کر دیتے ہیں اِس امید میں کہ جلد ہی اِدرار بول ہو کر شفا ہو جائیگی۔ پہلے ایک یا دو دن، ایک بچے کے لئے ½۱ پائنٹ پانی میں گلوکوس دیا جا سکتا ہے، اور اِس کے ہمراہ شکر جَو (barley-sugar) چوسنے کے لئے زائد دی جاتی ہے۔ اِس کے بعد پھل، سبزیاں اور بعض اناج، اور بے نمک رسک (rusks)، مکھن، بالائی اور مربّہ (jam) دئے جاتے ہیں۔ پیشاب کو ذرا قلوی رکھنے کے لئے سوڈیم بائی کاربونیٹ اور پوٹاسیم سائٹریٹ (مساوی مقداروں میں) کی شکل میں کافی قلیات لینے کی ہدایت کر دینی چاہئے۔ پیاس کو بجھانے کے لئے کافی سیال دینا چاہئے، اگرچہ جس وقت نمایاں اذیما موجود ہو پیاس غالباً تکلیف دہ نہیں ہوتی ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ تازہ پھل اور سبزیاں مثلاً کچے ٹماٹر اور کچی گاجریں دی جائیں (شروع میں بغیر پانی کا اضافہ کئے)، اور جونہی کہ اذیما کم ہو جائے، تین انڈوں کی زردی، شکر

اور نارنگی کے رس کے ہمراہ ملاکر، اور گوشت، بشمول جگر کے، اور پھر بے نمک رسک (rusks) اور مکھن دیا جائے (38)۔ دیگر طبیبوں نے اس کے بالکل برعکس یعنی بلند پروٹینی غذا گوشت، مچھلی، چوزہ، انڈے، پلازمان (piasmon) دینے کی ترکیب آزمائی ہے تاکہ تحول میں پیدا ہونے والے یوریا کا مدرالبول اثر حاصل ہو، یا شہد اور بیل کے رس کے ہمراہ پینے کے لئے زائد یوریا دیا گیا ہے۔ اس غذا کے ہمراہ قلی بھی دینی چاہئے جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے۔

دوران نقیہت میں خون کی حالت بحال کرنے کے لئے لوہا دینا چاہئے لیکن اُسے ابتدائی درجوں میں استعمال کرنا اچھا نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 481)۔ استسقاء کے علاج پر بعد میں غور کیا جائیگا۔ جہاں لوزتین عفونتی ہوں ان کا استیصال کرنا مناسب ہے، اور یہ حاد التہاب گردہ کے دوران میں کامیابی کے ساتھ انجام دیا گیا ہے۔ دوسرے عفونتی مرکزوں کا بھی تدارک لازم ہے۔

حادیوریا دمویت۔ اس کا پیش خیمہ خون کے دباؤ کا ارتفاع ہے جس کے متواتر مفروات حاصل کرنا مناسب ہے۔ اکثر بازو کی فصد لینے سے تشنجات نہ ہونے پائینگے، اور ۱۰ تا ۲۰ اونس خون بلاخطر نکالدیا جاسکتا ہے، اگرچہ بالعموم شدید کلوی مرض کے مریضوں کا زیادہ خون ضائع نہیں ہونا چاہئے تشنجات کو روکنے کا ایک مفید طریقہ قطنی کچوکا ہے۔ یہ امر خندقی التہاب گردہ میں واضح طور پر ثابت ہو گیا ہے لیکن جیسا کہ دماغی سلعہ میں ہوتا ہے، سوراخ کلاں کے مقابل ایک فشاری مخروط بنجانے سے ناگہانی موت واقع ہوجانے کا کیسقدر خطرہ ہوتا ہے۔ ایک جدید طریقہ علاج میگنیسیم سلفیٹ کا ۲۵ فیصدی محلول دروں وریدی طور پر شرب کرنا ہے، جس کی مقدار، وزن جسم کے ہر کلو میٹر کے پیچھے ۲ مکعب سنٹی میٹر ہوتی ہے۔ ۵۰ فیصدی گلوکوس دروں وریدی طور پر شرب کرنے سے خون کا ولوجی دباؤ زیادہ ہوکر دماغی اذیما کا ازالہ کیا جاسکتا ہے۔ متذکرۂ بالا طریقوں کی تکمیل کے لئے مسکّن ادویہ، یعنے کلورل ہائڈریٹ (chloral hydrate) ۵ تا ۱۵ گرین براہ دہن، ہر چوتھے گھنٹے، یا ۳۰ گرین براہ مستقیم، یا کلوروفارم کے چند کشوں کا استعمال کیا جاسکتا ہے تشنجات کے وقت مریض کی زبان کی حفاظت کے لئے اُس کے دانتوں کے درمیان لکڑی کا

ایک کردار رکھدینا چاہئے، اِسطرح جسطرح کہ صرع میں کیا جاتا ہے۔

حاد مرکزی التہاب گردہ - حاد التہاب گردہ کی یہ قسم اب تسلیم کرلی گئی ہے اور اس میں گردہ میں چکنی دار تغیرات واقع ہوتے ہیں، جن کے نتیجہ کے طور پر دم بولیت یا ادرے البیئومین بولیت اور سیالک پائے جاتے ہیں، لیکن صحت مند بافت کی تہی کافی وسعت باقی رہتی ہے کہ تمام اخراجی وظائف انجام پاتے رہتے ہیں اور اس لئے اذیما یا دوسرے علامات نہیں پیدا ہوتے۔ حاد التہاب لوزتین کی "حموی البیومین بولیت" اس مرض کی مثال ہوسکتی ہے۔ فوری انذار نہایت عمدہ ہوتا ہے لیکن اس امر کا اطمینان حاصل کرنا ناممکن ہوتا ہے کہ کہیں یہ مرض ثانوی منقبض گردہ کی ابتدا نہ ثابت ہو۔ علاج وہی ہے جو کہ حاد فتشر التہاب گردہ کا ہے۔ "مرکزی التہاب گردہ" کے نام سے شاید یہ مترشح ہو کہ یہ مرض لوزتین کی مرکزی عفونت وغیرہ کے باعث پیدا ہوتا ہے لیکن اس اصطلاح کو ان معنوں میں استعمال نہیں کیا جاتا۔ لازماً مرکزی عفونت سے حاد فتشر التہاب گردہ یا حاد مرکزی التہاب گردہ دونوں پیدا ہوسکتے ہیں۔

525

تحت الحاد گوبکی اُنبوبی (سمّی) التہاب گردہ

[subacute glomerulo-tubal (toxic) nephritis]

مزمن سنخیتی یا اُنبوبی التہاب گردہ

(chronic parenchymatous tubal nephritis

بڑا منقط یا سپید گردہ **(large mottled or white kidney)**

تحت اسباب۔ التہاب گردہ کی یہ فتشر قسم درجۂ حاد کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہوسکتی ہے۔ لیکن بعض اوقات اس کا آغاز اسقدر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے کہ تشخیص ہونے سے پہلے ہی گردے میں التہابی تغیرات اُس درجۂ نمو تک پہنچ جاتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ بڑا منقط یا سپید گردہ **(large mottled or white kidney)** اِس لحاظ سے موسوم ہوتا ہے کہ اُس میں ترشحات غالب ہیں یا شحمی تغیرات۔ دونوں گردے ملاکر ۸۰۰ گرام وزن کے ہوتے ہیں۔ اکثر اُن کا وزن ۵۰۰ گرام ہوتا ہے۔ اُن کی سطح چکنی ہوتی ہے اور کیسہ بآسانی اتر آتا ہے۔ یہ سطح زردی مائل یا بھوری مائل

سپید رنگ کی ہوتی ہے، اور وریدکوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جو ایک مرکزی نقطہ سے منتشع ہوتی ہیں (اُوردۂ نجمیہ = stellate veins)۔ تراشنے پر، قشرہ معمول کی نسبت زیادہ چوڑا ہوتا ہے، اُس کا رنگ وہی ہوتا ہے جو سطح کا اور ساتھ ہی اُس میں موٹے تخطط کا منظر ہوتا ہے، لیکن اہرام کم و بیش سیاہ سرخ ہوتے ہیں۔ نزف کے باعث کہیں کہیں سرخ داغ ہوتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے گو یکیں ترقی التہاب کا ثبوت دیتی ہیں گو یکیوں کا تکاثری التہاب موجود ہوتا ہے، جس میں گچھے کا صریح تفسفص ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ گچھا متورم ہو۔ گچھوں اور کیسہ کے مابین انضمامات ہوتے ہیں۔ کیسہ کو استر کرنے والے درطلی خلیوں کے تکاثر سے ایک نیم قمر (demilune) بنجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ کوبک کا درونہ جزو یا کلاً مطموس ہوجائے۔ ممکن ہے کہ گچھا بالآخر کلاً یا جزءً زجاجی بنجائے۔ یہ زجاجی تحجر ساری التہاب دروں قلب کے مرکزی سدادی التہاب گردہ سے بالکل مختلف ہوتا ہے۔ ملتف اُنبیبات میں نمایاں تغیرات ویسے ہی دیکھے جاتے ہیں جیسے کہ حاد التہاب گردہ میں بیان ہوچکے ہیں۔ قشرہ کے سپید یا رمادی رنگ کی توجیہ یہ ہے کہ غیر شفاف مادہ سے سانچے بن کر انبوبات کو متمدد کردیتے ہیں، جو عروق کو مضغوط کرتے ہیں۔ رخنکی بافت کی زیادتی، جو کچھ تو اُذیما سے اور کچھ لیمفی ناہضات کے فعال تکاثر کے باعث ہوتی ہے، قشرہ کے طول و عرض میں وسیع طور پر منتشر ہوتی ہے اور بین اُنبوبی بافت بیقاعدہ طور پر سپید خلیوں سے دَر ریختہ ہوتی ہے۔

علامات ۔ اگر گوبکی اُنبوبی التہاب گردہ کا یہ درجہ ایک حاد حملہ کے بعد فی الفور واقع ہوجائے تو پیشتر بیان کردہ علامات، یعنی استسقاء عمومی، مسلی کھنوں میں انصباب، اور قلیل البیومنی بول جاری رہتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ حاد حملہ سے بظاہر شفا ہوکر کچھ وقفے کے بعد علامات مکرر نمودار ہوجائیں۔

اُن اصابتوں میں، جن میں حملۂ مرض غیر محسوس طور پر ہوتا ہے، شحوب، عدمِ اشتہا، متلی، دردِ سر اور متواتر تبول پہلے امارات ہوتے ہیں، اور پھر ممکن ہے کہ شب کے وقت جوارح زیرین میں اور صبح کے وقت پپوٹوں میں اذیما دیکھا جائے۔ استسقاء بتدریج بڑھ جاتا ہے۔

ترقی یافتہ اصابتوں میں استسقاء عمومی ہوکر سارے جسم کی جلد اُذیمائی ہوجاتی ہے

چہرہ پھولا ہوا اور گول ہو جاتا ہے، پپوٹے پھولے ہوئے ہوتے ہیں اور آنکھوں کو تقریباً بند کر دیتے ہیں۔ جوارح بڑے اور بدشکل ہو جاتے ہیں اور لمبے گاؤ تکیوں کی مانند نظر آتے ہیں۔ دھڑ بڑا ہو جاتا ہے۔ قضیب اور صفن کی ڈھیلی جلد ایسی تن جاتی ہے کہ غلط ایک پھکنے کی طرح نظر آتا ہے اور ممکن ہے کہ صفن کی جسامت جنین کے سر کے برابر ہو جائے۔ جہاں کہیں خفیف سا دباؤ پڑتا ہے، مثلاً طبیب کی انگلی سے یا بندوں، ڈوریوں، یا لباس کے شکنوں سے تو وہ سیال کو ہٹا کر ایک گہرا نشان پیدا کر دیتا ہے جو سیال کی واپسی سے محض آہستہ آہستہ مٹتا ہے۔ اسی کو تنقیر عند الضغط (pitting on pressure) کہتے ہیں۔ اس کے علاوہ استسقاء کی توزیع پر جاذبہ کا اثر نظر آتا ممکن ہے، کیونکہ اگر مریض زیادہ عرصہ تک ایک ہی کروٹ سے لیٹا رہے تو اس جانب کا ہاتھ، دوسرے ہاتھ کی نسبت جو اوپر ہے، زیادہ متورم ہو جائیگا اور یہی حال چہرے کی اس جانب کا ہوگا۔ جب یہ استسقاء عمومی یا استسقاء لحمی موجود ہوتا ہے تو بالعموم کچھ انصباب کہفہ بار یطونی کے اندر (استسقائے زقی ascites =) سینہ کی ایک جانب یا زیادہ اکثر دونوں جانبوں میں (استسقاء الصدر hydrothorax =) یعنی پلیورا کا استسقاء) اور شاید تامور کے اندر بھی موجود ہوتا ہے۔ ان میں سے استسقائے زقی شاید سب سے زیادہ اکثر شناخت ہو جاتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ تاموری اور پلیورائی انصبابات مقابلتہً خفیف سے ہوں۔ ممکن ہے کہ پھیپھڑوں کا اُذیما موجود ہو جو کوئی تلبیبی آثار نہیں پیدا کرتا البتہ بُہر پیدا کر دیتا ہے۔ اور ممکن ہے بلعوم اور حنجرہ کا اُذیما بھی ہو۔ جیسا کہ حاد کوپکی اُنبوبی التہاب گردہ میں ہوتا ہے، یہ مریض بھی کبھی کبھی دماغی اُذیما کی وجہ سے حاد دوریا دموییت میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔

اگر جلد کے اندر شگاف دئے جائیں یا اگر ساؤدی (Southey) کے ایک یا دو مسیل انبوبات لگا دئے جائیں تو سیال کی ایک مقدار بہہ کر خارج ہوگی، جو ممکن ہے کہ چند ہی گھنٹوں میں ۱ یا ۱۰ پائنٹ کے قریب ہو جائیگی، اور استسقائی جوارح بسرعت نسبتہً چھوٹے ہو جائینگے۔ یہ سیال بے رنگ ہوتا ہے، اس کی کثافت نوعی پست (۱۰۰۷ تا ۱۰۱۲) ہوتی ہے، اور اس میں البیومن کی تھوڑی مقدار، غیر نامیاتی نمکیات، اور یوریا موجود ہوتے ہیں۔ ایک خاصہ جو کلوی استسقاء میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے یہ ہے کہ نہایت بلند درجہ کا شحوب پیدا ہو جاتا ہے، جس کی وجہ سے ہونٹ تقریباً بے رنگ، اور گال شاحب ہو جاتے ہیں، اور

سارے جسم میں ایک موم سی سپیدی موجود ہوتی ہے۔ یہ اکثر عدم دمویت کے باعث نہیں ہوتا' بلکہ جلد اور تحت الجلد بافتوں کے متمدد ہوجانے کی وجہ سے ہوتا ہے۔

تشنجی التہاب گردہ میں پیشاب قلیل المقدار ہوتا ہے' اُس میں البیومن بہت یا (فی ہزار حصہ ۲۰ یا ۳۰ حصے تک) ہوتا ہے' اور اُس میں جملہ اقسام کے سانچے موجود ہوتے ہیں۔ بڑے سپید گردے کی اصابتوں میں جن میں کلوی سرحلہ کا زیادہ شحمی یا لپائیڈی انحطاط ہوگیا ہو' کثیر التعداد شحمی یا لپائیڈی سانچے موجود ہوتے ہیں۔ ان کے ساتھ خون کے سپید خلیے' ڈھیلے سرحلی خلیے' اور ذراتی طبہ ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں پیشاب میں بہت خون موجود ہوتا ہے۔

خون کے اندر کولیسٹرال زیادہ ہوجاتا ہے' لیکن یوریا نیز غیر پروٹینی نائیٹروجن (طبعی مقدار سے لیکر کامل یوریا دمویتی اعداد (مثلاً ۰.۱ فیصدی سے اوپر) تک اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ کہنہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ قلبی عروقی تغیرات اسیطرح کے موجود ہوں جیسے کہ انقباض گردے میں ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں وہ شبکینی تغیرات بھی موجود ہوتے ہیں' جن کا تذکرہ حاد التہاب گردہ کے تحت کیا گیا ہے۔ شبکیہ کا وسیع اُذیما ممکن ہے کہ اس کی علیحدگی واقع کردے۔

مزمن تشنجی التہاب گردہ میں' اور اسیطرح حاد التہاب گردہ میں بھی' مصلی جھلیوں میں التہاب پیدا ہوجانے کا رجحان ہوتا ہے۔ ذات الجنب عام ترین ہے۔ التہاب تامور (pericarditis) اکثر ایک مہلک خاتمہ کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ حاد التہاب باریطون شاید زیادہ شاذ ہوتا ہے' الا یہ کہ وہ بزلِ شکم (tapping of the abdomen) کے بعد ہوجائے۔ التہاب شعبات ایک عام' اور التہاب درون قلب (endocarditis) ایک اتفاقی پیچیدگی ہوتی ہے۔ اکثر خاتمہ کے قریب ذات الریہ کا وقوع ہوجاتا ہے۔ تقرحی التہاب قولون (ulcerative colitis) کسیقدر مخصوص و ممیز پیچیدگی ہے۔ جلد کے کئی عوارض مرض برائٹ کی پیچیدگی کے طور پر پیدا ہوسکتے ہیں' یعنے :- (۱) خارش (pruritis) اور شری (urticaria)' اول الذکر بالخصوص ابتدائی درجات میں' (۲) اکزما (eczema)' (۳) حاد عمومی التہاب الجلد' جس کے ساتھ آزادانہ تقشر ہوتا ہے' جو تسلخی التہاب الجلد (exfoliative dermatitis) سے غیر مماثل نہیں۔ (۴) احمرار

(erythema) کی چکتیاں جو استسقائی جوارح کو ماؤف کر دیتی ہیں۔ (۵) سرخ بادہ (erysipelas)۔ (۶) ریچھورا یا زف، جس کے بعد تنخز اور تقرح ہو۔ یہ حالتیں غذائی مخاطی اغشیہ میں بھی مشاہدہ کی گئی ہیں، اور (۷) نہایت شاذ طور پر جلد کا منظر ایسا ہو جاتا ہے کہ گویا اُس پر آٹا یا پسی ہوئی شکر چھڑک دی گئی ہو۔ یہ غالباً پسینہ کی تبخیر کے باعث ہوتا ہے، جس کے بعد جلد پر نمک کی قلمیں رہ جاتی ہیں۔

مآل۔ مریضوں کی اکثریت میں یہ مرض مہلک ہوتا ہے۔ بیشتر اصابتوں میں موت کا سبب پیچیدگیاں ہوتی ہیں، جیسی کہ ذات الجنب، التہاب تامور، ذات الریہ، اُذیمائے شش، اُذیمائے مزمار، استسقائے مفرط، فشل قلب، یا جلد کا التہاب یا اختناق۔ اور موت عموماً چھ سے اٹھارہ مہینوں تک میں واقع ہو جاتی ہے، اگرچہ بعض مریض تین یا چار سال تک زندہ رہتے ہیں۔ البیومینوریا موت کا سبب نہیں ہوتی۔ چند مثالوں میں ممکن ہے کہ مرض رفع ہو کر بالکل غائب ہو جائے۔ کہنہ اصابتوں میں وہ مختلف تغیرات واقع ہو سکتے ہیں جو ثانوی منقبض گردہ کا امتیز خاصہ ہیں۔

تشخیص۔ جب حاد التہاب گردہ متغیر ہو کر سخفیتی التہاب گردہ بنتا ہے تو یہ تدریجی طور پر ہوتا ہے، چنانچہ ان دونوں کے درمیان سریری طور پر تفریق کسی قدر مصنوعی ہوتی ہے۔ حاد مرض کی مدت عموماً چار سے چھ ماہ تک سمجھی جاتی ہے، چنانچہ اگر مرض اس سے زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہا ہے تو مزمن سخفیتی التہاب گردہ کی تشخیص کی جائیگی۔ اسے ثانوی منقبض گردہ سے تمیز کرنے میں کوئی دقت نہ ہوگی۔ ممکن ہے کہ یہ چربیشی مرض (lardaceous disease) یا اوّلی طرز قلب کے ساتھ (جس میں البیومن بولیت موجود ہو) خلط ملط ہو جائے۔ چربشی مرض سے اس کی تفریق طویل المدت تقیح، سل ریوی یا آتشک جیسے اسباب کی غیر موجودگی، اور حاجل قلت بول اور بکثرت مطروحات کی موجودگی پر کی جاتی ہے۔ اس میں اور مرض قلب میں بہت قریبی مشابہت ہو سکتی ہے، بالخصوص جبکہ مرض قلب کی حالت میں اُذیما بہت زیادہ ہو۔ پیشاب میں بکثرت سبابک کی موجودگی التہاب گردہ کی دلالت ہے۔ سرگذشت مرض، استسقاء کی عمومی نوعیت، اور البیومن کی مقدار کثیر یہ ایسے امور ہیں جن سے اوّلی قلبی مرض کو ثانوی البیومن بولیت سے تمیز کرنے میں مدد ملتی ہے۔

علاج۔ یہ دراصل حاد التہاب گردہ کے علاج سے مختلف نہیں۔ بستر میں آرام،

اور گری پہنچانا درحقیقت ضروری ہے۔جہاں نائیٹروجن کا احتباس ہو، کسیقدر پست پروٹینی غذا کا استعمال جیسا کہ آیندہ باب میں بیان کیا گیا ہے، قرین عقل ہے۔

اُذیما کا علاج کامیابی کے ساتھ اسطرح کیا گیا ہے کہ خون کے قلوی محفوظ کو طبعی عدد تک بلند کرنے کے لئے کافی مقدار میں قلویات دی جاتی ہیں لیکن بعض نتائج دشوار علاج ہوتی ہیں اور ان قلویات کا استعمال احتیاط اور خبرداری کے ساتھ کرنا چاہئے۔ مستعملہ قلویات چار نمکیات، یعنے پوٹاسیئم، سوڈیئم، بائی کاربونیٹ اور سائٹریٹ، کے مساوی حصّوں کا آمیزہ ہیں، اور ان کی روزانہ دی جانے والی مقدار کو ایک ہزار گرین یا زائد تک بڑھایا جاسکتا ہے۔خون کے امتحانات بار بار کرنا مناسب ہے اور بعض اوقات اُذیما ابتدا تر زیادہ ہوجاتا ہے کیفین (caffeine) اور تھیوبرومین (theobromine) سے احتراز کرنا ہی بہترین ہے۔

بعض اوقات غذا میں حتیٰ الامکان نمک نہ دینے سے استسقا میں کمی ہوگئی ہے، جیسا کہ مرض برائٹ کے ہنگامی نظریہ میں خیال ظاہر کیا گیا ہے۔بلکہ بعض اوقات نمک کی حد سے زائد مقداریں کھانے سے تندرست اشخاص میں اُذیما پیدا ہوگیا ہے، کیونکہ اس صورت میں جسمانی سیّال کو ہم تنشی رکھنے کے لئے پانی محتبس رہیگا۔ایپسٹین (Epstein) کے نظریہ کے مطابق بھی علاج آزمایا جاسکتا ہے، اور اس کی وساطت سے اُذیما کو کم کرنے اور ادرار کو بڑھانے میں حیرتناک کامیابی حاصل ہوئی ہے۔غذا جو دیجاتی ہے، اُس میں پروٹین بہت افراط سے ہوتے ہیں، اور چربی تقریباً بالکل ہوتی ہی نہیں۔تھوڑے کاربوہائڈریٹ کے استعمال کی اجازت دیجاتی ہے۔اس میں حسب ذیل اجزا ہوتے ہیں:۔بے چربی یا لاغر گوشت (lean meat)، خنزیر کی بے چربی یا لاغر ران (lean ham)، انڈے کی سپیدی، کستورا مچھلی (oysters)، جیلی یا فالودہ، مسور (lentils)، پھٹے ہوئے مٹر، ہرے مٹر کے دانے (green peas)، چاول، چنے کا آٹا، بالائی اُتارا ہوا دودھ، قہوہ اور چاء، نمک اعتدال کے ساتھ، اور سیّال کی مناسب مطلوبہ مقدار۔اِس علاج سے فائدہ ہوسکتا ہے، نہ اِسوجہ سے کہ پلازما کے پروٹینز میں کوئی زیادتی ہوجاتی ہے، بلکہ اِسوجہ سے کہ اِس سے یوریا کی زیادہ مقدار پیدا ہوجاتی ہے اور ادرار بول پیدا کرنے کا اِس سے بھی زیادہ کارگر طریقہ یہ ہے کہ یوریا کو گرین کی مقداروں میں

براہ دہن دیا جائے ۔ اس کی اغلب توجیہ یہ ہوسکتی ہے کہ خونی سیّال کا بڑھا ہوا یوریائی مائیہ نیچے کے سرے پر پانی کے کرر انجذاب میں مزاحم ہوتا ہے ۔ جہاں نائٹروجن کا احتباس ہو، وہاں وافر پروٹینی غذا کے بجائے یوریا کا استعمال بہتر ہے، کیونکہ شاید وافر پروٹینی غذا یوریا دمویت کی ماسبق استعداد پیدا کردیتی ہے ۔ درقیتی علاج سے بھی کامیابی کا دعوےٰ کیا گیا ہے، بالخصوص اس وجہ سے کہ یہ پایا گیا ہے کہ اساسی تحوّل اکثر پست درجہ کا ہوتا ہے ۔

اُذیما کے علاج کے دوسرے طریقے، جو عرصۂ دراز سے معمولات مطلب میں سے ہیں، ۲۰ - ۴۰ گرین مرکب سفوف جلاپہ (pulv, jalapæ co.)، سنا (senna) یا میگنیسیم سلفیٹ (magnesium sulphate) کے ذریعہ تسہیل ہے اور عرقیت ہے ۔ عرقیت میں گرم پانی کی بوتلوں یا گرم ہوائی غسل (hot-air bath) سے مدد دینی چاہیئے ۔ گرم ہوائی غسل دینے کا طریقہ یہ ہے کہ ایک پست غاطیہ (low cradle) کے ذریعہ بستر کے کپڑے مریض سے اوپر اٹھا کر انھیں اس کی گردن سے قریب اور آس پاس اور بستر کے دونوں طرف اور پائنتی جما دیا جائے ۔ بستر کے کپڑوں کے اندر متعدد برقی روشنی کے گولے رکھے جاتے ہیں، یا ایک قیف کے نیچے (جس میں ایک نلی لگی ہوئی ہو جو کپڑوں کے اندر داخل ہوتی ہو) ایک اسپرٹ لیمپ جلایا جاتا ہے، اور اسطرح حرارت حاصل کیجاتی ہے ۔ ۱۲۰ درجہ فارن ہائٹ پر پندرہ تا بیس منٹ کے لئے مریض کا تکشف کرنا چاہیئے لیکن مریض کی تپش بھی دیکھ لینا چاہیئے کیونکہ ممکن ہے کہ پسینہ آزادانہ طور پر نہ آنے کی حالت میں وہ ناگوار طور پر بڑھ جائے ۔ ایسی حالت میں معرق دوا، نائٹریٹ آف پائلو کارپین (nitrate of pilocarpine) کا ($\frac{1}{9}$، $\frac{1}{4}$ یا $\frac{1}{2}$ گرین کی مقادیر میں) تحت الجلد اشراب کردینا چاہیئے ۔

انتہائی درجہ کے استسقا میں، بالخصوص جہاں کہ جلد تنی ہوئی ہو اور اس کے ملتہب یا اغتاث پذیر ہو جانے کا خطرہ ہو، استسقائی سیّال کو دافع عفونت حالات کے تحت، یا تو ایک نشتر سے چھوٹے چھوٹے شگاف دیکر یا ایک سوئی سے کچو کے لگا کر، یا انبوباتِ ساؤدی (Southey's tubes) استعمال کرکے، خارج کردینا چاہیئے ۔ انہیں کے دو یا زائد انبوبات ہر ٹانگ میں رکھ دئے جائیں اور اس ذریعہ سے چند گھنٹوں میں کئی پائنٹ مصل نکالا جاسکتا ہے ۔ عفونت کی روک تھام کرنے کے لئے چھ گھنٹے کے بعد ان انبوبات کو نکال دینا چاہیئے، لیکن مسیلیت کچوکوں کی راہ سے جاری رہتی ہے میعق گا ہے تا

انتہائی اصابتوں میں شکم کا بزل یا کہفۂ پلیورائی کا استصاص ضروری ہوتا ہے۔

کہنہ اصابتوں میں عدم دمویت کا تدارک حدیدی تجہیزات کے استعمال سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 481)۔ زیادہ مزمن اصابتوں میں جن میں البیومن بولیت تو ہو مگر استسقاء کم ہی ہو گرم آب ہواؤں [جزائر برطانیہ میں بورن ماؤتھ (Bournemouth) یا ٹینبی (Tenby)، فرانس کے جنوبی حصے، اطالیہ، یا مصر] میں قیام سے فائدہ حاصل کیا جا سکتا ہے۔　528

مزمن مرضِ برائٹ کی اصابتوں کا علاج امریکہ میں ایڈبولس (Edebohls) نے اسطرح کیا ہے کہ گردے کا کشف کر کے اسکی کیسہ ربائی (decapsulation) کر دی اور پھر ان اعضاء کی تثبیت کر دی ہے۔ لیکن اس جراحی علاج کا فائدہ نہایت مشکوک ہے۔ اس کارروائی کے لئے مستحیق التہاب گردہ کی اصابتیں موزوں ترین ہیں۔ عفونی مرکزوں کا بھی استیصال کر دینا چاہئے، اور جوفی سرایت (sinus infection) کا استیصال کرنے کے لئے خاص طور پر احتیاط و اہتمام کرنا چاہئے۔

مزمن گوبکی اُنبوبی (سمّی) التہابِ گردہ

[chronic-glomerulo-tubal (toxic) nephritis]

(ثانوی منقبض گردہ = secondary contracted kidney)

اس قسم کے التہاب کو "ثانوی" کہنے کی وجہ یہ ہے کہ یہ گردے کے التہاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اسے اکثر کلیۂ منقبض سپید (contracted white kidney) یا کلیہ خورد سپید (small white kidney) اس وجہ سے کہتے ہیں تاکہ یہ کلیۂ سرخ ذراتی (red granular kidney) سے تمیز کیا جا سکے، جس کا بیان اس کے بعد آگے آئیگا لیکن یہ طریقہ تفریق اچھا نہیں، کیونکہ ثانوی منقبض گردہ (secondary contracted kidney) کی مزمن ترین قسم بھی، جو ادھیڑ عمر میں ہوتی ہے، سرخ رنگ کی ہوتی ہے۔ نسیجیاتی مطالعوں سے ظاہر ہو گیا ہے کہ مزمن گوبکی اُنبوبی التہابِ گردہ کی دو مختلف قسمیں ہوتی ہیں:-

(۱) منتشر قسم (diffuse type) (مزمن تیز التہاب گردہ (chronic nephritis acris= میں دو سال سے لیکر دس سال تک پہلے حاد یا تحت الحاد تمی التہاب گردہ اور اُس کے ساتھ بہت اُذیما کی موجودگی دیکھی گئی ہے، چنانچہ یہ گردہ قیاساً کچھ سالوں تک جن کی تعداد مختلف ہوتی ہے حاد اور تحت الحاد گوبکی اُنبوبی التہاب گردہ کے تحت بیان کئے ہوئے مدارج کو طے کر چکا ہے۔ (۲) شبکی قسم (reticular type) (دبیب التہاب گردہ nephritis repens=) میں ممکن ہے کہ مریض کو التہاب گردہ کا ایک حاد حملہ ہو چکا ہو جو بظاہر بالکل اچھا ہو گیا ہو، اور بہت برسوں بعد ایسے علامات مشاہدہ میں آتے ہیں جو ذراتی گردے کے آخری درجوں پر دلالت کرتے ہیں۔ لیکن زیادہ اکثر کسی حاد مرض کی کوئی سرگذشت بالکل نہیں ملتی، اور یقین کیا جاتا ہے کہ گردے کے تغیرات غیر محسوس اور تدریجی طور پر ایسے مزمن التہاب سے پیدا ہو گئے ہیں جو سالہا سال تک جاری رہا ہے۔ اِس قسم کے لئے دبیب التہاب گردہ (nephritis repens) یا رینگنے والے التہاب گردہ کی اصطلاح نسیجیاتی تصویر کی بنا پر تجویز کی گئی ہے، جس سے ایک التہابی تعامل اور ساتھ ہی اس سے پیدا ہو جانے والا اندلاب مترشح ہوتا ہے، جو غیر محسوس اور تدریجی طور پر گردے کے طول و عرض میں رینگتا چلا گیا ہے اور جس نے بعض حصوں کو غیر متاثر چھوڑ دیا ہے۔ دبیب التہاب گردہ کی ہوئی تقسیم دو گروہوں میں کی جا سکتی ہے۔ (الف) طفلی اور ابتدائی بالغ زندگی کا دبیب التہاب گردہ۔ اِن اصابتوں میں، اور اسی طرح مزمن تیز التہاب گردہ (ch. nephritis acris) میں بھی، ایک مختلف المقدار صلابت الشریانی تغیر او قف الدموی التہاب گردہ (ischæmic nephritis=) موجود ہوتا ہے، جیسا کہ بعد میں بیان کیا گیا ہے، لیکن وہ عموماً نمایاں نہیں ہوتا، اور جنگی التہاب گردہ کی اصابتوں میں اِس قسم کا گردہ بلاکسی قلبی عروقی تغیرات کے پیدا ہو گیا ہے۔ شاذ مثالوں میں اِس قسم کا دبیب التہاب گردہ بچوں میں بیان کیا گیا ہے، جو کساحتہ (rickets) اور تعیشی (infantalism) کے ساتھ تھا۔ (ب) ادھیڑ عمر (۲۵ تا ۶۶ سال) (۱۵ مریضوں میں ۴۷ء۷ سال اوسط عمر) کا دبیب التہاب گردہ بھی ہوتا ہے، جس میں التہابی عمل نہایت مزمن اور صلابت الشریانی عمل نہایت نمایاں ہوتا ہے۔ خون کا دباؤ بہت بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور اُذیما، جو اکثر موجود ہے فشلِ قلب کی تمیز تو ترجیح رکھتا ہے (24)۔ ممکن ہے کہ موت فشلِ قلب، دماغی نزف یا یوریمیا سے

ہے' یا انکے اجتماع سے واقع ہوجائے۔ مندرجۂ ذیل سریری بیان کا اطلاق ان اصابتوں پر نہیں ہوتا۔

مرضی تشریح۔ منتشر قسم میں گردہ طبعی ہوتا ہے یا قدرے مائل بہ جانب صغر۔ اُس کا کیسہ معتدل درجہ کی آسانی کے ساتھ اتارا جاسکتا ہے' اور سطح چکنی یا باریک ذرے دار ہوتی ہے اور اُس میں غیر شفاف زرد لیپائڈ کے دھبے موجود ہوتے ہیں' جو تراشنے پر بالخصوص اچھی طرح نظر آتے ہیں۔ قشرہ اور لُب کا درمیانی خطِ فاصل دھندلا ہوتا ہے۔ خردبین سے دیکھنے پر گوکیں مختلف درجہ کا تکاثری التہاب کوبک اور زجاجی تحجّر اور تکاثری التہاب کیسہ ظاہر کرتی ہیں۔ بین رخنی بافت عموماً کثیف کیفیت کے رقیے ظاہر کرتی ہے' جو بذبول اُنیبیات کو محصور کرتے ہیں اور نسبتۃً کم کثیف کیفیت کے چھوٹے چھوٹے جزیرے جو قسیم اُنیبیات کو محصور کرتے ہیں۔ لیفی خلیتوں' پلازمائی خلیتوں اور نسبتۃً کم تعداد میں کثیرالاشکال نواتی سپید خلیتوں کی دررِیزش موجود ہوتی ہے۔ دبیب التہاب گردہ کا (شبکی قسم) کے گردے کا منظر جو خالی آنکھ سے نظر آتا ہے مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ پہلے بیان کئے ہوئے منظر سے مشابہ ہو' یا ممکن ہے کہ یہ گردہ جسامت میں بہت کچھ گھٹا ہوا ہو اور ساتھ ہی اُس میں صریح دانے ہوں' اور بعض اقسام نہایت اندابی یا داغدار اور غیر منتظم طور پر لخت دار ہوتی ہیں۔ تراشنے پر قشرہ شاحب اور لُب اکثر گلابی ہوتا ہے اور دونوں کا درمیانی خطِ فاصل دھندلا ہوتا ہے۔ لیپائڈی جماؤ اکثر صریح ہوتے ہیں۔ ادھیڑ عمر میں ملنے والی نہایت مزمن شکلوں میں رنگ سیاہ سرخ ہوتا ہے' چنانچہ خالی آنکھ کو یہ گردہ اُس متصلب الشرائین گردے سے مشابہ نظر آتا ہے جو اس کے بعد بیان کیا گیا ہے۔ خردبین سے دیکھنے پر وہ لیفیتی رقبے' جن میں متضرر گوکیں اور بذبول اُنیبیات موجود ہیں' گردے کے طول و عرض میں ایک موٹے شبکی طرز میں پھیلے ہوئے نظر آتے ہیں' اور وہ اُن بڑے جزیروں کو گھیرے رہتے ہیں جن میں متسع اُنیبیات موجود ہوتے ہیں۔ آخرالذکر اُنیبیات تجدیدی جیش پرورش کی بڑی مقدار ظاہر کرتے ہیں۔ لیپائڈی جماؤ اکثر دیکھنے میں آتے ہیں' اور بعض اوقات باقی ماندہ گوکیوں کی جیش پرورش بھی ہوتی ہے۔ لیفیتی رقبوں میں لمفی خلیات' پلازمائی خلیات اور چند کثیرالاشکال نواتی سپید خلیوں کی عمومی دررِیزش ہوتی ہے۔ منتشر اور شبکی' دونوں اقسام میں مختلف المقدار صلابت الشریانی تغیر (جس کی نوعیت آگے کے

529

باب میں بیان کی گئی ہے) عموماً موجود ہوتا ہے گو ہمیشہ نہیں۔ کہنہ اصابتوں میں اس تغیر کے زیادہ نمایاں ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔

یہ واضح ہے کہ دبیب التہاب گردہ اور مرض برائٹ کا منقبض ذراتی گردہ دونوں ایک ہی ہیں۔ راقم الحروف عرصۂ دراز سے یہ یقین رکھتا ہے کہ ان گردوں کے چھوٹا ہونے کی یہ وجہ ہے کہ ان پر مرض کا حملہ طفلی ہی میں ہو جاتا ہے اس سے پہلے کہ یہ بالغ جسامت تک پہنچیں۔ اس رائے کی تصدیق بس رسیل کے مشاہدات سے ہوتی ہے (24)۔ چنانچہ اُس کے بیان کردہ سلسلہ میں جو گردے ہیں اگر ان کے اوزان کو جسمانی وزن یا قد کے مقابل درج کیا جائے تو کسی دئے ہوئے وزن یا بلندی کے لئے نو عمر بالغ کے گردے اس سے چھوٹے ہوتے ہیں کہ جتنے ادھیڑ عمر والوں کے گردے ہوتے ہیں، خواہ آخر الذکر گردہ میں مزمن ترین اصابتیں کیوں نہ شامل کر لی جائیں۔

امراضیات۔ مرض گردہ میں اخراجی وظیفہ کے نقصان کی تعویض جسم دو طریقوں سے کرتا ہے۔ اولاً، بیش پرورد، قلب اور منقبض شرائین کی وساطت سے شریانی دباؤ بڑھ جاتا ہے، چنانچہ متفرق گوبچوں میں سے تقطیر دباؤ کے تحت واقع ہوتی ہے۔ ثانیاً، خون کے اندر یوریا کا ارتکاز زیادہ ہو جاتا ہے، جس کی وجہ سے گردے سے یوریا کے اخراج میں آسانی ہو جاتی ہے چنانچہ ایک توازن قائم ہو جاتا ہے، اور نائٹروجنی اشیاء کی برآمد، غذا میں ان کی مقدار کے ساتھ ٹھیک ٹھیک متناظر ہوتی ہے طبعی طور پر یوریا کا ارتکاز ۲۰ تا ۳۰ ملی گرام فیصدی ہوتا ہے لیکن اس مرض میں اسوقت جبکہ مرضاء اٹھکر چلتے پھرتے اور اپنا معمولی کام کاج کرتے ہوں، ۱۰۰ ملی گرام بلکہ اس سے بھی اوپر قدریں بارہا پائی جاتی ہیں۔ غذا کے پروٹین میں کوئی بھی بڑی زیادتی ہو جائے تو گردے پر زیادہ کام کا بار پڑ جاتا ہے، اور یہ زائد کام صرف اسطرح انجام دیا جا سکتا ہے کہ یوریا کا کسیقدر مزید احتباس کیا جائے، چنانچہ خون میں یوریا کی فیصدی مقدار اور بھی زیادہ بڑھ جاتی ہے۔ درآمد اور برآمد کے درمیان توازن پھر قائم ہو جاتا ہے کیونکہ گردے خون کے اندر یوریا کی بلند تر دہلیزی قدر (higher threshold value) کی مجیبیت ظاہر کرنے لگتے ہیں۔ اس بیان سے غذا کے پروٹین کو محدود کرنے کی اہمیت فی الفور ظاہر ہوگی۔

اگر ضرر ترقی کرتا ہے تو خون کے اندر یوریا بلند سے بلند تر ہوتا جاتا ہے۔ یہی سوقت

بھی ہوگا جبکہ مزمن التہاب گردہ کی حالت میں حاد التہاب کا حملہ مستزاد ہو جائے۔ جب یوریا کا ارتکاز حد سے زیادہ بلند درجہ کو پہنچ جائے تو تسمم کے ممیز و مخصوص علامات ظاہر ہو جاتے ہیں، جسے نہائی یا مزمن یوریا دمویت کہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ علامتیں اُس وقت شروع ہو جائیں جبکہ یوریا کی فیصدی مقدار ۲۰۰ ملی گرام کے قریب ہو۔ کامل نمو یافتہ یوریا دمویت کی حالت میں یوریا کی قدریں ۳۰۰، ۴۰۰ یا ۵۰۰ ملی گرام فیصدی تک کی پائی گئی ہیں۔ یوریا کے علاوہ غیر پروٹینی نائٹروجن کریٹی نین (creatinine)، یورک ایسڈ، فاسفورک اور سلفیورک ایسڈز بھی خون میں مجتمع ہو جاتے ہیں، چنانچہ قلوی محفوظہ (alkali reserve) گھٹ جاتا ہے (27)۔ جوفیزی کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) بھی کم ہو جاتی ہے، لیکن اُس تناسب سے نہیں کہ جس سے خون میں دیگر ترشہ جات کا اجتماع ہوتا ہے، چنانچہ خون کی ترشگی (یعنے ہائڈروجنی رواں کا ارتکاز) بڑھ جاتی ہے (ترشہ دمویت (acidaemia)۔ خون کے اندر دوسرے غیر معروف ترشوں اور حاصلات تحول کا موجود ہونا بھی ممکن ہے۔ اِس امر کا ثبوت ملتا ہے کہ یہ ترشہ دمویتی حالت بذات خود یوریا دمویتی قوما (uraemic coma) کا سبب نہیں ہے، کیونکہ اتنی ہی بلند ترشئی قدریں دوسرے ایسے مریضوں میں بھی مشاہدہ میں آئی ہیں، جو قوما زدہ نہیں تھے۔ اسی حالت کا سبب یقیناً یوریا نہیں ہے، کیونکہ جب یوریا بڑی مقداروں میں براہ دہن لیا جاتا ہے تو وہ ایک نسبتہً بے ضرر شئے ثابت ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت SO_4 یا PO_4 کے رواںات کی زیادتی سے تسمم پیدا ہونے کا نتیجہ ہو۔ لیکن یہ سمجھنا قرین عقل ہے کہ عضلی جھٹکے دراصل متکزز (tetany) (جو ملاحظہ ہو) سے مماثل ہیں، بالخصوص اس لیے کہ خون کے اندر کیلسیم بھی کم ہوتا ہے (28)۔ جوع الہوا یا انتہائی بیش تنفس ترشہ دمویت کا نتیجہ ہوتا ہے، چنانچہ جوفیزی ہوا اور خون میں CO_2 کی کمی اسی ذریعہ سے واقع ہوتی ہے۔ خالص یوریا دمویت کی ایک اصابت میں جو کہ ایک منفرد گردے کے استیصال کے باعث پیدا ہوا تھا، موت کے بعد یہ مزید تغیرات پائے گئے:۔ دموی کیلسیم، کلورائیڈ، ہیموگلوبن، اور پلازمائی البیومن کا سقوط اور پلازمائی گلابیولن اور امونیا کی زیادتی۔ دموی کولسٹرال طبعی رہا (29)۔

ثانوی منقبض گردے میں مزمن یوریا دمویت ایک ممیز طریقۂ اختتام ہے، لیکن اُس کے لئے مختص نہیں۔ یہ متصلب الشرائین گردے میں کبھی کبھی، اور التہاب حوضِ الکلیہ و کلیہ میں واقع

ہو سکتی ہے، بالخصوص اُسوقت جبکہ دونوں گردوں میں تقیح ہو، نیز کثیر ذُو یری مرض (polycystic disease)، دو جانبی حصاۃ الکلیہ، اور بعض اوقات حاد التہابِ گردہ ہیں۔

علامات ۔ منتشر قسم میں اختتامی درجوں میں عموماً بہت اذیما موجود ہوتا ہے لیکن نوعمر اشخاص کے دبیب التہابِ گردہ میں عموماً اُذیما نہیں ہوتا، اگرچہ اُن کی آنکھوں کے نیچے خفیف سا پھولا پن غیر عام نہیں۔ دونوں قسموں میں پیشاب کا حجم زیادہ ہو جاتا ہے، بالخصوص رات کے وقت، اور مریض کو پیشاب کرنے کے لئے ایک دو بار بستر سے اُٹھنا پڑتا ہے۔ اِسے ایک تعویضی میکانیت سمجھنا چاہئے، کیونکہ گردہ جس شئے کو دن کے وقت خارج نہیں کر سکتا اُسے رات کے وقت خارج کر دیتا ہے۔ جب غذا کا پروٹینی مائیہ زیادہ ہو تو یہ امر اور بھی زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ آخری درجہ میں پیشاب شاحب ہوتا ہے اور اُسکی کثافت نوعی نہایت پست یعنے ۱.۰۰۵ سے ۱.۰۱۲ تک ہوتی ہے۔ البیُومن بولیت موجود ہوتی ہے، لیکن البیُومن کی فیصدی مقدار اتنی زیادہ کبھی نہیں ہوتی جتنی کہ بڑے سپید گردے میں۔ دُرد کا امتحان کرنے پر سیالک اور دموی خلیات نظر آتے ہیں۔ خون کا دباؤ بلند ہوتا ہے، لیکن عموماً اتنا بلند نہیں ہوتا جتنا کہ متصلب الشرائین گردے کی اصابتوں میں۔ قلب بیش پرورش کے علامات ظاہر کرتا ہے (جو ملاحظہ ہوں) نمایاں ثانوی عدم دمویت موجود ہوتی ہے۔

"البیُومن بولیتی التہابِ شبکیہ" ("albuminuric retinitis") ثانوی منقبض گردے کا نہایت ممیز و مخصوص خاصہ ہے۔ اُن عروقی تغیرات کی وجہ سے جو ہمیشہ اِس حالت میں موجود ملتے ہیں، شبکیتی تغیرات اکثر اُن تغیرات سے کسیقدر قریبی مشابہت رکھتے ہیں جو پہلے صلابت الشرائین (arteriosclerosis) کے تحت بیان ہو چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 302)۔ اِس کے برعکس، نسبتہً بڑے شاحب، نرم کوروں والے رقبے یا نرم روئی جیسی چکتیاں (ملاحظہ ہو صفحہ 522) بعض اوقات نظر آتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴، صفحہ 308)۔ بعض اوقات ارتشاح کی چمکدار چکتیاں، جن میں خوردبین سے شحمی تغیرات نظر آتے ہیں، لطخی خطے میں ستارہ نما شکل میں مرتب ہوتی ہیں۔

مریض سالہا سال تک کبھی اچھی اور کبھی خراب صحت میں رہتا ہے۔ بعض اوقات ایسی کوئی بھی چیز نہیں ہوتی جس سے مرض کی موجودگی کا خیال پیدا ہو، یہانتک کہ یکا یک

یوریا دمویت ظاہر ہوجاتی ہے۔ یہ مزمن یا نہاکتی قسم (chronic or asthenic type) کی یوریا دمویت ہوتی ہے۔

نہاکتی یوریا دمویت (asthenic uraemia)۔ مریض شکایت کرتا ہے کہ اُسے کمزوری، نیند، دردِ سر، اور متلی معلوم ہوتی ہے، جس کے ساتھ ممکن ہے کہ قئے بھی ہو۔ ممکن ہے کہ اینٹھن اور جھنجھناہٹ کے احساسات ہوں۔ ذہول کے ساتھ بے چینی کے دورے تبادل کرتے ہیں۔ چہرے کے عضلات کے جھٹکے دیکھنے میں آتے ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ بازوؤں، ٹانگوں اور دھڑ کو بھی ماؤف کردیں لیکن تشنجات کے ویسے حملے نہیں ہوتے جیسے کہ قوی یا حاد یوریا دمویت (sthenic uraemia) میں ہوتے ہیں۔ پتلیاں سکڑ جاتی ہیں، جسم کی تپش گر کر کم ہوجاتی ہے، تنفس آہستہ، ہانپنے کے ساتھ، اور شفقت طلب ہوتا ہے، دہن اور زبان خشک ہوتے ہیں، اور بڑی پیاس ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ تکلیف دہ قئے بھی ہو۔ عضلی جھٹکے جاری رہتے ہیں اور مریض بےچین، بےپروا، اور غنودہ ہوجاتا ہے اور بالآخر اُس پر قوما طاری ہوجاتا ہے۔ جب قوما نویاب ہوتا ہے تو سانس پھولنے سے تنفس گہرے اور جھنکار کے ساتھ ہونے لگتے ہیں۔ جوں جوں خون میں ترشہ کا اجتماع زیادہ ہوتا جاتا ہے، سانس کا پھولنا بھی اُسی تناسب سے بڑھتا جاتا ہے۔ سانس چڑھنے کے ناگہانی حملے بھی بیان کئے گئے ہیں، خاص کر رات کے وقت، جنھیں بعض اوقات "ربو کلوی" ("renal asthma") کہتے ہیں۔ چین اسٹوکی تنفس بھی بیان کیا گیا ہے۔ چونکہ خون میں یوریائی مافیہ کی زیادتی کو حقیقی نہاکتی یوریا دمویت کا معیار قرار دیا گیا ہے، لہٰذا تنفس کی یہ دو آخری قسمیں درحقیقت یوریا دمویتی نہیں ہیں، بلکہ حاد ربوی اذیما کا نتیجہ ہیں۔ یہ عام طور پر متصلب الشرائین گردے (قلبی کلوی مرض) کی اصابتوں میں دیکھی جاتی ہیں اور لیوکس اور دوسروں کی بیان کی ہوئی اصابتیں (ملاحظہ ہو صفحہ 255) غالباً اسی نوعیت کی تھیں، کیونکہ ان میں خون کا یوریا ہمیشہ ۱۰۰ ملی گرام فیصدی سے کم تھا، جو حقیقی یوریا دمویتی حد سے بہت ہی نیچے ہے۔ مزید مشاہدات سے ظاہر ہوگیا ہے کہ ان اصابتوں میں خون میں ثابت ترشوں کی کوئی زیادتی نہیں ہوتی (25، 26)۔ یہ اغلب ہے کہ گذشتہ زمانہ میں یوریا دمویت کی اصطلاح متعدد مختلف حالتوں پر حاوی سمجھی جاتی تھی، اور صرف حیاتی کیمیائی تحقیقات کے طریقوں کی آمد کے ساتھ یہ ہوا ہے کہ یہ حالتیں ایک دوسری سے متفرق کی جارہی ہیں۔ جب یوریا دمویت کی علامتیں نسبتہً کم نمایاں ہوتی ہیں تو اس حالت کو بعض اوقات خفی یوریا

دمویت (latent uræmia) کہتے ہیں۔ یہ نام بولی راستوں کے تسدد سے پیدا شدہ اُحتباس البول کے نتائج کو بھی دیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 549)۔

ثانوی سرایتیں، مثلاً ذات الجنب، ذات الریۃ، التہابِ تامور، معدی معوی التہاب جو شدید قے اور اسہال پیدا کردے اور تقرحی التہاب قولون سے بھی موت واقع ہو سکتی ہے۔ سمی مبداء کے وہ نزفات جو کہ کلوی فشل کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں (برعکس اُن نزفات کے جو بلند دموی ضغط اور انحطاط یافتہ شرائین کے باعث ہوتے ہیں) مخاطی اغشیہ سے یا دماغ کے اندر واقع ہو سکتے ہیں، اور موت پیدا کرنے میں عموماً حصہ لیتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان میں سے کوئی بھی اختتامی واقعہ یوریا دمویت کے ساتھ ساتھ واقع ہو جائے۔ لیکن ثانوی سرایت اسقدر عام طریقۂ اختتام نہیں جسقدر عام کہ وہ تحت الحاد یمنی التہاب گردہ میں ہوتا ہے۔

تشخیص۔ اِس کا انحصار مُرَقق پیشاب کے ملنے پر ہوتا ہے، جس میں البیومن موجود ہو، اور ساتھ ہی کلوی فعل میں خرابی ہو، اور اُذیما کا رجحان بہت کم ہو۔ معائی تسدد اور یوریا دمویت کی تفریق مشکل ہو سکتی ہے، کیونکہ یوریا کی بلندی دونوں میں پائی جاتی ہے لیکن معائی تسدد میں کثیر قلویت اور بلند یا طبعی قلوی محفوظہ پایا جاتا ہے، اور یوریا دمویت میں قلوی محفوظہ پست ہوتا ہے۔

اِنذار۔ یہ نمو یافتہ مرض میں خراب ہوتا ہے۔ اِس کا اندازہ کرنے کے لئے کہ آیا صاحب خطرناک ہے، امتحان شبکیہ اور کلوی فعل کی تخمین نہایت کار آمد طریقہائے شناخت ہیں اگر خوب نمایاں التہابِ شبکیہ موجود ہے تو اغلب ہے کہ مریض دو سال سے زیادہ زندہ نہیں رہے گا۔ اگر خون کا یوریا مستقلاً ۱۰۰ ملی گرام فیصدی سے اوپر ہے، تو یوریا دمویت کا کسی وقت بھی ہو جانا ممکن ہے۔ اگر خون کا یوریا اِس حد سے نیچے ہے تو ممکن ہے کہ مریض بہت سال تک زندہ رہیں، بالخصوص اسوقت جبکہ یوریا کے ارتکاز کا کاشف خاصہ اطمینان بخش ہو۔

علاج۔ کسی ایسی حالت کو دُور کر دینے کے بعد، جسے صحیح طور پر اِس حالت کا سبب سمجھا جا سکے [یعنی الکحل، رصاص (سیسہ)، سردی میں مستمر تکشف، عفنی مراکز، و تعفنہ] مقاصدِ علاج حسب ذیل ہونے چاہئیں:۔ (۱) گردے کی اخراجی طاقت پر کام کا بار کم کر دیا جائے۔ (۲) قلب اور عروق پر کے بار کو کم کر دیا جائے۔ (۳) عدم دمویت کو دور کر دیا جائے، اور (۴) خاص پیچیدگیوں کا علاج اُن کے پیدا ہونے پر کیا جائے۔

علاج کا نہایت اہم جز یہ ہوگا کہ حتی الامکان گردے پر کا بار دور کر دیا جائے، اور خون
کے اندر پروٹینی تحول کے ترشئی حاصلات کا احتباس نہ ہونے دیا جائے، جو یوریا دمویت کا
استقرار ممیز خاصہ ہے۔ غذا کے تحول سے ترشئی اور اساسی حاصلاتِ شکست و ریخت کی
مختلف مقداریں پیدا ہوجاتی ہیں، اور غذاؤں کی گروہ بندی اِس لحاظ سے کی جاتی ہے کہ آیا
ان سے ترشہ کی پیدائش زیادہ ہوتی ہے یا اساس کی۔ سبزیوں اور پھلوں سے، جن میں میوے بھی
شامل ہے، تحول کے بعد ترشہ کی نسبت اساس کی مقدار زیادہ حاصل ہوتی ہے لیکن انڈے،
مچھلی، گوشت، بسکٹ، چنے کا آٹا، چاول اور گیہوں اساس کی نسبت ترشہ زیادہ پیدا
کرتے ہیں۔ دودھ ترشہ کی نسبت اساس ذرا ہی زیادہ پیدا کرتا ہے۔ اسی واسطے لبنی نباتی
غذا اور اُس کے ساتھ شکر کو منتخب کرنا فائدہ مند ہے۔ لیکن چونکہ جسم کی شکست و ریخت کی
تلافی کے لئے نہایت تھوڑے پروٹین کی ضرورت ہوتی ہے اور معمولی غذا میں جو پروٹین لیا جاتا
ہے اُس کا بیشتر حصہ محض توانائی کے منبع کے طور پر کام میں آتا ہے، اور اُس کی شکست و ریخت
کے آخری حاصلات کا اخراج گردے کو کرنا پڑتا ہے، لہٰذا غذا میں پروٹین کی مقدار کی تقلیل بھی
قرینِ مصلحت ہے۔ انڈے، مچھلی، گوشت، مرغی وغیرہ پالتو پرندے اور شکار وغیرہ سے
قطعی پرہیز لازم ہے۔ روٹی، بسکٹ اور اناج (بہ استثنا چنے کے آٹے کے) کی اجازت
معتدل مقداروں میں دی جاسکتی ہے، کیونکہ ان کا پروٹینی مافیہ کم ہوتا ہے، اور اِس امر کا
تدارک کرنے کے لئے کہ یہ اساس کی نسبت ترشہ زیادہ پیدا کرتے ہیں قلی کی کافی مقداریں
تجویز کی جاتی ہیں تاکہ پیشاب تعدیلی ہوجائے (ملاحظہ ہو علاج، تحت الحاد سمّی التہاب گردہ)۔
دودھ کی مقدار بھی محدود کردینی چاہئے کیونکہ اُس کا پروٹینی مافیہ بھی نسبتہً بلند ہوتا ہے (ملاحظہ ہو
جدول د، صفحہ 475 پر)۔ تاہم یہاں ایک انتباہ ضروری ہے، کیونکہ جب پیشاب میں
البیومن کی بڑی مقداریں ضائع ہو رہی ہوں تو غذا میں اِس کی تلافی کا لحاظ رکھنا بھی ضروری ہے
چوبیس گھنٹے میں البیومن کی جو اوسط مقدار خارج ہو رہی ہو، اُس کی تخمین کرکے اُس سے ۵ تا ۱۰ گرام
زائد پروٹین روزانہ کی اجازت دینی چاہئے تاکہ جسمانی شکست و ریخت میں جو نقصان ہو رہا ہے
اُس کی کافی طور پر تلافی ہوجائے۔ غذا کو مکمل بنانے کے لئے ملائی (محدود مقداروں میں)، مسکہ اور
روغنِ زیتون کی صورت میں شحوم شامل کرسکتے ہیں۔ ہلکی چائے اور کافی (coffee) کی اجازت
دی جاسکتی ہے۔ اگر تغذیہ اچھا ہے تو ایک نوبتی روزہ بھی شروع کرایا جاسکتا ہے۔ الکحل کو

بالکل موقوف کردینا چاہئے یا اُس کی مقدار زیادہ سے زیادہ روزانہ ایک گلاس کلاریٹ (claret) یا خشک شیری (dry sherry) ہو۔ جب علامات خطرناک ہوں، اور بالخصوص جبکہ چلتے پھرتے وقت مریض کا سانس پھولنے لگے اور ذبحہ صدریہ (angina pectoris) کے حملے ہوں، مریض کو کامل آرام وسکون سے رکھنا ضروری ہے۔ حد سے زائد کام محنت اور زور لگانے سے ہر وقت پرہیز لازم ہے۔ ورزش صرف اتنی کرنی چاہئے کہ جو قلب کی برداشت کے اندر ہو۔ مریض کا لباس گرم ہونا چاہئے اور خوشگوار آب وہوا میں رہائش سے نفع کثیر ہوتا ہے۔

ایسی حفظی تدبیریں ممکن ہے کہ خود ہی خون کے دباؤ کو کم کردینے کا رجحان ظاہر کریں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ خون کا بلند دباؤ غالباً خود ہی بہت سی اصابتوں میں ایک توتیفی میکانیت ہے، چنانچہ اُسے ادویہ سے براہ راست متاثر کرنے کی کوششیں گو جزو کامیاب بھی ہوں، ایک بُرا طریقۂ عمل ہو سکتی ہیں۔ تاہم اگر تکلیف دِہ دردِ سر موجود ہو تو اس مقصد کے لئے ادویہ استعمال کی جاسکتی ہیں۔ نائٹروگلیسرین ($\frac{1}{100}$ قطرہ روزانہ ایک یا دوبار اور بتدریج بڑھاکر)، سوڈیم نائٹرایٹ، یا اریتھرال ٹیٹرانائٹریٹ (erythrol tetranitrate) استعمال کرسکتے ہیں۔ اینٹی پائرین (antipyrin) کیفین (caffein) اور فیناسیٹین (phenacetin) بھی مفید ہیں۔

لوہے کی تجویزات عدمِ دمویت کے لئے دے سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 681)۔

جن پیچیدگیوں کے لئے علاج کی ضرورت ہوتی ہے، اُن میں سے یوریا دمویت، قے، قلبی اتساع اور فشل ہیں۔ یوریا دمویت میں خاص ضرورت یہ ہے کہ خون سے زائد پروٹینی تحولی ماحصلات کو خارج کیا جائے۔ اِس مقصد کے لئے پسینہ آنے کے عمل کو بڑھانا چاہئے۔ بعض اوقات گرم ہوائی غسل مفید ہوتا ہے، اور پائلوکارپین (pilocarpine) کے اشرابات کام میں لائے گئے ہیں۔ امعاء کا عمل آزادانہ کرانا چاہئے، اور اِس کے لئے ایسے مسہلات کام میں لانے چاہئیں جو بڑے آبی اِفراغات پیدا کرتے ہیں، جیسے کہ جلاپا (jalap)۔ قولون کی آبیاری کی جاسکتی ہے۔ اِدما اکثر مفید ہوا ہے، اور اِس کے بعد اکثر ایک موزوں تعطلی سے نقل الدم کیا گیا ہے۔ اِس امر کی بڑی احتیاط رکھنی چاہئے کہ پیشاب آزادانہ طور پر نکلتا رہے۔ منہ کی راہ سے سیّال بہ افراط لینا چاہئے۔ اگر خون کا

دباؤ یکایک کم ہونا شروع ہو تو مالح کے دروں وریدی اشرابات دئے جائیں۔ ترشہ دمویت کے دفعیہ کے لئے اس سیال میں کسیقدر سوڈیم بائی کاربونیٹ شامل کردینا چاہئے، اور یہی دوا منہ سے بھی دے سکتے ہیں۔

قئے کے لئے فوار آمیزے، ڈائلیوٹ ہائڈروسائنک ایسڈ، ٹنچر آف آیوڈین کے چند قطرے پانی میں گھنٹے گھنٹے سے، یا شراسیف پر رفادہ بارد یا منفط آزما سکتے ہیں۔ علامات قلب کے لئے، جو بطین کے اتساع اور کمزور انقباض سے پیدا ہو جاتے ہیں، ڈیجیٹالس دینا چاہئے، آنتوں کو (مسہلات وغیرہ کے ذریعہ سے) حالت عمل میں رکھنا چاہئے، اور اصابت کا علاج عام طور پر اسطرح کرنا چاہئے گویا یہ مرض قلب کی اصابت ہے۔

متصلب الشریان گردہ

(ARTERIOSCLEROTIC KIDNEY)

نقرسی، سرخ ذراتی یا اولی منقبض گردہ (gouty, red
گردہ، granular or primary contracted kidney)
کا وقف الدمی ذبول[1] (ischæmic atrophy of the
kidney)، قلبی کلوی مرض (cardio renal disease)

بحث اسباب۔ متصلب الشرائین گردہ اس شریانی تکاثر کا اختتامی نتیجہ ہے جسے مفرط بیشی تکوینی صلابت (hyperplastic sclerosis) کہتے ہیں، جو اولی طور پر ارتفاع الضغط پیدا کردیتی ہے۔ اور اس کے اسباب وہی ہیں جو ارتفاع الضغط کے ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 301)۔ اس مرض کی ایک عام شکل عموماً معمر اشخاص میں امتحان بعد الممات میں ملنا غیر معمولی امر نہیں، اور اسے شیخوخی متصلب الشرائین گردہ (senile arteriosclerotic kidney) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ لیکن اسکے

---

[1] یہ اصطلاح بہ نسبت "وقف الدمی التہاب گردہ" ("ischæmic nephritis") کے زیادہ پسندیدہ ہے، جو عال ہی میں رائج کی گئی ہے (24) کیونکہ یہ تغیرات التہابی نہیں تصور کئے جاتے ہیں۔

جداگانہ بیان کی ضرورت نہیں، البتہ یہ کہنا ضرور ہے کہ اِس میں قلبی عروقی بیش پرورش نہیں ہوتی، اور اسیوجہ سے خون کا دباؤ بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ متصلب الشرائین گردے کے ساتھ ایک حاد یا تحت الحاد دستی التہاب گردہ واقع ہو کر ایک پیچیدگی پیدا کردے۔

مرضی تشریح ۔ اِن گردوں کا اوسط وزن تقریباً طبعی ہوتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات یہ جسامت میں کسیقدر گھٹے ہوئے ہوتے ہیں، اگرچہ شاذ ہی اُتنے چھوٹے ہوتے ہیں جتنے کہ دیب التہاب گردہ والے ثانوی منقبض گردے۔ ممکن ہے کہ یہ بڑے بھی ہوں۔ بعض نمونے کوئی جلی غیر طبعی امر نہیں ظاہر کرتے، بجز اِس کے کہ اُن میں شرائین کی دبازت موجود ہوتی ہے۔ ان گردوں کی اکثریت میں کیسہ شدت کے ساتھ چپکا ہوا ہوتا ہے، اور اگر اُسے چھیل کر اُتار لیا جائے تو اُس کے ساتھ کلوی بافت کے چھوٹے چھوٹے حصے کھنچ آتے ہیں۔ نیز گردے کی ساری سطح چھوٹے چھوٹے ارتفاعات (دانوں) سے ڈھکی ہوئی نظر آتی ہے، جنکی جسامت $\frac{1}{12}$ تا $\frac{1}{4}$ انچ ہوتی ہے، اور جو نسبتہً زیادہ تندرست بافت سے بنتے ہیں، اور ان میں درمیانی نشیب حائل ہوتے ہیں جو اِنداب کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ کہیں کہیں دُوبرے بھی ہوں جن کا قطر $\frac{1}{8}$ تا $\frac{1}{4}$ انچ مختلف ہوتا ہے اور جن میں ایک صاف سیال یا کولائڈ مادہ بھرا ہوا ہوتا ہے۔ بعض گردوں میں قشرہ کا یہ اِنداب نہایت ناہموار ہوتا ہے، چنانچہ بیرونی سطح پر کچھ فاصلوں سے گہری درزیں یا گڑھے نظر آتے ہیں جن کے ساتھ کیسہ چپکا ہوا ہوتا ہے، لیکن درزوں کے درمیان کی سطح چکنی ہوتی ہے۔ ایسے گردے کا رنگ زیادہ تر سرخی کے ساتھ بھورا پن لئے ہوئے ہوتا ہے، اسی لئے اِسکا نام سرخ زراتی گردہ (red granular kidney) رکھا گیا ہے۔ سارا گردہ سخت یا لوچدار ہوتا ہے۔ تراشنے پر قشرہ کبھی تنگ پایا جاتا ہے کبھی نہیں پایا جاتا۔ قشرہ اور لُبّ کی درمیانی حدِ فاصل عموماً واضح ہوتی ہے۔

خوردبین کے نیچے دیکھنے پر شریانات منتشر بیش تکوینی صلابت ظاہر کرتے ہیں (جو ملاحظہ ہو) اور ساتھ ہی اُن کے طبقات کی دبازت پائی جاتی ہے۔ یہ دبازت اتنی زیادہ ہو سکتی ہے کہ بہت سے شریانات مطموس ہو جاتے ہیں، چنانچہ جن گوکیول اور اُنیبیبات کو ان سے رسد پہنچتی ہے ان کا ہبوط اور وقف الدمی ذبول واقع ہوجاتا ہے اور وہ زجاجی اندباب بنا دیتے ہیں۔ ابتدائی ترین گوکی تغیر یہ ہوتا ہے کہ کیسۂ باؤمن

کی غشائے قاعدی کی دبازت واقع ہوکر گچھے کے گرداگرد پھیل جاتی ہے، جس سے گچھے کی گردن میں تنگی پیدا ہوکر بتدریج اُس کی دموی رسد منقطع ہوجاتی ہے۔ بظاہر سارا گچھا سکڑ جاتا ہے، اور خاص کر گچھے کی تو یہی حالت ہوتی ہے۔ گچھے کی شکل بگڑ کر چپٹی ہوجاتی ہے اور بالآخر اس پر چھوٹے لمفی خلیئے حملہ آور ہوتے ہیں، جو اُس کی لیفی پوشش کو اور اُسکو محصور کرنیوالے نیم قمر (demilune) کو توڑ کر اندر گذر جاتے ہیں۔ اِس کے ساتھ ہی بالکل قریب کی بین رشتکی بافت کی شدید زجاجی کیفیت واقع ہوجاتی ہے۔ صغیرترین کلوی شرائین کا ترقی پذیر مرض، اندلب یا انقباض کے رقبوں کی تعداد میں زیادتی پیدا کردیتا ہے۔

علامات[1] متصلب الشرائین گردے کا آغاز عموماً بالکل آہستگی کے ساتھ ہوتا ہے اور بہت کم ممیز خصائص ظاہر کرتا ہے۔ درحقیقت اکثر یہاں تک ہوا ہے کہ اُن مریضوں میں گردے ذراتی پائے گئے ہیں کہ جو دوسرے امراض سے ہلاک ہوگئے ہیں، یا ایک ایسے مریض پر دماغی نزف کا حملہ ہوا ہے جس میں کوئی ایسی علامت موجود نہیں تھی جس سے گردوں کی حالت کی جانب توجہ منعطف ہوتی۔ ابتدائی علامات، جب ادھیڑ عمر کے شخص میں واقع ہوں اور ان کی توجیہہ کسی اور طریقہ سے نہ ہوسکے تو ذراتی گردہ کا خیال دل میں لانا چاہئے اور ان علامات میں سے چند یہ ہیں:۔ ناکس اور مستمر دردِ سر، سانس کا پھولنا، چین اِسٹوکی تنفس جو بالخصوص رات کے وقت ہو، عام کمزوری، اور اُس قسم کا اُذیما جیسا کہ مرضِ قلب میں ہوتا ہے۔ کبھی کبھی کوئی علامت کافی طور پر نمایاں نہیں ہوتی، یہانتک کہ متصلب الشرائین التہابِ شبکیہ (arteriosclerotic retinitis) سے بینائی متاثر ہوجاتی ہے اور پھر مریض کی آنکھوں کا امتحان چشم بین سے کیا جاتا ہے۔ خون کا دباؤ عموماً درجۂ طبعی سے بہت بڑھا ہوا ہوتا ہے اور اس سے زیادہ بلند ہوتا ہے کہ جتنا ثانوی طور پر منقبض گردہ میں بعض اوقات انکماشی دباؤ کے لئے ۳۰۰ ملی میٹر کی قدریں پائی گئی ہیں۔ انبساطی دباؤ بھی بڑھا ہوا ہوتا ہے، لیکن متناسب طور پر نہیں۔ پیشاب طبعی ہوتا ہے

[1] صلابت الشرایان (arteriosclerosis) اور ارتفاع الضغط (hyperpiesia) کے علامات کا بیان بھی دیکھ لینا چاہئے۔

بجز اس کے کہ اُس میں البیومن کا خفیف ساتنائبہ اور چند سرخ خلیے، سپید خلیے اور زجاجی سبائک موجود ہوتے ہیں۔ یوریا کی برآمد کی شرح عموماً طبعی ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ وہ قدرے کم ہو۔

بلند ضغطِ دموی اور نسبتاً چھوٹے شرائین میں تغیرات کے باعث نزفات کا واقع ہوجانا ممکن ہے۔ علاوہ شبکیتی نزفات کے، رعاف عام ہے اور پیشاب، بیضہ، معدہ اور آنت سے ادماء کا ہونا بھی ممکن ہے۔ اہم ترین امر دماغی نزف ہے جو ممکن ہے کہ ہلاکت پیدا کردے۔ یہ نزف قاعدی عقدوں کے قرب و جوار میں، جسر میں، یا نخاع مستطیل میں واقع ہوسکتا ہے، یا ممکن ہے کہ سحایا کے اندر نزفات واقع ہوجائیں۔

موت کا عام ترین سبب پیش پردردہ قلب کا فشل ہے جس سے عضلی قلبی انحطاط یہ اکثر جلد زور واقع ہوجاتا ہے۔ قلب کی مختلف خطرناک بیقاعدگیاں واقع ہوسکتی ہیں۔ مثلاً اُذینی رعشکی انقباض (auricular fibrillation)، نبض تبادل (pulsus alternans)، قلبی سدودی (heart block)— مطرانی مصراع عدیم الکفایت ہوجاتا ہے، اور آخرکار ایک فشل پذیر مصراعی مرض کی کامل تصویر نمویاب ہوجاتی ہے جس کے ساتھ ایک مطرانی انکماشی خرخر (mitral systolic murmur)، پھیپھڑوں اور جگر کا احتقان، استسقاء شکمی (ascites) اور جسم کے اسفل نصف کا استسقاء (dropsy) یہ سب پائے جاتے ہیں۔ پیشاب اُسی طریقہ سے متغیر ہوجاتا ہے جیسا کہ فشل پذیر مصراعی مرض میں ہوتا ہے، یعنے وہ قلیل المقدار، گہرے رنگ کا ہوجاتا ہے، اور البیومین زیادہ ہوجاتا ہے اور سبائک ذرّاتی ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ نبض کچھ عرصہ تک اپنی صلابت قائم رکھے، لیکن بالآخر خون کا دباؤ گرجاتا ہے۔

جوں جوں اصابت ترقی کرتی ہے عموماً کلوی فشل کے خفیف آثار نظر آتے ہیں، جیسا کہ ۴۰ تا ۵۰ ملی گرام فیصدی دموی یوریا سے ظاہر ہوتا ہے، اور یوریا کی برآمدگی شرح قدرے کم ہوجاتی ہے لیکن کلوی تغیرات عموماً اہم نہیں ہوتے، الا اس صورت میں کہ اصابت ناگہانی حاد التہاب گردہ سے پیچیدہ ہوجائے اور ایسا ہونے پر ممکن ہے کہ مریض جلد ہی یوریا دمویت (خبیث صلابت = malignant sclerosis) سے لیکن زیادہ تر اکثر حاد فشل قلب سے ہلاک ہوجائے (24)۔

تشخیص ۔حالات ذیل میں اوّلی منقبض گردے کی تشخیص جائز ہوگی :۔
پیشاب میں البیومن کی خفیف مقدار جس کے ساتھ خرابی صحت کے علامات' اور قلبی عروقی اختلال کے مظاہر ہوں' مثلاً خون کے دباؤ کی زیادتی' دبازت شرائین قلبی بیش پرورش شبکیتی نزفات' یا التہاب شبکیہ اور پاؤں کا اوذیما۔
مریض کی علالت کے زیادہ ترقی یافتہ درجہ میں' صرف سریری مظاہر پر ہی یہ متعین کرلینا نہایت مشکل ہوتا ہے کہ آیا اصابت اوّلی مصراعی (primary valvular) مرض یا عضلی قلبی مرضِ قلب (myocardial heart disease) کی ہے جس میں محتقن گردوں کی وجہ سے البیومن بولیت ہے' یا کہ وہ اصابت ذراتی گردے کی ہے' جس میں ثانوی بیش پرورش اور اتساع قلب ہے۔ دونوں حالتوں میں ایک محدود المقام انکماشی خریر راس قلب پر ہونا ممکن ہے۔ انبساطی یا پیش انکماشی مطرانی خریرات سے' اور اس سے بھی زیادہ' اورطی خریرات سے اوّلی مرض قلب کی تائید ہوتی ہے۔
منقلب الشرائین گردہ اور ثانوی منقبض گردے کی تمثیلی اصابتوں کے درمیان تفریق کرنے میں کوئی دقت نہیں ہوسکتی۔ آخرالذکر حالت میں البیومن عموماً بہ افراط اور مریض نسبتہً نوعمر ہوتا ہے' خون کا دباؤ چنداں زیادہ نہیں ہوتا' اور پیشاب زیادہ رقیق ہوتا ہے۔ درحقیقت اس کی تصویر از ابتدا تا انتہا واضح طور پر کلوی ہوتی ہے۔ لیکن اول الذکر حالت میں علامات بالخصوص دورانِ خون سے متعلق ہوتے ہیں۔
اِنذار ۔ یہ ناموافق ہوتا ہے' لیکن بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ بہت اصلاح ہوجائے اور زیادہ عمر تک زندگی بڑھ جائے۔ قلب جس قدر زیادہ حد تک ماؤف ہوگا طویل حیات کی امید اُسیقدر کم ہوگی۔
علاج وہی ہے جو کہ صلابت شریانی اور ارتفاع الضغط کا ہوتا ہے (جو ملاحظہ ہوں)۔ بعض اوقات کم پروٹین والی نباتی غذا سے' جو گذشتہ باب میں بیان کی گئی ہے' حیرتناک نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ مزمن مرض قلب کا علاج بھی ملاحظہ ہو۔

گردے کی معلوم جراثیمی سرائتیں

جراثیم بولیت اور عصیہ بولیت

(bacteriuria & bacilluria)

پیشاب میں مندرجہ ذیل عضویات پائے جاتے ہیں۔ معائی گردہ اور تدرن کے عصیات، بروسیلا تپ الطائی (Brucella melitensis) ، تزف یرقانی لحیق مرغولہ (Leptospira icterohæmorrhagica) ، اور فلیقہ خون باشس (Schistosomum hæmatobium) کے بیضے۔ اور یہ سب تناظر نوعی امراض کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ نبقات عنبیہ عام طور پر تناسلی بولی تدرن یا حصوات کے ہمراہ پائے جاتے ہیں یا گردے کے مغمات کے ساتھ ثانوی طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ نبقات عنبیہ (بعض کو بولی منفذ سے کاشت کیا جا سکتا ہے، لہٰذا ان کے چند عبرات کو نظر انداز کیا جا سکتا ہے) اور عصیہ ڈفتھیریا نما کا بھی یہی حال ہے۔ عصیہ دیم ازرق ایک زیادہ قشبی عضویہ ہے جو بعد ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے۔ نبقات سوزاکیہ التہاب مجری البول یا پھوٹے ہوئے قدامی پھوڑے سے آ سکتے ہیں، اور پیشاب کی شدید سرایت زوگی مثانہ اور قولون کے درمیان ناسور کا نتیجہ ہو سکتی ہے۔

چونکہ گردے جوئے خون سے فضلات کو خارج کرتے ہیں، لہٰذا یہ تعجب خیز نہیں کہ جراثیم بولیت ایک خاصی عام حالت ہوتی ہے، اور اس امر پر بحث و تحمیص رہی ہے کہ آیا کلوی سرحلے کا کوئی ضرر موجود ہوئے بغیر بھی جراثیم کا اخراج ممکن ہے۔ وفی الحقیقت تپ محرقہ کی عصیہ بولیت میں تو ایسے ضرر صریح نہیں ہوتے، اگرچہ اگر وہ محض خردبینی ہوں تو ان کا خارج از بحث کرنا نہایت مشکل امر ہوگا۔ مزید برآں جوئے خون میں دورہ کرنے والے نبقات سبحیہ جو عفونت الدم کے طور پر ہوں یا کسی اولی مرکز مثلاً التہاب زدہ لوزتین سے حاصل شدہ ہوں پیشاب میں پائے جا سکتے ہیں، اگرچہ

اغلب ہے کہ وہ گردے میں سدادی مراکز کے طور پر جانشین ہونے کے بعد کلوی سرحلہ میں سے کھسک جاتے ہیں۔ تاہم بیشتر اصابتوں میں بلاشبہ جراثیم بولیت کے یہ معنی ہیں کہ التہاب الکلیہ وحوض الکلیہ موجود ہے' جیسا کہ آگے بیان کیا گیا ہے۔ یہ حالت عموماً عصیہ قولونی کے ساتھ بالخصوص پائی جاتی ہے' جو اہم ترین بولی عضویہ ہے اور جو ممکن ہے کہ پیشاب کے اندر تعداد کثیر میں موجود ہو اور پھر بھی صرف چند ہی علامات پیدا کرے "غیر تمثیلی عصیہ قولونی" بالعموم عصیہ کثیرالاشکال کے طور پر بولی خطہ کی مزمن سرایت کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔

535 اوپر جو کچھ بیان ہوا ہے اس سے اندازہ ہو گا کہ بیشتر اصابتوں میں اسباب وہی ہیں جو التہاب کلیہ وحوض الکلیہ کے ہوتے ہیں۔

پیشاب کی حالت - پیشاب خارج ہونے پر اکثر صاف ہوتا ہے لیکن رکھا رہنے پر اس کی تہ میں ایک مخاط جیسی تہ جم جاتی ہے' اس سے اوپر کو ایک گدلا پن ہوتا ہے' اور چوٹی پر ایک صاف تہ ہوتی ہے۔ یا پیشاب بالکل گدلا ہوتا ہے اور رکھا رہنے پر اس کا یہ گدلا پن صاف نہیں ہوتا۔ پیشاب عموماً ترشئی ہوتا ہے' اور گرم کرنے اور ایسیٹک ایسڈ ملانے سے' یا قلویات سے صاف نہیں ہوتا۔ ریمی خلیات اور البیومن کی موجودگی (خواہ یہ تھوڑی مقدار ہی میں ہوں) ثابت کرتی ہے کہ التہاب کلیہ وحوض الکلیہ موجود ہے۔ جب پیشاب بدبودار ہو اور پیپ' مخاط' اور مثانی سرحلہ موجود ہو' تو اس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ التہاب مثانہ موجود ہے۔

التہاب کلیہ وحوض الکلیہ
(pyelonephritis)

التہاب حوض الکلیہ (pyelitis)

اس مرض کے لئے التہاب حوض الکلیہ کی اصطلاح میں سال سے اور سے مستعمل ہے۔ تاہم بعد الممات شمار و اعداد سے اس امر کی شہادت ملتی ہے کہ گردے کی ان زیر تدرجی سرایتوں میں تنہا التہاب حوض کلیہ غیر عام ہے اور وہ صرف۔ فی صدی اصابتو ں توجیہ کرتا ہے' الا اس صورت میں کہ سیلان بول میں تسدد بھی موجود ہو' جب کہ التہاب

حوض کلیہ ۲۵ فی صدی اصابتوں میں واقع ہوتا ہے (30) ۔ حقیقت یہ ہے کہ وہ مرض
جسے عام طور پر التہاب حوض کلیہ کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، بیشتر اصابتوں میں
التہاب کلیہ وحوض کلیہ (pyelonephritis) ہے، جو گردے کے جرم میں
شروع ہو کر حوض تک پھیل جاتا ہے، اور یہ سریری طور پر اس واقعہ سے ثابت
ہے کہ عموماً پیشاب میں البیومن کی مقدار اُس سے زائد ہوتی ہے کہ جتنی کی موجودہ
پیپ (یا خون) کی بنا پر توجیہ کی جاسکتی ہے، جس سے ثابت ہوتا ہے کہ ضرور خود
گردہ ماؤف ہے۔

بحث اسباب۔ التہاب کلیہ وحوض کلیہ متعدد اسباب سے پیدا
ہوجاتا ہے، جن میں سے مندرجہ ذیل شناخت کئے گئے ہیں :۔ (۱) تارپین
(turpentine) اور تیلنی مکھی (cantharides) کا فعل جب کہ ان کا اندرونی استعمال
کرایا جائے۔ (۲) معدی معوی التہاب (gastro-enteritis)، التہاب قولون
(colitis)، مرض مرارہ، التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis)، حموی عوارض جیسے
کہ تپ معویہ اور ٹائفس کی تپ، حمیات طفحیہ (exanthemata) اور تقیح الدم
(pyaemia)، نیز داء الحصر، خناق وبائی اور ہیضہ۔ (۳) یہ مرض برائٹ اور ذیابیطس
میں بھی واقع ہوسکتا ہے، آخر الذکر میں شاید شکری پیشاب کی خراش کے نتیجہ کے طور پر۔
(۴) بہت سی اصابتیں ایک واضح مقامی سبب کا نتیجہ ہوتی ہیں۔ جیسے کہ حوض کلیہ
اور قمعات کلیہ میں اجسام غریبہ کی خراش، بالخصوص حصات اور ریگ، تیز کیسہ، خون
کے تھکے اور سرطان کی۔ (۵) پیشاب کے گزرنے میں تسدد بھی اسے پیدا کرسکتا ہے
کیونکہ وہ محتبس پیشاب کی تحلیل واقع کرتا ہے۔ یہ تسدد مجریٰ بول کے تضیق، بڑھے ہوئے
غدہ قدامیہ، گردے یا مثانہ کے پتھر کے باعث اور شوکہ یا نخاع کے مرض یا قفرہ سے احتباس
بول ہونے کے باعث ہوسکتا ہے۔ (۶) التہاب مثانہ (cystitis) اور اسفل بولی
گذرگاہوں میں دوسرے اقسام کے التہاب کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ التہاب حالب کے
باہر کی عروق لمفائیہ میں اوپر کی طرف پھیل کر حوض کلیہ میں پہنچ جائے۔ یہ واقعہ کہ
التہاب کلیہ وحوض کلیہ عورتوں میں تین گنا زیادہ عام ہے، ظاہر کرتا ہے کہ گردہ کو سرایت
عام طور پر نیچے سے اوپر کی طرف پھیلتی ہے، مثلاً التہاب فرج ومہبل سے جو کہ نہایت

نوعمر لڑکیوں میں ایک عام منبع ہے۔ (۷) کوئی واضح اولی مرکز نہیں ہوتا۔ لہٰذا یہ امر خاصا یقینی معلوم ہوتا ہے کہ سرایت جرثومے خون کی راہ سے گردے میں پہنچتی ہے۔ عموماً صرف ایک ہی گردہ ماؤف ہوتا ہے۔ ایسی اصابتیں اچھی ہو جاتی ہیں، لیکن اُن میں اکثر نکس واقع ہو جاتا ہے۔

عصیۂ قولونی (colon bacillus) ۷۶ فی صدی اصابتوں میں تسمیمی عضویہ پایا گیا، جس کی وجہ غالباً قولون کی نزدیکی ہے۔ بقیہ اصابتوں میں نبقات پائے گئے جن میں نبقیہ عنابیہ ذہبیہ (S. aureus) بھی شامل تھا (31)۔ نبقات سبحیہ اور نبقات عنبیہ اور دوسرے عضویات عام طور پر عصیہ قولونی سرایت کے ہمراہ پائے گئے ہیں۔ حمل سرایت کی استعداد پیدا کر جاتا ہے، کیونکہ جنین کی معمولی وضع میں ممکن ہے کہ رحم حالب پر دباؤ ڈال کر اُس کا جزئی تسدد اور اور پر حوض کلیہ کا اتساع پیدا کر دے۔

مرضی تشریح۔ التہاب کلیہ و حوض کلیہ کی نہایت حاد صورت کی عام شکل میں گردہ متورم، نرم، ممتلی اور التہابی خلیوں سے عموماً دررسیختہ ہوتا ہے۔ اگر اُس میں پھوڑا نہیں بنتا، ممکن ہے کہ اِس قسم میں گنگرین پیدا ہو جائے۔ لیکن کلوی سرایتوں کی زیادہ عام شکلیں مقامی ہوتی ہیں، جرم گردہ کے ایک فلقہ کو ماؤف کرتی ہیں اور انھیں عام لحاظ سے مغمغہ کی قسم کا کہہ سکتے ہیں۔ اُن کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ اُن میں پیپ کی کثیر التعداد زرد دھاریاں موجود ہوتی ہیں، جو نصف قطری سمت میں سطح سے قشرہ میں سے ہو کر اندر کی طرف بلکہ اہرام کے اندر پھیل آتی ہیں۔ وہ بعض اوقات

586

فانہ نما، یا مخروطی ہوتی ہیں، جن کا قاعدہ سطح پر ہوتا ہے، اور دوسری اصابتوں میں محض لکیر کی طرح ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ مغمغہ ایک بے قاعدہ خراجی کہفہ کے اندر پھوٹ پڑے، جو حوض کلیہ کے اندر پیپ خارج کرتا ہے۔ دوسرے گردوں میں، جن میں غالباً سدادی سرایت نسبتۃً کم مجتمع رہی ہے، بیرونی سطح میں چھوٹے چھوٹے پھوڑوں کا ایک گروہ ظاہر کرتا ہے اور یہ تراشش میں گردے کے اس فلقہ میں بھی نظر آتے ہیں جو سطح پر کے پھوڑوں سے متناظر ہوتا ہے۔ ایسی ریمی دررسیزش کی کئی چکتیاں ہو سکتی ہیں، جن کے درمیان کے گردے کے حصے تندرست ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ

صرف ایک ہی گردہ ماؤف ہو۔

مقامی منضمہ کی قسم کا التہاب کلیہ وحوض کلیہ دوسرے حصوں کے ریمی تغیرات کی طرح مندمل ہوسکتا ہے۔ اس کاندبہ جرم گردہ کے ایک فلقہ پر مشتمل ہوتا ہے جو سطح پر نشیب دار یا گڑھے کی طرح ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ ہی بعض اوقات حوض کلیہ کا ایک مقامی اتساع بھی ہوتا ہے۔ کبھی کبھی جرم گردہ کے ایک فلقہ میں خانہ دار دویرے ہوتے ہیں، جن کی شکل اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ وہ ایک عفن انضمامی رقبہ سے پیدا ہوئے ہیں۔ بعض دویرے جو امتحان بعد الممات میں ملتے ہیں اور سرسری طور پر "پیدائشی" تصور کرلئے جاتے ہیں، غالباً اسی طریقہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ گردکلوی پھوڑا (perinephric abscess) اکثر بار ایک قشری خراج کے گردکلوی بافتوں میں پھیل جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

حقیقی حاد التہاب حوض الکلیہ میں غشائے مخاطی متورم اور اس کے عروق مشرّب ہوتے ہیں۔ اکثر نزف کے چھوٹے چھوٹے دھبے موجود ہوتے ہیں۔ بعض اوقات التہاب ایک ڈفتھیریائی شکل اختیار کرلیتا ہے، اور سطح سے جابجا جھلی کی چکتیاں چپکی ہوتی ہیں۔ حصاتی التہاب حوض کلیہ میں ممکن ہے کہ پتھری کی موجودگی کی وجہ سے سطح کا تقرح موجود ہو۔ اور جیساکہ پہلے بتلایا گیا ہے ایسے تقرح سے انثقاب اور گردکلوی التہاب پیدا ہوسکتا ہے۔ یا اگر پتھریوں کے اپنی جگہ سے ہٹ جانے کے باعث یا عفن اخراجات سے حالب کے تسدد ہوجانے کے باعث التہابی مادہ محبوس ہوجائے تو پھر تقیح حوض الکلیہ پیدا ہوجاتا ہے۔

اس قسم کے التہاب گردہ کو جو التہاب کلیہ وحوض کلیہ کے متواتر حملوں اور اندمال سے پیدا ہوجاتا ہے، ذبولی التہاب کلیہ وحوض کلیہ (atrophic pyelonephritis) کہتے ہیں۔ یہ ایک یا دونوں جانب واقع ہوسکتا ہے۔ گردہ چھوٹا، منقبض اور متلیف ہوتا ہے، اور انتہائی اصابتوں میں ممکن ہے کہ جرم گردہ کچھ باقی نہ رہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ اسے مرضِ برائٹ کے ثانوی منقبض گردے سے تمیز کرنا نہایت مشکل ہو۔ خاص امتیازی فروق یہ ہیں کہ ذبولی التہاب کلیہ وحوض کلیہ میں لیفیت اور ذبول خالی آنکھ کو چکتی دار نظر آتے ہیں اور سطح کا بیقاعدہ

کھروند ا انداب موجود ہوتا ہے۔ حوض کلیہ قمعات اور کمامات کا اتساع ہوتا ہے اور سیاہ نخی اہرام چپٹے ہو جاتے ہیں، یا ممکن ہے کہ صرف ایک یا دو کمامات ہی ماؤف ہوں۔ کلوی حوض میں پیپ اور پیشاب کے علاوہ خون، پتھریاں یا دوسرے اجسام غریبہ ہو سکتے ہیں جن سے خرابی پیدا ہو گئی ہے۔ اور بولی ملحات کا جماؤ ہو سکتا ہے یعنے ترشئی بول کے اندر یوریٹس (urates) کا اور اگر، جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، پیشاب قلوی یا ایمونیائی ہو تو فاسفیٹس کا۔ بعض کہنہ اصابتوں میں گردہ اس قدر مدبول ہوتا ہے کہ اس میں سوائے اس کے کیسہ اور فاصلات کے اور کچھ باقی نہیں رہتا جو کہ کیفے بنا دیتے ہیں اور ان کہفوں میں پوٹین جیسے تودے موجود ہوتے ہیں جو پیپ کی تغلیظ اور عدیم الشکل فاسفیٹس کے جماؤ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

علامات۔ حاد التہاب کلیہ و حوض کلیہ کی خفیف ترین شکل میں جس میں شاید التہاب کی صرف ایک یا دو ہی جھکتیاں ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ علامات اتنی کافی شدید نہ ہوں کہ مریض کسی طبیب کو بلائے۔ زیادہ شدید شکل میں اکثر کمر میں کسیقدر دھیما مستمر درد ہوتا ہے، جو دبانے سے بڑھ جاتا ہے اور اس کے ساتھ ہی عضلات شکم میں استواری ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ کمر میں ایک بڑی الیم گانٹھ محسوس ہو۔ بخار موجود ہوتا ہے، اور کبھی کبھی قشعریرات اور خلیات ابیض کی کثرت۔ ممکن ہے کہ پیشاب بار بار اور درد کے ساتھ ہو اور احتباس بول بھی ہو سکتا ہے۔ شاید حوضی اور قمعی برحلہ کے خلیے تمیز ہو سکیں۔ وہ مخروطی، ناشپاتی نما یا سکلہ نما شکل کے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض کو قئے ہو، خاص کر اس وقت جب کہ درد شدید اور قولنجی ہو۔ جہاں یہ التہاب کلیہ و حوض کلیہ خطۂ بولی میں کی کسی دوسری جگہ کی سرایت کے ہمراہ ثانوی طور پر ہوتا ہے تو آخر الذکر سرایت کی دوسری علامات بھی موجود ہوں گی۔ سب سے زیادہ شدید شکل میں ممکن ہے کہ تپش مسلسل یا متفتر طور پر بلند درجہ پر ہو، نبض سریع و ضعیف ہو اور سُّمی حالت کے تمام ممیز خصائص موجود ہوں یعنے عدم اشتہا، خشک بھوری مشقوق زبان، متلی اور قئے، بعض اوقات اسہال، پسینہ، اور سریع نحول۔ جب دونوں گردے وسیع طور پر ماؤف ہوتے ہیں تو کلوی فعل میں مداخلت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ خون میں یوریا زیادہ ہو جائے، ترشہ دمویت اور تشنجی کلوی اذیمیا ہو، اور بالآخر نہاکتی یوریا دمویت

تمثیلی علامات ظاہر ہو جائیں، یعنے تو ما' عضلات کے جھٹکے' اور جوع البوا۔
دو سال سے کم عمر کے بچوں کے التہاب کلیہ وحوض کلیہ میں ایک گروہ مہلک اصابتوں کا ہے جو کسی دوسری جگہ کی سرایت کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہو جاتی ہیں مثلاً التہاب اُذن وسطی (otitis media) معدی معوی التہاب (gastro-enteritis) اور ریوی مرض (pulmonary disease) کے بعد۔ زیادہ عمر کے بچوں میں ممکن ہے کہ صرف سلس البول ہو اور پیشاب بار بار آئے، اگرچہ کلوی مرض کے مقامی علامات کچھ وقفوں کے ساتھ واقع ہو سکتے ہیں۔ جب کسی بچے میں سلس البول کی اصابت پائی جائے تو اُس میں ہمیشہ عصیہ بولیت اور التہاب کلیہ وحوض کلیہ کے لئے جستجو کرنی چاہیے۔
ممکن ہے کہ خفیف اصابتوں میں پیشاب کے اندر ریمی خلیات' جراثیم (ملاحظہ ہو عصیہ بولیت)' شاید چند دموی خلیات' اور قدرے البیومن موجود ہو' اور پیشاب عموماً ترشئی ہوتا ہے۔ نسبتہً زیادہ شدید اصابتوں میں پیشاب کے اندر پیپ متعددبہ مقداروں میں موجود ہوتی ہے (صدیل بولیت = pyuria)۔ جب پیشاب کیا جائے تو وہ مکدر ہوتا ہے' اور جب پیپ تہ نشین ہوتی ہے تو وہ گلاس کی تہ میں ایک نہایت پھیکے رنگ کا زرد ملائی جیسا جماؤ بنا دیتی ہے' اور یہ پیپ پیشاب کے ساتھ صرف خط اتصال کے مقام پر ہی مخلوط ہوتی ہے۔ اس جماؤ کی نوعیت کی تعیین خرد بینی یا کیمیائی کاشفات سے کی جا سکتی ہے' مثلاً اگر اوپر تیرتا ہوا مایع پھینک کر دور میں قدرے لائکر پٹاسی (liquor potassæ) ملا دیا جائے تو اس سے اُس کا رنگ بہ سرعت غائب ہو جاتا ہے' اور وہ نیم شفاف ہو کر ایک لزج لسلسا مایع بن جاتا ہے۔ اگر اسے ایک ظرف سے دوسرے ظرف میں ڈالا جائے تو یہ ایک کم و بیش ملتصق تودے کی صورت میں گرتا ہے۔ اگر پیشاب جسم کے اندر ہی تحلیل ہو کر قلوی ہو جائے تو بھی پیپ میں یہی لسلسا تغیر واقع ہو جائیگا اور پیشاب ملائی جیسی پیپ کے ساتھ نہیں بلکہ اس لزج' انڈے کی سپیدی جیسے سیال کے ساتھ مخلوط ہو گا۔ یہ بعض اوقات التہاب کلیہ وحوض کلیہ اور تقیح حوض کلیہ میں واقع ہوتا ہے اُس وقت جب کہ تمدد حوض کلیہ کے اندر محبوس شدہ پیشاب میں بالآخر تحلیل واقع ہو جائے۔ اور یہی التہاب مثانہ میں بھی اسی سبب کے باعث واقع ہوتا ہے۔
ممکن ہے حالب کے تمدد سے ہی پیشاب محتبس ہو جائے جس سے استسقاء الکلیہ

(hydronephrosis) (رجوع ملاحظہ ہو) یا تقیح حوض گردہ پیدا ہوجاتا ہے۔

مزمن التہاب کلیہ وحوض کلیہ اور ذبولی التہاب کلیہ وحوض کلیہ میں ممکن ہے کہ مقامی درد اور الیمیت تقریباً نایاب ہوں، چنانچہ تشخیص میں دقت پیش آتی ہے۔ قطع نظر عصیہ بولیت کے، پیشاب کا نمایاں طور پر غیر طبعی ہونا ضروری نہیں معلوم یہ ہوتا ہے کہ مریض کو عصبی نہاکت (neurasthenia) یا مزمن خرابی صحت ہے اور ممکن ہے کہ نہاکتی یوریا دمویت (asthenic uræmia) اس منظر کا خاتمہ کردے۔ ان حالات میں خون کا دباؤ ہرگز ہمیشہ بلند نہیں ہوتا اور نہ قلب بیش پروردہ ہوتا ہے۔

تشخیص۔ التہاب کلیہ وحوض کلیہ کو اس کے مقامی اثرات سے اور پیشاب کے اندر ریمی خلیوں کی موجودگی کی بنا پر شناخت کر لینا چاہئے۔ تفصیلی پیشاب صفحہ 535 پر بیان کیا گیا ہے۔ یوروبیلگرافی تشخیص کا ایک عمدہ ذریعہ ہے، کیونکہ اس سے گردہ کی وظیفی استعداد اور حوض کی جسامت ظاہر ہوجاتی ہے۔ تفقری خون کاری اور قطرت کے بعد پیشاب کی کاشت بھی استعمال کئے جاتے ہیں لیکن التہاب مثانہ ہو تو نہیں۔

تقیح حوض الکلیہ ان متعدد اورام کے ساتھ خلط ملط ہوسکتا ہے جو دائیں کوکھ میں پائے جاتے ہیں اور جن کا ذکر گرد کلوی خراج (perinephric abscess) کے تحت کیا جائے گا۔ آخر الذکر کو تقیح حوض گردہ سے ہمیشہ تمیز نہیں کیا جا سکتا۔ لیکن استسقا، الکلیہ میں کوئی ارتفاع تپش نہیں ہوتا۔

انذار کا انحصار بہت کچھ اولی سبب پر ہوتا ہے۔ وہ التہاب کلیہ وحوض کلیہ جس میں سیلان بول میں کوئی تسدد نہ ہو، عموماً اچھا ہوجاتا ہے اگرچہ یہ ممکن ہے کہ وہ عرصہ دراز تک کم و بیش جاری رہے۔ تقیح حوض گردہ ایک خطرناک ضرر ہے، اور ممکن ہے کہ وہ سینہ یا شکم لیں انثقاب واقع ہوجانے، مسلسل اخراج مواد کی وجہ سے خستگی پیدا ہوجانے یا چربیلی مرض (lardaceous disease) کے وقوع کے باعث مہلک ثابت ہو۔ شاذ اوقات یہ بھی ہوتا ہے کہ پیپ مغلظ ہوجاتی ہے اور ایک گردہ ضائع ہو کر شفا ہوجاتی ہے۔ کلوی وظیفہ کے کاشفات سے ظاہر ہوجائے گا کہ آیا یوریا دمویت کا خطرہ ہے یا نہیں۔

تحریز۔ بولی اعضا کے علاج کے دوران میں یہ ہمیشہ یاد رکھنا چاہئے کہ التہاب کلیہ

وحوض کلیہ کا پیدا ہوجانا ممکن ہے۔ نخاعی اصابتوں میں اس امر کی کوشش ضروری ہے کہ التہاب مثانہ نہ پیدا ہونے پائے۔ جنگی تجربہ کی بنا پر ایسی اصابتوں میں اب قاثاطیر کا استعمال بہت محدود کر دیا گیا ہے کیونکہ ایسے ذرائع سے سرایت داخل ہوجاتی ہے۔ اُن اصابتوں میں جن میں نخاع بالکل منقطع ہوگئی ہو بعض معکوسات سے کام لیا جاسکتا ہے جو نمو یاب ہوجاتے ہیں۔ نوبی وقفوں کے ساتھ جلد کو تہیج کیا جاتا ہے۔ اِس سے جوارح میں خم کن جبستیں (flexor responses) پیدا ہوتی ہیں، اور انقباضِ مثانہ واقع ہوکر مثانہ بالکل خالی ہوجاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں جب التہابِ مثانہ موجود ہو تو مثانہ کو کسی دافعِ عفونت محلول، مثلاً سیلی سلیٹ آف سوڈیم (۱ اونس میں ۵ گرین) یا پین (۱ اونس میں ا یا ۲ گرین) یا بورکس (۱ اونس میں ۵ گرین) سے دھوڈالنا چاہئے۔ اور یوروٹروپین (urotropin) (۱۰ گرین) یا ہیلمٹال (helmitol) کا داخلی استعمال کرنا چاہئے۔ قثاطیر کے ذریعہ مسلسل تسئیل کرنے کی ضرورت ہے۔

علاج۔ اگر پیشاب کے بہاؤ میں رکاوٹ ہے تو طبی علاج سے کم فائدہ ہوگا، کیونکہ حالت جراحی ہے۔ قثاطیر کے ذریعہ مسلسل تسئیل سے مرض میں تخفیف ہوسکتی ہے۔ حاد اصابتوں میں جو کہ عمومی عصیہ قولونی کے باعث ہوتی ہیں، پہلا علاج یہ ہونا چاہئے کہ سارے چوبیس گھنٹوں میں بول کو قلوی کیا جائے، جیسا کہ حاد التہاب گردہ کے تحت بیان کیا گیا ہے، اور بہ افراط سیال لینا چاہئے۔ اگر یہ کارگر نہ ہو تو دو یا تین ہفتوں کے بعد ہیگزامین (hexamine) ۶ تا ۱۰ گرین کی مقداروں میں دیجاتی ہے اور اب ۳۰ گرین ایسڈ سوڈیم فاسفیٹ روزانہ تین یا چار بار علیحدہ دے کر بول کو ترشئی کر دیا جاتا ہے۔ اس کی متبادل ترکیب یہ ہے کہ کیلسیم کلورائیڈ ۵ گرین ایک سیلال کیپسول (salol capsule) میں دن میں ۵ مرتبہ دیا جائے، لیکن اس سے بدہضمی ہوسکتی ہے۔ بیٹین ہائڈروکلورائڈ (betain hydrochloride) ہر مقدار میں ۷ گرین دینا، ترشہ دینے کا ایک دوسرا طریقہ ہے۔ پیشاب کی ترشگی کا امتحان کرنا ایک ضروری چیز ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 508)۔ جب بول ابتدا سے قلوی ہو تو ہیگزامین اور ترشئی علاج کا استعمال پہلے ہی کرنا چاہئے۔ یہ دونوں علاج کئی بار متبادلاً کئے جائیں۔ دشوار علاج اصابتوں میں، بالخصوص بچوں میں، بعض اوقات مصنوعی کیتونیت پیدا کر دینے سے کامیابی

حاصل ہوجاتی ہے۔ کاربوہائڈریٹ غذا کو خوراک سے حتی الامکان خارج کردیا جاتا ہے،
جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بول سے ایک قوی اور نمایاں تعامل راتھیرز (Rothera's
reaction) حاصل ہونے لگتا ہے۔ اسے ایک یا دو ہفتے تک جاری رکھا جائے،
لیکن اس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ ایسی غیر فطری غذا سے بچہ کی غذائی تمثال میں
خرابی نہ پیدا ہوجائے۔ بہایت مزمن اصابتوں میں روغن چوب صندل (sandal-
wood oil)، کوپیبا (copaiba)، اور بنزوائک ایسڈ (benzoic acid) یا سیلال
(salol) دینا چاہیئے، یا جلاٹین کے کیپسوں میں ۳ ر۰ گرام ہیکزل ریسار سنال
(hexyl resorcinol)۔ مقوی غذا، جس میں بہت سی حیاتینیں ہوں، اور اضلاع
کی تازہ ہوا یا سمندر کے کنارے کی ہوا مناسب ہیں۔ درد کے لئے ٹنکچر ہیاسیامی
(tr. hyoscyami) ۱۰ منم دیا جائے، اور بالخصوص اگر خون زیادہ آتا ہو تو خشک
حجمہ کا استعمال کیا جائے۔ مینڈلک ایسڈ سے علاج جو کہ حال ہی میں رائج کیا گیا ہے،
حسب ذیل ہے:- مینڈلک ایسڈ ۴۵ گرین، سوڈا بائی کارب۔ ۴۰ گرین، اکوا منتھاپپ
(aq. menth. pip.) ایک اونس تک، چار مرتبہ دن میں، پیشاب کو امونیم کلورائیڈ
(ammonium chloride) دے کر ترشئی بنایا جاتا ہے، مثلاً اس کے ۳۰ گرین،
ایکسٹریکٹ گلسرائزا ½ اونس، ایکوا کلوروفارم ایک اونس تک، دن میں تین مرتبہ۔
میتھل ریڈ (methyl red) (۵ قطرے ۲ مکعب سنٹی میٹر آب کشیدہ میں) پیشاب
میں ملایا جائے تو اس کی رنگت نارنجی ہونی چاہیئے۔

انتقالی التہاب گردہ

(metastatic nephritis)

یہ ایک مشکوک امر ہے کہ انتقالی التہاب گردہ کے عنوان کے تحت ایک جداگانہ
مرض بیان کرنا درحقیقت درست بھی ہے یا نہیں، کیونکہ التہاب کلیہ وحوض کلیہ
(pyelonephritis) بیشتر اصابتوں میں ایک محولہ خون سرایت ہوتی ہے۔ یہ واقعہ
ہے کہ نقی عنبی تقیح الدم (staphylococcal pyæmia) میں گردہ کے قشرہ میں انتقالی
خراج کا ملنا کافی عام ہے۔ جب یہ پھوڑے آر پار راستہ کرکے مجمع آتا بیسا ور حوض گردہ

اندر پھوٹ پڑتے ہیں تو ایک حقیقی التہاب کلیہ و حوض کلیہ پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن بالعموم یہ حوض کلیہ سے بے تعلق رہتے ہیں یا پھیل کر گرد کلوی پھوڑا (perinephric abscess) بنا دیتے ہیں۔ چنانچہ انتقالی التہاب گردہ لازماً نازل التہاب گردہ و حوض گردہ (descending pyelonephritis) کا ایک ابتدائی مرحلہ ہوتا ہے اور اس کے علامات پہلے بیان ہو چکے ہیں۔ ان اصابتوں میں جن میں امتحانِ لاش میں انتقالی خراجات تقیح الدم کے جزو کے طور پر پائے جائیں، علامات تقیح الدم کے ہی ہوتے ہیں اور کلوی خراجات محض ضمنی ہوتے ہیں۔

خبیث التہاب درون قلبیہ (malignant endocarditis) میں انتقالی خراجات کبھی کبھی مختلف الجسامت سدادی معقمات کی شکست و ریخت سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ یہ مخروطی ہوتے ہیں لیکن عموماً التہاب کلیہ و حوض کلیہ کے پھوڑوں سے مختلف شکل کے ہوتے ہیں اور ان کا قاعدہ نسبتہً زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ تاہم چونکہ معقمات اکثر نبعات سمیہ اخضر کے باعث ہوتے ہیں لہٰذا وہ عموماً ٹوٹ پھوٹ کر پیپ نہیں بناتے۔ سدادی انضمام درد سے اور بول کے اندر خون اور البیومن کی موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے۔

التہاب گرد کلیہ اور خراج گرد کلوی

(perinephritis and perinephric abscess)

التہاب گرد کلیہ کی اصطلاح گردے کے آس پاس کی بافتوں کے التہاب کیلئے استعمال کی جاتی ہے۔

بحث اسباب ۔ یہ اسبابِ ذیل سے پیدا ہوتا ہے۔ (۱) تضرر مثلاً گھونسوں، لاتوں یا زور لگانے سے۔ (۲) گردہ، حوضِ گردہ یا حالب سے التہاب کے پھیل جانے کی وجہ سے۔ چنانچہ یہ التہاب کلیہ و حوض کلیہ (pyelonephritis) تقیح حوض گردہ (pyonephrosis) گردے کے درنہ یا حصات کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ (۳) گرد کلوی بافتوں میں دور افتادہ حصوں سے التہاب کے اور بالخصوص تقیح کے پھیل جانے سے۔ مثلاً حوضی خلوی التہاب (pelvic cellulitis)، التہابِ زائدہ و جگر یا

طحال کا پھوڑا، شوکہ کی بوسیدگی (caries of the spine) اور نصری پھوڑا (psoas abscess) یا التہاب مرارہ۔

علامات۔ یہ کسی حد تک وہی ہوتے ہیں جو دوسرے التہابی اعمال کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ آغاز مرض غیر محسوس ہو اور ایسی صورت میں سوائے کیفقدر ومیمے اور مستمر درد کے اور کچھ نہیں ہوتا۔ دوسری اصابتوں میں نمایاں قشعریرہ ہوگا اور اس کے ساتھ ہی تپش کا ارتفاع جو کیا نیت کے ساتھ بلند جاری رہتی ہے یا متوقف نوعیت کی ہوتی ہے۔ درد کمر میں یا شکم کے پہلو میں عمیق المقام ہوتا ہے اور خشلۂ بُن ران یا اعضائے تناسل کی طرف منتشر ہوتا ہے، یعنی قطنی ضفیرہ کی توزیع میں۔ گو کہ یا کمر کا درد دبانے سے زیادہ ہو جاتا ہے اور دو دستی امتحان کرنے پر اس خطے میں قدرے بڑی یا مزاحمت محسوس ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ مریض ریڑھ کے قطنی حصے کو خم کرنے یا بسط کرنے کے ناقابل ہو۔

جوں جوں یہ اصابت ترقی کرتی جاتی ہے آخری پسلی اور عرف حرقفی کے درمیان کی فضا میں ایک کم و بیش وسیع مسلعہ جاگزیں ہو جاتا ہے، جو کیانیت کے ساتھ اصم ہوتا ہے، کوکھ کو باہر کی طرف ابھار دیتا ہے، کوکھ میں اُذیما پیدا کر دیتا ہے، اور شاید متموّج ہوتا ہے۔ اکثر اسی جانب کی ٹانگ وضعی مفصل پر خمیدہ ہوتی ہے اور اس کو بسط کرنے کی کوشش سے درد ہوتا ہے۔ اس امر کی طرف توجہ دلائی گئی ہے کہ التہاب گرد کلوی کا مریض ایک خاص طریقہ سے کھڑا ہوتا ہے حتیٰ کہ اس وقت بھی جب کہ التہاب خراج کے درجہ تک نہ پہنچا ہو۔ مریض کے کھڑا ہونے کا مخصوص طریقہ یہ ہوتا ہے کہ جسم ماؤف جانب کو جھکا ہوا ہوتا ہے، کو لھا قدرے خمیدہ ہوتا ہے اور ہاتھ اسی جانب کی ران پر رکھا ہوا ہوتا ہے۔ چنانچہ اکثر وضعی مفصل کے مرض کی کیفقدر مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔

بول کا متاثر ہونا لازمی نہیں۔ اگر یہ التہاب گردہ حوض یا حالب کے التہاب سے پیدا ہوا ہے تو ممکن ہے کہ گرد کلوی پھوڑے کی پیپ بول کے اندر آجائے (صدید بولیت = pyuria)۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ کلوی ورید پر پھوڑے کا دباؤ پڑنے سے البیومن بولیت واقع ہو جائے۔

جب پیپ بن جاتی ہے تو وہ عموماً ابتداءً گردہ اور قطنی عضلات کے درمیان واقع ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ اپنا راستہ مختلف سمتوں میں نکال لے۔ باہر کی طرف وہ عموماً عریضۂ ظہریہ عضلہ اور بیرونی مُورب عضلات کے درمیان منہ کرتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ نیچے کی طرف جاکر رباط پوپارٹ کے نیچے منہ کرلے۔ دوسری امعائی بول میں وہ قولون، لفائفی یا معدے کے اندر یا حالب، مثانہ یا اہبل میں پھوٹ نکلتی ہے، یا باریطون کے اندر جب کہ وہ التہاب باریطون پیدا کر دیتی ہے۔ یا وہ ڈایافرام کے اندر سوراخ کرکے ذات الریہ، ذات الجنب اور تقیح الصدر پیدا کر دیتی ہے۔ یا بلا اشتقاقی پلیورائی التہاب کے انصبابات (pleuritic effusions) پیدا کر دیتی ہے، یا قاعدہ ششش کو دبا کر پچکا دیتی ہے۔

تشخیص۔ ذیل کی حالتیں غلطی سے التہاب گرد کلیہ سمجھی جانے کا بہت امکان ہوتا ہے:۔ دردِ کمر (lumbago)، شوکی بوسیدگی (spinal caries)، سرطانی سلعاتِ گردہ، استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) اور تقیح حوض گردہ (pyonephrosis)، التہاب زائدہ، التہاب عطفہ (diverticulitis)، برازی اجتماعات، طحالی اور کبدی سلعات۔ اس ضرر کی با احتیاط تعیین مقام اسے شوکی کی بوسیدگی، کبدی اور طحالی سلعات، اور التہاب زائدہ سے متفرق کردے گی۔ برازی اجتماعات، سرطان گردہ اور استسقاء الکلیہ کے ساتھ تپ نہیں ہوتی، اور نہ دردِ کمر کے ساتھ جو کہ اکثر دونوں جانب کی شکایت ہوتی ہے۔ سوئی اور پچکاری سے استقصا کرنے پر پیپ کا ملنا ممکن ہے۔

علاج۔ یہ بیشتر جراحی ہوتا ہے۔ مقامی لاسقات اور افیون کے مرکبات سے درد میں تخفیف ہوجائے گی۔ اگر پیپ بن گئی ہے تو حتی الامکان اسے جلد خارج کر دینا چاہیے۔

گردے کا تدرّن

(tuberculosis of the kidney)

ممکن ہے کہ گردہ ایک عمومی دُخنی تدرّن (general miliary tuberculosis)

کے جزو کے طور پر تدرن سے سرایت زدہ ہو جائے۔ ذرے نے دقیق رماوی یا زرد جاؤ کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں جن کا قطر ۱-۲ ملی میٹر ہوتا ہے، اور وہ گردے کے قشرہ اور لب میں غیر منظم طور پر اور بالعموم کسیقدر قلت کے ساتھ منتشر ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ چند و نے سطح گردہ پر دیکھے جائیں اور بعض تراشنے پر نظر آتے ہیں۔ ان کی شکل گول یا اس کا سبب کے رخ میں کسیقدر لمبوتری ہوتی ہے۔ وہ ذرہ کی ممیز دقیق تشریح ظاہر کرتے ہیں۔ بقیہ گردہ تندرست ہوتا ہے اور بالعموم ذرنوں کے جماؤ کے ساتھ کوئی سریری علامات موجود نہیں ہوتے۔

تدرنی التہاب گردہ (tuberculous nephritis) کی اصطلاح کا اطلاق التہاب گردہ کی بعض ایسی اصابتوں پر کیا جاتا ہے جو فاعلی ریوی تدرن کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ یا وہ ایک گردے میں اس وقت ہو سکتا ہے جب کہ دوسرا گردہ تدرنی ہو۔ بول میں البیومن اور سبائک موجود ہوتے ہیں۔ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ حالت ایک سمی التہاب گردہ (toxic nephritis) ہے اور اس میں تدرنی ضررات غیر موجود ہوتے ہیں۔ اولی مرکز کے خارج کر دینے پر ممکن ہے کہ یہ التہاب زائل ہو جائے۔

540

حقیقی تدرنی گردہ (tuberculous kidney) یا مزمن کلوی تدرن (chronic renal tuberculosis) جسم میں کے کسی دوسرے مقام کے تدرنی ضرر کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ یہ بیشتر اصابتوں میں ایسی سرایت کے طور پر پیدا ہوتا ہے کہ جو کے خون سے واقع ہو۔ یہ زیادہ عام طور پر تناسلی نظام (بالخصوص بربخ) اور ہڈیوں اور مفاصل کے تدرن کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں کو زیادہ اکثر متاثر کرتا ہے۔ تقریباً تین چوتھائی اصابتیں بیس اور چالیس سال کے درمیان کی عمر میں ہوتی ہیں۔ یہ بالکل عام طور پر دو جانبی ہوتا ہے۔

مزمن کلوی تدرن

(chronic renal tuberculosis)

مرضی تشریح۔ اس عنوان کے تحت کلوی تدرن کی تقریباً وہ تمام شکلیں شامل ہیں جو کہ جراح کی نگرانی میں آتی ہیں۔ اس میں وہ حالتیں شامل ہیں جو راسی تدرن (apical tuberculosis)، تقرحی کہفی تدرن (ulcero-cavernous tuberculosis)،

تدرنی استسقاء الکلیہ (tuberculous hydronephrosis)، جبنی تدرن (caseous tuberculosis)، گرہکی تدرن (nodular tuberculosis) اور تدرنی خراج (tuberculous abscess) کے ناموں سے معروف ہیں۔

ان اصابتوں کی اکثریت میں ابتدائی تغیر ہرم کے راس پر واقع ہوتا ہے۔ یہاں خفیف سا نقصان جرم ہوتا ہے جو ایک التہابی منطقہ سے محصور ہوتا ہے۔ یہ تقرح ہرم کے قاعدے کی طرف پھیل کر ایک کہفہ بن جاتا ہے جو کمامہ سے ارتباط رکھتا ہے۔ اِس کہفہ کا استر ایک تنخزی یا تجبنی بافت کی تہ سے بنتا ہے۔ اِس سے آگے ایک التہابی منطقہ ہوتا ہے، جس میں ممکن ہے کہ رمادی ذَرنے ظاہر ہوں اور کبھی کبھی رمادی جیلاتینی درنوں کا ایک کمل منطقہ ہوتا ہے۔ التہابی منطقہ سے باہر کی طرف طبعی کلوی بافت میں جُدا جُدا درنوں کے نقطے بنے ہوئے ہوتے ہیں یا یہ درنے ایک یا زیادہ دھاریوں کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں جو سطح گردہ کی طرف تشع کرتی ہیں۔ سطح گردہ پر ان رقبوں میں جو زیر افتادہ درنی اہرام سے متناظر ہوتے ہیں درنوں کے گردہ دیکھے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان اہرام میں سے کئی یا سب کے سب مختلف درجوں میں متاثر ہوں۔ ممکن ہے کہ اب ایک دوسرا مرضیاتی عمل نمایا ہو جائے۔ کمامہ کی دیوار میں اُس کی گردن کے مقام پر یا حوض کے مخرج پر جہاں حوض کا انقسام ہوتا ہے، یا دیوار حوض میں لیفی دبازت نمو یاب ہو کر منقبض ہوجاتی ہے یہاں تک کہ وہ راستہ بالآخر مسدود ہو جاتا ہے۔ اب اگر اُس قطعہ میں جو تدریجاً مسدود ہو رہا ہے بولی افراز جاری رہا تو ایک محدود المقام دُوَیرہ یا جزئی یا کامل استسقاء الکلیہ نمودار ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر اِس کے برعکس افراز بول موقوف ہو جائے تو ایک جبنی تودہ بن جاتا ہے جو کہ لیفی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ سارا گردہ ان جبنی تودوں کی پچکاری میں متبدل ہو جائے۔ بیشتر اصابتوں میں حالب بہت دبیز اور استوار ہو جاتا ہے۔ مخاطیہ کا تقرح، تنخز اور تجبن پیدا ہو جاتا ہے، اور درمیانی اور بیرونی طبقات میں درنی دریزش واقع ہو کر لیفی بافت کی دبیز تہیں نمودار ہو جاتی ہیں۔ اِس نالی کا ایک یا کئی حصے تضیق کی تکوین سے متاثر ہو سکتے ہیں اور اُس کے اوپر نالی کا اتساع واقع ہو جاتا ہے (19)۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں

مرض مثانہ تک پھیل جاتا ہے۔

بعض اوقات مرکز مرض کے گرد لیفی بافت کا ایک حلقہ بن جاتا ہے جو اسے پورے گردے سے یا اس کے کچھ حصے سے کامل طور پر بے تعلق کر دیتا ہے اور اس طرح تدرنی گردہ مندمل ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت کو بند کلوی تدرن (closed renal tuberculosis) کہتے ہیں۔

علامات ۔ مریضوں کی اکثریت میں مثانہ کی خراش پذیری اور ساتھ ہی پیشاب کا بار بار آنا، پہلی علامت ہوتی ہے کہ جس کی مریض کو شکایت ہوتی ہے، اور عرصہ دراز تک یہی واحد علامت ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی پیشاب کرنے سے پہلے اور بعد میں درد ہوتا ہے۔ ابتدائی درجہ میں پیشاب کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے۔ وہ پھیکے یا ہلکے رنگ کا، خفیف سا ترشئی یا معاول ہوتا ہے، اور اس میں البیومن اور معلق پیپ کی تھوڑی سی مقدار اور مہین سپید گالے موجود ہوتے ہیں۔ غیر پیچیدہ اصابتوں میں چند عصیات درنیہ پائے جاتے ہیں، لیکن دوسرے کوئی جراثیم نہیں ہوتے۔

اکثر اوقات خفیف سی اختتامی دم بولیت دیکھی جاتی ہے، اور بعض اوقات دم بولیت کا حملہ ایک ابتدائی علامت ہوتا ہے۔ شاذ اصابتوں میں دم بولیت کے شدید حملے ایک نمایاں خاصہ ہوتے ہیں۔ بالعموم وزن کی خفیف سی مسلسل کمی دیکھی جاتی ہے، لیکن غیر پیچیدہ کلوی تدرن میں سریع یا شدید تحول نہیں ہوتا۔ گردے کا درد عموماً ناقابل توجہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ بالکل غیر موجود ہو۔ جب شدید نزف ہو تو ممکن ہے کہ منجمد خون کے تھکوں کی وجہ سے حالبی قولنج ہو۔ بیشتر اصابتوں میں تپ نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ خفیف اور مسلسل ارتفاع تپش ۹۹ درجہ تک اور بعض اوقات ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ تک دیکھنے میں آئے۔ اگر بلند تپش موجود ہے تو یہ مخلوط سرایت کی یا عمومی تدرن کی علامت ہے۔ غیر پیچیدہ کلوی تدرن کی قلیل التعداد اصابتوں میں گردے کی کلانی محسوس ہوتی ہے۔ لیکن اس وقت بھی جب کہ گردہ بہت بڑھ گیا ہو، ممکن ہے وہ بہت اوپر واقع یا فرام کے نیچے منضم ہو اور محسوس نہ ہو سکے۔

ایک دبیز تدرنی حالب ممکن ہے کہ ایک ڈبلے پتلے موضوع میں حوض کی لگر کے

541

لیول پر یہ چیز جس کرنے پر محسوس ہو جائے یا ذکورین مستقیمی امتحان کرنے پڑ یا مہبلی امتحان کرنے پر جب کہ وہ جانبی قبوہ میں ایک موٹی رسی کی طرح محسوس ہوتا ہے۔ کلوی تدرن کا یہ ایک ممیز خاصہ ہے کہ کوئی ایسے علامات پیدا کئے بغیر کہ جن سے مریض کی توجہ منعطف ہو مرض اتنی ترقی کر چکا ہے کہ ایک گردہ بالکل تلف ہو جاتا ہے۔ علامات مختلف ہو سکتے ہیں اور ممکن ہے کہ بعض اصابتوں میں طویل عرصوں تک غایب ہوں۔ تاہم اصابتوں کی اکثریت میں علامات بتدریج ترقی کرتے جاتے ہیں۔

بند کلوی تدرن میں اکثر مثانہ کی ایسی خراش پذیری کی سرگذشت موجود ہوتی ہے جس میں کچھ عرصہ سے تخفیف ہو گئی ہے۔ بول میں البیومن، خفیف سی پیپ یا چند سرخ خلیات موجود ہوتے ہیں۔ لاشعاعیں تکلیس ظاہر کرتی ہیں اور مثانہ بینی سے ایک مسدود اور باہر کھنچا ہوا حالب ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ناموافق حالات میں بند تدرن پھر فاعلی ہو جائے۔

تشخیص۔ ایک نوعمر بالغ شخص میں التہاب مثانہ کے علامات کی نمو یابی سے تدرنی گردہ کی موجودگی مترشح ہوگی جب کہ ساتھ البیومن بولیت بھی موجود ہو جو ایک مستمر علامت ہوتی ہے۔ عقیم بول کے ساتھ صدید بولیت کی موجودگی بھی اس کا قوی شبہ پیدا کرتی ہے۔ ۲۰ فی صدی اصابتوں میں تلوین سے یا گینی پگ میں اشراب کرنے سے عصیات درنیہ نہیں ملتے۔ بعض اوقات سل ریوی میں خود گردہ تدرنی ہوئے بغیر درنی عصیہ بولیت واقع ہو جاتی ہے۔ اس عصیہ بولیت کے ساتھ غالباً ایک غیر نوعی تدرنی التہاب گردہ (non-specific tuberculous nephritis) (اوپر ملاحظہ ہو) موجود ہوتا ہے۔ لیکن عصیات درنیہ کے ہمراہ پیپ کی موجودگی کے یہ معنی ہیں کہ کلوی تدرن موجود ہے۔ بہت سی اصابتوں میں (لیکن سب میں نہیں) مثانہ بین سے امتحان کرنے پر تدرن کے مخصوص و ممیز مناظر نظر آتے ہیں۔ مشکوک اصابتوں میں حالبین کی قثطرت عمل میں لائی چاہئے۔ لیکن اگر مثانہ زیادہ ماؤف ہے تو یہ نہیں کی جا سکتی۔ گردوں کے لاشعاعیہ سے ۲۰ فی صدی اصابتوں میں مثبت نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ ان میں سایے عموماً حصات کے سایوں کی نسبت زیادہ بے قاعدہ ہوتے ہیں اور ان کی کثافت ادنیٰ اور ناہموار ہوتی ہے۔ تاہم ایک جبنی تودے کا سایہ یکساں طور پر گہرا حاصل ہوتا ہے

اگر سارا گردہ ماؤف ہے تو گولی یا میعونی سایوں کی بچی کاری حاصل ہوتی ہے۔

اندازِ۔ جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے بعض اوقات بلا عملیہ کے اندمال واقع ہوجاتا ہے۔ اعداد و شمار کے لحاظ سے تشخیص سے پانچ سال کے اندر شرح اموات ۵۰ فی صدی سے اوپر ہوتی ہے۔ عملیہ کی فوری شرح اموات ۲ تا ۳ فی صدی ہوتی ہے اور ۸۰ فیصدی تک کو بیماری سے صحتیابی حاصل ہوجاتی ہے۔

علاج۔ معمولی علاج گردہ برآری (nephrectomy) ہے۔ تناسلی اعضا کے تدرن کی موجودگی مانع عملیہ نہیں۔ لیکن اگر جسم میں کسی دوسرے مقام پر فاعلی تدرن موجود ہو یا اگر دونوں گردے ماؤف ہوں تو عملیہ نہیں کرنا چاہئے۔ اگر عملیہ نہ ہو سکے تو ماورار بنفشی روشنی (ultra-violet light) ٹیوبرکولین (tuberculin) اور دوسری عام تدابیر جو سل ریوی کے بیان میں درج کی گئی ہیں عمل میں لائی جائیں۔

استسقاء الکلیہ

(HYDRONEPHROSIS)

اس اصطلاح سے حوض گردہ کا یا کمامات گردہ کا اتساع مراد ہے جو محبوس افراز سے پیدا ہو جائے۔ استسقاء الکلیہ ہر عمر میں ہوتا ہے اور مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ ممکن ہے کہ وہ پیدائشی ہو یا اکتسابی ہو۔ پیدائشی **استسقاء الکلیہ** ممکن ہے پیدائش کے وقت در حقیقت موجود ہو اور اس صورت میں وہ اس قدر بڑا ہو سکتا ہے کہ وضع حمل میں ایک خطرناک روکاوٹ پیدا کر سکتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ پیدائش کے بعد نمویاب ہو گو وہ پیدائشی اسباب ہی کے باعث ہو۔ یا ممکن ہے کہ وہ تمام تر یا بعد زندگی میں واقع ہونے والے مرض کا نتیجہ ہو۔ پیدائشی اسباب میں حالب کی مختلف غیر طبعی حالتیں شامل ہیں جیسے کہ اس کا اپنے محور پر بل کھا جانا، اس میں شکن یا انطواء پیدا ہو جانا، اور عشائے مخاطی کے مصراعات کے طور پر مرتب ہونا، انقباضات کا ہونا، یا حالب کا لیفی رسی میں تبدیل ہو جانا۔ دوسرا سبب ایک غیر منقوب حالب ہے۔ یہ ایسی استسقاء الکلیہ اکثر دوسرے پیدائشی عیوب اور

اور تشوہات کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جیسے کہ گرز پائی (club-foot)، خرگوشی لبی (hare-lip)، یا بیرونی اعضائے تناسل کے تشوہات۔ اور جو افراد اس میں مبتلا ہوتے ہیں وہ اکثر اوقات مردہ مولود (still-born) ہوتے ہیں، یا صرف تھوڑے عرصہ تک زندہ رہتے ہیں۔

اکتسابی استسقاء الکلیہ۔ پیدائشی استسقاء الکلیہ کے علاوہ، اکتسابی استسقاء الکلیہ کی چار قسمیں ہوتی ہیں (۱) کلوی، جو کہ بالعموم حصاۃ کے ہمراہ پائی جاتی ہے، اور ایک بڑا گردہ پیدا کرتی ہے، جس میں کمامات متسع ہوتے ہیں اور کلوی سنخیہ تلف ہو جاتا ہے۔ (۲) حوضی کلوی، جو کہ حوض اور حالب کے اتصال سے نیچے تسدد واقع ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ یہ تسدد درونہ میں واقع ہوتا ہے، مثلاً ایک مغروز حصاۃ سے، یا حالب کی دیوار میں واقع ہوتا ہے، مثلاً بالیدیا التہاب سے۔ یا مجری البول پر باہر سے یا اندر سے دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہوتا ہے، جس میں بڑھا ہوا غدہ قدامیہ بھی شامل ہے۔ (۳) حوضی، جہاں حوض خاص طور پر متاثر ہوتا ہے، اور گردہ کا بہت اتساع واقع نہیں ہوتا۔ اس کو بلا زیادہ شہادت کے پیدائشی کہا گیا ہے، اور گردہ کی غیر معمولی حرکت پذیری، نافچہ کو جانے والی کلوی شریان کی تحتانی شاخ پر تشتی، حوضی حالبی اتصال پر مصراعات اور شکنوں کو بھی بطور توجیہات کے پیش کیا گیا ہے لیکن وہ بھی بلا زیادہ شہادت کے۔ ایک زیادہ معقول توجیہ یہ ہے کہ ان مثالوں میں حوضی حالبی اتصال پہ عاصرہ کا عدم ارتخاء موجود ہوتا ہے۔ (۴) جب پیشاب کا مستقل طور پر بڑھا ہوا بہاؤ ہو مثلاً ذیابیطس لبیع میں تو حوض اور حالبین کا کچھ اتساع پایا جاتا ہے۔

یہ بار بار بیان کیا گیا ہے کہ ایک حیوان میں حالب کو گرہ دینے سے استسقاء الکلیہ پیدا نہیں ہوتا، لیکن یہ بیان صحیح نہیں ہے، چنانچہ تسدد کا وقوع، بجائے خود بہت سی امثلتوں میں استسقاء الکلیہ کی توجیہ کے لئے بالکل کافی ہوتا ہے اور یہ شرط قرار دینے کی کوئی ضرورت نہیں کہ ایسا تسدد ناکمل یا متوقف ہو۔

جب کمامات متسع ہو جاتے ہیں تو گردہ میں مزمن خشکی (متعاقب) التہاب کلوی کے حسب ذیل تغیرات واقع ہو جاتے ہیں:۔ رنگ ہلکا گلابی یا پھیکا زرد ہوتا

ہے۔ تراشنے پر پایا جاتا ہے کہ اہرام چپٹے ہوگئے ہیں اور قشر نسبتاً چوڑا ہے۔ خوردبین کے نیچے دیکھنے پر گردے میں سپید خلیات کی دور ریزش پائی جاتی ہے، بالخصوص نالیچیات کے گرد اور بین الانبوبی بافت میں۔ کسیقدر رگوں کی تغیر بھی ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ انبوبی خلیہ میں کچھ تغیر۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ عمل یہاں تک ترقی کرے کہ جدار بافت کا انقباض ہو کر ندبات پیدا ہوجائیں۔ اگر تسدد منبتاً نیچے ہے، مثلاً حالب کے مثانی دہنہ کے مقام پر، تو خود حالب پھول جاتا ہے۔ استقاء الکلیہ کے ایسے معتدل درجے جن کے ساتھ گردہ کا متعاقب تصلّب ہو، عورتوں میں رحم، مہبل اور مثانہ کے سرطان کا عام نتیجہ ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں حوض گردہ پھول جاتا ہے اور گردہ پھیل کر زیادہ چوڑا ہوتا جاتا ہے، اور بالآخر ایک بڑا دویرہ بن جاتا ہے جس میں ہیا ۵۰ اونس بلکہ کبھی پائنٹ سیال موجود رہنے کی گنجائش ہوتی ہے۔ یہ دویرہ ایک پتلی غشائی تھیلی پر مشتمل ہوتا ہے جس میں ممکن ہے کہ کہیں کہیں جرم گردہ کے حصے بھی موجود ملیں، لیکن بعض اصابتوں میں جرم گردہ کے کوئی آثار باقی نہیں رہتے۔ اس تھیلی کے اندر بعض اوقات فاصلات موجود ہوتے ہیں جو اسے جدا جدا کھفوں میں منقسم کر دیتے ہیں۔ جب حالب ماؤف ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ بہت زیادہ متسع ہو کر شاید چھوٹی آنت یا قولون کی جسامت کے برابر ہوجائے، یا متسع حوض اور گردے کے ساتھ بالکل مدغم ہوجائے۔ بلحاظ اس امر کے کہ پیدا کرنے والے ضرر یا ضررات کا مقام کیا ہے، استقاء الکلیہ ایک یا دونوں گردوں کو ماؤف کر سکتا ہے۔ دوران حمل میں حالب پر رحم کا دباؤ پڑنے کی وجہ سے عموماً حوض کا کسیقدر اتساع پیدا ہوجاتا ہے۔

استقاء الکلیہ کا مائع جرم گردہ کی اس مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے جو کہ باقی رہ گئی ہے۔ عموماً وہ نہایت مُرقّق بول سے معادل ہوتا ہے۔ اور اس میں خفیف سا البیومن یا قدرے پیپ موجود ہوتی ہے۔ پیپ معتدبہ مقدار میں موجود نہیں ہوتی تاوقتیکہ پہلے التہاب حوض گردہ نہ ہوچکا ہو اور اس حالت میں تقیح حوض گردہ کی سی کیفیت ہوتی ہے۔

علامات۔ اُس وقت جب کہ دوسرا گردہ تندرست ہو، ایک جانب کا معتدل تسدد ممکن ہے کہ کسی قسم کی کوئی علامت نہ پیدا کرے۔ اگر تسدد بہت زیادہ ہو تو

ایسی صورت میں ایک ورم بن جاتا ہے جو اس حالت کا نمایاں مظہر ہوتا ہے اور اُسکے خصائص ایک معمولی کلوی سلعہ جیسے ہوتے ہیں۔ یہ ورم ایک یا دوسرے پہلو میں ہوتا ہے، اور ضلعی حاشیہ سے لے کر عرف حرقفی تک پھیلتا ہے، اور اپنی جسامت کے لحاظ سے خط وسطی تک یا بلکہ اُس کے آگے تک پہنچتا ہے۔ ممکن ہے کہ ہموار ملائم سیال رکھنے والا دوبیرہ شکل کا کوئی ابھار مشکل پیدا کرے مگر اس کی موجودگی محض مزاحمت سے معلوم ہوجاتی ہے جو گہرا دبانے سے حاصل ہوتی ہے، اور اس سے بھی کہ جب ایک ہاتھ سامنے اور دوسرا ہاتھ آخری پسلی کے نیچے رکھا جائے تو دونوں ہاتھ کو قریب لاکر ملانا مشکل ہوتا ہے۔ نسبتہً بڑے دوبیرے شکل کی ایک غیر متشاکل کلائی پیدا کردیتے ہیں، اور کوکھ اور پہلو باہر کو ابھر آتے ہیں۔ بعض اوقات یہ دوبیرہ شکل کے بالائی حصے تک محدود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ جگر کی اُس کلائی سے مشابہ ہو جو کیسہ (hydatid) سے پیدا ہوجاتی ہے۔ سلعہ چکنا یا کھنک دار، بعض اصابتوں میں تندہ اور بعض میں بالکل پلپلا ہوتا ہے۔ اور بعض اوقات اُس میں تموج محسوس ہوسکتا ہے۔ قولون اُس کے سامنے واقع ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ ایک گمک دار شرپیدا کرے۔

استسقاء الکلیہ کے سلعہ کا ایک اہم خاصہ یہ ہے کہ اُس کے مافیہا شاذ کے اندر خارج ہوجانے سے اُس کی جسامت یکایک گھٹ جانے کا بلکہ غائب ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ اس کے بعد فوراً ہی مریض کثیر المقدار پیشاب خارج کرتا ہے۔ اور دوبیرہ بتدریج پھر بھر جاتا ہے۔ جسامت یا تندگی میں خفیف تر اختلافات بول میں کوئی متناظر تغیر محسوس ہوئے بغیر بھی واقع ہوسکتے ہیں۔ دوبیرے کی تندگی سے، یا اُس پاس کے حصوں پر اُس کے دباؤ سے مقامی علامات پیدا ہوسکتی ہیں، جیسے کہ درد، قے، تبخر، یا قلب کے فعل میں مداخلت۔ لیکن ممکن ہے کہ یہ علامات بالکل غیر موجود ہو اور درد محض اسیوقت شدید ہوتا ہے جب کہ تندد یکایک اور کامل ہو۔ استسقاء الکلیہ میں ممکن ہے بول میں زیادہ تغیر نہ ہوا ہو کیونکہ تندرست گردہ دوسرے گردے کی قلت الفعل کی تلافی کر دیتا ہے۔ دونوں جانب کے استسقاء الکلیہ کی اصابتوں میں یوریا دموریت کا واقع ہوجانا ممکن ہے۔ جب سلعہ نہ ہو تو تندد کی ابتدائی ولالتیں

543

یہ ہوتی ہیں :۔ پشت یا شکم میں درد، وقتاً فوقتاً جزئی اسرالبول اور پیشاب کا بار بار آنا۔

تقیح حوض گردہ (pyonephrosis) کو پیپ سے بھرا ہوا ایک استسقاء الکلیہ تصور کیا جاسکتا ہے۔ طبیعی امارات وہی ہوتے ہیں، لیکن عام طور پر ساتھ تپ ہوتی ہے، جیسا کہ جسم کے کسی دیگر حصے کے پھوڑے کے ساتھ ہوسکتی ہے، اور علاج جراحی ہوتا ہے۔

تشخیص۔ استسقاء الکلیہ کے سلعہ کو گردہ کلوی خراج، تقیح حوض گردہ، جگر اور طحال کے کیسہ سے، اور انتہائی احالتوں میں استسقائے زقی اور بعض خراج سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ ممکن ہے کہ استسقاء الکلیہ، تقیح حوض گردہ اور گردہ کلوی خراج میں سرگذشت مرض ایک جیسی ہو (مثلاً حصات کی سرگذشت)۔ پہلی حالت عموماً زیادہ طویل مدت کی ہوتی ہے اور اس میں شدید علامات، بلکہ کوئی بھی جنبی علامات نہیں ہوتے، مگر دوسری دو حالتوں میں تقیح کے علامات کے ساتھ تپ موجود ملنے کا امکان ہے۔ گردہ کلوی خراج میں حاد التہاب کے مقامی امارات بھی حاصل ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ تپ کی عدم موجودگی میں تقیح حوض گردہ کو استسقاء الکلیہ سے متشخص نہ کیا جاسکے، اور وہ حقیقتہً اسی سے عنوان ہوسکتا ہے۔ جگر یا طحال کا کیسہ سامنے اور اوپر کی طرف دبا تا اور نیچے کی پسلیوں کو ابھار دیتا ہے، مگر استسقاء الکلیہ پہلے کوکھ میں واقع ہوتا ہے۔ مبیضی سلعہ کو کلائی کی سرگذشت، رحم کے محل وقوع اور دوسرے کے سامنے قولون کی عدم موجودگی پر سے شناخت کرنا چاہئے۔ سلعہ کا خود بخود غائب ہوجانا، اور ساتھ ہی ہذیان طور پر بول کا زیادہ خارج ہونا، استسقاء الکلیہ کی طرف اشارہ کرتا ہے، لیکن تشخیص کا واحد یقینی ذریعہ یورو سیلیکٹان (uroselectan) یا تقطیری حوض نگاری ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۹ اور ۴۰)۔

انذار۔ ایک سادہ استسقاء الکلیہ ممکن ہے کئی سال تک کوئی تکلیف پیدا نہ کرے۔ گردہ بتدریج مذبول ہوجائے اور اس کا تمدد اس قسم کا ہو کہ کوئی شدید تکلیف نہ ہو۔ ایسی اصابت میں دو سرا گردہ بھی کسی نہ کسی وقت متاثر ہوجانے کا خطرہ ہے (حصاتی تسدد کی وجہ سے)۔ اگر دو سرا بہت بڑی جسامت کا یا تمدیدہ ہوجائے تو

ممکن ہے کہ وہ باریطون کے اندر پھٹ جائے' یا متصلہ عضو (معدہ اور ڈایافرام) پر دباؤ ڈالے' اور تنفس یا دوران خون میں مداخلت پیدا کر کے ہلاکت واقع کر دے۔

علاج۔ اس کا علاج تخفیفی ہے' لیکن آخر میں غالباً جراحی تدابیر کی ضرورت ہوگی۔ اگر دو پیرہ بڑا ہو' تو بطور ایک عارضی تدبیر کے امتصاص عمل میں لایا جا سکتا ہے' جس کے لئے سوئی کو پہلو میں ایک ایسے رقبے میں داخل کرنا چاہیے جو کہ قرع کرنے پر اصم ہو۔ بائیں طرف موزوں مقام وہ ہے جو کہ گیارھویں بین ضلعی فضا کے مقدم سرے پر واقع ہے۔ اور دائیں طرف آخری پسلی اور حرقفہ کے عرف کے بیچوں بیچ' اور حرقفہ کے مقدمی فوقانی شوکہ سے ۲ انچ پیچھے۔

گردے میں نوبالیدیں

544

گردے میں مندرجۂ ذیل سلعات پائے جاتے ہیں:۔ غدی سلعہ (adenoma)' لیفی سلعہ (fibroma)' جو اہرام میں چھوٹی چھوٹی گول گرہیں بنا دے' ابیض دموی جماؤ (leukæmic deposit)' مرض ہاجکن میں لمفی غدی سلعہ کے تودے' کہفی عرقی سلعہ (cavernous angeioma)' حلیمی سلعہ (papilloma)' سرطانی سلعہ اور مضغی سلعات۔ لیفی سلعہ درحقیقت ایک عضلی سلعہ کے طور پر شروع ہوتا ہے' اور جوں جوں یہ سلعہ زیادہ پرانا ہوتا جاتا ہے لیفی بافت کا جماؤ ہوتا جاتا ہے۔ بالعموم صرف مضغی سلعات اور سرطانی سلعہ ہی ہیں کہ جو اتنے بڑے ہو سکتے ہیں کہ ان کی سریری اہمیت ہو۔ گردے کے بالائی قطب میں چھوٹے چھوٹے تمیمن سرگردے (accessory suprarenals) بھی دیکھنے میں آتے ہیں۔ ان کی کوئی سریری اہمیت نہیں ہوتی۔

مضغی سلعات

(embryonic tumours)

یہ عموماً اوّلی ہوتے ہیں' اور اکثر اوقات بالکل چھوٹے بچوں میں ہوا کرتے ہیں۔ گردہ بڑھ کر نہایت بڑی جسامت کا ہو جاتا ہے' اور اکثر آدھے شکم کو پُر کر دیتا ہے۔ وہ

اکثر کلوی سلعہ کے معمولی خصائص پیش کرتا ہے اور کوکھ کو پُر کر کے باہر کے طرف اُبھار دیتا ہے، لیکن نیچے کے طرف اور اندر کو ناف کے طرف بھی بڑھتا اور قولون کو اپنے سامنے رکھتا ہے، اور گول یا بیضوی ہوتا ہے، اور تیز کوریں یا کٹاؤ نہیں رکھتا۔ نسیجیاتی لحاظ سے یہ سلعہ گردے کے نمو کا اعادہ کرتا ہے، یعنی اُنبیبی خلیات اور ایسے ہیکل سے بنا ہے جس میں غیر مخطط عضلی ریشے موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اُس میں گول خلیے اور تکلے نما خلیے بھی ہوں۔ اور اس کی کثافت مختلف ہوتی ہے، یعنے کبھی سخت اور کبھی آنی نرم کہ سیال کے لئے استقصا کی ضرورت نظر آتی ہے۔ یہ سلعہ بسرعت بڑھتا ہے، نہ تو درد پیدا کرتا ہے اور نہ نزف لیکن بالآخر خستگی اور نحول کے ذریعہ ہلاکت پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اکثر دوجانبی ہوتا ہے۔

سرطلی سرطانی سلعہ

(epithelial carcinoma)

یہ اوّلی ہوتا ہے یا ثانوی۔ ثانوی سرطان میں گرہیں چھوٹی ہوتی ہیں، اور اُن کی موجودگی سے عموماً کوئی مخصوص علامات نہیں پیدا ہوتے۔ بالعموم اکثر دونوں گردے ماؤف ہوتے ہیں۔ اوّلی سرطانی سلعہ زیادہ تر ادھیڑ عمر یا زیادہ عمر والے اشخاص میں، اور عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ اکثر ہوتا ہے۔ اس کے دو خاص اقسام ہیں۔ (۱) ایک تو حوض میں (ا) خملی حلیمی سلعہ، جو کہ حالب اور مثانہ میں متعدد ہونے کا رجحان رکھتا ہے، اور (ب) حوض کا وہ سرطانی سلعہ ہے جو فلسانی یا برزخی خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ آخر الذکر بہت جلد قرنی ہو جاتا ہے اور ایک تمثیلی سرطلی سلعہ بن جاتا ہے۔ یہ حصات کے ساتھ ساتھ پایا جاتا ہے، اور جیسا کہ کبدی سرطان اور صفراوی حصات کی متماثل حالت میں ہوتا ہے، یہ فرض کیا جا سکتا ہے کہ یہ حصوات خراش کے مستمر منبع کا کام دیتے رہے ہیں۔ یہ زیادہ تر ایک ہی جانب کو ماؤف کرتا ہے۔ یہ استسقاء الکلیہ یا گردے میں خون (کلوی اجتماع الدم) کی وجہ سے گردے کی بہت بڑی کلانی پیدا کر دیتا ہے، لیکن جسم کے تناسب سے گردہ شاذ ہی اس جسامت تک پہنچتا ہے جس تک بچوں میں لحمی سلعہ (sarcoma) پہنچتا ہے۔ (۲) دوسرے وہ سلعہ ہے جو کہ خود جرم گردہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ خلیات میں نہایت

سرخت کے ساتھ شحمی انحطاط اور مائی تمدد واقع ہو جاتا ہے' اور جب یہ حالت ہوتی ہے تو اُنھیں سلعاتِ گراوِٹز (Grawitz tumours) کہتے ہیں' یا بوجہ اُس قریبی مشابہت کے جو اُن کے عناصر فوق الکلوی قشرے کی تزمی تہ کے ساتھ رکھتے ہیں' انھیں بو کلوی سلعہ (hypernephroma) کہتے ہیں' اور خیال کیا گیا ہے کہ وہ جرم گردہ میں فوق الکلوی باقیات سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن وہ ایسے خصائص پیش کرتے ہیں جو فوق الکلوی ساختوں کے اندر نہیں موجود ہوتے' اور زیادہ اغلب یہ ہے کہ وہ تلفیفی کلوی اُنبوبات کے خلیات سے پیدا ہونے والی سرطلمی بالیدیں ہیں۔ وہ اکثر کیسہ بند ہوتی ہیں' اور تراشتے پر بے قاعدہ طور پر لختکوں میں منقسم نظر آتی ہیں۔ یہ تقسیم لیفی بافت سے ہو جاتی ہے۔ ساتھ ہی منتشر رقبے بھی ہوتے ہیں' جن میں سے کچھ تو شوخ زرد رنگ کے' اور کچھ سرخ یا رمادی رنگ کے ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں دوپرے بھی ہوتے ہیں جنکی دیواریں متکلس ہو سکتی ہیں۔ سلعی خلیات جسامت میں مختلف ہوتے ہیں' اور اکثر عفرتی جسامت تک پہنچ جاتے ہیں۔ وہ اُنبیبی یا جوفیزی ترتیب رکھتے ہیں' یا عروق کے گرد نصف قطری صورت میں جمع ہوتے ہیں۔ سریری لحاظ سے یہ سلعات خاص طور پر اہم ہیں' کیونکہ یہ بہ آسانی حوض گردہ پر حملہ آور ہو کر دمِ بولیت پیدا کر دیتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں یہ طلائی سلعہ فوق الکلوی سلعہ سے مشابہت نہیں رکھتا' بلکہ اِس کے خلیات نسبتہً چھوٹی جسامت کے ہوتے ہیں' اور اُن کا نوات بڑا ہوتا ہے اور تخرمایہ کثیر التعداد ذرات کی وجہ سے سیاہ ہو جاتا ہے۔

علامات - یہ سلعہ' دمِ بولیت' اور درد ہیں۔ سلعہ کی امارات استقصار الکلیہ کی امارات کے مماثل ہوتی ہیں (جو ملاحظہ ہوں)۔ یہ بالعموم چکنا ہوتا ہے' لیکن ممکن ہے گرہکی ہو۔ اُس کی حرکت پذیری انضمامات کی وجہ سے محدود ہو سکتی ہے۔ دست ورزی سے الیمیت ظاہر ہوگی۔ شاذ اصابتوں میں یہ سلعہ نبضان ظاہر کرتا ہے' اور ممکن ہے کہ اُس میں ایک خفیف سا حرو شائی دے۔ دمِ بولیت کل اصابتوں میں سے ۹ فی صدی سے زیادہ میں ہوتی ہے' اور تقریباً ۸ فی صدی میں ابتدائی علامت ہوتی ہے۔ یہ وقفہ دار اور مقدار میں مختلف ہوتی ہے' اور ممکن ہے تپلے گول تھکے بنا دے۔ البیومن بلا خون کے موجود نہیں ہوتا' تاوقتیکہ جداگانہ التہاب گردہ یا التہاب حوض الکلیہ و کلیہ موجود نہ ہو' اور

اُس حالت میں ریمی خلیات بھی موجود ہوں گے ۔ بعض اوقات سرطانی خلیے شناخت ہوجاتے ہیں لیکن ممکن ہے کہ وہ دموی جسیمات کے درمیان گم ہوجائیں ۔ یا مثانہ یا حوض گردہ کا سرحلیہ غلطی سے سرطانی خلیات سمجھ لیا جائے ۔ اور مجموعی طور پر تشخیص کے لئے اُن پر اعتبار نہیں کیا جاسکتا۔ ممکن ہے کہ بول بالکل طبعی ہو۔ درد اور البمیت اختلاف پذیر ہوتے ہیں اور اکثر اوقات ابتدائی درجوں میں غیر موجود ہوتے ہیں ۔ درد کوکھ میں مستمر طور پر ہوتا ہے یا وہ چڈے میں سے ہوکر نیچے ران تک دوڑتا ہے یعنی تھکوں کے گذرنے میں تولنج کلوی کا درد (ملاحظہ ہو حصات الکلیہ) سلعہ کی توسیع لمفی غدد تک ہوجانے سے ممکن ہے کہ منوی وریدوں کی جڑوں پر دباؤ پڑ کر قیلۃ الدوالیہ (varicocele) پیدا ہوجائے ۔ یا ممکن ہے کہ ٹانگوں کا اُذیما پیدا ہوجائے ۔

تشخیص ۔ سرطانِ گردہ کی شناخت درد، دم بولیت، اور کلوی خطے میں رسولی کی بیک وقت موجودگی سے ہوسکتی ہے ۔ غیر دردناک دم بولیت عام طور پر گردہ یا مثانہ کے سلعہ سے پیدا ہوتی ہے ۔ ایک جس پذیر سلعہ کو اولاً دوسرے اعضا کی کلانیوں سے متفرق کرنا چاہئے ۔ ثانیاً گردے کے دوسرے امراض سے ۔ کلوی سلعہ اور دوسرے اعضا کے درمیان تفریق کے نکات بیان کئے جاچکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 505) ۔ اگر سرطانِ قولون گردے کے سرطان کی مشابہت پیدا کردے تو معوی علامات بیشتر موجود ہوتے ہیں ۔ بائیں جانب پر جمع شدہ براز جسامت اور کثافت میں زیادہ تغیر پذیری ظاہر کرتے ہیں، اور حقنہ کے استعمال سے تشخیص واضح کی جاسکتی ہے ۔

گردے کے وہ امراض جو سرطان سے مشابہ ہوسکتے ہیں، یہ ہیں :— تقیح حوض الکلیہ، استسقاء الکلیہ کیسیہ، دُویری انحطاط، اور تدرنی مرض ۔ پہلے تین سے اسکی تفریق یوں کی جاتی ہے کہ یہ چھونے سے ٹھوس معلوم ہوتا ہے ۔ ایک تمیدہ گلو بچہ نما سطح سے دُویرے کی تائید ہوگی، لیکن ممکن ہے کہ ایک ٹھوس دار استسقاء الکلیہ غلطی سے نوبالیدہ سمجھ لیا جائے ۔ جس وقت تدرنی مرض (tuberculous disease) اتنی کافی کلانی پیدا کرتا ہے کہ وہ سرطان سے مشابہ ہونے لگتا ہے، وہ عملاً تقیح حوض الکلیہ بن جاتا ہے ۔ دُویری مرض (cystic disease) عموماً دونوں گردوں کو ماؤف کرتا ہے، اور اس میں سرطان کے دوسرے مقامی اَمارات نہیں موجود ہوتے ۔ ہلکے رنگ کے

کثیر المقدار پیشاب سے، جس میں خفیف سا البومن موجود ہو اُس کی شناخت ہوجانی چاہئے۔ یوروویلیکٹان کے بعد لاشعاعیں، شانہ بینی، اور تفتیقری حوض نگاری، تشخیص میں استعمال کرنی چاہئیں۔ لاشعاعی منظر اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے ایک کا مہ اطالت پذیر ہو جس کا ایک پہلو شاید کسی گول رسولی کی طرف رخ رکھنے کی وجہ سے مقعر ہو یا حوضی سلعہ کی حالت میں حوض میں نقص پُری پایا جائے۔

علاج ۔ عملیہ پذیر اصابتوں میں علاج کلیہ برآری (nephrectomy) ہے۔ تینتیس میں سے دس مریض ایسے تھے جو ۲ سال سے لے کر ۱۲ سال تک زندہ رہے (22)۔

گردے کے دَوَیرے

گردے کا دویری مرض اشکال ذیل میں واقع ہوتا ہے :۔ (۱) ذراتی گردوں میں چھوٹے دویرے جن کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔ (۲) وسیع دویری تغیر جسے دَویری مرض یا کثیر دَویری گردہ (polycystic kidney) کہتے ہیں۔ (۳) سادہ دویرے (۴) اَدمہ آسا دویرے (dermoid cysts)، جو نہایت شاذ ہیں اور دوری خصائص رکھنے میں جو دوسرے مقامات پر ہوتے ہیں۔ اور (۵) کیسیتی دَویرے جن کا تذکرہ ہو چکا ہے۔

دَویری مرض

(cystic disease)

(کثیر دویری گردہ =polycystic kidney)

یہ ایک پیدائشی مرض ہے، اور ممکن ہے کہ جنین میں بہت بڑا شکمی تمدد پیدا کر کے وضع حمل میں خطرناک مشکل پیدا کر دے۔ کم ترقی یافتہ درجوں میں ممکن ہے کہ زندگی ضائع نہ ہو اور اس صورت میں یہ مرض ہر عمر میں مل سکتا ہے۔ یہ حالت عموماً دوجانبی ہوتی ہے۔ بالغوں میں گردوں کا وزن ۱ تا ۵ یا ۶ پاؤنڈ ہوتا ہے۔ یہ مرض عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔

546

امراضیات ۔ تراشنے پر گردے تقریباً تمام تر، مختلف الجسامت دوبروں پر مشتمل نظر آتے ہیں، جن میں ایک سیّال بھرا ہوا ہوتا ہے جو صاف یا گدلا، زرد، گلابی، سرخ یا ارغوانی، اور بعض اوقات لزج، کولائڈ یا ریمی ہوتا ہے ۔ اِس سیال میں البیومن ہمیشہ اور کبھی کبھی دموی قرص، سپید خلیے، اور کولیسٹرین (cholesterin) پائے جاتے ہیں، لیکن عموماً یوریا اور یورک ایسڈ غیر موجود ہوتے ہیں۔ یہ دُوبرے لیفی بافت سے محصور ہوتے ہیں، جس میں کلوی بافت کے محض باقیات ہی مل سکتے ہیں ۔ ان دُوبروں میں مرحلہ کا استر ہوتا ہے ۔ حوض، حالب اور مثانہ تندرست ہوتے ہیں، یا ممکن ہے کہ حالب متسع ہو۔ اِن گردوں کی امراضیات اب بھی مشکوک ہے ۔ شیٹوک (Shattock) کی یہ رائے وسیع طور پر تسلیم کرلی گئی ہے کہ اِن گردوں کے نمو میں ایک نقص واقع ہوگیا ہے ۔ یہ دو مختلف منبعوں سے بنتے ہیں ۔ حوض اور مجمع اُنبیبات (collecting tubules) حالب کی ایک بر افزائش سے بنتے ہیں جو وُولفین ڈکٹ (Wolffian duct) سے ماخوذ ہوتی ہے ۔ بقیّہ گردہ اُس "درمیانی خلوی تودے" سے پیدا ہوتا ہے جو سیلوم (cœlom) کے میان ناحض سے ماخوذ ہوتا ہے ۔ جب یہ دونوں باہم ملنے میں ناکام رہتے ہیں تو گردوں کا افراز خارج نہیں ہوتا اور مقامِ اتصال سے او پر دوبرے بن جاتے ہیں۔

علامات ۔ پیدائشی دُوبری مرض میں ممکن ہے کہ گردے شکم کے بیشتر حصے کو پُر کرکے ڈایافرام پر دباؤ ڈالیں اور رحمِ مادر کے اندر، یا دورانِ وضع حمل میں موت واقع ہوجائے ۔ یا ممکن ہے کہ بچہ چند ماہ تک زندہ رہے، یا مرض یک جانبی ہونے کی حالت میں چند سال تک زندہ رہے اور پھر بالآخر یوریا دمویت کی وجہ سے موت واقع ہوجائے ۔ یہ تغیر اکثر دوسرے پیدائشی تشوّہات کے ساتھ پایا جاتا ہے، جو بولی اعضا اور دوسرے حصص میں ہوسکتے ہیں ۔

بالغوں میں علامات اکثر نہایت مبہم ہوتے ہیں لیکن وہ ثانوی منقبض گردہ (جو ملاحظہ ہو) کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں ۔ بعض اوقات دم بولیت ہوتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں قلب کی جیش پرورش اور بلند شریانی تناؤ اور خون میں یوریا کی زیادتی ہوتی ہے ۔ ممکن ہے قطنی درد ہو ۔ گردے اکثر اس قدر کافی بڑے ہوتے ہیں کہ

بہ آسانی محسوس ہو سکتے ہیں۔ وہ گردوں کے معمولی محل وقوع میں ہوتے ہیں اور گول سخت یا مختلف درجوں میں لچکدار ہوتے ہیں اور سانس اندر لینے میں نیچے اُتر آتے ہیں اور ایک گردہ بالعموم دوسرے گردے کے نسبت بڑا ہوتا ہے۔ انجام ثانوی منقبض گردہ کے مانند ہوتا ہے اور **انذار** کلوی وظیفہ کے کاشفات پر منحصر ہوتا ہے۔

تشخیص ۔ یہ اس امر پر منحصر ہے کہ دونوں طرف دونوں گردوں کا مختلف جسامت کا تورم پایا جائے جو بلا بینی علامات کے ہو لیکن کلوی وظیفہ ناقص ہو۔ یوروسیلیکٹان کے بعد لاشعاعیں ظاہر کرتی ہیں کہ تمام کاسات اطالت پذیر ہو کر مکڑی جیسے زائدات بن گئے ہوں (22) ۔

علاج وہی ہے جو کہ ثانوی منقبض گردے کا ہوتا ہے۔

سادہ ڈویرے

بعض اوقات نہایت بڑی جسامت کے ڈویرے پائے جاتے ہیں ممکن ہے کہ وہ قطر میں ۳ یا ۴ انچ اور مستثنیٰ صورتوں میں نسبتاً بہت زیادہ بڑے ہوں۔ وہ قشرے سے پیدا ہو کر سطح پر اُبھر آتے ہیں۔ اُن کے اندر صاف وشفاف یا جیلاٹینی سیال ہوتا ہے جس میں قدرے البیومن اور کچھ نمکیات ہوتے ہیں لیکن یوریا یا یورک ایسڈ نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ باقی ماندہ گردہ بالکل تندرست ہو۔ ممکن ہے کہ ایسے ڈویرے دوران زندگی میں شناخت نہ ہوں۔ اگر زیادہ بڑے ہوں تو یہ ایسی رسولیاں بنا دیتے ہیں جن کا جراحی علاج ممکن ہے اُسی اصول پر کرنا پڑے جس پر کہ استسقاء الکلیہ کا کیا جاتا ہے۔

حرکت پذیر گردہ

(MOVABLE KIDNEY)

حرکت پذیر گردے کا نام ایسے گردے کو دیا جاتا ہے جو اپنی طبعی وضع سے بآسانی ہٹ جائے اور شکم کے اندر کم و بیش آزادانہ طور پر ہلایا جا سکے۔ یہ غیر معمولی حرکت پذیری پیدائشی ہو سکتی ہے یا اکتسابی۔

پیدائشی حرکت پذیری ایک کلوی ماسا یقا (mesonephron) کی موجودگی کے باعث ہو سکتی ہے۔ یعنے گردہ (قولون کی طرح) جزءً یا کلّی طور پر باریطون سے گھرا ہوا ہوتا ہے، اور اس طرح اعضاء شکم کے درمیان آزادانہ حرکت کرنے کے قابل ہوتا ہے۔ یہ حالت بالکل شاذ ہے۔ بعض اوقات اسے سابح گردہ کے نام سے تمیز کرتے ہیں۔

اکتسابی حرکت پذیری نسبتہً بہت زیادہ عام ہے۔ یہ مردوں کے نسبت عورتوں کو زیادہ ماؤف کرتی ہے۔ اور دایاں گردہ بائیں گردے سے تیرہ یا چودہ بار زیادہ اکثر حرکت پذیر ہوتا ہے۔ بعض اوقات دونوں گردے ایک ساتھ ماؤف ہوتے ہیں۔ مریض کی عمر زیادہ تر بیس اور پچاس سال کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ مرض بالخصوص ان حالتوں سے پیدا ہو جاتا ہے جو گردے کے گرد کی بافتوں اور ساختوں، اور خاص کر اس کے شحمی کیسہ اور باریطون کو کھینچ کر تان دیتی یا ڈھیلا کر دیتی ہیں۔ شاید سب سے زیادہ کثیر الوقوع سبب متواتر استقرارِ حمل ہے، جس سے باریطون پر کھنچاؤ پڑتا ہے اور وہ تن جاتا ہے اور وضعِ حمل کے بعد پھر اس کی طبعی تنیدگی عود نہیں کرتی لیکن حرکت پذیر گردہ صرف انہیں افراد تک محدود نہیں جن کو بچے ہو چکے ہوں۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ نحول گردے کے گرد کی چربی کو گھٹا کر اس حالت کا سبب بن جائے۔ بہت سے مریضوں میں شکم لٹکا ہوا ہوتا ہے، اور شکمی اور حوضی بافتوں میں تنش کی وہ عام کمی ہوتی ہے جس کو مرضِ گلینارڈ (Glenard's disease) کہتے ہیں۔ گردے کی جسامت کی زیادتی جو کسی سبب سے بھی ہو اس حالت کو پیدا کر دینے میں مُد ہونی چاہیئے۔ حالت تنگ کربند وغیرہ (tight-lacing) کی طرف منسوب کی گئی ہے لیکن بارہا یہ ایسے اسباب کے بدوں پیدا ہو جاتی ہے۔

علامات۔ زمانۂ موجودہ میں اس امر کے متعلق بہت شک کیا جاتا ہے کہ حرکت پذیر گردہ کسی علامت کا سبب ہو سکتا ہے۔ ان علامات کو متلازم التہابِ حوض، استقرار الکلیہ یا دیگر متلازم مرض کا نتیجہ تصور کیا جاتا ہے۔ اس امر کی کوئی شہادت نہیں ہے کہ حرکت پذیر گردہ تشویش یا ہسٹیریا کا موجب ہوتا ہے۔ حرکت پذیر گردہ کی طرف جو علامات منسوب کی گئی ہیں وہ یہ ہیں:— کوکھ میں یا شکم کے ماؤف پہلو میں ایک بوجھ، کھنچاؤ یا درد کا احساس۔ اور یہ مستمر ہو سکتا ہے، چلنے یا زور لگانے سے

547

زیادہ ہوجاتا ہے اور لیٹ جانے سے کم ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً نام نہاد تخنیق گردہ (strangulation of the kidney) کے شدید دورے (حرجات ڈائٹل = Dietl's crises) ہوں جن میں کلوی خطے میں شدید درد اور المیت ہوتی ہے اور ساتھ ہی پیشاب قلیل المقدار گہرے رنگ کا بلکہ خون آمیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ قئے اور کسلمندی بھی ہو مگر عموماً تپ زیادہ نہیں ہوتی۔ ایسا حملہ ایک ہفتہ یا زائد عرصہ کے دوران میں رفع ہوجاتا ہے اور وہ غالباً گردے کی حرکت سے کلوی عروق کے بل کھا جانے یا تنگی کے باعث ہوجاتا ہے۔

حرکت پذیر گردہ کا ثبوت یہ ہے کہ شکم کا جس کرنے پر وہ محسوس ہوجائے۔ کوکھ میں شہیق کے ختم پر ایک چکنا مستحکم گول سلعہ محسوس ہوتا ہے جو گردے کی جسامت کے برابر ہو۔ امتحان دونوں ہاتھوں سے کرنا چاہئے یعنی ایک ہاتھ تو آخری پسلی اور عرف حرقفی کے درمیان زور سے اندر دبایا جائے اور دوسرا سامنے شکم پر ہو۔ اگر حرکت پذیر گردہ آخری پسلی اور عرف حرقفی کے درمیان واقع ہو تو وہ کم و بیش تمام سمتوں میں لیکن نہایت آسانی کے ساتھ صدر کے طرف ہٹایا جاسکتا ہے اور اس صورت میں ممکن ہے کہ یہ رسائی سے بالکل باہر ہوجائے اور پہلو طبعی حالت میں رہ جائے۔ تشخیص کی تصدیق کرنے کا بہترین ذریعہ یہ ہے کہ یوروسیلیکٹان (uroselectan) کا اشراب کرنے کے ۱۵ منٹ بعد اور افقی فلم لینے کے فی الفور بعد انتصابی وضع میں مریض کی لاشعاعی تصویر لی جائے۔

علاج ۔ اوپر جو کچھ کہا گیا ہے اس سے ظاہر ہے کہ جس چیز کے علاج کی ضرورت ہے وہ علامات پیدا کرنے والی متلازم حالت ہے نہ کہ حرکت پذیر گردہ۔ اگر گردے کو اپنی طبعی وضع میں رکھنا منظور ہو تو بہترین آلہ شکمی پٹی ہے جیسی کہ سقوط معدہ کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے نہ کہ خود گردہ کے ساتھ براہ راست لگانے کی کوئی گدی۔ مزید غرض یہ ہوتی چاہئے کہ عضلات شکم کو موزوں کسرتی ورزشوں کے ذریعہ طاقتور بنایا جائے۔ تخنیق کے علامات کا علاج یہ ہے کہ کامل آرام سکون پایا جائے کوکھ اور شکم پر پولٹسیں اور گرم تکمیدات لگائے جائیں اور افیون یا مارفیا کو بذریعہ اشراب یا شافہ استعمال کیا جائے۔

سنگِ گردہ

(RENAL CALCULUS)

(کلوی حصاتیت = nephrolithiasis)

بولی حصات کے اقسام حسب ذیل ہیں۔ اِن میں سے پہلے پانچ نسبتہً عام تر اشکال ہیں۔ دوسرے نسبتہً بہت زیادہ شاذ ہوتے ہیں:۔

(۱) یورِک ایسڈ (uric acid)۔ سخت، شکل میں گول یا بیضوی، چکنا یا باریک طور پر دانہ دار، بعض اوقات تماس کی وجہ سے رویکہ دار۔ زردی مائل، ہلکے بادامی یا سرخی مائل رنگ کا۔ جسامت میں یہ خشخاش کے بیجوں سے لے کر رائی کے بیجوں یا مٹر کے برابر اور کبھی کبھی نسبتہً بہت زیادہ بڑے ہوتے ہیں۔ بارہا یہ بہت تعداد میں ہوتے ہیں۔

(۲) سوڈیئم یوریٹ (sodium urate)۔ یہ نرم ہوتے ہیں۔ جسامت عموماً بڑی نہیں ہوتی۔

(۳) کیلسیئم آگزیلیٹ (calcium oxalate)، یا حصات شہتوتی (mulberry calculus)۔ یہ نہایت سخت، کھردرے یا سطح پر ناہموار، رنگ میں سیاہی مائل بھورے ہوتے ہیں۔ جب نسبتہً چھوٹے ہوتے ہیں تو یہ چکنے، گول رنگ میں بادامی یا بھورے ہوتے ہیں۔ عموماً یہ منفرد ہوتے ہیں۔

548

(۴) مخلوط کیلسیئم اور امونیئم میگنیسیئم فاسفیٹ، یا گداختہ پذیر حصات (fusible calculus)۔ اُس بول میں جو امونیائی تحلیل سے قلوی ہو گیا ہو، مخلوط فاسفیٹس مرسوب ہو جاتے ہیں۔ ایسی تحلیل اُس وقت واقع ہو جاتی ہے جب کہ بول مثانہ یا تسعِ حوضِ کلیہ میں محبوس ہو جاتا ہے۔ یہ شاذ ہی کسی پتھر کا قوام بناتے ہیں، بلکہ یورک ایسڈ یا آگزیلیٹ کے دوسرے حصاتوں پر، اجسامِ غریبہ پر (مثلاً اُن میں جو مثانہ میں ہوں)، اور مثانہ یا حوضِ کلیہ کی ملتہب غشائے مخاطی پر تہ نشین ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس طرح وہ مثانہ کے حصات کی جسامت کو نہایت بڑا کر دیں، اور حوض میں ایسے انجمادات بنا دیں

جو قسمات اور کمانات کلیہ کے مطابق ڈھلے ہوئے ہوتے ہیں (شجری پتھر نما حصوات (dendritic calculi- یہ جاوا سپید نرم اور بھربھرا ہوتا ہے اور ٹھیکئی سے گھل کر ایک قسم کا مینا بن جاتا ہے۔

(۵) کیلسیئم فاسفیٹ (calcium phosphate)- سپید اور کھریا مٹی جیسا سطح پکسیقدر چکنا ہوتا ہے اس کا کسر ترابی ہوتا ہے۔جسامت مٹر سے لے کر مرغی کے انڈے کے برابر مختلف ہوتی ہے۔

(۶) مخلوط۔ فاسفیٹ آگزلیٹ یوریٹ فاسفیٹ یوریٹ آگزلیٹ۔ یوریٹ آگزلیٹ فاسفیٹ۔ یہ تمام حصاتوں میں سے ۴۰ فی صدی کی نمائندگی کرتے ہیں اور آخرالذکر وہ ہندوستان میں ۳۰ فی صدی کی (28)جن میں سے اکثر مثانہ میں پائے جاتے ہیں۔

(۷) کیلسیئم کاربونیٹ (calcium carbonate)- چھوٹا نہایت سخت چکنا مادی زردی مائل یا کاسنی کے رنگ کا یہ حصات جسامت میں چھوٹے دانوں سے لے کر ہیزل نٹ کے برابر تک ہوتے ہیں۔ یہ مویشیوں میں عام ہوتے ہیں۔

(۸) سسٹین (cystine)- عموماً بیضہ نما سطح ذراتی زرد رنگ کی قلموں سے چکدار تراشے پر نیم شفاف نظر آتے ہیں اور ساتھ ہی ان میں شعاعی ساخت کے نشانات موجود ہوتے ہیں اور کثافت کسیقدر نرم ہوتی ہے۔ کھلا رکھنے پر یہ حصات سبز ہوجاتے ہیں۔ ایک عدسہ کی مدد سے قلموں کی شش پہلو شکل نظر آسکتی ہے۔

(۹) زینتھین (xanthine)- طبعی خصائص میں یورک ایسڈ کے حصاتوں کی طرح لیکن دارچینی کے رنگ کے لاکر امونی (liquor ammoniæ) اور لاکر پوٹاسی (liquor potassæ) میں حل پذیر۔ یہ نہایت شاذ ہوتے ہیں اور حوض کلیہ میں نہیں پائے جاتے ہیں۔

(۱۰) یوروا سٹیالتھ (urostealith)- یہ نرم چربیلے جماؤ ہوتے ہیں جو چند اصابتوں میں پائے گئے ہیں۔ ان میں سے ایک حصات تقریباً ایک ثلث کولیسٹرین اور چربی ایک ثلث یورک ایسڈ اور کسیقدر آگزلیٹس پر مشتمل پایا گیا۔

(۱۱) نیل (indigo)- ایک بار آورڈ (Ord) کو حوض کلیہ میں اس کا حصات ملا جس کا وزن ۔ ہم گرین تھا۔

بولی حصات جسامت میں بہت مختلف ہوتے ہیں۔ اُن کا قطر ۲ یا ۳ انچ ہوسکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ نہایت چھوٹے ذرات یا ریزوں پر مشتمل ہوں، اور اس صورت میں اُن کو ریگ (gravel) کہتے ہیں۔

بیشتر حصاتوں کا مرکز یا نوات (یعنے وہ حصہ جو سب سے پہلے بنتا ہے) یورک ایسڈ کا ہوتا ہے۔ لیکن اُس کے اندر کیلشیم آگزلیٹ یا سوڈیم یوریٹ بھی پایا گیا ہے۔ بعض حصات منجمد خون، مخاط، یا کلوی سانچوں کے نوات پر جمتے ہیں، اور ممکن ہے کہ قلیقۂ خون باش (Schistosomum hæmatobium) کے بیضے گردے کے پتھروں کا ابتدائی نقطہ بن جائیں۔ بیشتر حصات بولی اُنبیبات میں بنتے ہیں، اور بعض سرطلمی خلیات تک میں (Ralfe)۔ خلوی جرم ایک "کولائڈ" کی طرح عمل کرتا ہے جس کے گرد حصات کی نمو یابی جماؤوں کے جدید اضافات کے ذریعہ ہوتی ہے، کیونکہ اِس اَمر کا ثبوت موجود ہے کہ بعض اصابتوں میں کلوی حصات قشرے کے اندر ایک دویرے میں شروع ہو کر حوض کے اندر خارج ہوسکتے ہیں (36)۔ پیشاب کا تعامل، فاسفیٹز اور یوریٹز کی ترسیب کرنے میں جو اثر رکھتا ہے اُس پر صفحہ 507 پر بحث کی گئی ہے۔ غالباً کلوی حصاتوں کی مزید بالیدگی اُن کے حوضِ گردہ میں خارج ہو جانے کے بعد ہوتی ہے۔

اسباب۔ حصات انگلستان کے متوسط یا مغربی حصوں کے نسبت مشرقی حصوں میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے، نیز ہندوستان میں سندھ میں، شمال مغربی صوبۂ سرحد میں اور پنجاب میں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ تجربی شہادت سے معلوم ہوتا ہے کہ متعدد عوامل اس کا سبب ہیں۔ غذائی، خاص طور پر گیہوں کا آٹا، جسے کا آٹا۔ حیاتین ا کا فقدان، جو کہ بولی خط میں سرطلمی تقشر کا موجب ہوتا ہے۔ طبیعی کیمیاوی، یعنی غذا میں کیلشیم کے مقابلہ میں فاسفیٹز کی قلت۔ سرایت، کلوی حصاتیت سے جو تجارب سبحیہ کاشت کئے گئے ہیں وہ بولی خط کے لئے (23) ایک تمائز پسندی ظاہر کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 347)۔

علامات۔ (۱) جب پتھر حوض گردہ میں موجود ہو تو ممکن ہے کہ وہ بالکل مخفی ہو یا نیچے بیان کئے ہوئے علامات پیدا کرے۔ اِن علامات کا اطلاق حوض یا حالب میں ایک پتھر کی موجودگی پر ہوسکتا ہے، یا اُس پیپ پر ہوسکتا ہے جو متلازم التہاب حوض کی وجہ سے آتی ہو۔ اور یہ علامات

نہایت چھوٹے سنگریزوں یا ریگ کی موجودگی سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ (۲) اگر پتھر حالب کے اندر آ گرے تو ممکن ہے کہ وہ مغروز ہو جائے، یا بمشکل آگے بڑھ کر قولنج کلوی دم ہو اور بعض حالات میں تسدّدی اُسر البول پیدا کر دے (۳) کلوی پتھروں کے متاخر اثرات، خواہ اُس وقت جب کہ پتھر گردے میں ہوں یا جب کہ اُن کا انفراز حالب میں ہو چکا ہو، یہ ہیں:۔ التہاب حوض گردہ تمام درجوں کا، التہاب کلیہ و حوض کلیہ، التہاب گرد کلوی، گرد کلوی خراج، استسقاء الکلیہ اور تقیح حوض گردہ جن کے علامات پہلے بیان کیے گئے ہیں۔

اکثر ریگ اور سنگ درد قطنی کا سبب ہوتے ہیں، جو اکثر "درد کمر" (lumbago) یا عضلی رثیت (muscular rheumatism) سمجھ لیا جاتا ہے۔ قطن کا یہ درد یا مستمر درد ہچکولے لگنے یا ہلنے سے زیادہ تکلیف دہ ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ حرقفی حفرات میں عانہ سے اوپر اور قضیب میں بھی مستمر درد محسوس ہوں۔ یہ تبوّل کرنے پر نمودار ہو جاتے ہیں اور اس فعل کے دوران میں یا اُس کے بعد محسوس ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ پیشاب بار بار آئے۔ اگر یہ علامات زیادہ طویل مدت سے موجود ہوں تو ممکن ہے کہ البیومن، پیپ یا مخاط اور وقتاً فوقتاً تغیر پذیر مقداروں میں خون خارج ہو۔ کبھی کبھی پیشاب کے ساتھ چھوٹے سنگریزے یا ریگ خارج ہوتی ہے۔

قولنج کلوی (renal colic) حالب کے عضلی ریشوں کے لگاتار انقباض کے باعث ہوتا ہے، اور یہ حوض گردہ میں پتھر کی خراش سے یا حالب میں اُس کے انفراز یا نیچے گذرنے کی وجہ سے پیدا ہو سکتا ہے۔ قولنج کلوی، صفراوی قولنج سے مشابہت رکھتا ہے، اور اُس کے ممیز خصائص شدید درد، قشعریرہ، متلی اور قئے ہیں۔ یہ درد اسی جانب کی کمر یا کوکھ میں ہوتا ہے، اور نیچے اور اندر کی طرف چڑھے اور خصیہ میں منتشر ہوتا ہے، بعض اوقات رانوں، بلکہ ایڑی اور تلوے تک جاتا ہے، اور کبھی کبھی شکم، سینہ اور پشت تک پہنچتا ہے۔ زیادہ شدید حملوں میں مریض درد کے مارے دُہرا ہو جاتا ہے یا فرش پر لوٹنے لگتا ہے، اور اُسے کثرت سے پسینہ چھوٹتا ہے، یا وہ غشا جب پڑ کر مبہوط ہو جاتا ہے، اور ساتھ ہی اُس کی نبض سریع اور ضعیف ہو جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ تپش بلند درجہ پر ہو۔ اِس کے ساتھ ہی متلی اور قئے ہوتی ہے، اکثر قشعریرہ ہوتا ہے، بلکہ بعض اوقات عمومی

تشنجات بھی ہونے لگتے ہیں۔ اُسی جانب کا خصیہ باز کشیدہ؛ اور متورّم اور نہایت الیم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد کچھ عرصہ کے لئے کم ہو جائے، مگر وہ پھر ہونے لگتا ہے؛ اور ممکن ہے کہ وہ فی الجملہ چند گھنٹوں یا ایک یا دو دن تک جاری رہے؛ یہاں تک کہ پتھر آخر کار مثانہ میں خارج ہو جائے؛ یا حوضِ گردہ میں واپس آ جائے؛ اور پھر دفعتہً آرام معلوم ہوتا ہے؛ یا پہلو میں صرف ایک مستمر درد اور خلش کا احساس باقی رہتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ درد اُس وقت بھی موقوف ہو جائے جب کہ پتھر حالب ہی میں مغروز ہو کر رہ گیا ہو۔ دورے کے دوران میں پیشاب بار بار اور درد کے ساتھ ہوتا ہے؛ اُس کی مقدار تھوڑی ہوتی ہے؛ اور وہ شاید قطرہ قطرہ ہوتا ہے۔ اور اُس میں خون بھی موجود ہو سکتا ہے۔ شکم کا امتحان کرنے پر ممکن ہے کہ گردہ الیم اور عضلات کسی قدر استوار پائے جائیں؛ لیکن اُس قدر استوار نہیں کہ جتنے التہاب باریطون میں ہوتے ہیں۔ حالب کے اسفل حصے کا پتھر بعض اوقات مستقیمی امتحان کرنے پر محسوس ہو سکتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ پتھر حالب میں شناخت ہو جائے اور گردے سے مثانہ تک اُس کا گذر دیکھا جائے۔

ایسا حملہ خود بخود ہو سکتا ہے؛ یا ممکن ہے کہ کسی حرکت سے شروع ہو جائے؛ جو معلوم ہوتا ہے کہ پتھر کو اُس کی جگہ سے ہٹا دیتی ہے۔ قولنج کلوی اُسی مریض میں مکرر ہو سکتا ہے۔ اس کا انحصار بلاشبہ پتھروں کی تعداد اور جسامت پر ہوتا ہے۔ ظاہر ہے کہ اگر پتھر حوضِ گردہ میں واپس چلا جائے تو وہ دوبارہ مغروز ہونے پر؛ پھر قولنج کلوی پیدا کر سکتا ہے۔ مُشتبہ اصابتوں میں حوضِ گردہ میں کے کثیر التعداد پتھر جس کرنے پر درد راہبٹ کے احساس سے شناخت ہو سکتے ہیں۔ طویل عرصہ کی فعالیت کے بعد علامات کا بالکل رفع ہو جانا؛ پتھر کے دوبارہ بند ہو جانے کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔

قسدّدی اُسرالبول (obstructive suppression) اس اسرالبول سے مختلف ہے جو حاد امتلاء یا حاد مرضِ برائٹ کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے؛ اور نمایاں اصابتوں میں اِس کے علامات نہایت واضح طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ یہ اس وقت پیدا ہو جاتا ہے جب کہ دونوں حالب ایک ساتھ مفسوط ہو جائیں؛ جیسا کہ عورتوں میں اُس وقت واقع ہوتا ہے جب کہ حوضی اعضا کا سرطان مثانہ کے قاعدہ پر حملہ کر دیتا ہے؛ یا جب ایک گردے کے تعفیہ میں فساد واقع ہو گیا ہو؛ یا اُس کا استیصال کر دیا گیا ہو؛

یا وہ کسی اور طرح معطل (hors de combat) ہوگیا ہو اور تندرست گردے کے حالب میں ایک پتھر مغروز ہو جائے۔ اس حالت کو بعض اوقات **مخفی یوریادمویت** (latent uræmia) کہتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں پیشاب خارج نہیں ہوتا۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ کچھ پیشاب طویل وقفوں کے بعد تھوڑی تھوڑی مقدار میں خارج ہو لیکن وہ صاف، پانی جیسا اور نہایت ادنیٰ کثافتِ نوعی (مثلاً ۱۰۰۲) کا ہوتا ہے، اور اس میں یوریا اور دوسرے جامدات کی نہایت تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے، اور تاوقتیکہ خون موجود نہ ہو، یا التہابِ مثانہ (جو سرطان مثانہ کے ساتھ ہوا کرتا ہے) کی وجہ سے پیشاب میں تبدیلی نہ واقع ہوگئی ہو، اس میں کوئی البیومن نہیں ہوتا۔ ابتداءً مریض کی حالت میں کوئی بڑی تبدیلی نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ وہ حسبِ معمول کھاتا ہو، لیکن اس کی عضلی طاقت کم ہو جاتی ہے، بے خوابی پیدا ہو جاتی ہے، اور کوئی پانچ چھ دن کے بعد عضلی جھٹکے، یا مزمن یوریادمویت (chronic uræmia) کے جھٹکے ہونے لگتے ہیں، جن کے ساتھ سانس پھولنے لگتی ہے اور بالآخر قوماطاری ہو جاتا ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 580)۔ بالعموم تسدد کے آغاز کے بعد نو سے گیارہ دن تک میں موت واقع ہو جاتی ہے، اور اس سے زیادہ نہایت شاذ ہی تاخیر ہوتی ہے۔ اگر پتھر خارج ہو کر یا کسی نوبالید کے ٹوٹنے سے تسدد رفع ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ شفا ہو جائے۔ 550

تشخیص۔ تخیلی علامات، یعنے قطنی درد، دمِ بولیت اور البیومن بولیت نہ صرف ایک اوسط جسامت کے پتھر سے پیدا ہو سکتے ہیں، بلکہ باریک ریگ اور یورک ایسڈ کی قلموں سے بھی ہو سکتے ہیں، جو حالب میں سے بہ آسانی گذر جائیں گے۔ اور ان اصابتوں میں دردِ خصیہ اور بار بار پیشاب آنا بھی موجود ہو سکتا ہے۔ قولنج کا شدید دورہ جس میں دمِ بولیت اور دردِ خصیہ اور خصیہ کی بازکشیدگی بھی ہو، پتھر کی موجودگی کا نہایت قوی ثبوت ہے۔ لیکن ممکن ہے وہ سرطان، تدرن اور التہاب حوض الکلیہ کا نتیجہ ہو۔

سرطان گردہ میں نزف اکثر زیادہ وافر اور زیادہ مسلسل ہوتا ہے۔ پیشاب میں خون کے بعد جیلاٹینی سرخ تھکے نظر آتے ہیں، اور بعض اوقات خردبین سے سرطانی خلیے مل سکتے ہیں۔ مناسب وقت پر رسولی پائی جائے تو اس سے تشخیص میں مدد



الف



ب

الف - ب گلوی حشوات۔ ب میں ایک چھوٹا سا گردہ گردہ کے زیریں قطب پر ملاحظہ ہو۔ (شعاع نگاشتیں مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 550

ملے گی۔ پتھر کا امکان نوعمر مریض میں زیادہ ہوتا ہے، لیکن پتھر یا سرطان ہر دو ادھیڑ عمر یا زیادہ عمر میں موجود ہو سکتے ہیں۔ گردے کا تدرن ممکن ہے کہ قطنی درد، بار بار پیشاب آنے اور پیشاب میں پیپ بلکہ خون آنے سے حصات کی مشابہت پیدا کر دے۔ اول الذکر میں تدرن کی خاندانی یا ذاتی سرگذشت یا تدرن کی موجودہ دلائل موجود ہو سکتی ہیں۔ ورم بولیت اور گردے کا درد نسبتاً کم نمایاں اور کم ممیز ہو سکتا ہے۔ التہاب کلیۂ حوض کلیہ کی مشابہت بار بار پیشاب آنے سے پیدا ہو سکتی ہے، بالخصوص اگر ورم بولیت غیر موجود ہے یا قطنی درد کے مابق چلے، اور اگر پیپ موجود ہے تو بول کا ترشئی تعامل، یا امور کلوی مبداء کی تائید میں ہوتے ہیں۔

آج کل کلوی اور حالبی حصات کی تشخیص میں ہمیشہ لاشعاعوں کا استعمال کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۱)، لیکن یورک ایسڈ کے حصات لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف نہیں ہوتے۔ پتھر کی چھاؤں کو (۱) لمبے وریدی حصوات (phleboliths) سے ممیز کرنا چاہیئے، جو متعدد ہو سکتے ہیں اور ایک ورید کے خط میں ہوتے ہیں نہ کہ حالب کے خط میں۔ نیز (۲) اُسے مُکلّس غدد سے ممیز کرنا چاہیئے جو گروہ در گروہ واقع ہوتے ہیں۔ تشخیص کی مشکلات یورو سلیکٹان (uroselectan) یا حوض نگاری (pyelography) کی مدد سے دور کی جا سکتی ہیں، جو حالب کے خط کو ظاہر کر دیں گے۔ نیز ایک قاثاطیر سے پتھر کو چھو سکتے ہیں۔ اگر مثانہ بین سے مثانہ کا امتحان کیا جائے تو ایک یا دوسرے حالب کے قریب غشائے مخاطی کی خراش کے آثارات دیکھے جا سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ کسی ایک حالب میں سے بہنے والا پیشاب ازحد آہستہ آ رہا ہو، یا اُس میں خون یا پیپ کے خلیے موجود ہوں (نیز ملاحظہ ہو گردہ اور مثانہ کا امتحان)۔ آخر میں بعض اصابتوں میں گردے یا حالب پر ایک استقصائی شگاف لگانا جائز ہے۔

یہ بالکل صاف معلوم ہوتا ہے کہ نہ صرف حصات خود اپنی جانب پر درد پیدا کرنے کے ساتھ ساتھ مقابل کوکھ یا پہلو میں درد پیدا کر سکتا ہے، بلکہ مستثنےٰ اصابتوں میں یہ درد صرف تندرست گردے والی جانب میں ہی محسوس کیا گیا ہے۔ سنگ گردہ فوق العانہ درد بھی پیدا کر سکتا ہے اور اس طرح سنگ مثانہ کی نہایت قریبی مشابہت پیدا کر سکتا ہے۔ یہ درد ضرور معکوس طور پر پیدا ہوتے ہوں گے، اور ان سے ظاہر ہوتا ہے کہ

بولی خطے کے تمام حصوں کے عصبی تعلقات ایک دوسرے کے ساتھ کس قدر قریبی رشتہ رکھتے ہیں۔ ممکن ہے اسفل حالب کے حصات کے علامات وہی ہوں جو اسفل بولی خطے کی خراش سے پیدا ہو جاتے ہیں' اگرچہ اس قاعدے کے بہت سے مستثنیات ہیں۔

علاج۔ ریگ کا (اس وقت جب کہ وہ یورک ایسڈ کی وجہ سے ہو) تدارک پست پیورینی غذا کی تجویز سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو نقرس) اور ایسی ادویہ کے استعمال سے جو پیشاب کو کم ترشی کر دیں۔ کارگر ترین ادویہ پوٹاسیئم یا سوڈیئم کے سائٹریٹ ایسیٹیٹ اور بائکاربونیٹ ہیں' جنھیں ۳۰ تا ۶۰ گرین کی مقداروں میں ۳ یا ۴ اونس پانی میں روزانہ دو یا تین بار' یا رات کو آرام کرنے سے پہلے ایک نسبتاً زیادہ بڑی مقدار میں دینا چاہئے' کیونکہ رات کے وقت یورک ایسڈ کی ترسیب کا رجحان سب سے زیادہ ہوتا ہے پیشاب کا تعامل اس وقت دیکھنا چاہئے جب کہ بیدار ہونے پر پیشاب کیا جائے' ۱۰-۱۱ بجے جبکہ قلوی مدّ اپنے اعظم درجہ پر ہوتا ہے' اور رات کے وقت عشائیہ سے پہلے اور بستر پر جانے سے پہلے۔ نصب العین ۶ اور ۷ کے درمیان PH ہونا چاہئے (ملاحظہ ہو پیشاب کا تعامل)۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ پیشاب اتنا قلوی ہو کر فاسفیٹ کی ریگ یا فاسفیٹ بولیت پیدا کر دے یعنی وہ ۶.۸ یا اس سے اوپر PH کا ہو۔ ممکن ہے اس کا سبب پست پروٹینی غذا اور سبزیوں اور پھل کی افراط ہو۔ پروٹین بڑھانے کے علاوہ جس سے لازماً فاسفیٹ کا اخراج بھی بڑھ جاتا ہے' تعامل کو زیادہ ترشی بنانے کا طریقہ یہ ہے کہ ایمونیم کلورائیڈ (ammonium chloride) یا کیلسیئم کلورائیڈ (calcium chloride) دیا جائے (ملاحظہ ہو التہاب حوض الکلیہ القلیہ کا علاج)۔

551

اگر پتھر درحقیقت بن گیا ہے تو وہ کسی طبی علاج سے حل نہیں ہو سکتا' لیکن اگر وہ چھوٹا ہو تو سیالی درآمد بڑھانے سے نکالا جا سکتا ہے' یا کلوی حصات شکافی (nephrolithotomy) کا عملیہ' یا اگر گردہ متضرر ہو کر بے کار محض ہو گیا ہو تو گردہ برآری (nephrectomy) کا عملیہ کرنا چاہئے اگرچہ ایک بظاہر یاس انگیز حد تک بے کار شدہ گردے میں کچھ نہ کچھ وظیفہ بحال ہونے کی قوت بہر حال ہی میں اس قدر زور دیا گیا ہے کہ گردہ برآری پر گردہ شگافی کو ترجیح دینی چاہئے' بالخصوص اس لئے کہ دوسرے گردہ میں پتھر پیدا ہو جانے کا امکان ہے۔

قولنج کلوی کا علاج ۔ یہاں شدید درد کو دفع کرنے کے لئے، نیز اس توقع پر کہ ممکن ہے کہ وہ حالب کے تشنج کو ڈھیلا کر کے پتھر کے خارج ہونے میں آسانی پیدا کر دیں مسکنات کی ضرورت ہوتی ہے ۔ اگر درد شدید ہو تو مارفیا کی پچکاری فوراً دینی چاہیئے یا مارفیا یا افیون کو داخلی طور پر یا بصورت شافہ استعمال کیا جائے یا کلوروفارم یا ایتھر کا استنشاق کرایا جائے ۔ پیپاورین ہائڈروکلورائڈ (papaverine hydrochloride) جو افیون کے الکالائڈز میں سے ایک ہے، $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$ گرین کی مقداروں میں دینے سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں ۔ مقامی طور پر گرم پولٹیس، گرم تکمیدات لقاح کے لاسقات یا گرم غسل استعمال کرنے چاہئیں ۔ مریض کو آرام و سکون سے رہنا چاہیئے اور گرم مُرقق مشروبات، آشِ جو، وغیرہ کا وقتاً فوقتاً استعمال کرنا چاہیئے ۔

وظیفی البیومن بولیت

(FUNCTIONAL ALBUMINURIA)

یہ پہلے بتلایا گیا ہے کہ البیومن بولیت متعدد مرضی حالتوں میں واقع ہو سکتی ہے جن میں التہاب گردہ اور کلوی انحطاطات، حاد علالتیں، امراضِ ساریہ اور وریدی تشنگا نہایت اہم ہیں ۔ لیکن معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات البیومن بولیت ایسے اشخاص میں موجود ہوتی ہے جو کامل صحت کی حالت میں معلوم ہوتے ہیں اور مزید امتحان کرنے پر مرض کی کوئی اَمارت نہیں ظاہر کرتے ۔

میکلین (Maclean) نے پچاس ہزار سپاہیوں کے بول کا امتحان کیا اور اُسے اُن میں سے ۶۲ء۵ فی صدی میں البیومن بولیت ملی ۔ ۵ء۲ فی صدی میں البیومن بولیت بہت نمایاں تھی ۔ ان میں سے بہت سی اصابتیں غالباً وظیفی البیومن بولیت کی مثالیں تھیں ۔ نیز افراد کے بعض گروہوں، مثلاً ایک سے چھ دن تک کی عمر کے شیر خواروں، مدرسہ کے طلباء، جنگ کے محرروں، سپاہیوں، یا کارخانوں میں کام کرنے والوں میں بول کے اندر البیومن کی موجودگی کے متعلق کثیر التعداد مشاہدات کئے گئے ہیں ۔ اور ہمیشہ ان کی کچھ تعداد میں، جو ۵ سے ۳۰ فی صدی تک ہوتی ہے،

البیومن پایا جاتا ہے۔ یہ ایک عام تجربہ ہے کہ بمہ زندگی کی مزاولت میں اٹھارہ اور تیس سال کی عمروں کے درمیان کے درخواست گزاروں کی ایک بڑی تعداد میں جو خود کو کامل تندرست سمجھتے ہیں بول کے اندر البیومن کی تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے۔ بلاشبہ ان میں سے بہت سی اصابتیں وظیفی البیومن بولیت کی مثالیں ہیں لیکن دوسری اصابتیں ایک، اسبق التہاب گردہ کا نتیجہ ہوتی ہیں، کہ جس سے ایک "رستا ہوا" گردہ ("leaky kidney") باقی رہ گیا ہو۔

امراضیات۔ بالعموم البیومن خفیف مقدار میں ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں گلابیولین (globulin) کی فی صدی مقدار بہت زیادہ ہوتی ہے۔ سیرم گلابیولین (serum globulin)، یوگلابیولین (euglobulin) اور سوڈوگلابیولین (pseudo-globulin) پر مشتمل ہوتا ہے، اور بول کے اندر جو جزو موجود ہوتا ہے وہ یوگلابیولین ہے۔ یہ شئے اکثر لیسی تھین (lecithin) اور دوسرے لیپائڈ اشیا کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے اور بعض اوقات جب کہ یہ بڑی مقدار میں موجود ہوتی ہیں تو بول دودھیا ہو جاتا ہے۔ التہاب گردہ کی البیومن بولیت میں گلابیولین سے چوگنا البیومن ہوتا ہے، لیکن وظیفی البیومن بولیت کی ان اصابتوں میں گو ہمیشہ نہیں مگر اکثر ان دونوں کی مقداریں تقریباً مساوی ہوتی ہیں۔ بول میں ۳۳ فی صدی ایسیٹک ایسڈ قطرہ قطرہ ملانے سے یہاں تک کہ ایک سفید رسوب بن جائے، یوگلابیولین معلوم ہو سکتا ہے۔

وظیفی البیومن بولیت کے مندرجہ ذیل اقسام کا جو زیادہ تر نوعمر افراد میں ہوتے ہیں، جداگانہ تذکرہ ضروری ہے:۔

ورزشی البیومن بولیت (athletic albuminuria)۔ بعض اوقات اُن اشخاص کے بول میں جو حال ہی میں کشتی چلانے یا شرط بدکر دوڑنے یا دوسری شدید جسمانی ورزش میں حصہ لے چکے ہوں البیومن خفیف، قطعی، بلکہ زیادہ مقدار میں پایا جاتا ہے۔ بلاشبہ یہ البیومن بولیت ایک عارضی اختلال ہے جو ظاہر کرتا ہے کہ گردے میں کم دموی رسد پہنچتی ہے، کیونکہ عضلات اور جلد کے لئے زیادہ خون کی فرورت ہوتی ہے۔

غذائی البیومن بولیت (dietetic albuminuria)۔ یہ پروٹینی

غذا کی بڑی مقداروں کے ادخال کے باعث پیدا ہوجاتی ہے۔ ایک چھ ماہ کے تجربہ میں ایک آدمی نے روزانہ ۳۰ء۳ گرام پروٹین لیا۔ البیومن بولیت بتدریج اتنی بڑھ گئی کہ ہر گھنٹے میں ۲-۳ ملی گرام خارج ہونے لگے، سبائک نمودار ہوگئے، جو پہلے زجاجی تھے اور بعد میں ذراتی ہوگئے۔ موضوعی اختلالات یا دموی خون کا ارتفاع بالکل نہ تھا۔ بدیہی طور پر گردہ نقصان رسیدہ ہوگیا تھا۔ لیکن یہ نقصان عارضی تھا کیونکہ طبیعی غذا (82) شروع کرنے کے ۱۰ دن بعد یہ تمام امارات غائب ہوگئیں (32)۔

استقامی البیومن بولیت (orthostatic albuminuria)۔ اِس میں وہ تمام شامل ہیں جو وضعی البیومن بولیت (postural albuminuria) کے نام سے یاد کی جاتی ہیں اور غالباً دَوری (cyclic)، متفتر (remittent)، اور متوقف (intermittent) اشکال بھی شامل ہیں۔ یہ اچھی صحت والے اشخاص میں زیادہ اکثر نوعمر بالغوں میں ہوتی ہے اور اس کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ دن کے بعض اوقات میں البیومن موجود اور بعض میں غیر موجود ہوتا ہے۔ مثلاً وہ علی الصباح نہیں ملتا، لیکن تقریباً ۹ بجے صبح سے شام کے ۵ یا ۶ بجے تک موجود ہوتا ہے، اور اُس پیشاب میں جو رات کو ہوتا ہے غائب ہوجاتا ہے۔ یہ ظاہریہ البیومن بولیت بالخصوص کھڑی وضع اختیار کرنے سے پیدا ہوجاتی ہے اور اُس متلازم ورزش سے جو دن میں کی جاتی ہے۔ اور رات کو لیٹی ہوئی وضع کی وجہ سے غائب ہوجاتی ہے۔ لی ہوئی غذا کی مقدار کا اِس پر کوئی اثر نہیں ہوتا۔ سونے (Sonne) نے بتلادیا ہے کہ اِن اصابتوں میں اہم امر قطاء (lordosis) کی موجودگی ہے جو کھڑی وضع میں قدرتاً پیدا ہوجاتا ہے۔ بائیں کلوی ورید شوکہ اور اَورطی کے درمیان مضغوط ہوجاتی ہے۔ دورانِ خون میں خلل واقع ہوجانے کی وجہ سے البیومن بولیت پیدا ہوجاتی ہے۔ جب مریض لیٹا ہوا ہوتا ہے تو یہ حالت رفع ہوجاتی ہے۔ سونے نے اِس قسم کی دس اصابتوں میں ظاہر کردیا کہ صرف بایاں گردہ ہی البیومن بولیت پیدا کرتا ہے۔ اِس حالت کو قطائی بولیت (lordotic albuminuria) شمار کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ دورانِ حمل کی البیومن بولیت جزءً یک جانبی قطائی البیومن بولیت ہو (83)۔

دَوری البیومن بولیت (paroxysmal albuminuria)۔ یہ بلاشبہ

دَوری ہیموگلوبن بولیت کی ایک ہئیت کے طور پر واقع ہوتی ہے، جس میں ہیموگلوبن ٹوٹ کر ہیماٹین (hæmatin) اور گلا بیولین (globulin) میں جدا ہوجاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 444)۔ مریضوں کو کسلمندی ہوتی ہے، اُن کا رنگ شاحب پڑجاتا ہے، اور بالآخر البیومن بولیت ہوجاتی ہے۔ ساتھ ہی بول میں یوریا اور یوروبائلین کی زیادتی ہوتی ہے۔

تشخیص۔ ممکن ہے کہ تشخیص بہت مشکل ہو کیونکہ یہ ظاہر ہوگیا ہے کہ خفیف البیومن بولیت جو التہاب گردہ کے باعث ہو اکثر وضعی ہوتی ہے، اور البیومن اور گلا بیولین کی اضافی مقداریں نہایت تغیر پذیر ہوتی ہیں (35)۔ ماسبق التہاب گردہ یا سیرائت کی سرگذشت، مریض کی حالت (کہ آیا وہ نڈھال ہے یا اس کی طبیعت شست ہے)، یا گردے کے فعل میں خرابی ہونے سے اس امر کی تائید ہوگی کہ مرض برائٹ اس حالت کا سبب ہے، اگرچہ ایسی صورت میں بھی انذار لازماً بُرا ہوگا۔ یُوگلا بیُولین (euglobulin) کی موجودگی اور رات کے وقت البیومن بولیت کی قطعی غیر موجودگی وظیفی البیومن بولیت کی تائید میں ہوں گے۔

انذار۔ ان اصابتوں کا مستقبل مجموعی حیثیت سے امید افزا ہوتا ہے اور اصابتوں کی بڑی اکثریت میں یہ البیومن بولیت بالکل رفع ہوجاتی ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ یہ دو یا تین، بلکہ سات یا دس سال تک جاری رہے۔

علاج۔ بہ استثنائے اُس شکل کے جس میں غذائی قسم کی البیومن بولیت ہو کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ اس حالت میں غذا کے اندر پروٹین کو کم کر دینا چاہئے۔

REFERENCES

1 F. Kidd 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 748.

2 P. L. Violle .. 1931 *General Practice and Franco-British Medical Review*, 7, p. 209.

3 R. O. Ward .. 1931 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 175.

4 H. Schall .. 1929 *Nahrungsmitteltabelle.* Leipzig.

5 L. Mackey and Sir A. E. Garrod .. 1922 *Quart. Journ. Med.*, 15, p. 319.

6 P. M. T. Kerridge .. 1931 *Lancet*, i., p. 21

7 E. H. Starling and E. B. Verney .. 1925 *Proc. Roy. Soc.*, B. 97, p. 321.

553

8 G. H. Oriel .. 1929 *Guy's Hosp. Rep.*, 79, p. 376.

9 E. P. Poulton and J. H. Ryffel .. 1932 *Guy's Hosp. Rep.*, 82, p. 303.

10 T. Addis .. 1922 *Arch. Int. Med.*, 30, p. 378.

11 E. Moller, J. F. McIntosh and D. D. Van Slyke .. 1929 *Journ. Clin. Invest.*, 6, p. 472.

12 C. L. Cope .. 1931 *Quart. Journ. Med.*, 24, p. 567.

13 Clausen .. 1924 *J. Biol. Chem. (Proceedings)*, 59, p. xlvi.

14 W. Cramer .. 1932 *Lancet*, ii., p. 174.

15 R. W. Brookfield .. 1934 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 848.

16 D. Baird & J. S. Dunn. 1933 *Journ. Path. & Bact.*, 87, p. 291.

17 A. A. Osman .. 1925 *Guy's Hosp. Rep.*, 75, p. 306.

18 A. Lemierre .. 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 77, p. 325.

19 J. Thomson-Walker .. 1927 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 625.

20 J. Shaw Dunn, E. G. Oastler and S. L. Tompsett .. 1934 *Journ. Path. & Bact.*, 38, p. 421.

21 J. P. Hosford .. 1932 *Lancet*, i., p. 435.
22 R. H. Jocelyn Swan .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 606.
23 R. McCarrison .. 1931 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1009.
24 Dorothy S. Russell, A Classification of Bright's Disease .. 1929 *Med. Res. Council Spec. Reports*, 142.
25 J. M. H. Campbell, G. H. Hunt and E. P. Poulton .. 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26. p. 234.
26 T. R. Parsons and E. P. Poulton .. 1923 *Bioch. Journ.*, 17, p. 341.
27 O. L. V. de Wesselow .. 1924 *Lancet*, i., p. 1099.
28 T. I. Bennett .. 1928 *Lancet*, i., p. 535.
29 G. Thompson .. 1932 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1134.
30 A. G. Gibson .. 1928 *Lancet*, ii., p. 903.
31 H. Cabot .. 1926 *Lancet*, ii., p. 53.
32 L. H. Newburgh and Others .. 1930 Quoted in *Lancet*, i., p. 973.
33 F. Cook (Hunterian Lecture) .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 372.
34 W. Sampson Handley. 1923 *Proc. Roy. Soc. Med.* (*Sect. Surgery*), 16, p. 21.
35 J. W. Russell .. 1925 *Lancet*, ii., p. 683.
36 H. Carter and A. A. Osman .. 1927 *Proc. Roy. Soc. Med.* (*Sect. Med.*), 20, p. 43.
37 R. Platt .. 1932 *Quart. Journ. Med.*, i., p. 499.
38 E. Schiff .. 1932 Quoted in *Lancet*, ii., p. 1168.
39 E. B. Mayer .. 1926 *Quart. Journ. Med.*, 19, p. 273.

554

ہڈیوں، مفاصل اور رداؤں کے امراض

رومائزمی (رثیتی) امراض

لفظ "روماتزم" کا ماخذ پہلے دیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 257)، اور وزارت صحت کی ترتیب دی ہوئی جماعت بندی کے گروہ ا کے امراض یعنی رثیتی تپ، تحت الحاد رثیت اور رثیتی پریہوراپر کسی دوسری جگہ بحث کی گئی ہے۔ گروہ ب "غیر مفصلی مظہرات" مثلاً التہابی لیفی یا عضلی رثیت پر مشتمل ہوتا ہے، اور اس میں درد کمر (lumbago)، عرق النسا (sciatica) اور عضدی التہاب العصب (brachial neuritis) بھی شامل ہیں۔ گروہ ج مفصلی امراض مثلاً رثیت آسا التہاب مفصل (rheumatoid arthritis)، عظمی مفصلی التہاب (osteoarthritis) پر مشتمل ہوتا ہے جن میں "شیخوخی نوعتی مرض" ("senile hip disease")، حاد اور مزمن نقرس، اور ناقابل جماعت بندی مزمن مفصلی تغیرات بھی شامل ہیں۔

رثیتی امراض کی اہمیت مندرجہ ذیل اعداد و شمار سے دیکھی جا سکتی ہے (4)-

... بیمہ کرانے والے مردوں اور ... بیمہ کرانے والی ۱۶ سال سے اوپر کی عورتوں میں سے، ہر سال ۹۲۰ افراد ہر قسم کے عوارض کے لئے طبی مشورہ کے طالب ہوئے، اور ان میں سے ۵۵ نے رثیتی مرض کی شکایت کی، جو کہ حسب ذیل طریقہ پر منقسم تھی۔ ۱، حاد رثیت، ۴ مرد اور ۵ عورتیں۔ ب، التہاب لیفی، ۹۱ مرد اور ۱۱ عورتیں۔ ج، التہاب مفصل، ۸ مرد اور ۶ عورتیں۔ یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ بیمہ کرانے والی عورتیں شادی کی وجہ سے، مردوں کی بہ نسبت اوسطاً زیادہ کم عمر ہوتی ہیں۔ جہاں تک پیشوں کا تعلق ہے، دھاتی کاریگر سب سے زیادہ متاثر ہوتے ہیں اور خاص طور پر وہ فولادی کاریگر جو کہ پگھلے ہوئے لوہے کو ہلاتے ہیں، غالباً اس لئے کہ ان کو وقفہ وقفہ سے نہایت ہی سخت ورزش کرنا اور پھر ٹھنڈا ہونے کے لئے ہوا کی رو میں بیٹھنا پڑتا ہے۔ فی الجملہ

رثیت کا حدوث عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتا ہے۔

یہاں بنظر سہولت ہم ساری مفصلی التہاب کا' جو کہ مختلف الاقسام امراض کا ایک گروہ ہے' مختصر سا تذکرہ کئے دیتے ہیں' تاکہ اس کو حقیقی رثیتی امراض سے خارج از بحث کر دیا جائے۔

ساری مفصلی التہاب (infective arthritis)- یہ دیکھا گیا ہوگا کہ ایسے متعدد ساری امراض ہیں کہ جن میں مفصلی التہاب کا بطور ایک پیچیدگی کے تذکرہ کیا گیا ہے' مثلاً تا نقس (typhus)' قرمزیہ (scarlatina)' چیچک (small-pox)' تپ محرقہ (typhoid) انفلوئنزا' لنگڑا بخار (dengue)' ذات الریہ (نبقی ریوی مفصلی التہاب)' نبقی سبحی اور نبقی عنبی عفونة الدم (streptococcal and staphylococcal septicæmia)' سوزاک (gonorrhœa) عُصَیوی زحیر (bacillary dysentery)' پیدائشی اور اکتسابی دونوں قسم کی آتشک اور تدرن (tubercle)- ساری مفصلی التہاب ایک سادہ زلالی التہاب ہو سکتا ہے' جو جلد اچھا ہو جاتا ہے' جیسے کہ رثیتی تپ میں۔ یا اس کا نتیجہ جباۃ ہو سکتی ہے' جیسے کہ تدرن میں۔ یا اس کا نتیجہ تقیح ہو سکتا ہے' جیسے کہ ریم ساز عضویوں کے حملہ میں۔ علامات درد اور الیمیت ہیں' جن کے ساتھ ممکن ہے مفاصل کا ورم ہو یا نہ ہو' اور ممکن ہے کہ اس مفصلی التہاب کے مبدار کی شناخت کے ذرائع صرف اس کی سرگذشت اور اس کے تلازمات میں ہی پائے جائیں۔ یہ مرکب سیلی سیلیٹس (salicylates) سے درد میں تخفیف ہوتی ہے اور تپش کم ہو جاتی ہے' اس کا ثبوت نہیں کہ یہ مرض نوعی طور پر رثیتی تپ ہے۔ نسبتاً ہلکی قسمیں آرام ہی سے اچھی ہو جاتی ہیں' زیادہ شدید قسموں میں جبیرات اور تثبیت کی ضرورت ہوتی ہے' اور جہاں تقیح کی شناخت ہو جائے مفصل کو کھول کر اس کی تسلیت قایم کر دینی چاہئے' یا پیپ کا امتصاص کر کے فلیوین (flavine) (۱۰۰۰ میں ۱ طاقت کی) کا اشراب کیا جا سکتا ہے۔ جیسے ہی کہ التہاب کا درجہ حاد رفع ہو جائے حرکات مجہول عمل میں لانے چاہئیں' تاکہ مفصل مثبت نہ ہونے پائے۔

لیفی التہاب

(fibrositis)

وجع العضلہ(myalgia)، عضلی تنبیہ(muscular rheumatism)

یہ نام عضلات یا رواؤں کے اُس دردناک عارضہ کو دیا گیا ہے، جس کا انحصار التہابی نوعیت کے مقامی تغیرات پر ہوتا ہے۔ اِس کا حدوث موسم سرما میں سب سے زیادہ اور موسم گرما میں سب سے کم ہوتا ہے۔

555

درد کا سبب غالباً یہ ہے کہ عضلات، اُن کے اوتار اور اُن کی رداؤں جیسے گولس کی بین خلائی اتصالی بافت میں ورم پیدا ہو جاتا ہے جس سے عصبی منتہاؤں کا انضغاط ہو جاتا ہے۔ یہ ورم رشحہ کا نتیجہ ہوتا ہے، اور رشحہ جوئے خون سے (جراثیمی یا کیمیائی سموم کے جم جانے سے پیدا ہوتا ہے یا بار یا چوٹ کی وجہ سے بافتوں کے پھٹ جانے سے۔

چنانچہ ان اصابتوں کے ایک گروہ میں لیفی التہاب کا سبب تسمم الدم کا کوئی منبع پایا جاتا ہے، جیسے کہ کوئی عفنِ ماسکہ یا نقرس سے مشابہ کوئی تحول کی خرابی۔ اِن اصابتوں میں مقامی جماؤ پیدا ہونے کا ایک اہم سبب سردی کا تکشف معلوم ہوتا ہے۔ دوسرے گروہ میں عضلی بار کی سرگذشت ملتی ہے۔ اِن گروہوں کے درمیان کوئی قطعی حد فاصل قائم نہیں کی جاسکتی، کیونکہ مقامی تفر سمیات کے عمل کے لئے ایک مادی بہم پہنچاتا ہے۔

علامات ۔ بالعموم صرف ایک ہی عضلہ یا وتر ماؤف ہوا کرتا ہے، اور ابتداءً درد ایک ہی جگہ محدود المقام ہوتا ہے۔ درد اسیوقت محسوس ہوتا ہے جب کہ براہ راست ماؤف شدہ عضلہ کے انقباض سے یا اُس کے ضد متنازعات کے انقباض سے ماؤف حصہ کو پھیلایا یا کھینچا جاتا ہے۔ مرض کے مقام پر دبانے سے بھی درد ہوتا ہے۔ لیکن اگر مریض اپنے عضلات کو بالکل ڈھیلا کرلے اور آہستہ آہستہ حرکات مجہول انجام دئے جائیں تو درد نہیں ہوتا۔ یہ امر اس حالت کو متصلہ مفاصل کے التہاب سے متفرق کرنے کے لئے کارآمد ہے۔ آغاز مرض عموماً حاد ہوتا ہے، اور حرکت کرنے پر تیز درد محسوس ہوتا ہے۔ اِس کی عام جائے وقوع قطنی عضلات ہیں، اور اس صورت میں اسے اکثر

درد کمر (lumbago) کہتے ہیں۔ اس میں حرکت کرنے (مثلاً جھکنے) میں نہایت درد ہوتا ہے اور چلنا صرف اکڑی ہوئی پشت کے ساتھ ممکن ہوتا ہے۔ بعض اوقات تین یا چار روز کے وقفہ سے سرین میں درد محسوس ہو کر عرق النسا (sciatica) نمودار ہو جاتا ہے جس کا سبب غالباً عصب نسائی کے غلاف میں التہاب کا پھیل جانا ہے۔ جس وقت یہ واقع ہو جاتا ہے تو عرق النسا اصلی درد کمر کو چھپا دیتا ہے اور اس کے بعد تک جاری رہتا ہے۔ کتفی حلقہ کے عضلات اکثر ماؤف ہو جاتے ہیں بالخصوص عضلہ دالیہ اور عضلہ صدریہ کبیرہ کی وہ چسپید گیاں جو ذراعیہ ہڈی کے ساتھ ہوتی ہیں۔ اس حالت میں تبعید اور تقریب کی حرکتوں سے درد پیدا ہو جاتا ہے اور چلتے وقت بازو پہلو کے قریب لگا رہتا ہے اور بعض اوقات اسے کہنی کے مقام پر دوسرے ہاتھ کے سہارے سے رکھا جاتا ہے تاکہ ماؤف عضلات میں تناؤ کم ہو جائے۔ یہاں بھی اس کا امکان ہے کہ عضدی ضفیرے کی عصبی پوششوں میں التہاب کے پھیلنے سے عضدی التہاب عصب پیدا ہو جائے۔
بعض اوقات گردن کے عضلات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ایسی صورت میں اس حالت کو عام طور پر اکڑی گردن (stiff neck) کہتے ہیں۔ ایسا خاص کر ٹھنڈ لگنے کے اثر سے مثلاً ہوا کے جھونکے میں بیٹھنے سے ہو جایا کرتا ہے۔
نسبتۃً زیادہ شاذ طور پر بین ضلعی عضلات ماؤف ہو جاتے ہیں چنانچہ سانس لینے اور کھانسنے سے درد ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں اس حالت کو وجع الجانب (pleurodynia) کہتے ہیں جو ذات الجنب کی حالت سے مشابہ ہے لیکن اس میں فرک نہیں ہوتا اور بخار یا اختلال کم یا غیر موجود ہوتا ہے۔
گاہے جلد الراس کے عضلات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اس حالت میں چین بجبیں ہونے اور مضغ کرنے کے افعال میں درد محسوس ہوتا ہے۔
تعظمی عضلی التہاب (myositis ossificans) وہ مرض ہے جس میں عضلات عظمی بافت میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ یہ ہمیشہ ابتدائی طفلی میں شروع ہوتا ہے پہلے پشت کے عضلات پر حملہ آور ہوتا ہے اور اس کا امر ترقی پذیر ہوتا ہے۔ تضرر کی وجہ سے بھی عظمی جماؤ پیدا ہو جاتے ہیں جو نہایت عام طور پر باسطہ ساق میں اور عضدیہ مقدم میں ہوتے ہیں (ضربی تعظمی عضلی التہاب =traumatic myositis ossificans)۔

اس سے ایک ممیز شعاع نگاشت حاصل ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ حالت عظمی مفصلی التہاب سے تعلق رکھتی ہو۔

تشخیص ۔ اس کا انحصار اس پر ہے کہ عمیق جس کرنے پر معین عضلی الیمیت موجود ہو اور ہمیشہ ماؤف گروہ کے عضلات کو تاننے پر درد پیدا ہو۔ عصبی التہاب کی حالت کی طرح یہاں بھی عصبی جڑوں کے یا احشا رکے اس بنیادی مرض کے امارات کی جستجو میں رہنا نہایت اہم ہے، کہ جس سے درد محیطی پھیلاؤ میں متحول ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عضلی الیمیت اور استواری پیدا کر دے، بالخصوص حشائی مرض کی حالت میں۔ آلام جو ہزالِ نخاع (tabes) کے ابتدائی درجوں میں ہوا کرتے ہیں، اکثر غلطی سے عضلی رثیہ سے منسوب کر لیئے جاتے ہیں۔ ایک عضلی التہاب مختلف امراضِ ساریہ میں واقع ہوتا ہے (ساری عضلی التہاب=infective myositis)، اور عضلہ میں ایک منتشر ورم اور دریزش پیدا کر دیتا ہے، یا ممکن ہے کہ پھوڑے بن جائیں، جیسا کہ تقیح الدم

556 (pyæmia) (انتقالی عضلی التہاب =metastatic myositis)، عفونۃ الدم (septicæmia)، سراجہ (glanders)، تپِ محرقہ، اور خبیث دروں قلبی التہاب (malignant endocarditis) میں دیکھا جاتا ہے۔ موئینی (trichiniasis) جس کا تذکرہ پہلے ہو چکا ہے، دراصل ایک طفیلی عضلی التہاب ہے۔ بالآخر کثیر العضلی التہاب کی ایک شاذ شکل ہے، جو کہ حاد رثیت کی ایک قسم ہے۔

اِنذار ۔ مرض کا مر عموماً مختصر ہوتا ہے، بشرطیکہ اس کا معقول طور پر علاج کیا جائے اور وہ عصبی التہاب سے پیچیدہ نہ ہو گیا ہو۔ لیکن جب معقول آرام و سکون حاصل نہ ہو سکے تو ممکن ہے کہ درد کئی ہفتوں تک جاری رہے۔ کامل شفایابی عام کلیہ ہے، لیکن توالی عام ہے، بالخصوص اُن اصابتوں میں جن کی ابتدا ضربہ کی وجہ سے ہوئی ہو۔

علاج ۔ اگر عفین اسکے اس تکلیف کا سبب خیال کیئے جائیں تو ان کو خارج کر دینا چاہیئے۔ قبض بالکل نہ ہونے دینا چاہیئے جس کے لئے بیدار ہونے پر مالح پانی کا ایک پائینٹ پیا جا سکتا ہے، جیسا کہ ریناڈ کے مرض (Raynaud's disease) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ عضلی ورزش باقاعدہ ہونی چاہیئے مگر حد سے زائد نہ ہو۔ اس امر کی احتیاط کرنی چاہیئے کہ سردی اور رطوبت میں زیادہ تکشف نہ ہو۔ تخفیف درد کیلئے

اسپرین اور فیناسٹین (aspirin and phenacetin) دینا چاہئے اور ایک آمیزہ جس میں اگر ین سوڈائیلی سیلاس (sod. sal.) یا گرین پوٹاس آئیوڈائڈ (pot. iod.) شامل ہو۔ بعض اصابتوں میں بالخصوص جب کہ لیفی التہاب کے ساتھ نقرس (gout) کی شہادت موجود ہو ایٹوفین (atophan) مفید ہوگی۔ پیورین سے مبرا اور پست پروٹین والی غذا سے فائدہ ہوسکتا ہے۔ ایک خفیف اصابت میں جس میں درد اور الیمیت محدود المقام اور اوپری ہوں بعض اوقات اعظم الیمیت کے مقام پر زور سے گہری مالش کرنے سے جلد تخفیف حاصل ہوگی۔ غالباً یہ نتیجہ انضمامات کے ٹوٹنے سے حاصل ہوتا ہے۔ اگر دو یا تین بار کرنے کے بعد یہ طریقہ کامیاب نہ ثابت ہو تو اسے ترک کر دینا چاہئے۔ ایک برقی لیپ سے اشعاع کے ذریعہ حرارت کا مقامی استعمال اور برقی حرارت رسانی (diathermy) مفید ہیں۔ مزید برآں ایک اور علاج جس سے عمدہ نتائج حاصل ہونے کا دعویٰ کیا جاتا ہے عضلہ میں یا درد کے مقام پر کونین اور یوریا ہائڈروکلورائڈ (quinine and urea hydrochloride) کے ایک محلول کا اشراب ہے جیسا کہ مقامی عدم حسیت کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ ایک شدید حملہ کی ابتدا میں عرقیت پیدا کرنا مفید ہے اور یہ حمام ترکی (Turkish bath) یا حمام ابخری (vapour bath) کی شکل میں تجویز کی جاسکتی ہے۔ جب مرض ایک بار بخوبی قابو ہوگیا ہو تو ملتہب باقتوں کو آرام دینا ضروری ہے۔

رثیت آسا مفصلی التہاب اور عظمی مفصلی التہاب

(rheumatoid arthritis and osteoarthritis)

بحث اسباب۔ رثیت آسا التہاب مفصل کو مزمن رثیتی التہاب مفصل کا کثیر یا ذیولی قسم بھی کہتے ہیں اور عظمی مفصلی التہاب کو مزمن رثیتی التہاب مفصل کی انحطاطی یا بیش پرورشی قسم بھی کہتے ہیں۔ ان دونوں حالتوں کی مرضی تشریح الگ الگ ہے لیکن ایک اولی رثیت آسا التہاب مفصل پر عظمی مفصلی التہابی تغیرات کا اضافہ ہونا ایک بالکل عام امر ہے۔

رثیت آسا التہاب مفصل ہر عمر میں اور زندگی کی تمام حالتوں میں واقع ہوجاتا ہے۔ لیکن وہ مردوں کے نسبت عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے اور اس میں

ایک قوی موروثی سبب بھی حائل ہوتا ہے۔ سردی اور رطوبت سے یقیناً اُس کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے یا تازہ حملے ہونے لگتے ہیں۔ وہ گرم آب و ہوا میں نسبتہً کم عام ہے۔ ضربہ سے جو مسلسل دباؤ کی صورت میں ہو' یا مستمر یا ربار کھنچاؤ پڑنے سے بھی اُس کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے عظمی مفصلی التہاب درأصل اواخر عمر کا مرض ہے' اور اُس کا صنفی حدوث زیادہ مساوی ہوتا ہے' اگرچہ وہ بھی عورتوں میں زیادہ عام ہے۔ اسباب مُعدّدہ رثیت آسا التہاب مفصل کے اسباب سے مماثل ہیں' اورایک مفصلی اصابتوں میں ضربہ بالخصوص اہم سبب ہوتا ہے۔

مرضی تشریح ۔ رثیت آسا التہاب مفصل ۔ ابتدائی ترین تغیرات' تکاثری نوعیت کے ہوتے ہیں' اور مفصلی حاشیہ کے پاس زلالی غشا میں شروع ہوتے ہیں' یا ٹیکی بافت کی زیر مفصلی تہ میں' یا بیک وقت ان دونوں جگہوں میں مفصلی غضروف کی سطح پر ابتدائی انحطاط کے بعد عروقی توصیلی بافت (سبل =pannus) کا ایک بڑھتا ہوا تہ حملہ کرتا ہے جوکہ زلالی غشا رکے کنارے سے ماخوذ ہوتی ہے۔ ساتھ ہی ساتھ مفصلی غضروف کی عمیق سطح پر زیر افتادہ ہڈی سے عروقی توصیلی بافت کی یورش ہوتی ہے۔ دومتقابل سطحوں پر سبل کی تہیں ممکن ہے منضم ہوجائیں (لیفی جبات) بلکہ متعظم ہوجائیں (عظمی جبات)۔ لاشعاعوں کے لئے کردوسی خطہ کی بڑھی ہوئی نفوذ پذیری ایک ابتدائی خصوصیت ہے' اور غالباً کیلسیم ملحات کے انجذاب کے باعث ہے۔ بعد ازاں لاشعاعوں کے لئے یہ نفوذ پذیری عظمی ہمکوں کے حقیقۃً جذب ہوجانے اوران کی بجائے شحم پیدا ہوجانے کی وجہ سے بڑھ جاتی ہے' "ذبولی" کا نام اس قسم کے لئے اسی لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ زلالی غشا میں کے تغیرات' تکاثری بھی ہوتے ہیں اور زلالی خملات بڑے ہوجاتے اور تعداد میں زیادہ ہوجاتے ہیں نسیجیاتی لحاظ سے مزمن یا تحت الحاد التہاب' صغیر خلوی دررزیش کے گول ماسکات کی صورت میں موجود ہوتا ہے۔ مفاصل میں فصلی انصباب واقع ہوسکتا ہے' یا کیسہ دریختہ ہوسکتا ہے' اور تکلہ نما منظر پیدا کردیتا ہے۔ مماثل تغیرات گرد مفصلی دربجکوں یا وتری غلافات میں واقع ہوسکتے ہیں۔ آخری درجوں میں' مفصلی حاشیات کا تشفہ (lipping) اور مفصلی سطحات کا تیج واقع ہوسکتا ہے' یعنی ثانوی عظمی مفصلی التہاب (15)۔

557

عظمی مفصلی التہاب۔ سب سے پہلا تغیر مفصلی غضروف کے مرکزی رقبہ کا انحطاط ہے۔ اس کے بعد جو تغیرات ہوتے ہیں وہ سب اس اولی انحطاط کا نتیجہ ہوتے ہیں؛ اگرچہ وہ خود انحطاطی سے زیادہ التہابی ہوتے ہیں۔ مثلاً مفصلی رقبہ کو زیادہ وسیع کرنے کے لئے مفصل کا جانبی حصہ تکاثر کرتا ہے اور نتوآت عظمی پیدا ہوجاتے ہیں۔ ایک نئی مفصلی سطح بنانے کی کوشش کرنے اور اس طرح غضروف کے مرکزی حصو کے نقصان کی تلافی کرنے کی غرض سے ہڈی کی غضروفی تہ متصلب سخت اور متیبج ہوجاتی ہے۔ غشاء زلالی میں جو تغیرات ہوتے ہیں وہ ابتداءً ناقابل التفات ہوتے ہیں۔ خملی بیش پرورش ہوتی ہے اور مفصلی حاشیوں کے پاس زلالی جھالروں کی بڑھی ہوئی عروقیت پائی جاتی ہے۔ تاہم بعد میں زلالی غشاء اور کیسہ دبیز ہوجاتے ہیں اور پھر ان میں لیفی اور صلابت الشریانی تغیرات دیکھے جاسکتے ہیں۔ زلالی غشا اور کیسے کے نسیجیاتی تغیرات التہابی بیش تکوین کی نوعیت رکھتے ہیں اور صغیر خلوی دررشح بالعموم غیر موجود ہوتی ہے۔ یہ تغیرات معمر اشخاص کے مفاصل میں امتحان بعد الممات پر بسا اوقات دیکھے جاتے ہیں؛ نیز وہ ضربہ اور طویل المدت دروں مفصلی خراش کا بھی نتیجہ ہوتے ہیں۔ مفصلی کہفوں میں "آزاد اجسام" کے معنی یہ ہیں کہ زلالی جھالریں یا عظمی نتوآت یا غضروفی گرہیں یعنی نام نہاد بر مفصلی یا گرد مفصلی غضروفی نتوآت، جو کہ علی الترتیب مفصلی غضروف کے وسط میں یا اس کے کنارے پر واقع ہوتے ہیں، ٹوٹ کر الگ ہوجاتے ہیں۔ لاشعاعی شہادت کی بنا پر یہ دعویٰ کیا گیا ہے کہ ممیز اولی ضرر خود ہڈی میں ایک دویرہ اور اس کے گرد ایک کثیف طور پر متکلس رقبہ موجود ہوتا ہے؛ اور طویل المدت احاتوں میں متعدد دویرے دیکھے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۴۳ الف)۔

امراضیات۔ یہ امر کہ کس قسم کا التہاب مفصل پیدا ہوگا دو عاملوں پر منحصر ہے۔ آرام ہڈی کا ذبول واقع کردیتا ہے؛ اور رسد دموی کا منقطع ہونا بیش پرورش پیدا کردیتا ہے، جو کہ عظمی مفصلی التہاب کے ساتھ مطابقت کرتا ہے؛ کیونکہ وہ شریانی انحطاط اور بڑھاپے کا مرض ہے۔ اس سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ التہاب مفصل ریوی عظمی داء المفصل (osteoarthropathy) میں واقع ہوتا ہے کہ جس میں محیطی دوران خون سست ہوسکتا ہے۔ تاہم کم از کم وثیت آسا التہاب مفصل میں بسا اوقات



(ب)　　　　　　　　　　الف

(الف) - ایک ۴۱ سال کے مرد کے طبعی ہاتھ کی شعاع نگاشت ۔

(ب) - ترقی یافتہ رثیت آسا التہاب مفصل میں مبتلا عورت کے ہاتھ کی شعاع نگاشت - بہ درسنی ہڈیوں کے سرقابل ذبول ظاہر کرتے ہیں کیونکہ گول سرے غائب ہو گئے ہیں اور عظمی نتوآت موجود ہیں۔ کبیرہ اور رسغ جاسی ہیں۔ انگوٹھا اندر کی طرف مڑا ہوا ہے چنانچہ ابہامی قریب انگشت سلامی کے بعد رسنی ہڈی کے پیچھے دکھائی دیتا ہے۔





د (۱۹۲۹)　　　　　　　　　　ج (۱۹۲۲)

رثیت آسا التہاب مفصل کی ایک طویل المدت اصابت - وہی ہاتھ 'ج' ۱۹۲۲ء میں اور 'د' ۱۹۲۹ء میں عظمی ذبول اور بعد رسنی سلامی مفاصل کا خلع ظاہر کرتا ہے جو کہ ان تاریخوں کے درمیان واقع ہو گئے ہیں ۔ (یہ شعاع نگاشتیں لیوس ہیم ہسپتال میں لی گئیں۔ میڈیکل سپرنٹنڈنٹ ڈاکٹر ایچ ناکوٹن کے باقتدائے صفحہ ۵۵۵)

جسم میں کسی دوسری جگہ کے کسی اولی ماسکہ سے سرایت واقع ہوتی ہے' اور جوسے خون اور مفاصل سے ۶۰ اور ۸۰ فی صدی کے درمیان نبقات سبحیہ جو زیادہ تر خون پاش تھے' تفرید کئے گئے ہیں' اور دموی مصل ثبت الزاقی اور رسوبینی تعاملات دیتا تھا۔ اقتداری مثالوں میں منفی نتائج حاصل ہوئے (16,17)- یہ تحقیقات تصدیق طلب ہے۔ بہت سی اصابتوں میں اولی مراکز' دانتوں میں ہوتے ہیں (ملاحظہ صفحہ 321) جو راسی پھوڑوں یا جوفیزی سیلان ریم (pyorrhœa alveolaris) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ نبشہ کم عام طور پر لوزتین میں خرابی ہوتی ہے۔ دوسرے اسباب ممکنہ یہ ہیں:- غدودہ' انفی جوفوں یا درمیانی گوش میں تقیح' رحم' مردانہ مجری بول اور تناسلی خطہ' کھلے زخم' اور قولون' (آخرالذکر اس وقت جب کہ اس کے فعل میں بے ترتیبی ہو)۔ بہت سی اصابتیں غالباً نبقی سبحی مبداء کی ہوتی ہیں' لیکن ممکن ہے کہ نبقہ عنبیہ اور نبقہ سوزاکیہ بھی متعلق ہوں' اور شاید دوسرے بھی جیسے کہ عُصیّہ قولونی۔ ایک تدرنی قسم کا ہونا بھی ممکن ہے' جیسے پانسیٹ (Poncet) نے بیان کیا ہے۔ بہرحال رثیت آسا التہاب مفصل حاد رثیت سے نہایت قریبی مماثلت رکھتا ہے کیونکہ ان دونوں میں ایک جیسی ممیز نوعیت کی نسیجیاتی ساخت والی جلدی گرہیں ہوتی ہیں۔ بایںہمہ مرکزی عفونت ہی اس کی تشریح کے لئے کافی نہیں ہے' کیونکہ وہ بہت سے ایسے اشخاص میں موجود ہوتی ہے جنھیں مزمن رثیت کی تکلیف مطلق ہوتی ہی نہیں' اور اس کا استیصال اکثر حقیقۃً شفابخش نہیں ہوتا۔ "زمین" کا مسئلہ بھی غورطلب ہے' یعنی کسی فرد کی وہ حالت جو اس میں اس مرض کی استعداد پیدا کرتی ہے۔ فی الحقیقت جب یہ مرض ہو جاتا ہے تو یہ بعض حیکمیائی (biochemical) تغیرات کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ نکبہ گدی کے عروق شعریہ کے خردبینی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ محیطی دوران خون ناقص ہے' چنانچہ بافتوں میں خون سے آکسیجن کم نکالی جاتی ہے (8)۔ برداشت شکر کا منحنی اس منحنی سے مشابہت رکھنے کا رجحان رکھتا ہے جو کہ ذیابطیس میں پایا جاتا ہے (9)۔ مزمن رثیتی التہاب مفصل میں دوران حمل میں عموماً اصلاح ہو جاتی ہے' جس کی وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ خود تنفسی تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔

558

جیسا کہ حاد رثیت میں ہوتا ہے' ممکن ہے کہ رثیت آسا التہاب مفصل میں

التہاب زلالی کا حملہ ایک حساسیتی مظہر ہو جس کا سبب کوئی غریب پروٹین ہوں عین "مصلی مرض" (serum disease) کے اس التہاب مفصل کی طرح جو مانع سمیت مصل (antitoxic serum) کے اشراب کے بعد پیدا ہو جاتا ہے۔ اصابتوں کا ایک گروہ جن کو متوقف استسقاء مفصلی (intermittent hydrarthrosis) کہتے ہیں درحقیقت اس نوعیت کا ہوتا ہے کیونکہ وہ نہ صرف نوبت کے ساتھ کر ہوتا ہے بلکہ اکثر دوسری مشہور حساسیتی علامتوں کے ساتھ پایا جاتا ہے یا اُن سے تبادل ہوتا ہے۔ وہ التہاب زلالی جو نزفیت (hæmophilia) میں واقع ہو جاتا ہے ممکن ہے کہ شاید جزءً اسی سبب سے ہو لیکن اس کا سبب مفصل کے اندر خون کا حقیقی انصباب بھی ہوتا ہے۔ آخر میں رثیت آسا التہاب مفصل کی شدید عضلی لاغری یا ذبول کے ساتھ حسی فساد اور ذبولِ جلد پایا جاتا ہے نیز یہ عضلی ذبول تعجب انگیز حد تک تشاکل ہوتا ہے۔ یہ امور ایسے ہیں جن سے اس مرض کے عصبی مبداء کی تائید ہوتی ہے جو بالاستہ مکان حرکی ہر جلہ (locomotor ataxy) کے متعدد مفصلی التہاب اور نخاعی جوفیت (syringomyelia) (مرض شارکو؛ Charcot's disease) میں ملاحظہ ہو اِس سے آگے) میں نہایت نمایاں ہوتا ہے۔

علامات۔ رثیت آسا التہاب مفصل۔ اصابتوں کی اکثریت میں بالخصوص عورتوں میں یہ مرض حاد کثیر المفاصل اور بڑی حد تک زلالی ہوتا ہے۔ یہ متشاکل طور پر دونوں ہاتھوں کے قریبی بین سلامیاتی مفاصل کے تکلہ نما ورم کے ساتھ شروع ہوتا ہے جس کے ساتھ الیمیت بھی ہوتی ہے۔ اور بالآخر بعد رسغی سلامی مفاصل کلائیاں کہنیاں شانے اور جوارح زیریں کے مفاصل نیز شوکہ اور جبڑے کے مفاصل اور قصی ترقوی مفاصل ماؤف ہو جاتے ہیں۔ چند ہفتوں تک خفیف سا حموی تعامل ہوتا ہے اور ساتھ ہی نبض سریع ہوتی ہے۔ جب یہ رفع ہو جاتا ہے تو پھر بھی مفاصل محدود الحرکت ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ تپ اور ورم مفاصل کے عکس واقع ہوتے رہیں۔ اِس کے ساتھ ہی مریض عدیم الدم ہو جاتا ہے اُسے پسینہ بکثرت آتا ہے اور وہ لونیت ظاہر کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ تحت الجلدی گرہیں ہوں اور لمفائی غدد اور طحال کی کلانی ہو جائے۔ طبیعت پست ہوتی ہے اور بھوک جاتی رہتی ہے۔ ہر عکس کے ساتھ

حرکات زیادہ محدود ہوتے جاتے ہیں' اور بالآخر ممکن ہے کہ جسارت پیدا ہوجائے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۴۴ (الف))۔ چند اصابتوں میں التہاب قلب واقع ہوتا ہے' اسی طرح جس طرح کہ رثیئی تپ میں۔ اکثر اصابتوں میں مرض شروع سے لے کر آخر تک مزمن ہی اختیار کرتا ہے۔

مفصلی تغیرات اور اُن کے ساتھ واقع ہونے والے عضلی ذبول کے باعث نہایت ممیز تشوہات پیدا ہوجاتے ہیں۔ چنانچہ اُنگلیاں بجائے بعد رسغی ہڈیوں کے خط میں رہنے کے زندی جانب کو منحرف ہوجاتی ہیں' اور انگشت شہادت کے قاعدے پر کا جوڑ اکثر بہت متورم ہوتا ہے۔ بعد رسغی سُلامی مفاصل عموماً خمیدہ' پہلے سُلامی مفاصل میں بسط شدہ اور دوسرے سلامی مفاصل خمیدہ ہوتے ہیں۔ ممکن ہے خلع ہو' بالخصوص بین سُلامیاتی مفاصل پر' اور اس سے انگلیاں بالکل چھوٹی اور ڈھیلی ہوجاتی ہیں' جو جاسُنی نہیں ہوتیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۴۲ د)۔ کعبری اور زندی ہڈیوں کے نیچے والے سرے کلائی کی پُشت پر اُبھر آتے ہیں۔ عام طور پر جو عضلات مذبول دیکھے جاتے ہیں وہ ہاتھ کے بین العظام عضلات' عظم الفخذ کے زیریں سرے کے عضلات' اور شانے کے جوڑ پر کا عضلہ دالیہ ہے۔ ماؤف حصوں پر کی جلد چکنی اور ذبولی ہوجاتی ہے۔ مفاصل سے تعلق رکھنے والے اعصاب بھی مزمن عصبی التہاب سے ماؤف ہوجاتے ہیں اور جوارح میں درد پیدا کردیتے ہیں۔

بچوں میں دوسری تین سے پہلے ایک مماثل سریری تصویر پیدا ہوجاتی ہے۔ گھٹنوں اور کلائیوں میں جو التہاب مفصل دیکھنے میں آتا ہے' اس کے ساتھ اکثر لمفائی غدد اور طحال کی کلانی' عدم دمویت' پسینہ' تغیر پذیر تپ' اور جسمانی نمو کا ایقاف موجود ہوتے ہیں (مرض سٹل =Still's disease)۔ نسبتہً زیادہ عمر والے افراد میں بھی یہ مرض قدرے سریع تر آغاز کے ساتھ ہوکر متعدد مفاصل کو ماؤف کرسکتا ہے' یا ممکن ہے کہ ابتدا ہی سے مرض زیادہ مزمن ہو۔ اکڑاؤ اکثر صبح کے وقت زیادہ نمایاں ہوتی ہے' جس کی وجہ سے حرکات ابتداءً دردناک ہوتے ہیں۔ لیکن اگر انھیں جاری رکھا جائے تو درد بتدریج کم ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات انصباب بہ آسانی شناخت میں آسکتا ہے' اور مفصل مشی اور لچکدار ہوتا ہے۔ خفیف اصابتوں میں' جو نہایت عام ہیں' مرض صرف ایک یا دو مفاصل کو منتخب کرلیتا ہے۔

559

عظمی مفصلی التہاب ۔ اس کا حملہ غیر محسوس طور پر شروع ہو کر ایک یا زائد بڑے جوڑوں میں درد، اکڑ اور حرکت کرنے پر چرچرانے کی آواز یا تکسّر کی علامات پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ مرض عموماً ایک مفصلی اور غیر متشاکل ہوتا ہے، اگرچہ ایسا مرض جس نے اب تک کوئی علامتیں نہیں پیدا کی ہیں، سریریاتی اور شعاعیاتی طور پر امتحان کرنے سے نسبتۃً عام طور پر دوسرے مفاصل میں بھی پایا جاتا ہے۔ جوں جوں وقت گذرتا ہے حرکت زیادہ زیادہ محدود ہوتی جاتی ہے۔ مریض کی عام صحت اور تغذیہ میں کمی نہیں پیدا ہوتی تپ نہیں ہوتی، الاّ شاذ طور پر اس وقت جب کہ اشتداد مرض کا زمانہ ہو۔

عظمی مفصلی التہاب کی بعض بہت واضح طور پر متعین اقسام ہیں۔ کو لھے کا مرض (صفحہ ۳۴۴) (شیخوختی مرضِ فوض = malum coxæ senilis) مردوں میں نسبتۃً زیادہ عام ہوتا ہے۔ درد اور اکڑ کے بعد حرکت نہایت محدود ہو جاتی ہے، جارحہ کی بروں گردیدگی کے ساتھ بظاہر قصر ہو جاتا ہے، اور سُرین چپٹے ہو جاتے ہیں۔ عورتوں میں گھٹنے کا جوڑ نہایت عام طور پر ماؤف ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ جزءً اس ضربہ سے منسوب کیا جا سکے جو اکثر سِن یاس کے ساتھ جسم کے وزن کی زیادتی کا نتیجہ ہوتا ہے۔
ہیبرڈین کی گرھیں (Heberden's nodes)، یعنے وہ چھوٹی گرہیں یا گومڑیاں جو منتہائی سلامیات کے اطراف پر بن سکتی ہیں، عظمی بروں بالیدگیاں ہیں اور عظمی مفصلی التہاب کے ابتدائی درجے کا ممیز خاصہ ہیں۔

تشوھی فقراتی التہاب (spondylitis deformans)، جساوت آفریں (ankylopoietica) قسم کا عورتوں سے مردوں میں دس گنا زیادہ ہوتا ہے، جو زیادہ تر بیس اور چالیس سال کے درمیان کی عمر کے ہوتے ہیں، اور وہ دراصل فقرات کی ایک عظمی جسارت ہے۔ ممکن ہے تسنّم (kyphosis) موجود ہو (Bechterew)، جھکے ساتھ سر کو سیدھا رکھنے کے لئے عنقی فقرات کی بیش بسط شدگی ہو، اور دباؤ کی وجہ سے فقرات کا مقدمی کنارہ تشقّق ہو، یا ممکن ہے شوکہ سیدھا ہو [ماری (Marie) اور سٹرمپیل (Strumpell) کی جذر الجوارحی جسائت الفقاریہ (spondylose rhizomelique)]۔ ممکن ہے ہڈیاں عظمی مسامیت اور اس کے ساتھ لینیت اور بھر طرانی ظاہر کریں۔ یہ حالت رثیت آسا التہاب المفصل کے ساتھ تعلق رکھتی ہے، اگرچہ عنفی عدوٰی

صفحہ ۴۳



الف ۔ دائیں ورکی مفصل کا عظمی مفصلی التہاب ۔



ب ۔ (مقابلے کے لئے)۔ بائیں ورکی مفصل کا تدرن ۔ (یہ شعانگاشیں ڈاکٹر جے۔ اے۔ ٹامسن (J. A. Thomson) رائل باتھ ہسپتال ہیروگیٹ نے دی ہیں ۔)

اس قدر مختلف ہے۔ پشت اکڑ جاتی ہے اور شوکہ کو دبانے اور قرع کرنے پر الیمیت پائی جاتی ہے' جو کہ التہاب کے باعث ہوتی ہے' اور بعض اوقات پسلیاں غیر متحرک ہوتی ہیں چنانچہ تنفس بالکل ڈایافراجی ہوتا ہے۔ مرض کی رفتار بہت ہی اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں آغاز حاد اور رفتار سریع ہوتی ہے' چنانچہ پورے کا پورا شوکہ چند ہی ماہ میں استوار ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں رفتار بہت سست تر ہوتی ہے' اور ممکن ہے کہ شوکہ کا کچھ حصہ متاثر ہو جانے کے بعد مرض بالکل رک جائے۔ بعض اوقات آغاز اس قدر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے کہ مریض مشورہ کا طالب نہیں ہوتا یہاں تک کہ وسیع نقصان ہو جاتا ہے۔ ابتدائی ترین علامات' درد کمر اور عرق النسا کے ہوتے ہیں اور ممکن ہے زیادہ شدت کے نہ ہوں۔ عام طور پر یہ سرگذشت ملتی ہے کہ ان علامات کے بعد فترہ ہو کر چند ماہ کے بعد وہ دوبارہ عود کر آئی تھیں' اور مرض کی نوعیت شناخت ہونے سے قبل ایسا دو تین مرتبہ واقع ہوتا ہے۔ جوارح کے چھوٹے مفاصل اکثر متاثر نہیں ہوتے۔

عظمی مفصلی التہاب الفقرات (spondylitis osteoarthritica)' جو کہ بعض اوقات تشوہی التہاب الفقرات (spondylosis deformans) کہلاتا ہے' شوکہ کا عظمی مفصلی التہاب ہے۔ یہ تقریباً تمام تر ۵۰ اور ۶۰ کے درمیان عمر کے مردوں میں ہوتا ہے' اور سخت محنت اور خاص طور پر کوئلہ کی کانیں کھودنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے ضربہ ایک عامل ہو۔ درد نمایاں نہیں ہوتا' تاوقتیکہ عظمی نتوات باہر نکلنے والے عصبی جذور پر دباؤ نہ ڈالیں۔ تشریح تشفل طبعی ہوتی ہے' بمقابلہ جسامت آفرین قسم کے کہ جس میں وہ بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔

تشخیص۔ مزمن نقرس میں مفصلی تغیرات رثیت آسا مفصلی التہاب کے تغیرات سے قریبی مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ حقیقت یہ ہے کہ بعض اصابتوں میں جو کہ رثیت آسا التہاب مفصل معلوم ہوتی ہیں' دموی یورک ایسڈ کافی بلند ہوتا ہے اور "رثیتی نقرس" کی قدیم اصطلاح ان پر صادق آسکتی ہے۔ حاد اصابتوں میں حاد یا تحت الحاد کثیر مفصلی التہاب (polyarthritis) کی دوسری شکلوں کو فراموش نہیں کرنا چاہیے' جیسے کہ پیدائشی آتشکی التہاب مفصل (congenital syphlitic arthritis) اور تیقی سوزاکی التہاب مفصل (gonococcal arthritis)۔ مقامیت اکثر مختلف

ہوتی ہے، اور سرگذشت سے مدد ملے گی۔ شاذ و اصابتوں میں حادرثیت کے مکرر و متواتر حملے جوڑوں میں مستقل تغیرات پیدا کردیتے ہیں۔ التہاب منصل جسے صرف ایک ہی جوڑ کو ماؤف کیا ہو تدرن کے ساتھ خلط ملط کیا جاسکتا ہے، لیکن عظمی منصلی التہاب اور تدرن کی شعاع نگاشتیں بالکل مختلف ہوتی ہیں (جیسا کہ صفحہ 559 پر صفحہ ۳۴۹ میں نظر آتا ہے)۔ معمر اشخاص میں کولھے کے مرض کو عرق النسا (sciatica) اور ورد کمر (lumbago) سے تمیز کرنا چاہیے۔ یہ مرض کے ابتدائی درجے میں آسان نہیں ہوتا۔ امور ذیل پر اعتماد کرنا چاہیے:- (۱) منصل پر دبانے سے مقامی درد اور الیمیت اور حرکت کرنے پر درد۔ (۲) فخذی اور مقدم ساقی اور ساد اعصاب کے ممر میں ہمزماں طور پر درد بعید، کیونکہ یہ تمام اعصاب اس منصل کو شاخیں پہنچاتے ہیں۔ (۳) حرکت کی تحدید۔ (۴) لاشعاعی منظر۔ مرض شارکو (Charcot's disease) بہ آسانی تمیز ہو جاتا ہے، اور اس کے علاوہ هزال نخاع (tabes) یا نخاعی جوفیت (syringomyelia) کے عصبی آثار موجود ہوتے ہیں۔

560

انذار۔ جب مفاصل میں مستقل تغیرات واقع ہو چکے ہوں تو شفا یابی ناممکن ہے، لیکن نہایت ابتدائی درجوں میں شفا ہونا ممکن ہے۔ بایں ہمہ مرض کے آخری درجوں میں بھی احتیاط کے ساتھ علاج کیا جائے تو نہایت بڑی اصلاح ہو جاتی ہے۔ حادثہ کل میں یہ امر حیرت انگیز ہے کہ منصل بیرونی شکل میں نہایت ہی متغیر ہو جانے کے باوجود کامل شفا ہو جاتی ہے۔ لیکن اس میں ایک طویل عرصہ درکار ہوتا ہے۔

تحفظ۔ اس کی احتیاط رکھنی چاہیے کہ عفونتی مرکز نہ بننے پائیں۔ بالخصوص دانتوں پر باقاعدگی کے ساتھ توجہ ضروری ہے۔

علاج۔ پہلا قدم یہ دیکھنا ہے کہ کوئی ممکنہ اولی مرکز تو موجود نہیں۔ یہ امر کہ دانت اور سوڑھے سرچشمۂ سرایت نہیں ہیں سطحی امتحان سے فیصلہ کرنا ناممکن ہے۔ مطلوبہ معلومات حاصل کرنے کے لئے دندانی شعاع نگاشتیں (dental radiograms) لینی چاہییں (ملاحظہ صفحہ 321)۔ اس وقت بھی جب کہ دانت بالکل تندرست نظر آتا ہو، درد نہ پیدا کرتا ہو اور قرع کرنے پر الیم نہ ہو، یہ ممکن ہے کہ اس کی جڑ میں تقیح موجود ہو۔ ماؤف دانت کو نکال ڈالنا چاہیے، اور اس کے راسی خراج سے کاشتیں کر کے خود زاد

جُدرین (autogenous vaccine) تیار کرلینی چاہیئے۔ راسی خراج بعض اوقات عقیم
ہوتے ہیں۔ شدید جوفیزی سیلان ریم (pyorrhœa alveolaris) کی حالت میں
دانتوں کو نکال دینا چاہیئے، لیکن خفیف تر اصابتوں میں نسبتہً کم تام علاج سے اکثر اصلاح
ہوجاتی ہے۔ جب پیپ آزادانہ طور پر خارج ہوتی ہو تو خطرہ اتنا بڑا نہیں ہوتا جتنا
کہ اس وقت ہوتا ہے جب کہ وہ تسدد کے پیچھے رُکی ہوئی ہوتی ہے۔ لوزتین، غدود
اور سرایت کے دوسرے ممکن منبعوں پر جن کا پہلے تذکرہ ہوچکا ہے، توجہ کرنی چاہیئے اور
جُدرینات استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ اگر کوئی مرکز نہ ملے تو اکثر غذائی قنال پر شبہ ہوتا
ہے، بالخصوص قولون پر اور براز میں ملے ہوئے عضویوں اور بالعموم نبقات ستبحیہ
سے جُدرینات تیار کرکے ان کا استعمال اکثر کیا گیا ہے۔ جُدرین کی شناخت اس امر
سے ہوتی ہے کہ وہ مفاصل میں مرکزی تعامل (focal reaction) پیدا کرنے کی
کس قدر قوت رکھتی ہے، اور اس کو ایک سال یا اور زیادہ مدت تک جاری رکھنا
چاہیئے یہاں تک کہ اس کا اشراب مفاصل میں کوئی درد نہ پیدا کرے (Beddard)۔
قولونی غسیل (colonic lavage) اور معوی دافعاتِ عفونت، جیسے کہ سیالول
(salol)، بسمتھ سیلی سلیٹ (bismuth salicylate) اور بیٹا نیفتھال
(β-naphthol) استعمال میں لائے گئے ہیں، بالخصوص جب کہ اسہال بھی موجود ہو۔
ایک دوسرا اصولِ علاج نام نہاد علاج بذریعہ صدمۂ پروٹینی (protein shock
therapy) ہے جس میں کسی غریب پروٹین کے دروں وریدی اشرابات استعمال کئے
جاتے ہیں، مثلاً قولونی یا محرقی جدرین (coli or typhoid vaccine) کے ۵ کروڑ
تا ۱۰ کروڑ (50 millions to 100 millions) یا ویٹے کے پپٹون (Witte's
peptone) کے ۱۰ فی صدی آبی محلول کے ۱ سی سی۔ اس سے مفاصل متورم اور دردناک
ہوجاتے ہیں، اور بالآخر حالت بہتر ہوجاتی ہے۔ اگر اوّلی مرکز نہ معلوم ہوسکے تو یہ طریقہ
استعمال کیا جاسکتا ہے۔ گندھک کے مرکبات کے دروں عضلی اشرابات بھی دئے جاتے ہیں۔
حال میں بعض اصابتوں میں ذہبی تجہیزات (الوکرائزین :allochrysin، سالگنال
(solganol: ۰۱ سے لے کر ۰۵ گرام کی مقداروں میں تھوڑے تھوڑے دنوں کے بعد
متعدد نعالبا کی صورت میں استعمال کرانے کی آزمائش کی گئی ہے اور اس میں کامیابی ہوئی

ہے۔ تسمم سے احمرار شری، بلکہ تسلخی التہاب الجلد واقع ہوسکتا ہے، نیز التہاب کلیہ، التہاب الفم، اور اسہال اور قے۔

اِس نوعی علاج کے علاوہ جو مرض کو دور کرنے کے لئے ہوتا ہے، بعض عمومی تدابیر اور مقامی تدابیر ایسی بھی ہیں جو مخففات یا وقتی مسکنات کی قسم سے ہیں اور جن پر غور کرنا چاہیئے۔ جب تغذیہ ادنیٰ درجہ کا ہو تو غذا میں کمی یا روک ناجائز ہے۔ اِس کے برعکس جب تغذیہ اچھا ہو تو بعض اوقات ادنیٰ حرارہ والی غذا دینا فائدہ مند ہوتا ہے (8)۔ اور خاص کر جب دموی یورک ایسڈ بلند ہو تو لیست پیوریتی غذا بھی مفید ہوتی ہے۔ علاج بالکبد سے بھی کامیاب نتائج حاصل ہوئے ہیں (8)۔ الکحلی مشروبات کے اعتدال کے ساتھ استعمال کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ مریض کو فلالین کے لباس سے اچھی طرح ملبوس ہونا چاہیئے، گرم خشک ہوائی کرہ تلاش کرنا چاہیئے اور تغیرات تپش سے بچنا چاہیئے۔ اِن ضروریات کو پورا کرنے والے مختلف صحت بخش مقامات اور معدنی چشموں والے مقامات نفع بخش پائے گئے ہیں، مثلاً بکسٹن (Buxton)، باتھ (Bath)، ہیروگیٹ (Harrogate) اور اسٹراتھ پیفر (Strathpeffer) انگلستان میں اور ایکس لیس بینس (Aix-les-Bains)، ایکس لاشپیل (Aix-la-Chapelle)، بیڈن بیڈن (Badan-Baden) اور ویس بیڈن (Weisbaden) بیرون انگلستان۔ داخلی استعمال کے لئے سنکھیا پوری مقداروں میں، ایسپرین، سوڈیم سیلی سلیٹ، گوائکال (gusiacol)، آیوڈائیڈ آف آئرن، اور حیاتین الف اور ڈی نہایت نفع بخش ہیں اور انہیں مناسب وقفوں کے ساتھ ہفتوں یا مہینوں تک جاری رکھنا چاہیئے۔ بعض اصابتوں میں خلاصۂ درقیہ سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ مرض کے قاتلی درجہ میں خود مفاصل کو جبائر میں آرام کی حالت میں رکھنا چاہیئے۔ صبغیہ آیوڈین لگا سکتے ہیں۔

561 درد رفع ہو جانے کے بعد دلک اور حرکات مجہول مفاصل کی حرکت پذیری اور عضلی تغذیہ بحال کرنے میں ممد ہوں گے۔ دلک عمل میں لانے سے پہلے مفصل کو حرارت پہنچانا ایک اچھا طریقہ ہے، کیونکہ عرقی اتساع سے مفصل کی حرکت پذیری زیادہ ہوتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ عنقی یا قطنی مشارکی کے عقدات کا جراحی طور پر استیصال کرنے سے

جیسا کہ ریناڈ (Raynaud) کے علاج میں کیا جاتا ہے (6)' شفا ہوتا بیان کیا گیا ہے۔ ہسٹامین (histamine) کے اثرات بھی مفید ہو سکتے ہیں (7)۔ حمائی غسل (peat-baths) خلابی غسل (mud baths)' برقی روشنی کے غسل (electric light baths)' گرم ہوائی غسل (hot air baths)' گرم پانی کے غسل (hot water baths) اور گردابی غسل (wirlpool bath) کا استعمال کر سکتے ہیں۔ برقی حرارت رسانی (diathermy)' مسلسل گیلوانی رَو' کثرت تواتر (high frequency)' اور سیلی سلک رو ثانات کے ساتھ رواں رسانی کی شکل میں برق کا استعمال کر سکتے ہیں۔ بعض اوقات آزادانہ حرکت پذیر مفصل کا حاصل کرنا غیر ممکن پایا جاتا ہے' ایسی صورت میں مفید ترین وضع میں مفصل کی بیتی جبارت حاصل کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔

نقرس

(gout)

یہ نام ایک قسم کے مفصلی التہاب کو دیا گیا ہے' جو خون میں یورک ایسڈ کی زیادتی اور جوڑوں اور دوسری بافتوں میں قلمی سوڈیم یائی یوریٹ (sodium biurate) کے جماؤ کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ مریضوں کی اکثریت میں پاؤں اور بالخصوص پاؤں کے انگوٹھے کے جوڑوں پر پہلے حملہ ہوتا ہے' اسی واسطے اس کا قدیم یونانی نام "نقرس پا" (podagra) درج ہے۔ لیکن ہاتھ کے جوڑ (نقرس الید = chiragra) اور دوسرے جوڑ بھی بالآخر' اور نسبتہً بہت کم عام طور پر پہلے ماؤف ہوتے ہیں۔

بحث اسباب ۔ نقرس کا شدید توارث مشہور ہے' چنانچہ نقرس زدہ خاندان کی اولاد اوائل عمر ہی میں اس مرض کے حملوں کا رجحان رکھتی ہے جو مقابلتہً بلا کسی سبب محرک کے شروع ہو جاتے ہیں۔ یہ مرض عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے' اور ادھیڑ عمر اور بڑھاپے میں ہوا کرتا ہے' اگرچہ بعض اوقات' بیان کی ہوئی موروثی اصابتوں میں' نہایت جلد یعنی بیس سال کی عمر ہی میں ظاہر ہو جاتا ہے' اور یہ ایسے لڑکوں میں بھی دیکھا گیا ہے جو صرف آٹھ' نو یا بارہ سال کی عمر کے تھے۔ یہ

اُمرا کا مرض سمجھا جاتا ہے، جس سے غربا محفوظ رہتے ہیں لیکن یہ سچ نہیں کیونکہ یہ اکثر نہایت تمثیلی شکل میں ہسپتالی مریضوں اور دوسرے مفلوک الحال اشخاص میں دیکھا گیا ہے۔ دولت کا اثر غذا سے متعلق ہوتا ہے، جو ایک نہایت اہم تسبیبی عامل ہے، اور غذا کی کثیر مقداروں کا ادخال، بالخصوص اُن اقسام کا جو پیورین اجسام کی زیادتی رکھتی ہوں، اور ان کے ساتھ الکحلی شرابیں بھی پینا، براہ راست خون اور بافتوں کی وہ حالت پیدا کرنے میں حصہ لیتا ہے جو نقرس کی اصلی بنیاد ہے۔ الکحلی مشروبات میں مالٹ کی شرابیں اور نسبتاً توی تر انگوری شرابیں، مثلاً پورٹ اور شیری، کشید کردہ اسپرٹز کے نسبت زیادہ مضر معلوم ہوتی ہیں۔ کثرتِ غذا کے اثرات میں قعودی زندگی سے زیادتی ہو جاتی ہے، اور بالعموم کوئی پیشہ اُسی نسبت سے مضر ہوتا ہے جس نسبت سے کہ وہ کثرتِ غذا پر مائل کرتا یا قعودی زندگی اختیار کرنے پر مجبور کرتا ہے۔ عفونت، بالخصوص عفونتِ دنداں سے نقرس کی استعداد پیدا ہوتی ہے، نیز اُن پیشوں یا کاموں سے جو کام کرنے والوں کو رصاصی تسمم (lead intoxication) کا ہدف بناتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 587)۔ ایسے افراد میں جو اس کی استعداد رکھتے ہیں، یا جن میں اس کے مظاہر پہلے ظاہر ہو چکے ہوں، غذائی بے احتیاطیوں کی زیادتی سے، یا اُس سخت ترین باقاعدگی کے ترک کر دینے سے جو اب تک ضروری ثابت ہوئی تھی، اور تشویش اور دماغی انکار سے، اِس کا حملہ ہو جانا ممکن ہے۔ نقرس کا حملہ ایک متضرر مفصل پر زیادہ آسانی کے ساتھ ہو جاتا ہے، اور خیال کیا جاتا ہے کہ پاؤں کے انگوٹھے کے بعد مشطی سلامی (metatarso-phalangeal) مفصل پر جوتے کا دباؤ پڑنا اُس مفصل کو اس کے حملے کا امکان پیدا کر دیتا ہے۔

مرضی تشریح ۔ مزمن نقرس میں مفصلی تغیرات بالعموم عظمی مفصلی التہابی قسم کے ہوتے ہیں، گو کہ یہ لازمی نہیں ہے کہ ہمیشہ ایسا ہو۔ لہٰذا مرضیاتی تغیرات پیشتر بیان کردہ تغیرات سے مماثل ہوتے ہیں، اور اس کے علاوہ اہم بات یہ ہے کہ مفصل کے ترکیبی عناصر میں سوڈیم بائی یوریٹ کے جماؤ واقع ہوتے ہیں۔ مفصلی غضروف غشاء رتلائی اور کیسہ میں اور گرد مفصلی ساختوں میں یوریٹی (uretic) جماؤوں کے علاوہ سوڈیم بائی یوریٹ کی قلموں کے اجتماعات بسا اوقات زیر مفصلی ہڈی کی بافت میں

دوری فضاؤں یا گتبہ کئے ہوئے رقبہ جات کے اندر جاگزیں پائے جاتے ہیں۔ یہ ہے اجتماعات ہڈیوں کی سطح پر بھی ہو جاتے ہیں، جہاں وہ غضروفی نتوات سے یا تیز مہمیزوں سے جو ہڈیوں سے نکلتے ہیں جزء گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ دم کول، وتری غلافوں، غضروف الاذن، یا اُن حصوں کی جلد میں بھی جو مفاصل کے عین اوپر نہ ہوں اصلی تغیر یا یوریٹ کی قلموں کا اجتماع ہی ہوتا ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں دوسرے مقامات پر بھی حقیقی نقرسی جماؤ پایا گیا ہے، مثلاً نخاعی سحایا پر اور دُمینے کے سحایا پر۔ نقرس میں اکثر صلابت الشرائین (arteriosclerosis) اور اولی منقبض گردہ (contracted kidney) موجود ہوتا ہے۔

532

کیمیائی امراضیات - بول کا یورک ایسڈ دو منبعوں سے ماخوذ ہوتا ہے:-
(۱) غذا کے پیورین اجسام سے (بیرون زاد)۔ یہ مادے (زرتھین، ہپوزنتھین وغیرہ) چائے، قہوہ، کوکو، تمام خلیات کے نواتوں میں شمول ہوتے ہیں، لہٰذا یہ گوشت، خصیوں یا جانوروں کے لبلبہ یا دوسرے خلوی اعضا میں موجود ہوتے ہیں۔ اس منبع سے اخذ شدہ پیورینز سب کے سب یورک ایسڈ کی حیثیت سے نہیں خارج ہوتے۔ ان کی بڑی مقدار جسم کے اندر تلف ہو جاتی ہے۔ تاہم ایسی قوی اغذیہ کی بڑی مقدار کے استعمال سے بول کے اندر یوریٹس کی مقدار کی بہت زیادتی ہو جانا ممکن ہے۔ (۲) جسم کی بافتوں کے خلیات کی شکست و ریخت سے (دروں زاد)۔ اگر کوئی شخص معتدبہ از پیورین غذا استعمال کرے، جیسے روٹی، سبزی، دودھ کے حاصلات اور انڈوں پر بسر کرے، تو اس کے بول کے اندر کا یورک ایسڈ خالص طور پر دروں زاد ہوتا ہے۔ اور چونکہ یہ اس قسم کی غذا کے استعمال پر ایک غیر متعین عرصہ تک مقدار میں مستمر رہتا ہے، لہٰذا اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ جسم پیورینز کی ترکیب پر قادر ہے۔ ممکن ہے کہ ہسٹیڈین (histidin) اور آرجینین (arginin) ایک منبع ہو (Hopkins and Ackroyd)۔
یہ بھی پایا گیا ہے کہ دروں زاد یورک ایسڈ ایک تقریباً معتدا از پیورین غذا پر کم ہو کر تقریباً نصف رہ جاتا ہے (1)، اور اسی طرح معتدا از کاربوہائیڈریٹ غذا کے استعمال سے بھی (2)۔ لیکن آخر الذکر حالت میں دموی یورک ایسڈ بلند ہو جاتا ہے، جو ممکن ہے نقرس کے حملہ کا محرک ہو۔

نقرس میں خون کے اندر یورک ایسڈ کی زیادتی ہوتی ہے۔ یہ سب سے پہلے اے۔بی۔گیرڈ (A. B. Garrod) نے اپنے "خیطی امتحان" ("thread test") کے ذریعہ بتلایا۔ اس کی ترکیب یہ ہے کہ ایک چھالے سے دو ڈرام مصل لے کر اسے ایک اتھلے گھڑی کے شیشہ میں رکھ دیں، اس میں ایسیٹک ایسڈ کے ۱ یا ۲ قطرے ملا دیں اور مصل کے اندر تین یا چار دھاگے رکھ کر اسے معمولی تپش میں تیس یا چالیس گھنٹے علیحدہ رکھ دیں۔ اس عرصہ کے اختتام پر اگر ان دھاگوں کا خردبین کے نیچے امتحان کیا جائے تو ان پر یورک ایسڈ کی قلمیں بنی ہوئی پائی جائیں گی۔ ایک طبعی شخص کے خون میں یورک ایسڈ ۳ ملی گرام فی صدی تک موجود ہوگا۔ نقرس کے حملے سے پہلے قدر ۴ تا ۱۰ ملی گرام فی صدی ہوگی۔ لیکن اس اعلیٰ عدد کے باوجود بول میں خارج شدہ یورک ایسڈ کی مقدار درجۂ طبعی کے نسبت کم ہوتی ہے۔ مزید برآں، اگر ایک نقرسی شخص کو غذا میں پیوریز دیئے جائیں تو بول کے اندر ان کا اخراج ہونے میں بڑی تاخیر ہو جاتی ہے۔ اس سے مترشح ہوتا ہے کہ گردے کی اخراجی قوت کا فشل ہی خون کے اندر یورک ایسڈ کی زیادتی کا سبب ہے۔ نقرس کے حملے کے ساتھ بول کے اندر یورک ایسڈ کا اخراج یکایک زیادہ ہونے لگتا ہے اور یہ اخراج حملہ کے دوسرے یا تیسرے دن اپنے اعظم درجہ پر پہنچ جاتا ہے۔ ساتھ ہی مفاصل اور دیگر مقامات پر یوریٹی جماؤ واقع ہوتے ہیں۔ خون کے اندر یورک ایسڈ کم ہو جاتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ سنکوفین (cinchophen) diphenyl- (quinolin tetracarboxylic acid نقرس کے حملوں کو روک دیتا ہے جس کا طریقہ یہ ہے کہ وہ بول کے اندر یورک ایسڈ کے اخراج کو زیادہ کرتا ہے، اور اس کے ساتھ ہی خون اور بافتوں میں یورک ایسڈ کی مقدار کم ہو جاتی ہے (Folin)۔ اگر نقرسی شخص کو پیورین غذائیں دی جائیں تو اس سے یورک ایسڈ کے اخراج میں بھی آسانی پیدا ہوتی ہے۔ یاد رکھنا چاہیئے کہ خون کا یورک ایسڈ بیض دمویت (leukæmia) اور شدید التہاب گردہ جیسے امراض میں زیادہ ہو سکتا ہے، جن میں نقرسی حملے غیر موجود ہوتے ہیں۔ چنانچہ نقرس صرف اسی سبب کے باعث نہیں ہو سکتا۔ اس کے علاوہ کوئی مزید سبب عامل ہونا چاہیئے۔

نقرس کے حاد مفصلی التہابات سوڈیم بائی یوریٹ کے قلمی جماؤ کی خراش سے

منسوب کئے جاتے ہیں' جو بافتوں میں پایا جاتا ہے ۔ اور ممکن ہے کہ حسائی حملے بھی ایسی بائی یوریٹ کی قلموں کے کم از کم عارضی جماؤ کے باعث ہوتے ہیں ۔

علامات ۔ نقرسی حملہ ۔ مریضوں کی اکثریت میں نقرس پہلے ایک حاد التہاب کے حملہ کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے' جو ایک پاؤں کے انگوٹھے کے بعد مشطی سلامی منفصل میں ہوتا ہے ۔ مختلف احباتوں میں مختلف تنبیہی علامات دیکھنے میں آتے ہیں ۔ بعض میں صحت یا شگفتگی کا ایک غیر معمولی احساس ہو سکتا ہے ۔ لیکن زیادہ اکثر مندرجہ ذیل علامات ہوا کرتے ہیں :۔ دماغی یا ذہنی انتفاض تیند میں خلل ۔ عجیب و غریب احساسات' کھجلی' یا جوارح میں اینٹھن ۔ طنین الاذن ۔ کثرت ریق' درد معدہ' قئے' یا ریحیت ۔ بول کی مقدار اور رنگ میں تغیر جب کہ بول زیادہ تر قلیل المقدار ہوتا ہے اور اس میں یوریٹس جم جاتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ یہ علامات ایک یا دو دن تک تکلیف دہ رہے ہوں اور پھر مریض پاؤں کے انگوٹھے کے درد سے' عموماً دو بجے رات کے قریب جاگ اٹھتا ہے ۔ درد زیادہ تکلیف دہ ہوتا جاتا ہے' اور مریض کو چین ملنا غیر ممکن ہوتا ہے ۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ہی قدرے سردی محسوس ہو بلکہ قشعریرہ ہو کر کچھ بخار ہو جائے ۔ چند گھنٹے سخت تکلیف دہ درد کے بعد اس میں بالآخر تخفیف ہو کر مریض سو جاتا ہے ۔ پھر جب وہ جاگ اٹھتا ہے تو ماؤف منفصل کو سرخ اور متورم پاتا ہے ۔ یہ منفصل نہایت الیم ہوتا ہے ۔ اس کی جلد تنیدہ اور چمکدار ہوتی ہے' اور اگر اسے چھوا جا سکے تو دبانے سے اس میں قدرے تنقیر ہو جاتی ہے ۔ آس پاس کی وریدیں قدرے پھولی ہوئی ہوتی ہیں ۔ ممکن ہے کہ دن میں مریض کو سخت درد نہ ہو مگر شام کے قریب تمام ابتدائی علامات مکرر نمودار ہو جاتے ہیں' یعنی شدید درد اور کیفیۂ حموی تعامل' جن میں صبح کے قریب قدرے تخفیف ہو کر اس کے بعد کی رات میں پھر زیادتی ہو جاتی ہے ۔ منفصل کا ورم جاری رہتا ہے' اور پاؤں سے اوپر کچھ فاصلہ تک جلدی بافتوں میں پھیل جاتا ہے ۔ رنگ مائل تاقم سرخ ہو جاتا ہے ۔ بالآخر التہاب کم ہوتا ہے' اور یہ پانچ سے دس یا پندرہ دن میں ہوتا ہے' اور جلد کا تقشر ہو کر بڑے اور موٹے چھلکے اتر آتے ہیں' اور بتدریج اس کا رنگ معمولی ہو جاتا ہے ۔ مستثنیٰ احباتوں میں ایک یا دو یا انگلیوں کے ناخن گر سکتے ہیں ۔ لیکن اس کے برعکس خفیف حملوں میں تقشر

563

نہیں واقع ہوتا۔

مریض کی عام حالت خفیف عمومی تعامل کی ہوتی ہے، جس کے ساتھ کم و بیش خلل معدہ بھی ہوتا ہے۔ تپش زیادہ بڑھی ہوئی نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ تپش ۱۰۱ درجہ تک پہنچ جائے، لیکن شاذ ہی ۱۰۲ درجہ تک بلند ہوتا ہے اور پھر وہ بھی تھوڑے عرصہ کے لئے۔ زبان پر موٹی فرجمی ہوئی ہوتی ہے، مریض کو اشتہا نہیں ہوتی، لیکن پیاس کی زیادتی، متلی اور شراسیف میں تمدد کا احساس ہوتا ہے، اور وہ قبض زدہ بھی ہوتا ہے۔ حاد حملے کے ہمراہ التہاب وریدی اور وریدوں کی علقیت ہونا عام ہے، اور اگر گردے مرضی ہیں تو بولیادمویت بھی واقع ہو سکتی ہے، اور عموماً کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی معتدبہ کثرت بھی ہوتی ہے۔

نقرس کا حملہ ختم ہونے پر مریض کی طبیعت اکثر اتنی اچھی ہوتی ہے کہ جیسی پہلے عرصہ دراز تک نہ تھی۔ اور بالعموم کئی ماہ بلکہ دو تین یا زیادہ سال تک اس حالت کو یاد دلانے والی کوئی بات پیش نہیں آتی۔ دوسرا حملہ اسی مفصل میں ہو سکتا ہے جس میں پہلے ہوا تھا اور تقریباً ہو بہو اسی کا مثنیٰ ہوتا ہے۔ یا وہ مقابل پاؤں میں، یا ایک ٹخنے، یا کلائی یا ہاتھ میں ہو سکتا ہے۔ تیسرا حملہ اکثر اس سے کمتر وقفے کے بعد ہوتا ہے کہ جتنا پہلے اور دوسرے حملے کے درمیان پایا گیا تھا، اور جوں جوں وقت گزرتا ہے سکون کے وقفوں کا طول کم سے کمتر ہوتا جاتا ہے۔ آخر کار ایک یا کئی حملوں کے بعد بہت سے مفاصل ماؤف ہو چکتے ہیں، اور متواتر حملوں سے اُن میں ایسے تغیرات ہو جاتے ہیں، جن سے معتدبہ تشوہ پیدا ہو جاتا ہے، چنانچہ پرانا نقرسی مریض تقریباً اسی طرح اپاہج ہو جاتا ہے جس طرح کہ رثیت آسا التہاب مفصلی (rheumatoid arthritis) کا مریض۔

جب مرض اس درجہ تک پہنچ جائے تو یہ فی الحقیقت مزمن نقرس (chronic gout) ہے۔ اگر ہاتھ پاؤں کی انگلیوں کے چھوٹے مفاصل اکثر پہلے ماؤف ہوں تو ممکن ہے کہ بالآخر اطراف کے تمام مفاصل نقرسی جماؤ کا محل وقوع بن جائیں مگر شانہ اور کولہا اکثر کم تر ماؤف ہوتے ہیں۔ ہاتھ کے مفاصل بڑے ہو جاتے ہیں اور وہ خمیدگی یا بسط شدگی کی مختلف اوضاع میں کم و بیش جم کر سخت ہو جاتے ہیں، اور شدید اصابتوں میں انگلیاں ہاتھ کی زندی جانب کو منحرف ہو جاتی ہیں۔ اسی طرح

ممکن ہے کہ پاؤں کج پائی (talipes) کی حالت میں جم کر سخت ہو جائے، یا گھٹنا اور کہنی خمیدہ وضع میں جم جائے۔ مفاصل کے گرد کا ورم اکثر سفید جماؤں کی موجودگی کی وجہ سے اور بھی بڑھ جاتا ہے، جنکو سنگینے (tophi) کہتے ہیں جو ابتداءً نیلی چمکدار جلد کے نیچے قریب ہی واقع ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی وہاں کی وریدیں متسع ہوتی ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ بالآخر جلد پھٹ کر یہ ملائی یا کھریا مٹی جیسا جماؤ ایک وقت میں تھوڑا تھوڑا خارج ہو جائے، یا زیادہ شاذ اصابتوں میں اس جماؤ کے گرد تقیح واقع ہو کر اس کا اخراج زیادہ جلد واقع ہو جائے۔ یہ سنگینے ماؤف مفاصل تک ہی محدود نہیں۔ یہ متصل انگلیوں کی جلد کے نیچے ذرجلوں میں (مثلاً ترج کے اوپر)، اوتار میں، اور اکثر بار کان کے گوش پیچہ کی کرّی میں دیکھے جاتے ہیں۔ اگر ان میں سے کسی ایک جماؤ سے نکلے ہوئے ملائی جیسے رَس کا امتحان خردبین کے نیچے کیا جائے تو وہ کثیر التعداد دقیق سوزن نما قلموں سے بنا ہوا پایا جائے گا، جو بیشتر سوڈیم یائی یوریٹ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں، جس کے ساتھ کیلسیم یوریٹ یا فاسفیٹ، اور سوڈیم کلورائڈ کا تھوڑا تناسب ہوگا۔

564

بعض اوقات نقرس تحت الحاد بلکہ مزمن مفصلی التہاب کی شکل میں دو یا زیادہ مفاصل میں واقع ہوتا ہے جس میں پاؤں کے انگوٹھے یا اس میں کوئی سابقہ حاد حملہ نہیں ہوتا۔ اس میں اکثر حاد رثیت کے کثیر مفصلی التہاب سے عام مشابہت پائی جاتی ہے۔ علاوہ ازیں تمثیلی رثیت آسا مفصلی التہاب (rheumatoid arthritis) کی بعض اصابتوں میں دموی یورک ایسڈ بلند درجہ پر پایا جاتا ہے، جو غالباً نقرسی مبدا کا ہوتا ہے۔

"بیقاعدہ نقرس ("irregular gout") کے عنوان کے تحت بعض ایسے اختلالات داخل ہیں جو نقرسی اشخاص میں ممکن الوقوع ہیں مگر جن کا درحقیقت اس مرض سے کوئی تعلق نہیں۔ یہ حسب ذیل ہیں :۔ معدی اور معوی نازلت، شعبی التہاب، التہاب ملتحمہ، التہاب قزحیہ، مجریٰ بول کا نقرسی التہاب (جو ایبسٹین : Ebstein کی رائے کے مطابق جریان مذی : prostatorrhœa ہے)، التہاب العصب، کبد جگر (cirrhosis of the liver)، اور مزمن اکزیما (chronic eczema)۔

تشخیص۔ تمثیلی نقرسی حملہ جو رات کے وقت پاؤں کے انگوٹھے میں ہوتا ہے،

شاذ ہی کسی دوسری چیز کے ساتھ خلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ حاد رماثیت (acute rheumatism) سے اُس کی تفریق ایک مفصل کے سیاہ سرخ، چکدار تنیدہ ورم اور عام پسینہ نہ آنے اور خفیف بنیئی اختلال سے ہوتی ہے۔ بعد کی علالتیں جن میں بہت سے مفاصل ماؤف ہو جاتے ہیں زیادہ قریبی مشابہت ظاہر کرتی ہیں۔ نقرس میں عموماً منفرد مفاصل کے متعدد سابقہ حملوں کی سرگذشت ہوتی ہے اور تپ یا پسینہ اس سے کمتر ہوتا ہے کہ جتنا رثیت میں۔ لیکن خود مفاصل کی حالت پر اُس قدر اعتماد نہیں کیا جاسکتا جس قدر کہ ابتدائی حملوں میں کیا جاسکتا تھا۔ نقرس میں ہاتھ کی پشت کا ورم اور سرخی ایسی ہو سکتی ہے جو پھوڑے سے مشابہ ہو لیکن تموج شاذ ہی حاصل ہو سکتا ہے اور سرگذشت ایسی ہوتی ہے جو بیشتر غلطیوں سے محفوظ رکھتی ہے۔ متعدد نقرس سے تقیح الدم (pyæmia) کا گمان پیدا ہو سکتا ہے، لیکن آخر الذکر میں قشعریرے زیادہ شدید اور عام اختلال زیادہ نمایاں ہوگا۔ تمام اصابتوں میں سنگینوں کے لئے کانوں کا امتحان کرنا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو سنگینہ کے کچھ حصہ کا خرد بینی امتحان کر کے دیکھنا چاہیے کہ سوڈیم بائی یوریٹ کی قلمیں موجود ہیں یا نہیں، یا میوریکسائڈ والا کاشف (murexide test) کرنا چاہیے۔ مشکوک اصابتوں میں طریقہ فولین (Folin's method) سے خون کے یورک ایسڈ کی تخمین کی جاسکتی ہے۔ اسکی ادنیٰ قدر نقرس کو خارج از بحث کر دیتی ہے، لیکن اگر قدر بلند ہو تو اس سے یہ لازم نہیں آتا کہ نقرس ضرور موجود ہے۔

مزمن طور پر ماؤف مفاصل کا شعاع نگاری امتحان مفید ہو سکتا ہے چونکہ سوڈیم یوریٹ لاشعاعوں کے لئے شفاف ہوتا ہے، ممکن ہے کہ مفاصل کے قرب وجوار میں صاف رقبے دیکھے جائیں۔ اُن کی کوریں ایسی واضح طور پر نمایاں ہوتی ہیں گویا کہ وہ سنبہ کئے ہوئے ہوں، اور یہ رقبے اکثر گول ہوتے ہیں اور اُن کی جسامت چھ پنس کے سکے کے برابر تک ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مفصلی سطح میں چھوٹے قدری سوراخ نظر آئیں۔ ہڈی کی ساخت متغیر نظر آسکتی ہے، اور ممکن ہے کہ خطوط بیقاعدہ ہوں، اور ہڈی کی شکل مشوہ ہو۔ یہ اُس خراش سے منسوب کیا جاتا ہے جو یورک ایسڈ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ ہڈی کی پوری سے انگشت نما نتوآت یا ابھر نکلے ہوئے نظر آسکتے ہیں





یہ شعاع نگاشتیں نقرس کی تصویر پیش کرتی ہیں۔ دائیں ہاتھ کی دوسری تیسری اور پانچویں انگلیوں کے قربی سلامیات کی پوریوں میں واضح الحدود صاف رقبے (خطوط میں تغیرات
اور کہیں کہیں تشوہات ملاحظہ کرنے چاہئیں۔ نیز دائیں ہاتھ کی چوتھی اور پانچویں انگلیوں کی دوسری اور تیسری سلامیات کے درمیان اور پانچویں بائیں انگشت کی پہلی اور
دوسری سلامیات کے درمیان مفصلی سطحوں پر تقدری سوراخ ملاحظہ کرنے چاہئیں۔ پوریوں پر متعدد انگشت ماغی نتوآت نظر آتے ہیں۔ (ڈاکٹر جارج گراہم کی ایک اصابت سے)

بالمقابل صفحہ 564

(ملاحظہ ہو صفحہ ۴۴۴)۔

اِنذار۔ نقرس ایک بار ظاہر ہونے کے بعد مکرر ہونے کا امکان رکھتا ہے، تاوقتیکہ وہ غذائی اور دوسرے حالات نہ بدلے جائیں کہ جن سے وہ پیدا ہوا ہے۔ اگر وہ اواخر عمر میں لاحق ہوا ہو اور معقول علاج ہو تو ممکن ہے کہ وہ زندگی کو زیادہ کوتاہ نہ کرے۔ اُس کے ساتھ واقع ہونے والی شریانی صلابت اور اوّلی منقبض گردہ (primary contracted kidney) خطرناک ہوسکتے ہیں۔

تحریر۔ غذا ہمیشہ معتدل مقدار میں لینی چاہئے۔ بہت سے مریض حد سے زیادہ فربہ ہوتے ہیں، چنانچہ اُن کے لئے وزن کا کم ہونا مفید ہوگا۔ پروٹین اور کاربوہائیڈریٹ دونوں قسم کی اغذیہ کی کمی عموماً فائدہ مند خیال کی جاتی ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم یہ ہے کہ ایسی غذا منتخب کی جائے جس میں پیورین اجسام کی اقل مقدار ہو، کیونکہ ان کو مشمول رکھنے والی غذا سے نقرس کا حملہ جلد ہوجاتا ہے۔ نہایت قلیل پیورین شامل رکھنے والی غذائیں حسب ذیل ہیں:۔ دودھ، انڈے، مکھن، پنیر، میدے کی روٹی، چانول، ساگودانہ، پھل، کرم کلہ، کاہو، گوبھی اور آلو۔ بہت مقدار میں پیورین شامل رکھنے والی غذائیں جن سے پرہیز کرنا لازم ہے، حسب ذیل ہیں:۔ کوکو (cocoa)، چاکولیٹ (chocolate) جَو، جئی کا آٹا، لحمی غذائیں، جن میں سؤر کا بے چربی کا گوشت نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا، سؤر کی نمکین دھوئیں میں پکائی ہوئی ران، اور بہت سے اعضا شامل ہیں۔ ان میں بعض غذاؤں میں آگزلیٹز (oxalates) بھی موجود ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 508)، لہٰذا انسے پرہیز ضروری ہے۔ یہ آلوؤں کے متعلق بھی سچ ہے۔ جب پیورینوں کو اقل مقدار تک گھٹانا منظور نہ ہو، تو مندرجہ ذیل اشیا، جن میں پیورینوں کی معتدل مقدار موجود ہے لی جاسکتی ہیں۔ سؤر کا چربی دار گوشت نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا، بھیڑ یا بکری کے گوشت کے قیمے کے تلے ہوئے کباب، سؤر کا بھنا ہوا گوشت، زبان، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی اوجھڑی، بھیجا، شاہ بلوط کا پھل، اسپرگس (asparagus)، مچھلی کا اچار، مٹر، جئی کا آٹا، مچھلیاں، برسلز سپروٹز (Brussels sprouts)، مسور، مولیاں، پالک، کھٹی گھاس (sorrel)، رس بھریاں (raspberries)، ریوند۔ شخصی خصائص کا لحاظ بھی ضروری ہوگا تاکہ سوء ہضم نہ ہونے پائے، اور اس شرط کے ساتھ چربی بھی اعتدال کے ساتھ لے سکتے ہیں۔ نقرس کا رجحان

رکھنے والوں کے لئے بہترین یہی ہے کہ ہر قسم کی الکحل سے پرہیز کریں۔ ہلکی سپید انگوری شراب سب سے کم مضر ہوتی ہے، یا عمدہ برانڈی یا وِہسکی کی تھوڑی مقدار جیسے خوب مرقق کر لیا گیا ہو۔ ذیابیطس کی طرح اس مرض میں بھی کسی چیز کو میٹھا کرنے کے لئے سیکرین (saccharin) کا استعمال سود مند ہے۔ ہضم اور تمثیل کی ترقی کے لئے ورزش کا فائدہ کافی طور پر مشہور و معروف ہے۔ قلوی یا مالح میاہ کارآمد ہیں، اور اس سے بھی زیادہ کارآمد ایسے معدنی چشموں والے مقامات کی رہائش ہے جہاں پانی کے اثر کے ساتھ منتظم غذا، تازہ ہوا اور فرحت بخش ماحول بھی حاصل ہو سکتا ہے۔

سنکوفین (cinchophen) [جس کے تجارتی نام اٹوفان (atophan)، اگوٹان (agotan)، فینوکوئن (phenoquin) اور کونوفان (quinophan) ہیں] نقرس کے حملوں کے حفظ ما تقدم کے لئے نہایت مفید دوا ہے۔ یہ ہر ہفتے میں تین دن تک کھانے کے بعد روزانہ تین مرتبہ ۵ گرین کی مقداروں میں دی جاتی ہے۔ اگر معدی خراش ہو تو سوڈیم بائی کاربونیٹ ۱۵ گرین ہمرہان طور پر دے سکتے ہیں۔ غذا میں کثرت سے کاربوہائیڈریٹ موجود ہونے چاہئیں۔ سنکوفین کا تسمم اب خوب معلوم ہے اور اس کے علامات ارسینو بنزال کے تسمم (جو ملاحظہ ہو) کے علامات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ جگر کے حاد تنخر سے ہونے والے سمی یرقان کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے، اور نہایت ہی عام ہے، لیکن التہاب الدماغ کے علاوہ، تمام "ابتدائی سمی اثرات" کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے، اور ممکن ہے عارضی البیومن بولیت پائی جائے (18، 12)۔ سیلی سیلیٹس (salicylates) اور سوڈیم بینزوئیٹ (sodium benzoate) بھی کتاب میں یورک ایسڈ کے اخراج کو بڑھانے میں اسی طرح عمل کرتے ہیں۔ امعاء کے عمل کو بھی آزادانہ ترقی دینی چاہئے۔

علاج۔ حاد نقرس میں ماؤف پاؤں کو اوپر اٹھا ہوا رکھنا چاہئے، اور اگر مریض صاحبِ فراش نہیں ہے تو اس پاؤں کو ایک کرسی یا کوچ پر سہارا دینا چاہئے۔ اسے نرم روئی میں لپیٹ دینا چاہئے، اور شدید اصابتوں میں کوئی دافع درد لاسقہ جیسے کہ لفاح کا مروخ (belladonna liniment)، صبغیہ بچھناگ (tincture of aconite)، صبغیہ افیون، یا ایٹروپین اور مارفیا کا غسول ایک نالہ پر چھڑک کر پہلے سے پاؤں پر لگایا

جاتا ہے' اور پھر ایک روغن زدہ ریشمی کپڑا یا تیلا گٹا پرچا (gutta-percha) سے کے
اوپر رکھ سکتے ہیں۔ جونکوں' گرم پلٹسوں' اور برفانی لاسفات سے احتراز کرنا چاہئے۔
کم عمر مریضوں میں غذا کو وودھ اور نشاستہ دار اغذیہ تک محدود کر دینا چاہئے' لیکن
زیادہ معمر اشخاص اور اُن اشخاص کو جو سابقہ حملوں کی وجہ سے نڈھال ہو چکے ہوں' غذا
زیادہ فیاضانہ دی جاسکتی ہے' مگر پھر بھی اُسے زیادہ تر سیال اور زود ہضم ہونا چاہیے۔
اگر ممکن ہو تو الکحل سے قطعی پرہیز کرنا چاہئے۔ دوا: سورنجان (colchicum)
بیشتر اصابتوں میں یقینی اثر رکھتی ہے۔ اُسے نیند یا جنیہ کی شکل میں ۵ تا ۱۵ قطرے
کی مقداروں میں ہر چھٹے یا چوتھے گھنٹے' پوٹاسیم بائی کاربونیٹ یا سائٹریٹ یا لیتھیم
سائٹریٹ کے ساتھ ملا کر دے سکتے ہیں۔ ملتہب مفصل کی حالت میں تخفیف پیدا کرنے
کے لئے سکوفین بے کار محض ہے۔ آنتوں کو کیلومیل (calomel) سے فاعل رکھنا
چاہئے۔ اگر درد نہایت شدید ہو تو مارفیا تحت الجلد اشراب کے ذریعہ یا داخلی طور پر دے سکتے
ہیں۔

بیش پرورشی ریوی عظمی داء المفصل

(HYPERTROPHIC PULMONARY OSTEOARTHROPATHY)

ہاتھ کی اُنگلیوں کی گرزشکلی اس مرض کا ابتدائی ترین درجہ ہے۔ اُنگلی کی انتہا
متورم اور گول ہو جاتی ہے۔ ناخن بڑا ہو کر معمول کی نسبت زیادہ محدب ہو جاتا ہے۔
ممکن ہے کہ صرف نرم حصے ماؤف ہوں' لیکن سُلامی اکثر چوڑی اور موٹی ہو جاتی ہے۔
کامل نمو یافتہ بیش پرورشی ریوی عظمی داء المفصل میں اُنگلیوں میں گرزشکلی کے ساتھ
جوارح کی ہڈیوں کی کلائی بھی واقع ہو جاتی ہے' بالخصوص ہاتھوں اور پاؤں کی ہڈیوں
کی' اور لمبی ہڈیوں کے بُعدی سروں کی۔ ممکن ہے کہ پہلے مفاصل میں اکڑ ہو کر بعد میں
انصباب واقع ہو جائے۔

گرزشکلی اصابتوں کے دو گروہوں میں واقع ہوتی ہے:۔ (۱) اُن لوگوں میں
جو بڑی اُونچائیوں پر رہتے ہیں' مثلاً اینڈیز (Andes) میں (11) یا جو قلت

آکسیجن کی دوسری حالتوں میں مبتلا ہوں، جیسے کہ مزمن ریوی مرض، مثلاً لیفی شُشش
(fibroid lung)، سل ریوی نفاخ اور تمدد الشعب (bronchiectasis) میں نیز وسطی
نو بالیدوں (mediastinal new growths) میں اور سماسے تحت الترقوہ ورید
کے انضغاط میں، جب کہ یک جانبی گرز شکلی پائی گئی ہے، میٹ ہیموگلوبین دمویت
(methæmoglobinæmia) یا سلف ہیموگلوبین دمویت (sulphæmoglobin-
æmia) میں اور پیدائشی مرض قلب، اور شاذ صورتوں میں اکتسابی مرض قلب میں۔
(۲) اس گروہ میں مختلف الانواع اصابتیں کبیۃ الکبد (cirrhosis of the liver)،
ساری التہاب دروں قلب (infective endocarditis)، سرطان المری (carcinoma
of the œsophagus)، بوابی ضیق (pyloric stenosis) وغیرہ شامل ہیں۔ اولی
سبب کے دور ہونے پر گرز شکلی غائب ہوگئی ہے۔ امراضیاتی اور سایہ نگاری مشاہدات
سے ظاہر ہوتا ہے کہ نمو یافتہ ریوی عظمی داء المفصل میں لمبی ہڈیوں کے گرد عظمہ، اور بالخصوص عظم کعبری
زیریں ثلث زندی قصبیہ شظیہ، بعد رسغی ہڈیوں بعد مشطی ہڈیوں، اور ہاتھ اور پاؤں کی قربی
اور وسطی سُلامیات کے گرد عظم کے نیچے نئی ہڈی کا ایک ہلکا سا جماؤ ہو جاتا ہے۔ یہ جماؤ
ایسا ہوتا ہے کہ جس سے ہڈی کے قربی اور بُعدی سروں کے درمیان کا انخداب پُر
ہو جاتا ہے، اور جیسا کہ مثلاً بعد رسغی ہڈی کی حالت میں ہوتا ہے، درمیانی حصہ سروں کی
نسبت زیادہ موٹا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات مفاصل (کلائی اور ٹخنوں کے جوڑ اور بین السلامیاتی
مفاصل) میں سیال موجود ہوتا ہے، اور اُن کی زلالی جھلی موٹی پڑ جاتی ہے۔ ہاتھ اور
پاؤں کی انگلیوں کی گرز شکلی میں اولی تغیر یہ ہوتا ہے کہ ناخن اور سُلامی کے درمیان
کی بافت میں اُذیما واقع ہو کر اتصالی بافت کے ریشوں کو ایک دوسرے سے جدا
کر دیتا ہے (10)۔ آخری درجوں میں اِس کی جگہ چربی اور لیفی بافت پیدا ہو جاتی ہے۔
ابتدائی اصابتوں میں انگلیوں کی جانبوں کو تھوڑے عرصہ تک دبانے کے بعد،
ناخن کے قاعدے کو دبانے پر ایک وحلی احساس ہوتا ہے، گویا کہ ناخن ایک گاڑھے
سیال پر رکھا ہوا ہے۔ اس اُذیما کے پیدا کرنے میں غالباً دو عوامل کارفرما ہوتے ہیں
یعنے آکسیجن سے شریانی خون کی عدم سیری اور محیطی رکود۔ اصابتوں کے دوسرے
گروہ میں انگلیوں کی گرز شکلی کی توجیہ اس طریقہ پر بمشکل کی جا سکتی ہے۔

566

عدمِ نموِ غضروف

(ACHONDROPLASIA)

یہ ہڈیوں اور کرّیوں کا ایک پیدائشی مرض ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بالیدگی مستقل طور پر ٹھٹھر جاتی ہے اور دوسرے تشوّہات بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ دروں افرازی غدد میں کوئی قابلِ مظاہرہ تغیر نہیں پایا گیا۔ اس کی موروثی نوعیت (بعض اوقات یہ ایک نسل بیچ میں چھوڑ کر ظاہر ہوتا ہے) زیادہ ایک وراثت میں حاصل کئے ہوئے باقی نقص کی تائید میں ہے۔ پیدائش کے وقت جوارح، بالخصوص اپنے بالائی نصفوں میں، غیر معمولی طور پر چھوٹے پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بچہ پورے وزن کا ہو، مگر اس کی بالیدگی سست ہوتی ہے، جوارح کا چھوٹا پن قائم رہتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قد چھوٹا ہوتا ہے، اگرچہ کہ عمود الفقرات کا طول طبعی ہوتا ہے۔ سُرین باہر نکلے ہوئے ہوتے ہیں جس سے قطاء کا منظر پیدا ہو کر بطخ چال پائی جاتی ہے۔ سر عموماً بڑا، گنبد قدر کاسی سر جیسا ہوتا ہے، جس کے ساتھ پیشانی نمایاں اور ابھری ہوئی لیکن ناک کا بانسہ بیٹھا ہوا ہوتا ہے۔ جوارح اکثر عرضی فجوے ظاہر کرتے ہیں گویا کہ نرم حصے ہڈیوں کے مقابلہ میں زیادہ لمبے ہیں۔ ہاتھ ایک مخصوص و ممیز تشوّہ ظاہر کرتے ہیں اور وہ یہ ہے کہ جب پنجہ کھلا ہوا ہو تو انگشتِ شہادت اور بیچ کی انگلی، بنصر اور چھنگلیا سے منفرج ہوتی ہیں (ترسولی ہاتھ = trident hand)۔ یہ تشوہات لمبی ہڈیوں کی اور لاالسم لہٰ ہڈیوں کی کریوں کے تعظم میں نقائص کے باعث اور ساتھ ہی جمجمی قاعدہ کی ہڈیوں کے قبل از وقت اتحادِ عظمی کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ جمجمہ کی وہ ہڈیاں جو جھلی میں بنتی ہیں، نیز وہ ہڈیاں جو حیاتِ جنینی کے اواخر تک غضروفی رہتی ہیں یعنی عظم القص، رضفہ، رُسغی، اور مشطی ہڈیاں، اور ضلعی کریاں، طبعی طور پر نمو یافتہ ہوتی ہیں۔ غدۂ درقیہ طبعی ہوتا ہے، اور اس مرض میں مبتلا ہونے والے مریضوں کی سمجھ اچھی ہوتی ہے اور وہ عضلی اور صنفی لحاظ سے عمدہ نمو یافتہ ہوتے ہیں۔ عموماً یہ مرض عمر کو کم کرنے کا رجحان نہیں رکھتا۔

کریوں میں واقع ہونے والے تغیرات تین قسم کے ہوتے ہیں:۔ (۱) ناقص تکوینی جس میں خلیات کی تقلیل ہوتی ہے۔ (۲) بیش تکوینی جس میں تکاثر بہ افراط ہوکر بر نامیات کی کلانی ہوتی ہے۔ (۳) لینیٹ جس میں خلیوں کی ترتیب ناقص اُستوانی ہوتی ہے اور عروقیت زیادہ ہوتی ہے۔ کیلشیم کے تحول میں کوئی غیر طبعی بات نہیں پائی جاتی۔ کسی علاج سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔

ناکمل تکون العظام

(OSTEOGENESIS IMPERFECTA)

جیسا کہ اس نام سے ظاہر ہے، اس شاذ حالت میں ہڈیوں کا تعظم ناکمل ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُن میں غیر معمولی قصف موجود ہوتا ہے، بالخصوص لمبی ہڈیوں میں۔ اور کھوپری کی ساخت غیر معمولی ہوتی ہے جو اس مرض کا تمثیلی خاصہ ہے۔ لمبی ہڈیوں کی ڈنڈیاں ٹیڑھی اور بل کھائی ہوئی ہوتی ہیں، اور اُن کے طول میں کسقدر قصر ہوتا ہے، جو جوارح کے قربی نصفوں میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ پسلیوں اور جوارح دونوں میں کسور بڑی آسانی کے ساتھ واقع ہوجاتے ہیں اور یہ نسبتہً بے درد ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ ہڈیاں پھر ایک دشبہ کے نیچے جُڑ جائیں، جو مستدیر شکل میں نمودار ہوتا ہے۔ کھوپری میں ایک چوڑی درز جیسی قائم رہتی ہے جو ایک بڑے یافوخ مقدم کے ساتھ مسلسل ہوتی ہے۔ یافوخ موخر بھی بڑا باقی رہ جاتا ہے۔ ہڈیاں پتلی ہوتی ہیں اور دبانے سے دَب جاتی ہیں، اور ہر حالت میں بجائے ایک منفرد ہڈی بنانے کے وہ ہڈی کے چھوٹے چھوٹے بے قاعدہ اور جُدا جُدا ٹکڑوں کی ایک پچی کاری پیش کرتی ہیں۔ ممکن ہے کہ کھوپری جانبی خطے میں اب بھی غیر منتظم رہ جائے، اور اس سے صدغی خطے میں کان سے عین اوپر ہی ایک ممیز اُبھار پیدا ہوجاتا ہے جس سے صدفہ باہر کے طرف ہٹ جاتا ہے۔ محجرین بیضوی ہوتے ہیں اور اُن کا طویل محور انتصابی ہوتا ہے، اور دورانِ زندگی میں آنکھ کے ڈھیلے نیچے کے طرف بھوے ہوتے ہیں جس سے اُس حالت سے کسی قدر مشابہت پیدا ہوجاتی ہے جو مزمن استسقاء دماغی

(chronic hydrocephalus) میں دیکھی جاتی ہے ۔ پیدائشی، صبیانی، اور تاخیر پذیر قسمیں بیان کی جاتی ہیں ۔ بہت نمایاں ارثی رجحان پایا جاتا ہے ۔ یہ حالت بسا اوقات نیلے صلبیات کے ہمراہ پائی جاتی ہے (14)۔ پیدائشی قسم میں بسا اوقات درون رحمی کسور کی شہادت پائی جاتی ہے، کہ جن سے تشوہات پیدا ہوگئے ہیں ۔ ان میں سے بہت کم اصابتیں ایسی ہوتی ہیں کہ جو چند دن سے زیادہ زندہ رہتی ہیں ۔

عظمی نابضات کا تکاثر ناقص ہوتا ہے، اور کیلشیم کا احتباس طبعی سے کم ہوتا ہے ۔ علاج کا مقصد یہ ہونا چاہئے کہ تفررات کو روکا جائے ۔ کیلشیم گلوکونیٹ کی اور حیاتین د کی بڑی مقداریں مفید معلوم ہوتی ہیں ۔

تشوہی عظمی التہاب

(OSTFITIS DEFORMANS)

(مرض پاجیٹ =Paget's disease)

اس مرض کی تسبیب نامعلوم ہے ۔ شاید اغلب ترین خیال یہ ہے کہ یہ افراز باطنی کے کسی نقص کی وجہ سے ہوتا ہے ۔ لیکن آتشک اس کا ایک سبب خیال کی گئی ہے ۔ یہ دونوں صنفوں کو تقریباً مساوی طور پر ماؤف کرتا ہے اور زندگی کے آخری نصف میں دیکھا گیا ہے ۔

مرضی تشریح ۔ اکثر جوارح کی لمبی ہڈیوں پر مرض کے ابتدائی درجوں میں حملہ ہوتا ہے ۔ وہ موٹی ہوجاتی ہیں ۔ یعنی کہفہ کی جسامت زیادہ ہوجاتی ہے ۔ ساتھ ہی ٹھوس ہڈی بناوٹ میں زیادہ ڈھیلی اور زیادہ اسفنجی اور معمول کے نسبت بہت زیادہ موٹی ہوجاتی ہے ۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ گو یہ ہڈیاں بڑی ہوتی ہیں تاہم یہ ہلکی ہوتی ہیں ۔ جوارح زیریں کی ہڈیاں جسم کے وزن سے خمیدہ ہوجاتی ہیں ۔ ایسی ہی دبازت اور مسامیت کھوپڑی کی ہڈیوں میں بھی دیکھی جاتی ہے ۔ شوکہ کا خم (kyphosis of the spine) پیدا ہوجاتا ہے ۔ ممکن ہے کہ چہرہ، ہاتھ، پاؤں اور حوض کی ہڈیاں، ترقوی ہڈیاں اور پسلیاں ایسے ہی تغیرات خفیف درجہ میں ظاہر کریں ۔ صلابت الشرائین

اور عضلۂ قلب کا انحطاط اکثر موجود ہوتا ہے۔

علامات ۔ مرض کا حملہ غیر محسوس طور پر ہو جاتا ہے۔ مریض ماؤف حصوں میں درد اور الیمیت کی شکایت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کی ٹانگیں بتدریج کمان کی طرح جھک جائیں اور پشت خمیدہ ہو جائے۔ کھوپری کی جسامت کی زیادتی کا احساس اس وجہ سے ہوتا ہے کہ اسے نسبتہً بڑی ٹوپی پہننے کی ضرورت معلوم ہوتی ہے۔ اکثر یہ مرض ایک جارحہ میں شروع ہو کر بالآخر مقابل جانب کا متناظر جارحہ ماؤف ہو جاتا ہے۔ آخری درجوں میں مریض کی ہیئت مخصوص طور پر ممیز ہوتی ہے، یعنے پیٹھ جھکی ہوئی، ٹانگیں کمان کی طرح خمیدہ اور بڑا سا سر آگے کو نکلا ہوا ہوتا ہے۔ وہ صرف ایک لکڑی کے سہارے سے بمشکل چال چل سکتا ہے۔ یہ مرض آہستہ آہستہ ترقی پذیر ہوتا ہے لیکن عمر کم نہیں کرتا الا یہ کہ بعض اوقات ماؤف ہڈیوں میں خبیث لحمی سلعہ نمو یاب ہو جاتا ہے۔ ہڈیوں میں کسر کا امکان نہیں ہوتا۔ دموی فاسفیٹس کم ہو جاتا ہے لیکن کیلشیم اور فاسفورس طبعی ہوتے ہیں۔

تشخیص ۔ اس مرض کو مندرجۂ ذیل امراض سے متفرق کرنا چاہئے :—

کبر الجوارح (acromegaly)، جس میں نرم حصے بھی اسی طرح ماؤف ہوتے ہیں جس طرح کہ ہڈیاں۔ عظمی مفصلی التہاب (osteoarthritis)، جس میں مفاصل ماؤف ہوتے ہیں مگر ہڈیوں کی ڈنڈیاں ماؤف نہیں ہوتیں۔ لینت العظام (osteomalacia)، جس میں ہڈیاں نرم ہوتی ہیں اور ان کے کسر کا امکان ہوتا ہے۔ اور آتشک (syphilis) جس میں کھوپری کی عام کلانی موجود نہیں ہوتی۔ سرگذشتِ مرض اور تعاملِ واژرمن سے بھی مدد ملے گی۔ لاشعاعی مناظر نہایت ممیز ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۵)۔

علاج ۔ یہ علامات کے لحاظ سے ہوتا ہے۔ اگر تعاملِ واژرمن مثبت ہو تو دافع آتشک تدابیر اختیار کرنی چاہئیں۔

تحفہ ۴۵







گانی کے ہسپتال میں راقم الحروف کی ایک اصابت جس میں کھوپڑی بذریعہ تخذیہ اور دوش کا شعاعی عکس دکھایا گیا ہے (شعاع کاشی مسٹر ایچ۔ ایم۔ ورتھ (Mr. H. M. Worth) نے لی ہیں)

(بالمقابل صفحہ 567)

حوالجات

REFERENCES

1 O. Folin .. 1905 *Am. Journ. Physiol.*, 13, pp. 45, 66.
2 G. Graham and E. P. Poulton .. 1913 *Quart. Journ. Med.*, 7, p. 13.
3 R. Pemberton .. 1928 *Proc. Conf. on Rheum. Dis., Bath*, p. 182.
4 J. A. Glover, Milroy Lectures .. 1930 *Lancet*, i., pp. 500, 607, 733.
5 C. W. Buckley .. 1931 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1108.
6 L. G. Rowntree .. 1930 Quoted in *Lancet*, i., p. 964.
7 A. A. Bisset and A. Woodmansey .. 1933 *Lancet*, ii., p. 1018.
8 V. Coates and J. L. Delicati .. 1928 *Lancet*, i., p. 1069.
568 9 G. L. Kerr Pringle and O. S. Miller .. 1923 *Lancet*, i., p. 171.
10 Campbell .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 145.
11 J. Barcroft and others. 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 648.
12 G. Evans and A. W. Spence .. 1929 *Lancet*, i., p. 704.
13 T. G. Reah .. 1932 *Lancet*, ii., p. 504.
14 Bronson, quoted by J. A. Foote .. 1927 *Clinical Poediatrics*, 7, 1927.
15 Reports on Chronic Rheumatic Diseases 1935 i., p. 19.
16 R.L. Cecil, E.E. Nichols and W. J. Stainsby 1929 *Arch. Int. Med.*, 43, 571.
" " 1931 *Amer. J. Med. Sci.*, 181, 12.
17 E. E. Nichols and W. J. Stainsby .. 1931 *J. Clin. Invest.*, 10, 323.

وہ امراض جو غذا میں بعض اجزا کی کمی کے باعث لاحق ہو جاتے ہیں

معین غذائی اجزا

(ACCESSORY FOOD FACTORS)

حیاتینیں (vitamins)

نوعِ حیوان کی بالیدگی کا انحصار عوامل کے ۲ گروہوں پر ہوتا ہے:۔ (۱) وہ عوامل جو اُس عضویہ کی ذات میں موجود ہیں اور وراثت سے متاثر ہوتے ہیں۔ (۲) وہ عوامل جو ماحول میں موجود ہوتے ہیں اور عضویہ پر باہر سے اثرانداز ہوتے ہیں۔ انہیں سب سے زیادہ اہم غذا ہے۔ زمانۂ حال تک بالعموم کسی فرد کی غذا کا حساب صرف اس کی توانائی احتیاجات کی بنا پر کرنا کافی سمجھا جاتا تھا، اور بافتوں کے اتلاف یا ذبول میں واقع ہونے والے نقصان کی تلافی کے لئے اور بڑھتے ہوئے عضویہ میں بننے والی نئی بافت کی مقدار کو پورا کرنے کیلئے کافی سے زیادہ پروٹینی خوراک دی جاتی تھی۔ لیکن دارالحفر (scurvy) کی حالت میں کئی صدیوں کے انسانی تجربہ سے ظاہر ہو گیا ہے کہ اس کے علاوہ کسی اور چیز کی بھی ضرورت ہے، اور ہم دیکھتے ہیں کہ بَیک سٹروم (Bachstrom) ۱۷۳۴ء میں یوں لکھتا ہے "یہ خرابی" (یعنے دارالحفر) "صرف تازہ نباتی غذا اور سبزیوں سے قطعی پرہیز کرنے کی وجہ سے ہوتی ہے، اور تنہا یہی اس مرض کا حقیقی اولی سبب ہے...... یہ صرف تازہ سبزیاں ہی ہیں جو جسم کو اس مرض سے محفوظ رکھتی اور نہایت عجلت کے ساتھ، بلکہ چند ہی دنوں میں شفابخشی ہیں بشرطیکہ مریض استسقائی یا مدقوق ہو کر نا امیدی کے درجہ تک نہ پہنچ گیا ہو" ۱۹۰۷ء میں

ہاپکنس (Hopkins) نے یہ عام اصول بیان کیا کہ خالص پروٹینز، شحوم اور کاربوہائیڈریٹس اور ساتھ ہی ضروری غیر نامیاتی ملحات کی غذا پر حیوانات کو زندہ رکھنا غیر ممکن ہے۔ وہ مخصوص اشیا جن کا غذا میں موجود ہونا ضروری ہے، معین غذائی اجزا (accessory food factors) یا حیاتیلوں (vitamins) کے نام سے موسوم کی جاتی ہیں۔

شحم حل پذیر الف (fat-soluble A) ۔ مسکہ، بالائی، گائے کے دودھ کا ڈلیور آئل اور دوسری مچھلیوں کے تیلوں اور انڈے کی زردی سے یہ شے وافر مقدار میں حاصل ہوتی ہے۔ نیز یہ پودوں کے سبز پتوں مثلاً سبز ترکاریوں اور بعض بیجوں کے جنینوں میں موجود ہوتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ پودوں کا زرد لونی مادہ موسوم بہ کیروٹین (carrotin) اور یہ دونوں ایک ہی چیز ہیں۔ بعض نباتی شحوم اور روغنیات جیسے کہ روغن زیتون، روغن تخم پنبہ (cotton seed oil)، کوکو بٹر (cocoa butter)، السی کے تیل، نیز شحم خنزیر (lard) (بالخصوص تیار کی ہوئی سؤر کی چربی (prepared pig fat) میں یہ شے بالکل نہیں ہوتی، اگرچہ یہ سوکھائے اور نمک لگائے ہوئے لحم خنزیر (bacon)، بھیڑ کے گوشت (mutton)، گائے کے گوشت کی چربی میں بافراط موجود ہوتی ہے۔ تیلوں کو ہائیڈروجن کے عمل سے "سخت کرنے" میں یہ بالکل تلف ہو جاتی ہے، اس عمل سے خوردنی شحوم کی تیاری میں بکثرت کام لیا جاتا ہے۔ لیکن یہ شے ایک یا دو گھنٹے تک ... درجہ سنٹی گریڈ تک گرم کیے جانے کی برداشت رکھتی ہے۔ دودھ کی چربی میں اس کی موجودگی ایک حد تک اس امر پر منحصر ہوتی ہے کہ گائے کی غذا میں اس کی اچھی مقدار دی جائے اور یہ شرط اس وقت پوری ہو جاتی ہے جب کہ سبز غذا بافراط بہم پہنچائی جا سکے۔ اگر غذا میں یہ حیاتین موجود نہ ہو تو سرایتیں بآسانی واقع ہو جاتی ہیں، بالخصوص غذائی اور تناسلی بولی خطوں میں (وہ اکثر مثانہ میں پتھری پیدا کرتی ہیں)، تجاویف الانف اور درمیانی گوش میں اور قاعدۂ زبان کے گرد اور حیوانوں میں نظام عصبی کا مرض پایا گیا ہے۔ نیز شحمی بافت کا فقدان، عمومی حشائی ذبول، رنجک (xerophthalmia) (1) اور شب کوری (hemeralopia) بھی ہو جاتی ہے۔

یہ حیاتین دانتوں کے گرد نرم بافتوں کی بالیدگی میں مدد دیتی ہے۔

آب حل پذیر ب (water-soluble B)۔ حقیقت میں یہ شئے حیاتینوں کا ایک گروہ ہے، جن میں سے حیاتین ب۱، جو کہ دافع التہاب العصب یا دافع بیری بیری عامل ہے، اور حیاتین ب۲، جو کہ پیلاگرا روکتی ہے، سربری اہمیت رکھتی ہیں۔ دونوں حیاتینیں بیشتر یک جا پائی جاتی ہیں۔ چاول اور گیہوں کا نابتہ اس شئے کا بڑا مخزن ہے، لیکن ان کے دانوں کے بیرونی غلاف میں جو بھوسی کہلاتا ہے اور اس کے بالکل نیچے کی اَلیوٗرون (aleurone) والی تہ میں بھی یہ شئے موجود ہوتی ہے۔ انڈے کی زردی، بیل کے جگر، لبن اور دالوں میں یہ بافراط موجود ہوتی ہے۔ لبن کی ایک تجارتی تجہیز، جس کا نام مارمائٹ (marmite) ہے، اور جو شوربہ کے لئے مستعمل ہے، اس شئے کے حصول کا ایک سہولت بخش ذریعہ ہے۔ ب۱ ۱۰۰ درجہ سینٹی گریڈ پر رکھنے سے محض نہایت آہستہ آہستہ تلف ہوتی ہے، مگر ۱۲۰ درجہ سینٹی گریڈ پر بہت زیادہ جلد تلف ہو جاتی ہے۔ اسی واسطے روٹی یا بسکٹوں کو تنور میں پکانے سے اس کے ضائع ہوجانے کا زیادہ اندیشہ نہ کرنا چاہئے۔ لیکن اس کے برعکس ٹین کے ڈبوں میں بند غذاؤں کو اس سے بالکل معرا سمجھنا چاہئے۔ ب۲ نسبتہً زیادہ قائم الحرارت ہوتی ہے۔ چاولوں کو مجلّٰے کرنے میں اس کا نابتہ اور دانے کا سارا بیرونی غلاف (گردبار=pericarp) دور ہوجاتا ہے لہٰذا دافع التہاب عصب جزو پورا ضائع ہو جاتا ہے۔ اگر نوعمر چوچوں کو مجلّٰے کئے ہوئے چاولوں کی غذا دی جائے تو ان کی بالیدگی فی الفور موقوف ہو جاتی ہے، اور پچھلی ٹانگوں کی عدم ہم آہنگی پیدا ہوکر اب چوچے چل پھر نہیں سکتے۔ کبوتروں میں بھی کثیر عصبی التہاب (polyneuritis) پیدا ہو جاتا ہے اور یہ مرض بیری بیری سے مماثل سمجھا جاتا ہے۔ جب شدید علامات تجربتہً پیدا ہو گئے ہوں تو اس دافع التہاب عصب جزو کی کافی مقداریں دینے سے یہ علامات جلد بعض اوقات چند ہی گھنٹوں میں، دور کی جا سکتی ہیں۔ اس امر کی شہادت بھی موجود ہے کہ حیاتین ب۱ کی کمی سے غذائی قنال کی لمف آسا بافتوں کا ذبول اور ساتھ ہی رکود، اتساع اور عدم دمویت واقع ہو جاتی ہے۔

570

حیاتین ج (vitamin C) (دافع اسکروی =antiscorbutic)۔

یہ آب حل پذیر حیاتین اب خالص حالت میں تیار کی گئی ہے یعنی اسے سکاربک ایسڈ کے طور پر۔ اس کا سب سے بڑا منبع پیپریکا (paprika) ہے لیکن کرمکلہ کے کچے پتوں کچے سویڈی شلجم (swede) کے رس اور تازہ لیمو اور سنگترہ کے رس میں اس کی کثیر مقدار ہوتی ہے۔ دوسری چیزوں مثلاً گاجر، چقندر، آلو، پیاز انگور، سیب، دودھ اور تازہ گوشت میں اس کی مقابلتہً کم مقدار میں موجود ہوتی ہے اور آٹے، انڈوں اور خشک دالوں میں یہ شئے بالکل نہیں ہوتی۔ لیکن اگر خشک دالوں مثلاً مسور، مٹر اور لوبیے کو پانی میں بھگو کر دو تین دن تک اپنے دیا جائے تو ان میں دافع اسکروی خواص پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ حیاتین خشک کرنے سے اور بلند تپش سے بہت جلد متاثر ہو جاتی ہے۔ خشک کردہ غذائی اشیاء سے اسکروی کا حفظ ما تقدم نہیں ہوتا اور اگر کرم کلہ کو پانی میں ایک گھنٹہ تک جوش دیا جائے تو اس کی ۹۰ فی صدی طاقت ضایع ہو جاتی ہے اور اگر قلی موجود ہو تو یہ نقصان اور بھی جلد واقع ہو جاتا ہے۔ اسی واسطے سبزیوں کو ۲۰ منٹ سے زیادہ نہیں پکانا چاہیئے اور ان میں سوڈا نہیں ملانا چاہیئے۔ لیمو کے خشک کردہ رس کے قرص جو شکر اور گوند کتیرا (tragacanth) کے ساتھ بنائے گئے ہوں اگر ٹھنڈے رکھے جائیں تو ایک سال تک اپنی فعالیت قائم رکھتے ہیں۔

حیاتین د (vitamin D) (دافع کساحت =antirachitic)۔

حیاتین د شحم حل پذیر ہے اور کاڈلیور آئل اور ہیلی بٹ آئیل (halibut oil) کے اندر شحم حل پذیر الف کے ساتھ موجود ہوتی ہے۔ گائے کے دودھ میں جس میں شحم حل پذیر الف بہ افراط ہوتی ہے، حیاتین د کی بہت کم مقدار موجود ہوتی ہے۔ لیکن وہ بلند کیلشیمی انیمیا کے باعث طاقتور دافع کساحت خواص رکھتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ بعض اسٹیرولس (sterols) میں [بالخصوص ارگواسٹیرول (ergosterol) میں جو ارگٹ، لہن وغیرہ میں ہوتا ہے، اور فائٹو اسٹیرول (phytosterol) میں جو گیہوں اور سبزیوں میں ہوتا ہے] ماورائے بنفشی روشنی سے تشعیع کرنے کے بعد دافع کساحت خواص نمویاب ہو جاتے ہیں۔ خالص حیاتین د یعنی کیلسی فیرال

(calciferol) تشعیع کردہ ارگو اسٹیرول سے تیار کی جاتی ہے۔ غالباً یہ ضروری اسٹیرول (essential sterol) جلد میں طبعی طور پر موجود ہوتا ہے، اور جب بچے، ماں یا گائے کو سورج کی روشنی میں منکشف کیا جاتا ہے تو حیاتین دین جاتی ہے۔ شمسی غسل کے فائدہ مند ہونے کی یہی وجہ ہے۔

حیاتین ر شحم حل پذیر ہے۔ یہ چوہوں اور چوہیوں (mice) میں تولید کے لئے ضروری سمجھی گئی ہے۔

بیری بیری

(BERI-BERI)

رگکی = Kakke، کثیرالعصبی التہاب مقامی = polyneuritis

endemica، مربوی استسقا = hydrops asthmaticus)

یہ ایک مقامی مرض ہے، جس کا تمثیلی خاصہ محیطی اعصاب اور عصب تائہ کا التہاب ہے، جو مختلف درجوں کا شلل، عدم حسیت، اتساع قلب اور استسقا پیدا کر دیتا ہے۔ یہ غذا میں حیاتین ب$_1$ (vitamin B_1) کی غیر موجودگی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ کئی ایک مختلف سریری اقسام پائے جاتے ہیں۔

بحث اسباب۔ یہ جاپان، چین، ملایا اور جزائر فلپائن میں خاص کر چاول کھانے والی آبادیوں میں دیکھا گیا ہے۔ لیکن یہ ایسے ہر مقام پر ہو سکتا ہے، جہاں بشتر اناجوں کی غذا کھائی جائے بشرطیکہ ان کی تیاری میں نابتہ اور بیرونی غلاف الگ کر دیا گیا ہو۔ مثلاً سالم چاول کا چھلکا، گردبار، اور نابتہ حیاتین ب سے معمور ہوتا ہے اور اس کے علاوہ پروٹین، شحم اور فاسفورس سے بھی، اور آسیا کاری (milling) کے عمل کے دوران میں یہ سب الگ ہو کر سفید مجلّے چاول باقی رہ جاتے ہیں جن میں ان اجزا کی قلت ہوتی ہے۔ بیری بیری بسا اوقات ملاحوں میں بحری جہازوں پر دیکھی جاتی ہے، جہاں چھنے ہوئے آٹے کے بسکٹ اور ٹین بند غذا بکثر کھائی جاتی ہے۔ یہ نیوفاؤنڈ لینڈ اور لبریڈور میں بھی درج کی گئی ہے جہاں کی آبادی ہر سال

اور گرما میں زیادہ تر چھنے ہوئے آٹے کی روٹی پر بسر اوقات کرتی ہے۔ محاصرہ قطالعمارہ (Kut) کے دوران میں برطانوی سپاہ میں اس وقت جب کہ وہ بالخصوص گیہوں کے آٹے پر بسر کرتے تھے اس مرض کا ایک تعجب انگیز حملہ ہوگیا' لیکن جب انھیں جو کا آٹا یا پورے گیہوں کا موٹا پسا ہوا آٹا (جس کو ہندوستانی سپاہی استعمال کرتے تھے) دیا گیا تو مرض غائب ہوگیا۔ (اس کے برعکس ہندوستانی سپاہ میں داءالحفر (اسکروی) نمودار ہوگیا' جس سے برطانوی سپاہ محفوظ رہی' اس کی وجہ یہ تھی کہ برطانوی سپاہ کو گھوڑے کے تازہ گوشت کی غذا زیادہ مقدار میں ملتی تھی' جسے ہندوستانی سپاہ نہیں کھاتی تھی) انگلستان میں بھی لازماً چھنے ہوئے آٹے کی روٹی زیادہ کھائی جاتی ہے مگر وہاں بقیہ غذا میں حیین عامل کی کافی مقدار موجود ہوتی ہے' لہٰذا یہ مرض نہیں پیدا ہوتا۔ یہ امر قابل لحاظ ہے کہ ورزش بھی بیری بیری میں مبتلا ہونے کے رجحان کو کم کرتی ہے (4)۔

امراضیات۔ اُذیما اور استسقا و کُلّی کے علاوہ جو دوران زندگی میں دیکھے جاتے ہیں' کدمات مصلی اغشیہ کے نیچے' عضلات میں' اور اعصاب کی پوششوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ اتساع اور بیش پرورشی خاص طور پر قلب کی دائیں جانب میں واقع ہوتے ہیں' اور اس کی عضلی دیواروں کا اذیما اور شحمی انحطاط واقع ہوتا ہے۔ پھیپھڑے اکثر محتقن اور اذیمائی ہو جاتے ہیں' اور جگر اور گردے ممتلی ہوتے ہیں۔ محیطی اعصاب کا ولیرانی انحطاط (Wallerian degeneration) واقع ہوتا ہے' نیز محوری انحطاط بھی' اور اس کے ساتھ ہی درون عصبی اور گرد عصبیہ میں خلوی دررریزش واقع ہوتی ہے۔ عصب تائہ اور عصب مشارکی میں بھی انحطاطی تغیرات واقع ہو سکتے ہیں' نیز متعدی قرنی خلیات میں اور عصب تائہ کے نواتی تعلقات میں۔

یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ (5) عضلۂ قلب کا ورم سیال جذب کرنے کی وجہ سے ہوتا ہے اور اس سے میکانیہ ضرب قلب میں تبدیلی ہوئے بغیر قلب کی انقباض پذیری کم ہو جاتی ہے' جیسا کہ برقی قلب نگار سے معلوم ہوتا ہے۔ کالبدی عضلات جنھیں طبعی حالت میں جسم کا سب سے بڑا خزینۂ آب سمجھا جا سکتا ہے' اور اعصاب اور بعض غدود حد سے زائد سیال جذب کرتے ہیں' اور بعض لوگ یہ سمجھتے ہیں کہ تمام علامات اور وہ عمومی ذبول جو بعد میں واقع ہو جاتا ہے اسی عمل کا نتیجہ ہیں۔

علامات۔ "چھلنے کئے ہوئے" چانول کی خوراک پر یہ مرض اسی یا نوے دنوں میں نمویاب ہوتا ہے' اور امارات اور علامات زیادہ تر کثیر عصبی التہاب (multiple neuritis) کے ہوتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 651)۔ لیکن بعض قلبی خصائص بھی ساتھ ہوتے ہیں جن میں بہر ٹانگوں کا اُذیما اور استسقائے کُلی شامل ہیں۔ مگر بالعموم غیر حمّی ہوتا ہے' الا شاید ابتدائی درجوں میں' اور ممکن ہے اس کے ساتھ شراسیفی بے آرامی' متلی اور قے کی مانند معائی امارات پائی جائیں۔ کئی ایک مختلف سریری قسمیں پائی جاتی ہیں۔

(۱) خفیف انتقالی اصابتیں جن میں فسادات حسی' قطعہ وار عدم حسیت اور گھٹے ہوئے وتری محکوسات پائے جاتے ہیں۔ مناسب غذا پر مریض بہ آسانی صحت یاب ہو جاتے ہیں۔

(۲) معمولی بیری بیری' جس کی دو قسمیں ہیں۔ (ا) تر' (ب) خشک۔ آغاز بالعموم غیر محسوس طور پر ہوتا ہے' لیکن ممکن ہے تقریباً دفعۃً ہو۔ اس کا ممیز جاتا جوارح میں بھاری پن' کمزوری اور سن پن ہے' جس کے ساتھ پنڈلیوں میں درد اور نڈھال پن کی ایک عام حالت پائی جاتی ہے۔ خشک قسم میں جیسے جیسے مرض نمویاب ہوتا ہے' طاقت کی کمی اور عضلی ذبول زیادہ ہوتے جاتے ہیں' اور یہ ٹانگ کے سامنے کے عضلات باسطہ میں شروع ہو کر پھر دوسرے عضلات کو اور ران کے عضلات کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ بعد میں ہاتھ کے عضلات باسطہ' ذوراسین عضلات' اور بعض اوقات عضلات شکم' ڈایافرام' اور بین الاضلاع عضلات بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ بلند گامی چال اور سقوط الید لبسا اوقات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ٹانگوں کی کمزوری ابتدا مرض میں اُکڑو نشست کے امتحان سے ظاہر ہو سکتی ہے۔ اس کو انجام دینے کا طریقہ یہ ہے کہ مریض اپنے گھٹنے ایک دوسرے سے جدا رکھ کر اور سرینوں کو زمین سے چند انچ اٹھا ہوا رکھ کر اُکڑو نشست اختیار کرتا ہے۔ بیری بیری کا مریض خود کو اس وضع سے اوپر نہیں اٹھا سکتا' اور بالعموم وہ رانوں پر ہاتھ رکھ کر اٹھنے کی کوشش کرتا ہے اسیطرح جس طرح کہ کوئی کاذب بیش پرورشی شلل کا مریض۔ گھٹنے کے جھٹکے (knee-jerks) جو کہ ابتداءً بیش حساس ہوتے ہیں عموماً جلد ہی زائل

ہو جاتے ہیں اور اس کے بعد اکیلی (Achilles) کا جھٹکا اور دوسرے عمیق محسوسات غائب ہو جاتے ہیں۔ عدم حسیت ابتداءً مرض میں قصبیہ پر کی جلد میں دیکھی جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ جوارح کے دوسرے حصوں اور دھڑ میں پھیل جائے۔ عضلات کی الیمیت بالخصوص پنڈلیوں کے عضلات کی، اور دردناک اینٹھن بھی ہوتی ہے، اسی طرح جس طرح کہ دوسرے اسباب سے پیدا ہونے والے کثیر عصبی التہاب میں اکثر ہوا کرتی ہے۔ اور حنجری شلل (laryngeal paralysis) واقع ہو جاتا ہے اور اس کے ساتھ ہی عسر البلع (نگلنے کی دقت) بھی ہوتا ہے۔

572 قلب کی خراش پذیری بسا اوقات پیدا ہو جاتی ہے، اور کسی وقت بھی تو قسم نمویاب ہو سکتی ہے۔ تو قسم کے ہمراہ محیطی اعصاب کے ماؤف ہونے کی کچھ نہ کچھ شہادت پائی جاتی ہے، اور اس پر مختلف درجوں کا زیر جلدی اذیما متزاد ہو جاتا ہے، جو کہ پہلے قصبیات کو ماؤف کرتا اور بعد میں دوسری جگہ پھیل جاتا ہے۔ عمومی استسقا، پلورائی، باریطونی اور تاموری کہفوں میں انصبابات کے ہمراہ نمودار ہو جاتا ہے۔ بُہر اور سرعت قلب پیدا ہو جاتی ہے، اور سریع، پست تناؤ کی نبض پائی جاتی ہے۔ سریری لحاظ سے دایاں قلب متسع ہوتا ہے، اور انکماشی خریرات، ایک بلند اور متضاعف ریوی دوسری آواز کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ جنین قلبی غیر عام نہیں ہے۔ پیشاب میں البیومن بالکل نہیں ہوتا یا بہت کم ہوتا ہے، اور پیشاب بسا اوقات سے بھرا ہوتا ہے۔

(۳) حاد قلبی قسم۔ یہ تر یا خشک بیری بیری کے دوران میں نمویاب ہو سکتی ہے، یا خصوصیات متذکرہ کے بغیر دفعۃً شروع ہو سکتی ہے۔ عام طور پر انقباض کا احساس، شراسیفی درد اور متلی ہونے کے بعد اختلاج، پیش قلبی درد، بُہر اور امتلائی فشل کی امارات نمودار ہوتی ہیں، جس کے ہمراہ محتقن عنقی وریدیں، زراق، ریوی امتلا، الیم بڑھا ہوا جگر، زیر جلدی اذیما، اور عمومی استسقا پایا جاتا ہے۔ بے صوتی اور ڈایافرام کا شلل واقع ہو سکتا ہے اور چند گھنٹے سے لے کر چند دن تک میں موت واقع ہو جاتی ہے۔

(۴) رضیعی بیری بیری، جو کہ حاد یا مزمن شکلیں اختیار کر سکتی ہے، جاپان اور

جزائر فلپائن میں ایسے پستان پروردہ بچوں میں ہوتی ہے جن کی مائیں خفی یا فعال بیری بیری میں مبتلا ہوں۔ معدی معائی علامات، قے، اسہال یا قبض عام ہوتے ہیں اور ان کے علاوہ قلبی خصوصیات بھی۔ تحالۂ ارز (rice-polishings) کا خلاصہ دینے سے اور پستانی رضاعت کی بجائے مصنوعی رضاعت سے کام لینے سے بالعموم شفا ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ غذا کی نوعیت اور التہاب اعصاب محیطی کی متعدد واردات ہونے سے بیری بیری کا شبہ پیدا ہونا چاہئے، بالخصوص شرقی لوگوں میں۔ مرطوب بیری بیری کو التہاب الکلیہ، کجِ دہنی (ankylostomiasis) اور قلبی فشل سے متفرق کرنا چاہئے، اور خشک قسم کو الکحلی اور سم الفاری التہاب العصب اور دیگر عصبی امراض سے۔

انذار۔ زیادہ معمولی اصابت ایک ماہ سے لے کر سال یا زیادہ تک جاری رہتی ہے، اور مناسب علاج کے باوجود صحت یابی بسا اوقات نہایت ہی آہستہ ہوتی ہے۔ خطرہ سریع قلبی فشل میں ہے، اور قے کے بعد بعض اوقات مہلک خستگی واقع ہو جاتی ہے۔ ویڈر (Vedder) نے ۱۹۱۳ء میں اندازہ لگایا کہ اوسط شرح اموات ۵ فیصدی ہے۔ لیکن مندرجہ وباؤں میں سے بعض میں یہ اس سے بلند تر تھی۔

علاج۔ یہ اہم ہے کہ جہاں تین بند غذائیں، مجلّے چاول اور چھنے ہوئے آٹے کی روٹی زیادہ تر کھائے جاتے ہیں وہاں غذا کو انڈوں، لبن (yeast) یا مارمائیٹ (marmite) کے ذریعہ تقویت دی جائے، جن میں حیاتین ب کا بلند نافیہ ہوتا ہے، یا غذا بدل دی جائے اور قلیل التجلیہ چاول یا بے چھنا ہوا گیہوں کا آٹا استعمال کیا جائے۔

جب مرض ایک مرتبہ نمویاب ہو گیا ہو تو مریض کو بستر پر لٹا دینا چاہئے اور وہاں سختی سے لٹائے رکھنا چاہئے۔ چھوٹی چھوٹی خوراکیں پہلے پہل ہر دو گھنٹے کے وقفہ سے دی جاتی ہیں، ایسی غذا کی جو خشک اور کاربوہائیڈریٹ کی قلیل مقدار پر مشتمل ہوتی ہے اور جس میں انڈے، دودھ، جگر، لبن یا مارمائٹ ہوتا ہے۔ قلبی فشل میں فصد اور موسع العروق ادویہ واضح طور پر مفید ہیں، اور مالحات کے ذریعہ قبض کو دور رکھنا چاہئے۔

حاد مرحلہ کے دوران میں تقبضات سے بچنا چاہئے، اور بعد ازاں دلک اور برقی علاج، مذبول عضلات کو بحال کرنے میں مفید ثابت ہوتے ہیں۔ اس مرحلہ پر ایک تلخ مقوی اور سرکنیا کا آمیزہ کھانے سے پہلے استعمال کر سکتے ہیں۔

وبائی استسقاء

(EPIDEMIC DROPSY)

یہ ایک تغذیتی مرض ہے جو کہ وبائی شکل میں چاول کھانے والوں میں واقع ہوتا ہے، اور جس کا ممیز خاصہ بخار، وسیع طور پر پھیلا ہوا اذیما، قلبی اختلالات اور بعض اوقات احمراری ثوران ہے جو جوارح کو ماؤف کرتا ہے۔ التہاب الاعصاب بہت سی وباؤں میں مفقود ہوتا ہے۔ یہ دورانِ جنگ میں مرکزی سلطنتوں میں "اذیمائے گرسنگی" یا "اذیمائے جنگ" کی حیثیت سے وسیع طور پر پیدا ہو گیا۔

بحث اسباب۔ یہ مرض بنگال میں برسات کے موسم میں ہوتا ہے، اور دونوں صنفوں کو متاثر کرتا اور تیسرے عشرے میں خصوصیت کے ساتھ عام ہوتا ہے۔ چاول کھانے والے بہت سے لوگ (خاص طور پر وہ جو کہ اسے نیم جوش کھاتے ہیں) بسا اوقات ہم زماں طور پر مبتلا ہو جاتے ہیں۔ بعض لوگ اس مرض کو خراب طور پر ذخیرہ رکھے ہوئے چاولوں کی اس تحلیل کی طرف منسوب کرتے ہیں، جو کہ بلند مرطوبیت رکھنے والے موسم برسات میں واقع ہو جاتی ہے۔ دوسرے لوگوں کی یہ رائے ہے کہ چونکہ اس کو تر یا قلبی بیری بیری سے متفرق کرنے کا کوئی قابل اعتماد ذریعہ نہیں ہے، لہذا اس کو اسی مرض کی ایک خاص شکل تصور کرنا چاہئے۔

573

علامات۔ یہ تو بیری بیری کی علامات سے نہایت ہی مشابہ ہوتے ہیں، چنانچہ عمومی اذیما اور قلبی اتساع، بڑھے ہوئے جگر اور ریوی امتلاء کے ساتھ، ممیز خصوصیات ہیں۔ التہاب اعصاب محیطی حالیہ وباؤں میں مشاہدہ نہیں کیا گیا، اگرچہ پاؤں کو ماؤف کرنے والی تنملیت کی شکایتیں سنی جاتی ہیں۔ تپ موجود ہوتی ہے جس کے ہمراہ بسا اوقات عدم دمویت اور بعض اوقات کثرت خلیات اب‌یض پائی جاتی ہے، اور

ممکن ہے ایک احراری ثوران جوارح کو ماؤف کرے۔ اسہال غیر عام نہیں ہے، اور بے ترشگی (achlorhydria) کی بھی اطلاع دی گئی ہے۔ آنکھ کی تکلیف، بالخصوص سبز موتیا (glaucoma)، اکثر پائی جاتی ہے۔

علاج ۔ یہ تو بیری بیری کے علاج کے مماثل ہے، اور دائیں قلب کے فشل کے لئے فصد کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

پیلاگرا

(PELLAGRA)

[مرض الورد (Mal de la Rosa)، مرض الشمس (Mal de sole)]

پیلاگرا ناقص تغذیہ کا مرض ہے، اور یہ بالعموم مکئی کھانے والوں میں پیدا ہوتا ہے، جن کی غذا میں حیاتین ب۲ کی، اور "عمدہ" پروٹین کی قلت ہو۔ سریری طور پر اس کی خصوصیات یہ ہیں :۔ ان رقبہ جات میں جو کہ سورج کی شعاعوں میں منکشف ہوتے ہیں جلد کا تشاکل احمرار اور لونیت، غذائی قنال کے اختلالات بشمول التہاب زبان اور اسہال کے، اور عصبی اور طبیعی علامات جو کہ بسا اوقات عتاہت پر ختم ہوتی ہیں۔

پیلاگرا [جلد + خشونت - یا جلد + نقرس جیسا کہ پوڈاگرا میں] پہلے پہل اطالیہ میں (۱۷۷۱ء میں)، ہسپانیہ میں (۱۷۳۵ء میں) اور فرانس میں (۱۸۱۸ء میں) بیان کیا گیا۔ اور زیادہ قریبی زمانہ میں رومانیہ، ہنگری، کارفو (Corfu)، زیریں مصر، ترکیہ، سوداں اور افریقہ کے دوسرے حصوں، جنوبی ریاست ہائے متحدہ، بیا زیل، ارجنٹائن، جزائر غرب الہند، میکسیکو، ہندوستان، چین اور جاپان میں اس کی اطلاع دی گئی ہے۔ ہر نسل، صنف اور عمر کے لوگ متاثر ہو سکتے ہیں، لیکن بالغ عورتیں سب سے زیادہ متاثر ہوتی ہیں۔ یہ مفلس ترین جماعتوں میں، اور بالخصوص مکئی کھانے والوں میں واقع ہوتا ہے، اور ممکن ہے مکئی سے بنی ہوئی الکحل بکثرت پینے کے بعد پیدا ہو جائے۔ انگلستان میں اس کا ہونا معلوم ہے (14)۔

کاسل (Casal) نے ۱۷۳۵ء میں شناخت کر لیا کہ یہ مرض ناقص تغذیہ کے

باعث ہوتا ہے، اور فنک (Funk) نے بیری بیری سے اس کی مشابہت بتلائی اور قلت حیاتین کا خیال سمجھایا۔ اس مرض کے متعلق یہ بھی تصور کیا گیا ہے (13) کہ یہ امینوایسڈ کی قلت کے باعث ہوتا ہے، کیونکہ زئین (zein) یعنی مکئی کے پروٹین میں ٹائروسین اور ٹرپٹوفین کی کمی ہوتی ہے۔ بالعموم اب اس کو حیاتین ب۲ (جو ملاحظہ ہو) کی قلت کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ مکئی کے سم کا نظریہ حال ہی میں منظرِ عام پر آیا ہے۔ وہ یہ ہے کہ پیلاگرا ایک سمی شئے کا نتیجہ ہے جو کہ مکئی کی غذا سے حاصل ہوتی ہے اور "عمدہ" پروٹین کی یا شاید حیاتین ب۲ کی جو کہ "عمدہ" پروٹین کے ہمراہ پائی جاتی ہے، کافی مقدار دے کر اس غذا کو درست کیا جا سکتا ہے۔ ثانوی پیلاگرا بعض غذائی امراض مثلاً ہضمی قرحہ یا معدی سرطان کی ایک شاذ پیچیدگی ہے۔ یہاں ممکن ہے حیاتین ب۲ کا ناقص انجذاب اور غذائی قلت اس کی پیدائش میں کچھ حصہ لیں۔

امراضیات۔ جلد احمرار، لونیت، اور بعد ازاں صادق تسلخی التہاب الجلد (exfoliative dermatitis) ظاہر کرتی ہے، نیز تحول نمایاں ہوتا ہے اور احشاء ذبول ہوتے ہیں۔ قلب چھوٹا ہوتا ہے۔ التہابِ زبان مع تقرح کے اور بعد ازاں زبان کا ذبول پایا جاتا ہے۔ معاء صغیر میں ذبولی اور تقرحی تغیرات اور قولون میں تقرح بیان کیا گیا ہے۔ عظمی مسامیت مع ٹظمی تغیرات کے گاہے گاہے ہوتی ہے۔ سب سے زیادہ ممیز اضرار حبل شوکی میں ہوتے ہیں اور وہ یہ ہیں کہ خلفی اور جانبی ستونوں، اور بالخصوص کلارک (Clarke) کے ستون میں صلابت یا انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر عنقی اور بالائی ظہری خطے میں اور اول الذکر وسطی یا زیریں ظہری خطے میں سب سے زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔ گرد عروقی فضاؤں میں گول خلیات کی دررشش اور عصبی عناصر کی لونیت اور انحطاط پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے منتشر التہاب سحائے خفیف، سحایا کی دبازت اور انضمامات، دماغی ذبول اور بطینوں کا استسقاء موجود ہو۔

علامات۔ ایک قبل پیلاگرائی حالت، جس کا امتیاز ضعف خاصہ، نہاکت، پست فشار دموی، عدم اشتہا اور ذہنی انخفاض ہوتا ہے، سالانہ چند سال تک نمودار ہوتی رہتی ہے، قبل اس کے کہ صریح پیلاگرا نمودار ہو۔ غذائی خطہ کے

اختلالات موسم بہار کے شروع میں نمودار ہوتے ہیں۔ ممکن ہے التہاب الفم اور حاد التہاب زبان (چقندر نما زبان = beet tongue) ہو اور اس کے ساتھ فلاعی تقرح سر حلمہ کا جھڑ جانا' اور بالآخر ذبول اور لسانی حلیموں کا فقدان پایا جائے۔ بے ترشگی بالعموم پائی جاتی ہے' اور شدید غیر شحمی اسہال' قولنجی درد اور تاسیر کے ساتھ ممکن ہے کئی ماہ تک آتے رہیں۔ عدم دمویت' اگر موجود ہو' تو بالعموم ثانوی ہوتی ہے اور لونی اشاریہ پست ہوتا ہے' لیکن گاہے گاہے کبیر خلوی عدم دمویت کی مثالیں درج کی گئی ہیں۔ دموی فشار پست ہوتا ہے' اور اس کے ہمراہ آلکسی اور گاہے گاہے دوار کے حملے پائے جاتے ہیں۔ ادمی اضرار ابتدائے موسم گرما میں نمودار ہوتے ہیں اور موسم خزاں میں غائب ہو جاتے ہیں۔ ثوران کا ممیز خاصہ' اس کا تشاکل' اس کا واضح طور پر متمیز کنارہ' اور ان رقبوں پر اس کی توزیع ہے جو کہ سورج کی شعاعوں کے سامنے منکشف رہتے ہیں۔ چہرہ' گردن' سینہ کا بالائی حصہ' ہاتھوں اور پیش بازوؤں کی پشت' پاؤں کا ظہریہ اور ظہر القدم (instep) اور ٹانگیں طفح کا عام محل وقوع ہیں' جو کہ احرار کے طور پر شروع ہوتا ہے (حرقۃ الشمس کے مانند) جس کے ساتھ کھجلی اور جلن ہوتی ہے' اور جس میں تنفط پایا جاتا ہے۔ تقریباً ۲ ہفتہ کے بعد سیاہ دمہ خاکستری یا بھوری پپڑیوں کی صورت میں جھڑ جاتا ہے۔ مکرر حملوں کے بعد ادمہ کی لونیت اور دبازت واقع ہو جاتی ہے۔ بالآخر ذبول واقع ہو جاتا ہے' اور جلد پتلی' خشک اور جھری دار ہو جاتی ہے۔ عصبی مظاہر' تحت الحاد مخلوط انحطاط (subacute combined degeneration) کے مظاہر سے مشابہت رکھتے ہیں' اور پشت میں درد' ظہری اور قطنی شوکوں کی ایلمیت' رکبی جھٹکوں کی زیادتی (۵۰ فی صدی)' چال میں کمزوری اور اکڑ پر مشتمل ہوتے ہیں' اور بالآخر یا فالج کے ساتھ بالائی حرکی عصبیہ کے ضرر کی امارات پر۔ بعد ازاں مثانی اور مستقیمی اقتدار زائل ہو جاتا ہے' اور ممکن ہے رخو شکل نمودار ہو جائے۔ حسی اختلالات' اور ان کے ساتھ فسادات حس' زبان اور جوارح اور سر کو متاثر کرنے والے رعشے' اور کزنی حرکات غیر عام نہیں ہیں۔ ذہنی خصوصیات میں پستی' ملال' ذہول' نسیان' بے خوابی' بے چینی' اور چڑچڑاپن پہلے دیکھے جاتے ہیں' اور بعد ازاں اختباطات اور توہمات کئی سال مکرر حملے ہونے کے بعد

مالیخولیا، مانیا، اورعتاہت پیدا ہو جاتی ہے
بچوں کا نشو و نما رک جاتا ہے، لیکن عصبیاتی مظہرات اُن میں اس قدر عام نہیں ہیں۔

تشخیص - جہاں سریری تصویر پورے طور پر نمو یاب ہو بہت کم دقت پیش آتی ہے، کیونکہ جلدی افزار نہایت ہی ممیز ہوتے ہیں۔ تاہم ان کی عدم موجودگی میں ممکن ہے تفریقی تشخیص میں ہزال نخاع اور نخاع کے تحت الحاد مخلوط انحطاط پر غور کرنا پڑے۔ نیز ان احاتوں میں کہ جن میں غذائی خط کے علامات نمایاں ہوتے ہیں ممکن ہے اس حالت کو اسپرو (sprue) کے ساتھ خلط ملط کر دیا جائے۔ جب جلدی نوران تنہا موجود ہو تو کثیر الاشکال احمرار (erythema multiforme) اور التہاب الجلد مخدشی (dermatitis venenata) کو متفرق کرنا پڑتا ہے۔

انذار - اس مرض کا امتیازی خاصہ فترات ہیں اور ایک مزمن غیر جری مرجوکہ بیس سال تک جاتا ہے۔ بخار نہایت ہی تشویشناک انذاری اہمیت رکھتا ہے۔ تقریباً ۴ فی صدی مریضوں میں شدید ذہنی شکایت پیدا ہو جاتی ہے، اور مصر جیسے ملکوں میں کہ جہاں مرض مقامی ہوتا ہے، بہت سے مریض پاگل خانوں میں مرتے ہیں۔

علاج - ناقص غذاؤں کو ایسی غذا سے تقویت دے کر کہ جس میں حیاتین ب۲ کی کثرت ہو مرض کو روکا جا سکتا ہے۔ جب مظہرات ایک مرتبہ نمو یاب ہو جائیں تو مریض کو بستر پر لٹا کر ایک ایسی مغذی غذا دینی چاہیے، جس میں کاربو ہائڈریٹ کم ہوں اور جو دودھ، بے چربی کے لال چھلے ہوئے گوشت ($\frac{1}{2}$ پونڈ)، ٹماٹر کے رس (ایک اونس روزانہ) لبن بوزہ گرائی یا مارمائٹ (marmite) اور پھل اور سبزیوں پر مشتمل ہو۔ ایسڈ ہائڈرو کلورک ڈل کھانے کے بعد $\frac{1}{2}$ - اوڈرام ۳-۴ اونس پانی میں دینا مفید ہے۔ اس نظام غذائی کے تحت صحت یابی ۶ سے لیکر ۱۲ ہفتے میں ہو جاتی ہے لیکن اگر نکس سے بچنا ہے تو غذا کی پروٹین اور حیاتین ب۲ احتیاجات مستقل طور پر کافی ہونی چاہئیں۔

داءالحفر

(SCURVY)

اسقربوط (scorbutus)

داءالحفر کا ممیز خاصہ خون کا ایک نمایاں تغیر ہے، جس سے جلد کے نیچے اور جسم کے دوسرے حصوں میں نزفات واقع ہو جاتے ہیں، مسوڑھوں کی حالت اسفنجی ہو جاتی ہے اور عدم دمویت اور انبطاح پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ مرض غذا میں حیاتین ج، یعنی ایسکاربک ایسڈ (asorbic acid)، کی عدم موجودگی سے پیدا ہوتا ہے۔ 575

بحث اسباب۔ یہ مرض دونوں صنفوں اور ہر عمر میں ہو سکتا ہے۔ یہ بار بار ایسے حالات میں پیدا ہو گیا ہے جن میں غذا کے اندر سبزیوں اور تازہ گوشت کی مقدار کم کرنی پڑی ہے۔ چنانچہ گذشتہ زمانہ میں یہ مرض لمبے بحری سفر پر جانے والے ملاحوں کے لئے ایک مصیبت عظمیٰ بنا رہا ہے اور اسی وجہ سے اسے اکثر اوقات بحری داءالحفر کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، اگرچہ اب یہ نام اسے دوسری قسموں سے تفریق نہیں کرتا۔ اور اسکس سے افواج اور افراد کے دوسرے بڑے مجمعے جیسے کہ محبوسوں میں رہنے والے، بلکہ بعض اوقات شفاخانوں میں رہنے والے اشخاص بھی شدید طور پر ماؤف ہو گئے ہیں۔ کبھی کبھی اُن لوگوں میں بھی یہ مرض ہو گیا ہے جن کو سبزیاں میسر ہو سکتی تھیں مگر انھوں نے کسی وجہ، مثلاً افلاس یا سوءِ ہضم کی شکایتوں یا غلط خیالات کے باعث، عادتاً اُن کے استعمال سے پرہیز کیا۔

مرضی تشریح۔ داءالحفر کی مہلک اصابتوں میں وہی اضرار پائے جاتے ہیں جو دورانِ زندگی میں زیادہ تر نمایاں تھے، مثلاً جلد میں نزفات اور وترِ عریضی غلافوں میں اور گردِ عظم کے نیچے خون کے انصبابات؛ اور شیر خواروں میں ترناسیات کی علیحدگی۔ کبھی کبھی دماغ کی سطح پر یا جرم کے اندر نزف واقع ہو گیا ہے۔ بارہا پلیورائی کہفوں اور تامور میں خون آلود مصل موجود ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ رشح مصل یا خون سے مختلط ہو، بلکہ بعض اوقات وہ گنگرینی بھی ہوتا ہے۔ عضلۂ قلب میں تامور میں

یا معدے اور آنت کی غشائے مخاطی کے اندر نزفات واقع ہو سکتے ہیں۔ یہ آخر الذکر خراشیدگی یا تقرح پیدا کر سکتے ہیں۔ جگر اور طحال اکثر بڑھے ہوئے، بہت ممتلی، نرم اور خستہ ہوتے ہیں۔ اور شدید اصابتوں میں حاد التہاب گردہ کا ہونا بیان کیا گیا ہے۔

علامات ۔ یہ مرض عموماً غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتا ہے، اور اس کے نمو کیلئے چار سے آٹھ ماہ تک درکار ہوتے ہیں۔ مریض کا رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے، اور وہ کمزور، نڈھال، غنودہ یا بے پروا ہو جاتا ہے، اور کوکھ میں یا جوارح میں درد پراں کی شکایت کرتا ہے۔ کچھ عرصہ (ممکن ہے کہ ایک ہفتہ یا زائد) کے بعد جوارح زیریں اور جسم کے دوسرے حصوں کی جلد پر نشانات نمودار ہو جاتے ہیں، اور بالعموم ہر نزف بال کے قاعدے کے گرد واقع ہوتا ہے۔ یہ دھبے چھوٹے چھوٹے، سرخ، یا سرخی مائل بھورے ہوتے ہیں، اور سطح سے اوپر اٹھے ہوئے نہیں ہوتے۔ بعض دوسرے دھبے ایسے نمودار ہوتے ہیں جو کم و بیش اُن کوفتگیوں سے مشابہ ہوتے ہیں جو تشدد سے پیدا ہو جاتی ہیں، اور بڑے اُبھرے ہوئے دَدوڑے یا تحت الجلد خطی سلعات بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ یہ مختلف نزفات سارے جسم پر ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ پوٹوں میں خون کی وعائیدری، یا ملتحمہ چشم کے نیچے کدمات ہوں، گو بیشتر اوقات چہرہ بچا ہوا رہتا ہے۔ اس پر پھوڑائی حالت کے ساتھ ساتھ جسم کے مختلف حصوں، اور بالخصوص مابعی فضا اور کہنی کے خم میں، جبڑے کے زاویہ کے نیچے، اور قصبیہ ہڈی کے سامنے تمنیدہ، عضیل اور متصلب اورام کا تذکرہ ضروری ہے۔ یہ خون یا خون آلود فائبرین، یا محض پھیکے زرد فائبرینی مادے کے انصبابات کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، جو ردا کے نیچے، یا عضلی بنڈلوں کے درمیان، یا گرد عظم اور ہڈی کے درمیان واقع ہو جاتے ہیں۔

دوسرا خاصہ جس کے متعلق یہ سمجھا جاتا ہے کہ یہ عموماً مستقل طور پر موجود ہوتا ہے، مسوڑھوں کی حالت ہے۔ یہ متورم، لحمی، یا اسفنجی ہو کر دانتوں سے علیحدہ ہو جاتے ہیں اور نیلے سرخ ڈھیلے تودوں کی شکل میں دانتوں سے آگے بروز کرنے لگتے ہیں۔ یہ تودے دردناک ہوتے ہیں، اور ان کو ذرا سا چھونے پر اُن سے خون نکلتا ہے۔ دانت ڈھیلے پڑ جاتے ہیں، مریض کوئی چیز چبا نہیں سکتا، اور اس کی سانس بدبودار ہوتی

ہے۔ مسوڑھوں کا ورم اس قدر زیادہ ہوسکتا ہے کہ وہ لبوں سے باہر بروز کرنے لگتے ہیں، اور اکثر ان میں تقرح واقع ہوجاتا ہے۔ منہ کا باقی حصہ اس طریقہ سے ماؤف نہیں ہوتا۔ زبان بڑی ہوجاتی ہے اور اُس پر دندانے پڑجاتے ہیں۔ بعض اوقات مسوڑھے اسفنجی نہیں ہوتے بلکہ صرف پھیکے رنگ کے ہوجاتے ہیں۔ اور تمام اصابتوں میں یہ تغیر دانتوں کی موجودگی سے واقع ہوتا ہے، چنانچہ اس جگہ جہاں دانتوں کے سلسلہ میں کوئی خلا رہو، اور بے دانت شیرخواروں اور بوڑھے آدمیوں میں یہ موجود ہی نہیں ہوتا۔

جب یہ تمام تغیرات نمویاب ہوجاتے ہیں تو مریض کا چہرہ پھیکا اور پھولا ہوا ہوتا ہے، محنت کرنے یا زور لگانے پر اُس کی سانس نمایاں طور پر پھول جاتی ہے، اگرچہ اُس کے پھیپھڑوں میں کوئی طبیعی امارت نہیں پائی جاتی، اُس کو غشیان کے دورے ہوا کرتے ہیں، اور وہ جسمانی یا دماغی محنت کے بالکل ناقابل ہوتا ہے۔ لیکن تپش عموماً بلند نہیں ہوتی۔ نبض مختلف ہوتی ہے۔ پیشاب میں اکثر البیومن نہیں ہوتا۔ مخاطی اغشیہ سے نزف کا ہونا، اور بالخصوص رعاف شاذ نہیں۔ اور پاؤں اکثر اذیمائی ہوتے ہیں۔ خون کی نوعیت ثانوی عدم دمویت جیسی ہوتی ہے، اس میں خفیف بوقلوں خلویت، متعدد الوان پسندی اور مُنقطا اساس پسند خلویت ہوتی ہے، خفیف ابیض خلویت کا موجود ہونا بھی ممکن ہے۔ سرخ جسیمات کم ہو کر ...... ۴ یا ...... ۳ تک پہنچ جاتے ہیں، یا جب نزفات وافر ہوں تو اس سے بھی کم ہوجاتے ہیں، اور لونی قوت متناسب "ادنےٰ" ہوتا ہے۔ عرصۂ ترویب طبیعی سے بہت کم اختلاف ظاہر کرتا ہے۔

576

زیادہ خطرناک اصابتوں میں معدے اور آنتوں سے، یا پھیپھڑوں سے نزف ہوسکتا ہے۔ یا ذات الریۂ پھیپھڑے کی گنگرینی، التہاب تامور یا ذات الجنب جو نزفی ہوسکتا ہے۔ یا کلائی طحال اور البیومن بولیت۔ ممکن ہے کہ دموی دھاریدار بیر کی جلد دباؤ یا خراش سے اغشاث پذیر ہوکر فطر آسا (fungoid) اور بدبودار قرحات باقی رہ جائیں۔ بعض اوقات زحیر داءالحفر میں ایک پیچیدگی کے طور پر واقع ہوجاتی ہے، لیکن عموماً وہ ایک جداگانہ مبداء کی سمجھی جاتی ہے۔ اکثر اوقات

خرابیٔ بصارت جسے شب کوری (hemeralopia) یا رتوندی کہتے ہیں، واقع ہوجاتی ہے۔ مریض کو دن کے وقت تو صاف نظر آتا ہے لیکن سرِشام یا رات کی تاریکی میں وہ بالکل نہیں دیکھ سکتا اور اُسے اپنا راستہ نظر نہیں آتا۔ یہ شب کوری شبکیہ کے تغذیہ کے اختلال سے واقع ہوجاتی ہے جبکہ چشم بین سے آنکھ کے اندر کوئی تغیر نہیں ظاہر ہوتا، اور جب داء الحفر اچھا ہوجاتا ہے تو پھر نظر بھی طبعی ہوجاتی ہے۔

موت بڑھتی ہوئی خستگی سے، جس کے ساتھ عدمِ دمویت اور نحول ہوتا ہے، عموماً بہت ہفتوں کے بعد واقع ہوجاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ وہ ناگہانی غشیان، ذات الریہ یا پھیپھڑے کی گنگرین، مصلی اغشیہ کے نزفی التہاب، یا دماغی نزف سے جلد تر واقع ہوجائے۔ جو مریض شفایاب ہوتے ہیں اُن میں مناسب علاج سے اصلاح فوراً ظاہر ہوتی ہے اور اکثر نہایت سریع ہوتی ہے۔ لیکن بیان کیا جاتا ہے کہ زیادہ عمیق انصبابات سے وبا رتت اور لیفی بند باقی رہ جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جوارح جزءً منقبض ہوتے ہیں اور نخاطِ عضلات مذبول ہوجاتے ہیں۔ بعض اوقات مفاصل جاسی ہوجاتے ہیں۔

رضیعی داء الحفر (infantile scurvy)۔ اس قسم کا داء الحفر، جسے بیرونی ممالک میں مرض بارلو (Barlow's disease) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، دو سال سے نیچے کی عمر کے بچوں میں دیکھا جاتا ہے، اور یہ اکثر اوقات کساحت (rickets) کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جو ایک دوسرا غذائی مرض ہے۔ داء الحفر کے ہونے کا احتمال اُن شیرخواروں میں ہوتا ہے جو تعقیم دودھ، یا مالٹ آمیز یا دوسری محفوظ التحوق غذاؤں پر پرورش کئے جاتے ہیں، اور جنہیں تازہ دودھ کافی نہیں ملتا یا بالکل نہیں ملتا۔ ایسے بچے دُبلے نہیں ہوتے مگر اُن کا رنگ شاحب ہوجاتا ہے۔ اور بچوں کے جوارح، بالخصوص جوارح زیریں ماؤف ہوجاتے ہیں، چنانچہ بچے ان جوارح کو بالارادہ حرکت نہیں دیتے، اور جب کبھی انہیں چھوا جائے یا حرکت دی جائے، یا اُن کے قریب ہاتھ لایا جائے تو وہ روتے ہیں۔ بچہ اکثر اس طرح لیٹتا ہے کہ اُس کی رانیں تبعید کردہ اور گھٹنے خمیدہ ہوتے ہیں، اور اس طرح ممکن ہے کہ اُس کو مشلول خیال

کر لیا جائے۔

ہڈیاں الیم ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ پاؤں میں کسیقدر اُڈیما ہو، اور زیر گردِ عظمی نزفات کی وجہ سے اورام ہوں۔ اور ممکن ہے کہ بڑنامی خطوط کے مقام پر ہڈیوں کی علیحدگی کا شک محسوس ہو۔ اگر کوئی دانت نکل چکے ہیں تو ممکن ہے کہ مسوڑھوں کی اسفنجیت نزفات کے ساتھ ہو، جیسی کہ بالغوں میں ہوتی ہے، اور بعض اوقات ایک متفقر تودہ دکھلائی دیتا ہے۔ دوسرے نزفات، جیسے کہ رعاف یا دم بولیت واقع ہوسکتے ہیں۔ عدم دمویت اخضر یتی قسم کی ہوتی ہے، اور خون یک نواتی خلیات کی زیادہ تعداد، چند لبنی خلیات (myelocytes) اور نوات دار سرخ جسیمے پیش کرتا ہے۔

تشخیص ۔ اُس وقت جب کہ ایسے حالات موجود ہوں جن کے متعلق معلوم ہے کہ یہ مرض پیدا کر دیتے ہیں، تشخیص مرض میں کوئی دقت نہیں ہوسکتی، لیکن منفرد اصابتوں میں تشخیص میں احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ فرفیریا (purpura) سے اس کی تشخیص اُس کے ساتھ موجود رہنے والی عمومی علالت، اسفنجی مسوڑھوں اور جوارح اور دیگر مقامات کے گہرے انصبابات سے ہوتی ہے۔ اِس کے برعکس نسبتًہ مفلس جماعتوں کی آبادی میں اُس مرض کی خفیف اصابتوں کے نظر انداز ہوجانے کا امکان ہے، جن میں عدم دمویت اور خرابیٔ صحت کے ساتھ بیشتر مبہم سے درد کے علامات ہوتے ہیں، اور مریض مسوڑھوں کے خفیف تغیر یا جلد پر کے چھوٹے دھبوں کا لحاظ نہیں کرتا۔ ایسی حالت میں غذا کے متعلق دریافت کرنے سے مرض کی نوعیت جلد معلوم ہوجائے گی۔ شیر خواروں میں یہ مرض رضیعی شلل (infantile paralysis)، آتشکی بڑنامی التہاب (syphilitic epiphysitis)، یا التہاب گردِ عظم کے ساتھ خلط ملط ہوسکتا ہے۔

تحریز اور علاج ۔ ایسی غذا دینا ضروری ہے جس میں دافع اسکروی حیاتین موجود ہو۔ زمانۂ دراز سے لیمو کے تازہ رس کے متعلق معلوم ہے کہ وہ ایک نہایت کارگر محرز اور علاج ہے، اور معمول کرنے پر بلکہ خشک حالت میں بھی وہ اپنے خواص کو بڑی حد تک باقی رکھتا ہے (Bassett-Smith)۔ لائم کا تازہ رس

(fresh limejuice) چنداں کارگر نہیں ہوتا اور لائم کا مصئون رس (preserved limejuice) بالکل بےکار ہے۔ لائم کے رس کو عام شہرت حاصل ہونے کی وجہ یہ ہے کہ ابتداءً یہ نام بحرِ روم کے لیموں کے رس کے لئے استعمال کیا جاتا تھا۔ گذشتہ صدی کے وسط میں بحری محکمہ میں اُس کے بجائے ویسٹ انڈیا کے لائم کا رس اُسی نام سے استعمال کیا گیا، لیکن تجربہ سے اُس کا بےکار ہونا ثابت ہوگیا۔ گمانِ غالب ہے کہ میدان جنگ کے سپاہیوں میں اس حیاتین کے حصول کا بہترین ذریعہ وہ خشک دالیں ہیں جن کو استعمال سے پہلے اُپجنے دیا گیا ہو۔ وہ قابلیت نقل وحمل کے باعث سہولت بخش ہوتی ہیں۔ کرم کلہ بہترین سبزی ہے جو استعمال کی جاسکتی ہے لیکن اُسے پانی میں جس قدر ممکن ہو کم عرصہ کے لئے اور سوڈا کے بغیر پکانا چاہیئے۔ ایک کمپ میں جہاں کرم کلے گوشت کے ساتھ چند گھنٹے تک دم پخت کرکے پکائے گئے داء الحفر پھوٹ پڑا۔ تازہ گوشت بھی کسیقدر مفید ہے۔ شیرخواروں کی غذا کے متعلق یاد رکھنا چاہیے کہ گائے کا دودھ نسبتہً کم مفید دافع اسکروی غذا ہے، اور اُس میں جو کچھ حیاتین موجود ہے وہ دودھ کی تعقیم یا بطریقہ پاسچر گرم کرنے میں اور بھی کم ہوجاتی ہے۔ غالباً یہ حیاتین خشک کئے ہوئے دودھ میں بالکل غیر موجود ہوتی ہے۔ بہرحال جب عقیم یا خشک کیا ہوا دودھ استعمال کیا جائے تو غذا میں کچھ حیاتین شامل کردینا چاہیئے۔ اس کی سادہ ترین ترکیب یہ ہے کہ بچہ کو ایک چمچہ بھر سنگترہ کا رس دے دیا جائے۔ لیکن سویڈی شلجم (swedes) بھی استعمال کئے جاسکتے ہیں، جو بکثرت اور ارزاں دستیاب ہوتے ہیں۔ یا ٹماٹر کا رس، تین ماہ کے بچے کے لئے ٹیبل سپون فی روز اندیا آلو جو بھوننے کے بعد عین چھلکے کے نیچے سے کھرچ لیا گیا ہو۔ خام سویڈی شلجم کا رس (raw swede juice) حاصل کرنے کی یہ ترکیب ہے کہ تراشی ہوئی سبزی کو کدوکش سے گھس کر اُس کے گودے کو ململ کے ذریعہ نچوڑ لیا جائے۔ شافی اغراض کیلئے لیموں کے رس کی بڑی مقداریں اختلال ہضم پیدا کئے بغیر استعمال کی جاسکتی ہیں، بشرطیکہ کیلسیم کاربونیٹ کا عمل کرکے آزاد سائٹرک ترشہ کو خارج کردیا جائے۔ خالص حیاتین یعنی اے سکاربک ایسڈ، جو کہ پانی میں حل پذیر ہے، دروں وریدی طور پر ۱۰۰ ـــ ۲۰۰ ملی گرام کی مقداروں میں دی جاسکتی ہے۔ اس کو دوسری نزفی حالتوں مثلاً پرپورا(

نزفی التہاب گردہ کے لئے بھی استعمال کیا گیا ہے۔ دروں عضلی یا زیر جلدی طور پر استعمال کرنے سے پہلے اس کے ۰۰۱ملی گرام NaOH کے عقیم ۲ فی صدی محلول کے ایک مکعب سمر میں حل کر کے اُس کی تعدیل کر لینی چاہئے۔

کُساحۃ

(RICKETS) (rachitis)

کساحۃ ایک مرض ہے جس میں شیر خواروں اور نو عمر بچوں کی عام صحت ماؤف ہو جاتی ہے' اور جس کی خصوصیات یہ ہیں:۔ (۱) عمل تعظم کا فساد۔ چنانچہ ہڈیاں معمول کے نسبت زیادہ نرم ہوتی ہیں' اور اس دباؤ سے جو ان پر روزانہ استعمال سے پڑنا لازمی ہے جُھک کر مشوہ ہو جاتی ہیں۔ (۲) تنفسی اور معدی معائی سراتیوں کا اور وظیفی عصبی فتورات کا احتمال۔

اسباب۔ یہ بالخصوص بچوں کا مرض ہے' اور دونوں صنفوں کو تقریباً برابر ماؤف کرتا ہے۔ ابتدائی ترین عظمی تغیرات چھ اور بارہ مہینے کی عمروں کے درمیان دیکھنے میں آتے ہیں۔ اٹھارہ مہینے کی عمر تک اس کے سریری خصائص خوب نمایاں ہو جاتے ہیں۔ مالدار جماعتوں کے نسبت مفلس جماعتوں کے بچے کساحۃ میں زیادہ شدت کے ساتھ مبتلا ہوتے ہیں' اگرچہ اول الذکر میں بھی خفیف درجہ کا مرض عام طور پر موجود ہوتا ہے۔ اس کا اعظم حدوث سرما اور موسم بہار میں ہوتا ہے اور گرمائی سورج کی روشنی سے اس میں شفا ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے' کیونکہ یہ روشنی جیسا کہ پہلے سمجھا گیا ہے جسم کے اندر حیاتین د (vitamin D) کی مقدار کو بڑھا دیتی ہے۔ وہ حالات کا بار بار ذکر کیا گیا ہے کہ وہ کساحۃ کی استعداد کا باعث ہوتے ہیں' یعنے شہروں میں اژدحام اور تازہ ہوا کی کمی۔ لیکن ان کی اہمیت اسی حد تک ہے کہ یہ سورج کی روشنی کی کمی پیدا کرتے ہیں۔ تاخیر یدہ یا بلوغی کساحۃ (late or adolescent rickets) جو شاذ ہے' چھ اور اٹھارہ سال کے درمیان کسی وقت بھی شروع ہو سکتی ہے۔

امراضیات ۔ اگرچہ سریری کساحت کا خاص سبب حیاتین د (vitamin D) کی غیر موجودگی ہے، تاہم دوسرے کئی عاملات بھی ہیں کہ جن کے متعلق تجربی طور پر ظاہر ہو گیا ہے کہ وہ اس مرض کی پیدائش میں حصہ لیتے ہیں۔ اولاً فاعلی بالیدگی ایک ضروری عامل ہے۔ اگر یہ موجود نہ ہو تو کیلسیئم یا فاسفورس کی کمی بذاتہٖ تمثیلی کساحت نہیں پیدا کرتی، اگرچہ کیلسیئم کی قلت ہڈیوں میں جلد ہی نمایاں ہو جاتی ہے، اور وہ عظم آسا بافت کی تہوں کے ساتھ مسامیہ عظام ظاہر کرتی ہیں لیکن تکاثر پذیر کری کے منطقہ میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ تاہم کسی جانور کو کافی حراری قدر رکھنے والی ایسی غذا دے کر کہ جس میں کیلسیئم کی یا فاسفورس کی کمی ہو تجربی طور پر کساحت پیدا کی جا سکتی ہے (کیلسیئم کی کساحت یا فاسفورس کی کساحت)۔ ہڈیوں کی تکلیس پلازما میں کیلسیئم (Ca) اور فاسفورک (PO_4) رواںات کی کافی مقدار موجود ہونے پر منحصر ہوتی ہے اور وہ باہم مل کر ایک خفیف طور پر حل پذیر نمک $Ca_3(PO_4)_2$ بنا دیتے ہیں جو مرسوب ہو کر ہڈی بنا دیتا ہے۔ سریری کساحت میں ممکن ہے کہ پلازما کا کیلسیئم طبعی اور پلازما کا فاسفورس کم ہو (فاسفورس کی کساحت) (6)۔ دوسری اصابتوں میں کیلسیئم اور فاسفورس دونوں کم ہوتے ہیں (10)۔ بہرحال پلازما کی حالت کساحت کا راست سبب ہوتی ہے اور ہڈی میں کوئی نقص نہیں ہوتا، کیونکہ اگر کساحتی ہڈی کو ایک طبعی بچہ سے نکالے ہوئے دموی پلازما میں یا کیلسیئم اور فاسفیٹ موجود رکھنے والے محلولات میں محضون کیا جائے تو اس ہڈی میں تکلیس ظاہر ہوتی ہے لیکن جب ایک کساحتی بچہ کے خون سے نکالا ہوا پلازما اس طرح استعمال کیا جاتا ہے تو یہ نتیجہ حاصل نہیں ہوتا۔ حیاتین د (vitamin D) غالباً معوی مافیہ کو ترشئی کر کے اپنا عمل کرتی ہے (جو معوی مافیہ کی طبعی حالت ہوتی ہے)؛ چنانچہ ایک بہ آسانی حل پذیر نمک $CaHPO_4$ بن جاتا ہے جو بہ آسانی جذب ہو جاتا ہے۔ بہت زیادہ حیاتین د دینے سے تکلیس، بالخصوص شریانوں کی، اور کلوی حصات پیدا ہو جاتے ہیں۔ حیاتین د کے بغیر معافیہ قلوی ہو جاتے ہیں (11) اور خفیف طور پر حل پذیر نمک $Ca_3(PO_4)_2$ وقت کے ساتھ جذب ہوتا ہے (10)۔ ورزش کی کمی بھی کساحت کی استعداد پیدا کر دیتی ہے۔ اگر جانور کو بکثرت ورزش کرنے دی جائے تو کساحت کا

578

حملہ روکنے کے لئے نسبتۃً بہت کم حیاتین د کی ضرورت ہوتی ہے۔ حاد کساحة میں پلازما کے بائکاربونیٹ میں کمی ہوجاتی ہے، جو کیتونیت کی وجہ سے نہیں ہوتی (8)- بالکل ایسی ہی کساحت جیسی کہ حیاتین د کی کمی سے پیدا ہوتی ہے، شکمی مرض (cœliac disease) میں بھی پیدا ہوسکتی ہے (شکمی کساحة = cœliac rickets) بڑی غیر ہضم شدہ شحمی اجابتوں کے باعث بالیدگی میں کمی ہوتی ہے اور اس کے ساتھ ہی حیاتین د معمول کے نسبت بہت کم جذب ہوتی ہے، اس کے نتیجہ کے طور پر کیلسیئم اور فاسفورس کا انجذاب بھی کم ہوتا ہے اور ہڈیاں عظمی مسامیتی ہوجاتی ہیں۔ پلازما کا فاسفورس اور کیلسیئم دونوں کم ہوتے ہیں۔ پست شحم والی غذا پر سریری حالت میں اصلاح ہوکر بالیدگی شروع ہوجاتی ہے اور کساحة پیدا ہوجاتی ہے، جو اسی طرح شفایاب ہوسکتی ہے جس طرح کہ معمولی کساحة۔ ناقص شحمی انجذاب کا دوسرا سبب اسہال ہے۔ لیکن یہ کساحة نہیں پیدا کرتا، کیونکہ بالیدگی موقوف ہوجاتی ہے۔

امراضیاتی تشریح ۔ طبعی شیرخوار کی لمبی ہڈی کی طولی تراشش میں ڈنڈی (دربالہ) کا ایک صاف کٹا ہوا سرا (برنامی خط) نظر آتا ہے، اور اُن مثالوں میں جن میں برنامیہ کا تعظم واقع ہوگیا ہے برنامی خط اور عظمی برنامیہ کے درمیان سپیدی مائل کرّی کا ایک قرص (برنامی غضروف) نظر آتا ہے۔ کساحتی ہڈی میں ایک بالکل مختلف تصویر نظر آتی ہے۔ کرّی کے برنامی قرص کی چوڑائی بہت زیادہ ہوجاتی ہے۔ برنامی خط نہیں ہوتا، مگر اُس کی جگہ دربالہ کا ایک ناہموار طور پر کھردرا سرا لے لیتا ہے۔ یہ کھردرا سرا، جو معمول کے نسبت زیادہ عروقی ہوتا ہے، دباؤ کے باعث عموماً کھوکھلا اور جانباً پھیلا ہوا ہوتا ہے، اور اِس طرح برنامیہ کی کلائی کی سریری اَمارت پیدا ہوجاتی ہے۔ دربالہ کے اِس متغیر سرے پر بعد نامیہ کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔

طبعی حالت میں زجاجی کرّی اور اس ہڈی کے درمیان جو کہ اب تک نمو یافتہ ہوچکی ہے خوردبین کے نیچے کئی تہیں دیکھی جاتی ہیں: (الف) تکاثری غضروفی خلیے جن میں کوئی باقاعدہ ترتیب نہیں ہوتی (ب) تکاثری غضروفی خلیے جو استوانوں کی شکل میں زجاجی قالب کے استوانوں کے درمیان مرتب ہوتے ہیں۔ (ج) حائلی

تکلیس کا منطقہ، جس کی وجہ سے استوانے کرخت ہو جاتے ہیں اور گودے سے پھوٹ کر نکلنے والی عروق شعریہ کا رخ غضروفی خلیات کی طرف کر دیتے ہیں، جو یا تو تارکل سے تلف ہو جاتے ہیں یا لمبی فضاؤں میں غائب ہو جاتے ہیں۔ پھر یہ استوانے جزءً تلف ہو جاتے ہیں، اور جزءً ایسے مرکزوں کا کام دیتے ہیں جن کے گرد عظمی نابضات مرتب ہو کر (د) عظم آسا بافت (osteoid) کی ایک تنگ تہ بنا دیتے ہیں یعنے ایسی ہڈی جس میں کیلسیم نہیں موجود ہوتا۔ (ھ) تعظم جو عظم آسا بافت میں کیلسیم کے نمکیات کے جماؤ سے پیدا ہو جاتا ہے۔

کساحت میں یہ باقاعدہ ترتیب بالکل مفقود ہوتی ہے۔ غضروفی تکاثر کا منطقہ انتصاباً اور جانباً بڑھ جاتا ہے، جس میں ابتداءً استوانی ترتیب ظاہر ہوتی ہے لیکن استوانہ میں جو خلیات ہوتے ہیں وہ زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور یہ نقشہ جلد ہی غائب ہو جاتا ہے اور خلیات ایک زجاجی قالب کے اندر تودوں کی صورت میں نظر آتے ہیں۔ عارضی تکلیس کا منطقہ غیر موجود ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ لمبی عروق تمام سمتوں میں بڑھتی ہیں۔ عظم آسا بافت کی تہ بہت دبیز ہوتی ہے اور ایک کساحتی بعد نامیہ (rachitic metaphysis) بناتی ہے۔ اس کے اندر غضروفی خلیوں کے جزیرے ہوتے ہیں اور چوڑی فضائیں ہوتی ہیں جن میں لُب موجود ہوتا ہے، اور اس کے عمیق تر حصوں میں کیلسیم کے غیر منتظم یا بے قاعدہ جماؤ واقع ہوتے ہیں جو حقیقی ہڈی بناتے اور بعد نامیہ کے سرے کا ممیز دندانہ دار کھردرا منظر پیدا کر دیتے ہیں۔ عظم آسا بافت گرد عظمہ کے نیچے بھی معمول کے نسبت زیادہ مقداروں میں موجود ہوتی ہے، جو بے قاعدہ تودے یا پشتے بناتی ہے اور اس طرح لمبی ہڈیوں کے تیز زاویے، کنارے اور ابھار زائل کر دیتی ہے، اور کھوپری کی غشائی ہڈیوں میں حبیدہ داری پیدا کر دیتی ہے۔

579 جب اندمال واقع ہوتا ہے تو سب سے پہلے کیلسیم کا جماؤ گری میں اس مقام پر ہوتا ہے جہاں عارضی تکلیس کا منطقہ ہونا چاہئے تھا۔ یہ ابتداءً ایک پتلا بے قاعدہ خط ہوتا ہے، لیکن جیسے جیسے اندمال ترقی کرتا ہے دبیز ہوتا جاتا ہے، عظم آسا بافت میں کیلسیم کے جماؤ پیدا ہو جاتے ہیں، اور بعد نامیہ کے اندر کی گری بتدریج غائب

ہوجاتی ہے۔

کساحتہ میں تشریحی خردبینی مظاہر یہ ہوتے ہیں کہ (۱) عظم آسا بافت کی مقدار کثیر موجود ہوتی ہے' اور (۲) ترتیب کے بجائے بے ترتیبی موجود ہوتی ہے۔

عضلات میں ڈھیلا پن اور ہُزال ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ خون ثانوی عدم دمویت ظاہر کرے۔

علامات ۔ اس شکایت میں ابتداہی میں دو علامتیں پیدا ہوجاتی ہیں جو ہمیشہ پائی جاتی ہیں۔ ایک علامت یہ ہے کہ بچہ رات کے وقت بے چین رہتا ہے' اپنے کپڑوں کو لاتیں مار کر ہٹادیتا ہے' اور ٹانگوں اور ہاتھوں کو منکشف رکھ کر لیٹا رہتا ہے۔ دوسری علامت یہ ہے کہ جب وہ سوجاتا ہے تو اس کے سر اور گردن کے پاس پسینہ بکثرت آتا ہے' جس سے اُس کا تکیہ شرابور ہوجاتا ہے۔ لیکن بقیہ جسم اکثر خشک رہتا ہے' اور تپش طبعی ہوتی ہے۔ عظمی تغیرات کی پہلی علامت لمبی ہڈیوں کے سروں کی کلانی ہے۔ یہ کلانی کلائیوں کے مقام پر خوب نمایاں ہوتی ہے' جہاں زندیات اور کعبریات کے سرے موٹے ہوجاتے ہیں۔ اسی طرح ٹخنوں اور گھٹنوں کے مقام پر ہڈیوں کے سرے خوب موٹے ہوجاتے ہیں۔ اگر اس وقت سے جب کہ بچہ کھڑا ہونے یا چلنے لگ جاتا ہے' مرض بعد میں شروع ہو' تو بچہ کھڑا ہونا اور چلنا موقوف کردیتا ہے اور' جیسا کہ مائیں کہا کرتی ہیں' "لڑکھڑا کر گرجاتا ہے"۔ اگر مرض اس سے جلد شروع ہو تو ممکن ہے بچہ اٹھارہ یا چوبیس ماہ کی عمر تک چلنا نہ سیکھے۔ دونوں حالتوں میں بچہ اس وقت چلنے کی کوشش کرنے لگتا ہے جب کہ ہڈیاں ابھی کامل طور پر متجمد نہیں ہوتیں' اور جسم کے وزن سے قصبیات اور فخذیات خمیدہ ہوکر کمان جیسی بن جاتی ہیں' اور اُن کا انحداب عموماً باہر کے طرف اور سامنے کو ہوتا ہے۔ بعض اوقات قصبیات کے زیریں حصے پر ایک انحداب اندر کے طرف ہوتا ہے اور اس طرح دونوں پاؤں کے درمیان کا فاصلہ زیادہ چوڑا ہوجاتا ہے' اور اس حالت کی وجہ یہ ہے کہ بچہ فرش پر ہاتھ پاؤں پھیلا کر اوندھا لیٹے لیٹے چلتا پھرتا ہے اور پاؤں کو بحری شیر (sea lion) کے پچھلے پنکھوں کی طرح استعمال کرتا ہے۔ اس وقت جب کہ ابھی بچہ کھڑا نہ ہوسکتا ہو اگر وہ فرش پر رینگ رینگ کر

زیادہ چلے پھرے تو بدن کا وزن بازوؤں پر پڑتا ہے اور کعبریات، زندیات اور عضدیات متناظراً خمیدہ ہو جاتی ہیں۔

سینہ میں پسلیوں اور ضلعی کُرکُریوں کے مقاماتِ اتصال پر کلانی پیدا ہو جاتی ہے، اور وہاں گرہوں کا ایک سلسلہ بن جاتا ہے، جو دونوں جانبوں پر عظم القص کے قریب پہلی پسلی سے شروع ہوتا ہے اور نیچے کے طرف اور پھر باہر کے طرف پہلوئیں بارھویں پسلی تک جاتا ہے۔ اسے سبحتِ اضلاع یا سُبحۂ کساحت (rickety rosary) کے نام سے یاد کیا گیا ہے۔ ڈایافرام کے فعل سے تشوہ پیدا ہو جاتا ہے، کیونکہ وہ پسلیوں کو اُن کے دربالوں کے مقام پر اندر کو جوس لیتا ہے، جس سے عظم القص کے دونوں جانب ایک چوڑا امیزاب پیدا ہو کر عظم القص غیر معمولی طور پر نمایاں ہو جاتی ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ مریض کبوتر سینہ ہو جائے۔ لیکن اکثر نیچے کی پسلیاں احشار شکم کے اوپر پھیلی ہوئی ہوتی ہیں اور ایک ابھرے ہوئے شکم کی بالائی محراب بنا دیتی ہیں، اور یہ اُبھرا ہوا شکم اوپر کے تنگ سینہ سے نمایاں فرق ظاہر کرتا ہے اور ایک عرضی نشیب (تجویف ہیرِسن Harrison's sulcus) کے ذریعہ اس سے جُدا ہوتا ہے۔ آخر الذکر کم و بیش ڈایافرام کے قبہ کے لیول پر ہوتا ہے، جہاں سینہ اندر کو بھینچا ہوا ہوتا ہے۔ یہ مختلف تشوہات اس شعبی التہاب یا شعبی ذات الریہ کی وجہ سے اور بھی زیادہ شدید ہو جاتے ہیں جو عموماً اُن کے ساتھ موجود ہوتا ہے اور سینہ کے اندر ہوا کے داخلہ میں مزاحم ہوتا ہے۔ یہ پیچیدگیاں خاص طور پر اس لئے خطرناک ہوتی ہیں کیونکہ پسلیوں کی نرم حالت کے باعث کھانسنے کا فعل ناقص ہوتا ہے اور افرازات شُشش کے اندر جمع رہتے ہیں۔ حوض شیرخواری کے عالم میں عموماً کوئی تشوہ نہیں ظاہر کرتا لیکن کساحت کی انتہائی اصابتوں میں حوضی روزن بہت بدشکل ہو کر زیادہ تر ساعتِ رملیہ کی قسم (hour-glass type) کا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ عورتوں میں بعد میں زچگی میں نہایت خطرناک مزاحمت پیش کرے۔

سر نہ صرف بڑے یافوخ اور اکثر اکلیلی اور سہمی درزوں سے متناظر نشیبوں کے خطوط ظاہر کرتا ہے (صلیبی قسم کا جمجمہ = hot-cross bun type of skull) بلکہ اس کے علاوہ کسی قدر مربع شکل اختیار کر لیتا ہے، تمہ چپٹا ہوتا ہے، اور کبھی اور

جانبی خطے کسی قدر اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ نمایاں اصابتوں میں جمجمہ چہرے کے مقابلہ میں بہت بڑا نظر آتا ہے اور اکثر کھوپری کا محیط زیادہ ہوتا ہے۔ جمجمی ھزال (craniotabes) کا نام اُن نرم رقبوں کو دیا گیا ہے جو کھوپری پر ناقص تعظم کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں اور خاص کر درزوں کے حاشیوں کے برابر برابر پائے جاتے ہیں۔ دوسری علامت یہ ہے کہ دانتوں کے نکلنے میں تاخیر ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ پہلا دانت بجائے چھٹے یا ساتویں مہینے میں نکلنے کے گیارھویں یا بارھویں مہینے تک نہ نکلے۔ اور ممکن ہے کہ دانتوں کے نکلنے کی ترتیب میں بہت سی بے قاعدگیاں ظاہر ہوں۔ دائمی دانتوں پر بھی اثر پڑتا ہے۔ اُن کا مینا ناقص اور نرم ہوتا ہے اور کیلسیم یا فیہ کم ہو جاتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ نوعمر بچوں میں دندانی بوسیدگی (dental caries) کی وجہ یہ ہے کہ بچہ کی غذا میں یا دورانِ حمل میں اُس کی ماں کی غذا میں حیاتین د (vitamin D) کی کمی ہوتی ہے (9)۔

انتہائی اصابتوں میں تمام ہڈیوں کی بالیدگی رُک جاتی ہے اور خمیدگی کی وجہ سے وہ کوتاہ بھی ہوتی ہیں۔ اور ممکن ہے کہ آٹھ یا دس برس کی عمر کے بچے تین سال والوں سے زیادہ اونچے نہ ہوں۔ نیز ہڈیاں معمول کے نسبت زیادہ خستہ ہوتی ہیں اور ان میں خضر ترانی کسر (green-stick fractures) ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ رباطات میں قطعی رخوت اور عضلات میں زیر تنیدگی ہوتی ہے، چنانچہ مفاصل میں غیر معمولی حرکت پذیری موجود ہوتی ہے (رسن بازی کساحت = acrobatic rickets)۔ جگر اور طحال بہ آسانی محسوس ہوتے ہیں، کیونکہ سکڑا ہوا سینہ اُنھیں نیچے دھکیل دیتا ہے اور عضلات شکم کا اُنھیں کافی سہارا نہیں ملتا، اور شکم غیر معمولی طور پر برونز کئے ہوئے ہوتا ہے (قلمساوی شکم = pot belly)۔ ممکن ہے کہ بھوک بہت اچھی ہو اور بہت سے کساحتی بچے شحم کا کامل بلکہ حد سے زائد نمو ظاہر کرتے ہیں (شحمی کساحت = fat-rickets) لیکن شدید اصابتوں میں عدم دمویت موجود ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ عصبی نظام خطرناک طور پر ماؤف ہو۔ کساحتی بچوں میں رضیعی تشنجات کا بہت امکان ہوتا ہے جن میں وہ شکلیں بھی شامل ہیں جن کو صوصری تشنج الحنجرہ (laryngismus stridulus) اور تکزز (tetany) کہتے ہیں۔

580

حنجری تشنج کے ساتھ اکثر وجہی خراش پذیری یا امارت واسٹیک (Chvostek's sign) موجود ہوتی ہے، جس میں چہرے کے حرکی اعصاب کی اوپری شاخوں پر آہستہ سے ٹھپکنے سے متناظر عضلات کا انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔ نیز کساحتی بچوں میں دوسرے بچوں کے نسبت وہ خرابی کسیقدر زیادہ ہی ہوتی ہے جیسے سر پیش جنبانی (head-nodding) یا سر ہلانا (head-shaking) (کبوی تشنج spasmus nutans= کہتے ہیں، اور جس کے ساتھ اکثر رقص مقلہ بھی پایا جاتا ہے۔ یہ شکایتیں چار ماہ سے لے کر ایک سال کی عمر والے بچوں میں ہوا کرتی ہیں اور موسم سرما میں کمروں کی ناقص روشنی کی وجہ سے ہو سکتی ہیں، اور اس طرح ان کا مقابلہ کان کنوں کے رقص مقلہ (miner's nystagmus) سے کیا جا سکتا ہے۔

کساحتی بچے ایسے علامات میں بھی مبتلا ہوتے ہیں جن پر داء الحفر کا گمان ہوتا ہے، مثلاً ہڈیوں کی ایلمیت۔ یہ کوئی تعجب کی بات نہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ غذا میں حیاتینوں کی عام طور پر کمی ہو۔

تشخیص۔ اس میں شاذ ہی مشکلات پیش آتی ہیں۔ بعض اوقات چلنے کی ناقابلیت کی وجہ سے شلل صبیانی (infantile paralysis) (التہاب رمادِ النخاع مقدم = anterior poliomyelitis) کا شبہ پیدا ہو سکتا ہے، لیکن جوارح کو کم از کم حرکت دی جا سکتی ہے، اور ہڈیوں کے تشوہات سے صحیح پتہ چل سکتا ہے۔ آتشکی التہاب برزامیہ (syphilitic epiphysitis) اور داء الحفر اوف ہڈیوں میں بڑا درد اور ایلمیت پیدا کر دیتے ہیں۔ پلازمائی فاسفیٹیز (phosphatase) کساحت کی ایک ابتدائی دلالت بہم پہنچاتا ہے، کیونکہ وہ بڑھ جاتا ہے۔

لاشعاعوں سے مرض کی وسعت اور شفایابی کی ترقی کی تشخیص کا قابل قدر ذریعہ حاصل ہوتا ہے (2)۔ شدید کساحت (صفحہ ۲۷۴) میں زیادہ نازک سِکوں کی کلس ربودگی شبکی ہڈی کی ساخت میں بھونڈا پن پیدا کر دیتی ہے، اور از اں بعد جب کہ یہ عمل زیادہ ترقی یافتہ ہو جاتا ہے، یہ ہڈیاں بہ مشکل نرم بافتوں سے تمیز کی جا سکتی ہیں۔ یہ مناظر مختلف ہوتے ہیں بلحاظ اس امر کے کہ (۱) کس ہڈی کا

امتحان کیا گیا ہے۔ مثلاً صفحہ ۶ ۴ میں عضدیہ کا سر اوہ کھردرا منظر نہیں پیش کرتا جو کعبریہ اور زندیہ کے سرے پیش کرتے ہیں۔ (۲) بلحاظ اس امر کے کہ بچہ باوجود مرض کے ابھی خاصہ فعال رہ سکتا ہے۔ ایسی حالت میں، اگر کعبریہ کے زیریں سرے کا امتحان کیا جائے تو دیکھا جائے گا کہ اس کا تیز برنامی خط غائب ہو گیا ہے، درنامیہ کا زیریں سرا جانباً پھیلا ہوا ہے، کلس رُبائی کا عمل مرکز کے مقام پر زیادہ سرعت کے ساتھ واقع ہوا ہے، جس سے ڈنڈی کا سرا پیالہ نما ہو گیا ہے۔ جب بچہ غیر فعال ہو تو یہ کھردرا منظر کم ہوتا ہے، کھوکھلا پن یا جانبی پھیلاؤ نہیں ہوتا لیکن درنامیہ اور برنامیہ کا درمیانی فاصلہ زیادہ ہوتا ہے۔ اندمال کے آغاز میں (صفحہ ۴ ۸) عارضی تکلیس کے منطقہ میں تکلیس کا ایک نیا خط نمودار ہوتا ہے، جو طبیعی ہڈی کے برنامی خط کا قائم مقام ہوتا ہے۔ درنامیہ سے اس کا فاصلہ عظم آسا بافت کی چوڑائی پر منحصر ہوتا ہے اور مرض کی مدت کے لحاظ سے راست طور پر اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ بیت ریج درمیانی فضا خطوط کی شکل میں ہڈی سے پُر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ اندمال واقع ہونے کے بعد طویل عرصہ تک کثیف بیش تکلیس یافتہ بعد نامیہ میں اور اس کے قرب وجوار کی ڈنڈی کی شکلی بافت میں ایک نمایاں فرق نظر آئے (صفحہ ۴ ۸ کا مقابلہ طبیعی صفحہ ۹ ۴ کے ساتھ کرو)۔

انذار۔ بالعموم اس مرض سے شفا ہو جاتی ہے، اور ہڈیاں بالآخر بالکل سخت اور ٹھوس ہو جاتی ہیں۔ لیکن اگر تشوہات معتد بہ ہیں تو وہ دائمی طور پر باقی رہیں گے۔ زندگی کو خطرہ پیچیدگیوں کے باعث ہوتا ہے، بالخصوص شعبی التہاب سے جس کے ساتھ ہبوط الریہ ہو، تشنجات سے اور صریری تشنج منجرہ سے۔

تجویز۔ سب سے زیادہ اہم امر یہ ہے کہ بچہ کو درست طور پر غذا دی جائے۔ اس کا قدرتی طریقہ، چھاتی کا دودھ پلانا ہے، اور اگر دودھ کی مقدار کافی ہے اور ماں ایک مختلف الاقسام غذا استعمال کرتی ہے جس میں تمام معین غذائی عوامل شامل ہیں تو بچہ کو کساحتہ یا دوسرے قلتی امراض ہونے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ اگر گائے کا دودھ استعمال کیا جاتا ہے تو کاڈ لیور آئیل بھی دینا چاہئے تاکہ حیاتین ڈ (vitamin D) پہنچتی رہے۔ ایسی غذا میں کیلسیم اور فاسفورس کی مقدار کافی ہوگی۔ وہ بچہ جسے



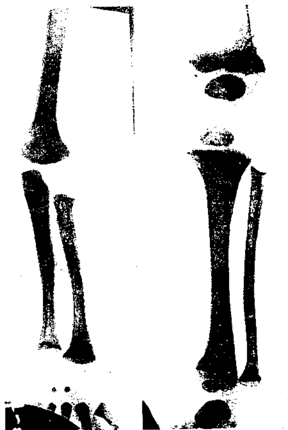
ایک ۱/۲ ۳ ماہ کے بچے میں شدید کساحت۔ ذراعیہ، کعبریہ اور زندیک، ورنامیہ کی چوڑی ساخت، فخذیہ، قصبیہ اور شظیہ کے غیر واضح بعد نامیات، اور زندیہ کے زیریں بعد نامیہ کا فنجان نما منظر اور فخذیہ اور قصبیہ کے برنامیات کی تقریباً مکمل شفافیت ملاحظہ کی جائے۔ یہ عکسی تصویر Rentgen Labortorium of the Kinderklinic میں ڈاکٹر ومبرگر (Dr. Wimberger) نے لی ہے (Vorst Prof. Pirquet) اور مس ایچ چک اور میڈیکل ریسرچ کونسل کی اجازت سے پیش کی جاتی ہے۔

بالمقابل صفحہ 580



وہی بچہ ایک ماہ کے بعد جس میں اندمال کا آغاز نظر آتا ہے۔ بعد نامیات کے بعدی سروں میں کیلشیم کے نئے منطقے اور برنامیات کی زیادہ کثافت ملاحظہ کئے جائیں۔ یہ عکسی تصویر وائنا کے Rontgen Laboratorium of the Kinderklinic میں ڈاکٹر ومبرگر نے لی ہے (Vorst Prof. Pirquet) اور مسز ایچ چک اور میڈیکل ریسرچ کونسل کی اجازت سے پیش کی جاتی ہے۔

بالمقابل ص 080



وہی بچہ مزید ۲۳ دن کے بعد۔ ورنامیات کے مقابلے میں بعد نامیات کی زائد تقویت ملاحظہ ہو جو غذا اور دوا کے زیر اثر کی صورت
میں خاص طور پر ظاہر ہے۔ یہ عکسی تصویر روانا میں Rontgen Laboratorium of the Kinderklinic کے ڈاکٹر
وہم گرنے کی ہے (Vorst Prof. Pirquet) اور مسٹر پی کے ۔ ۔ ۔ کی اجازت سے پیش کی جاتی ہے۔
550



بازو اور ٹانگ ایک طبعی بچہ کا جو کہ ۱۳ ماہ کی عمر کا ہے۔ درنامیات کی ساخت ان کے واضح طور پر متمیز سرے (بعد نامیات) اور بعض بنیات میں عظمی تکوین کا ظہور ملاحظہ ہو۔ یہ عکسی تصویر وانا میں Rontgen Laboratorium of the Kinderklinic میں ڈاکٹر ومبرگر (Dr. Wimberger) نے لی ہے (Vorst Prof. Pirquet) اور مس ایچ چیک اور میڈیکل ریسرچ کونسل کی اجازت سے پیش کی جاتی ہے۔

بالمقابل صفحہ ۵۰

درست قسم کی غذا ملتی ہو اپنے ہاتھ پاؤں اور جسم کی حرکات سے خود بخود کافی ورزش کرتا رہے گا۔ ایسے خوب ترویح شدہ کمروں میں رکھنا چاہیئے اور بلاناغہ باہر تازہ ہوا میں لیجانا چاہیئے اور حتی الامکان سورج کی روشنی خوب دینا چاہیئے۔

علاج۔ تشعیع زدہ ارگواسٹیرال (irradiated ergosterol) کو "ریڈیوسٹال" ("radiostol") (روزانہ ۵ قطرے) کی صورت میں دے سکتے ہیں یہ دانتوں کی بوسیدگی کا علاج کرنے کے لئے بھی مفید ہے۔ حیاتین د کی قلت کے ہمراہ حیاتین الف کی قلت بھی پائی جاتی ہے۔ "ریڈیو اسٹولیم" ("radiostoleum") اور "ریڈیومالٹ" ("radiomalt") ایسی تجہیزات ہیں جن میں حیاتین الف اور د دونوں موجود ہیں۔ کاڈلیور آئیل سادہ یا مستحلب کی شکل میں دوسری مفید دوا ہے۔ یہ روزانہ تین بار غذا کے بعد دیا جاسکتا ہے۔ سادہ تیل کی مقدار خوراک چھ ماہ کے شیرخوار بچہ کے لئے ۵ قطرے، بارہ ماہ کی عمر تک ۲۰ قطرے، اٹھارہ ماہ یا دو سال کی عمر تک ½ ڈرام، اور اس سے زیادہ عمر کے بچوں کے لئے ایک ڈرام ہے۔ علاج کا دوسرا طریقہ سورج کی روشنی میں منکشف کرنا ہے جو ظاہر ہے کہ (باستثنا رعیسر العلاج اصابتوں کے) کم تشفی بخش ہے کیونکہ اس کی مقدار نسبتہً غیر معین ہے۔ اگر سورج کی روشنی موجود ہو تو ماورائے بنفشی روشنی کے مصنوعی ذرائع میں منکشف کرنا چاہیئے، مثلاً پارے کے بخار کے کوارٹز لیمپ (mercury vapor quartz lamp) ٹنگسٹن کے قوسی لیمپ (Tungsten arc lamp) وغیرہ میں۔ تازہ ہوا بہ افراط دینی چاہیئے۔ کساحت سے شفایابی کے بعد جوارح کے جو تشوہات باقی رہ جائیں، اگر وہ انتہائی درجہ کے ہوں تو اُن کا جراحی علاج کرنا چاہیئے۔

کلوی کساحت (کلوی قزمیت renal dwarfism)۔ کم عمر لوگوں میں کلوی وظیفہ کے شدید نقص کے ہمراہ خون میں بلند فاسفورسی الدمیہ پایا جاتا ہے۔ کیلسیم کا عدد اختلاف پذیر ہے، لیکن بہ نسبت فاسفورس کے وہ ہمیشہ پست ہوتا ہے۔ کیلسیم ہڈیوں سے منتقل ہو جاتا ہے، اور خون میں کے نقص کی تلافی کرتا ہے۔ نشوونما کے زاویں میں ہڈیوں کے برنامی سرے سب سے زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔

شعاعیاتی منظر (6) کے لحاظ سے تین قسمیں پائی جاتی ہیں:— (۱) ذبولی

(atrophic) قسم جس میں پوری ہڈی بشمول قشرہ کے، ناقص تکلیس ظاہر کرتی ہے۔ ممکن ہے کسر موجود ہوں۔ (۲) نُزھری (florid) قسم جمیز کساحتی برنامیہ کھتی ہے۔ (۳) روئیں دار نقطہ دار یا تھل کے چھتے کی سی قسم جس میں بعد نامیہ اس سے گہرا ہوتا ہے کہ جتنا معمولی کساحت میں ہوتا ہے، اور تکاثر کرنے والا غضروف زیادہ بے قاعدہ اور بیٹھا ہوا ہوتا ہے۔ مجموعہ کا منظر بسا اوقات پیجٹ (Paget) کے مرض کی یاد دلاتا ہے۔

نشو و نما رک جاتا ہے۔ ثانوی صنفی خصائص تاخیر سے نمویاب ہوتے ہیں۔ تشنگی اور کثرت بول نمایاں علامات ہیں۔ رنگ پھیکا ہوتا ہے۔ جھری دار چہرہ بچہ کی عمر اس کی اصل عمر سے زیادہ ظاہر کرتا ہے۔ پیشاب پھیکے رنگ کا ہوتا ہے، اس کی کثافت نوعی پست ہوتی ہے، اور اس میں البیومن کا ایک شائبہ پایا جاتا ہے۔ ہڈیوں کے تغیرات خود کو شدید کساحت یا ٹانگوں کے تقوس کی صورت میں ظاہر کرتے ہیں، لیکن زیادہ عام طور پر رَوَح الرکبہ (genu valgum) کی صورت میں۔ آغاز مرض کی عام عمر پانچ سے سات سال ہے، لیکن ولادت پر واقع ہونے والی، یا نہایت دیر میں، یہاں تک کہ سترھویں سال واقع ہونے والی اصابتیں بیان کی گئی ہیں۔ ممکن ہے ہڈیوں میں اندمال واقع ہو جائے، لیکن یہ مرض، یوریا دمویت یا بین رو مرض سے ہمیشہ مہلک ثابت ہوتا ہے۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ گردوں کا مرض احتباس بول کے ساتھ بولی خطہ کے اتساع کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے، لیکن بعض اصابتیں درج ہیں کہ جو پیدائشی دویری مرض اور دو جانبی کلوی حصوات کے ہمراہ پائی گئیں، اور تعجب نہیں کہ تمام خطہ بولی پیشاب کا سیلان بڑھ جانے کا ثانوی نتیجہ ہو، جیسا کہ ذیابیطس بلیغ میں۔

معمولی ضد کساحتی علاج، فاسفیٹس کے انجذاب کو بڑھا کر حالت کو اور خراب کر دیتا ہے، لہٰذا یہ ممنوع ہے۔

لینۃ العظام

(osteomalacia: mollities ossium)

یہ بالغوں کا، اور تقریباً خالصۃً عورتوں کا مرض ہے، جو حیاتین د (vitamin D) کی کمی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لہذا یہ کساحت سے قریبی طور پر مماثل ہے۔

بحث اسباب۔ ہندوستان کی لڑکیوں اور عورتوں میں جو دیہات میں آزادانہ طور پر دوڑنے پھرنے کے بعد شادی کے بعد پردے میں بند کر دی جاتی ہیں اصابتوں کا ایک سلسلہ بیان کیا گیا ہے جو یہ بتاتا ہے کہ کس طرح تاخیر پذیر کساحت (late rickets) جو عموماً بارہ اور سترہ سال کی عمروں کے درمیان ہوتی ہے، لینتِ عظام میں منتقل ہو جاتی ہے، جو بعض اوقات نہایت جلد یعنی سولہ سال کی عمر میں شروع ہو جاتی ہے لیکن ممکن ہے کہ سن یاس کے بعد نمویاب ہو جائے۔ تکزز (tetany) اِن دونوں میں واقع ہو سکتا ہے، اور تاخیر پذیر کساحت اور لینتِ عظام اسی مریضہ میں بہ یک وقت موجود ہو سکتے ہیں (7)۔ لینتِ عظام ۱۹۴۱ء میں وائنا میں بھی دیکھی گئی (8)۔ اِس کے مریض روٹی اور سبزیوں پر اور ساتھ ہی آٹے اور شکر کی قلیل مقداروں، اور کبھی کبھی قدرے سؤر کی چربی کی غذا پر بسر کر چکے تھے، اور یہ یاد رکھنے کے قابل ہے کہ اِسی زمانہ میں کساحت اور تاخیر پذیر کساحت بھی وائنا کے نوعمر بالغوں میں غیر معمولی طور پر عام تھی۔ لینتِ عظام عام طور پر دورانِ حمل میں ہوا کرتی ہے، جب کہ حیاتین د کی کوئی قلت قدرتی طور پر نہایت نمایاں اثر پیدا کر دیتی ہے، یہی وجہ ہے کہ زمانۂ گذشتہ میں اس کے علاج کے لئے مبیضین کا استیصال کر دینے کی سفارش کی جاتی تھی۔

مرضی تشریح۔ ممکن ہے کہ ہڈیاں اِسقدر نرم ہوں کہ انہیں چاقو سے کاٹا جا سکے یا اُن میں اُنگلی سے گڑھا پڑ سکے۔ تقریباً ساری ہڈی ایک نرم چرببلے تودے یا گودے نما مادے میں متبدل ہو جاتی ہے، بہ استثنا رشاید ٹھوس بافت کے ایک پتلے خول کے جو گردِ عظم کے عین نیچے ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ خود دبیز شدہ گردِ عظم کے سوائے اور کچھ باقی نہ رہے۔ خردبین کے نیچے یہ تغیر معلوم ہوتا ہے کہ پہلے ہڈی کی

قدرتی دقیق ساخت میں خلط ملط پیدا ہو جاتا ہے۔ ہَیوَرسی نظامات ایک دوسرے کے ساتھ متحد ہو جاتے ہیں؛ اور پھر ایک قنال کے گرد کے اندرونی ترین حلقوں سے ملحات کا انجذاب واقع ہوتا ہے، چنانچہ جرم جیلاتینی اور شفاف ہو جاتا ہے۔ جیسے جیسے یہ تغیر اِس سے بھی باہر کے حلقوں میں واقع ہوتا ہے، اندرونی ترین حلقے بالکل جذب ہو جاتے ہیں؛ حفر یزے بھی اپنی شکل و جسامت بدل دیتے ہیں؛ اور بالآخر ہَیوَرسی نظامات تلف ہو جاتے ہیں۔ ہڈی اسفنجی اور مسامدار ہو جاتی ہے (مسامیت عظام = osteoporosis) اور کلانی یافتہ لبّی فضائیں ایسے گودے سے پُر ہو جاتی ہیں، جو شحمی یا ملف آسا ہوتا ہے اور جس میں عفریتی خلیات اور عظمی ناحضات ہوتے ہیں۔ اِس میں تازہ نزف ہوتے ہیں اور لون پایا جاتا ہے جو خون کے ماسبق انصبابات سے پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعض مقامات میں لُبّ جیلاتینی یا آبی ہو۔ ہڈیوں کے کیمیائی تجزیہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ غیر نامیاتی اجزا ۶۰ فی صدی سے گھٹ کر ۳۰ فی صدی ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ پہلی علامت درد ہے، جو خاص کر قطنی عجزی خطے اور کولہوں میں محسوس ہوتا ہے اور نیچے ٹانگوں میں، ریڑھ کی ہڈی میں؛ اور پسلیوں میں پھیل جاتا ہے، اور کبھی کبھی جوارح بالا میں بھی لیکن ایسا نسبتاً کم ہوتا ہے۔ دابنے سے ہڈیاں الیم پائی جاتی ہیں؛ اور حرکت کرنے پر بہت درد ہوتا ہے۔ اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ چال ممیز طور پر اکڑی ہوئی اور بطخ کی طرح ہوتی ہے، اور مریضہ حتی الامکان اُتھول کا استعمال زیادہ کرتی ہے تاکہ اُسے حرکت کرنے میں مدد ملے۔ وہ نڈھال رہتی ہے، اس کا کوئی کام کرنے کو جی نہیں چاہتا اور عضلی کمزوری بہت ہوتی ہے۔ چلنے میں دقت ہونے کی وجہ سے وہ صاحب فراش ہو جاتی ہے۔ مفاصل میں درد نہیں ہوتا۔ رفتہ رفتہ مریضہ کی شکل و شباہت میں تغیر دیکھا جاتا ہے اور عمود الفقرات کے گول ہو جانے یا جوارح کے جھک جانے کی وجہ سے اِس کا قد چھوٹا ہو جاتا ہے۔ پھر کسی دن بلا کسی ظاہر سبب کے یا خفیف سا زور پڑنے پر ایک ہڈی ٹوٹ جاتی ہے۔ بالعموم یہ کسر محض ناقص طور پر مندمل ہوتا ہے، اور بالآخر دوسری ہڈیاں ٹوٹ جاتی ہیں۔ مزید برآں لمبی ہڈیاں حیرت ناک درجہ کی خم پذیری ظاہر کرتی ہیں، چنانچہ وہ نہایت

عجیب عجیب وضعوں میں خمیدہ ہو سکتی ہیں، اور زیادہ اوپری ہڈیوں میں انگلی سے گڑھا پڑ سکتا ہے ۔ پسلیوں کی نرماہٹ کی وجہ سے صدر مشوہ ہوتا ہے، جس کی وجہ سے تہہ واقع ہو سکتا ہے ۔ شاذ اصابتوں میں کھوپڑی کی ہڈیاں نرم ہو سکتی ہیں ۔ تکرز بھی واقع ہوتا ہے ۔

مرض کی رفتار مزمن ہوتی ہے اور وہ عموماً پانچ سے دس سال تک جاری رہتا ہے ۔ موت اکثر اس طرح واقع ہوتی ہے کہ ہڈیوں کی نرماہٹ کے باعث تنفس میں دقت ہو کر خستگی پیدا ہو جاتی ہے ، یا موت شبی ذات الریہ کا نتیجہ ہوتی ہے جس کے وقوع میں تشوہ مدد ہوتا ہے ۔ بعض اوقات موت زچگی کے دوران میں اس وجہ سے واقع ہو جاتی ہے کہ ٹیڑھے (منقاردار = rostrate) حوض میں جنین کے گزرنے میں تسدد واقع ہوتا ہے ۔

تشخیص ۔ اس وقت جب کہ ہڈیوں میں تغیرات ظاہر ہو چکے ہوں یہ مشکل نہیں ہوتی ۔ اس سے پہلے کے علامات پر رثیت کا غلط گمان ہو سکتا ہے ۔ خودبخود واقع ہونے والے کسور ہڈیوں کے لحمی سلعہ (sarcoma)، سرطانی سلعہ (carcinoma)، لیفی دویری مرض (fibrocystic disease) اور متعدد لبی سلعہ (multiple myeloma) میں بھی پائے جاتے ہیں ۔

علاج ۔ حیاتین د دینی چاہئے، اسی طرح جس طرح کہ کساحت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے ۔

حوالہ جات

583

References

1	H. N. Green and E. Mellanby	1928	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 691.
2	H. Chick, E. J. Dalyell, M. Hume, H. M. M. Mackay and H. Wimberger	1922	*Lancet*, i., p. 7.
3	N. Burgess and A. A. Osman	1924	*Lancet*, i., p. 281.
4	D. B. Blacklock	1924	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 1046.
5	K. F. Wenckebach	1928	*Lancet*, ii., p. 265.
6	L. G. Parsons	1927	*Arch. Dis. Child.*, 2, p. 5.
7	Grace Stapleton	1925	*Lancet*, i., p. 1119.
8	E. J. Dalyell and H. Chick	1921	*Lancet*, ii., p. 842.
9	E. Mellanby	1926	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 515.
	M. Mellanby and C. L. Pattison	1928	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1079.
10	A. Ellis and H. Evans	1933	*Quart. Journ. Med.*, ii., p. 231.
11	T. Redman	1929	*Biochem. Journ.* 23, p. 256.
12	C. Funk	1912	*Journ. State Medicine*, 20, p. 341.
13	W. H. Wilson	1921	*Journ. Hygiene*, 22, p. 1.

584

بعض مزمن تسمم

الکحلیت

(ALCOHOLISM)

حاد الکحلیت۔ بدمستی یا مخموری کے علامات جو الکحل کی بہت زیادہ مقدار لینے سے پیدا ہوجاتے ہیں سب کو معلوم ہیں، اور جب الکحل نظام جسم میں سے گزر جاتی ہے تو یہ عموماً رفع ہوجاتے ہیں۔ تاہم کبھی کبھی شراب کی بڑی مقداروں کے لینے سے ان لوگوں میں جو کہ اس کے عادی نہیں ہوتے مہلک نتیجہ پیدا ہوسکتا ہے۔ اس سے پہلے کہ یہ ہوئے بےہوشی طاری ہوجاتی ہے، پتلیاں سست یا غیر متحرک، اور عموماً پھیلی ہوئی ہوتی ہیں، نبض صغیر، جلد سرد اور چپچپی، اور تنفس شخیری ہوتا ہے، اور بعض اوقات ہذیان یا تشنجات طاری ہوجاتے ہیں۔ نہایت ادنیٰ اندرونی تپشوں کا اندراج ہوا ہے گویا کہ مریض گھر سے باہر کھلا ہوا پڑا تھا۔

بعض اوقات الکحل کی مقابلتہً تھوڑی مقداروں کے ادخال سے، بالخصوص حساس اشخاص میں، غیر معمولی تعاملات، مثلاً وحشیانہ جوش و خروش اور تشدد (ھذیان السکاری =mania a potu) کا ظہور ہوتا ہے۔

مئے مانیا (dipsomania) ایک نوبتی کثرت شراب نوشی ہے، جس میں ایسے اشخاص مبتلا ہوتے ہیں جو درمیانی وقفوں میں اعتدال سے شراب پیتے بلکہ اس سے قطعی محترز رہتے ہیں۔ بعض اوقات کثرت شراب نوشی کے متوالی حملے انبساطی انخفاضی دار النفس (manic-depressive psychosis) کی ہیئتوں کا علامتی اظہار ہوتے ہیں۔ کبھی یہ حملے صرعی وارده (episode) کی علامت ہوتے ہیں۔ لیکن بیشتر اوقات یہ ایک غیر مستقل مزاج دار النفسی مریض کی مجبیت کے آئینہ دار ہوتے ہیں

جو خانگی مشکلات یا کاروباری مشکلات یا اپنے ذاتی معاملات میں اور طرح کی مشکلات سے تنگ آکر وقتاً فوقتاً پینے لگتا ہے۔ درمیانی وقفوں میں مریض عموماً یہ خوب جانتا ہے کہ اس نے بہت کثرت کے ساتھ شراب پی ہے' لیکن ممکن ہے کہ وہ اس کا اعتراف کرنے سے انکار کرے' یا مبہم طریقہ سے اعتراف کرے۔ اسی وجہ سے علاج مشکل ہوتا ہے۔ مزمن الکحلیت۔ اس کے اثرات بقیہ فصل میں بیان کیے گئے ہیں۔

مرضی تشریح۔ مزمن الکحلیت میں دماغ کی جھلیاں عموماً غیر شفاف اور دبیز ہوتی ہیں' اور عصبی خلیوں اور ریشوں کے ضیاع کی وجہ سے تلافیف افسردہ اور ذبول ہو جاتے ہیں۔ محیطی اعصاب کے التہاب (peripheral neuritis) اور کبدی کبست (hepatic cirrhosis) وغیرہ میں جو تغیرات پائے جاتے ہیں' دوسری جگہ بیان کیے گئے ہیں۔ ھذیان سکاری (delirium tremens) اور حاد الکحلیت سے ہلاکت میں دماغی امتلا کے ساتھ چھوٹے قشری نزفات ہوتے ہیں۔ مزمن الکحلیت سے مختلف اعضا میں تغیر پیدا ہو سکتے ہیں' یعنی التہاب اعصاب محیطی' کورسکو (Korsakow) کا علائمیہ (ملاحظہ ہو صفحہ 653)' التہاب رما والدماغ (polioencephalitis)' مزمن التہاب معدہ' کبست جگر' عضلی قلبی مرض' صلابت الشریان' اور اوّلی منقبض گردہ۔ یہ امراض کسی دوسری جگہ بیان کیے گئے ہیں۔

ہذیان سکاری

(delirium tremens)

یہ عموماً اُن لوگوں میں ہوتا ہے جو عادتاً آزادانہ طور پر پیتے ہیں' اور بالخصوص شراب خوری کے ایک شدید دَور کے بعد ہوتا ہے۔ نیز اس کے علامات اُن اشخاص میں جن میں طویل کثرتِ شراب نوشی کی وجہ سے غیر معمولی برداشت پیدا ہو چکی ہے شراب کے ناگہانی پرہیز سے' یا کسی ایسی چوٹ سے جیسے کہ ہڈی کے کسر یا ذات الریہ یا دوسرے حاد مرض کے حملہ سے' یا کسی دماغی صدمہ سے پیدا ہو سکتے ہیں۔

علامات۔ ابتدائی علامات اجابت نیند' بے چینی' چڑچڑاپن اور عدم اشتہا

ہیں۔ اور اُچاٹ نیند کے ساتھ بُرے خواب اور کسیقدر ہذیان ہوتا ہے۔ صبح کے وقت ممکن ہے کہ مریض صاف طور پر ماحول شناخت کر سکے، لیکن رات کے وقت اس پر ہذیانی کیفیت طاری ہوجاتی ہے۔ دوسرے دن ہذیان جاری رہتاہے اور اپنے مخصوص و ممیز خصائص ظاہر کرتاہے۔ مریض متواتر بولتا رہتاہے اور یا تو اپنے آس پاس کے لوگوں سے خطاب کرتا ہے یا توہمات کا جواب دیتا ہے۔ وہ اپنے کاروبار کے متعلق گفتگو کرتاہے (کاروباری ہذیان =occupation delirium)۔ بار بار ایک موضوع کو بدل کر دوسرا موضوع اختیار کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک لمحہ کے لئے اُس کی توجہ حاصل ہوجائے لیکن وہ پھر جلد بے توجہ ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بستر سے اُٹھنے کی کوشش کرے، یا بستر کے کپڑے اِدھر اُدھر کھینچے۔ اس کے ساتھ ہاتھوں کی نمایاں لرزش ہوتی ہے، بالخصوص حرکت کرنے پر، اور جب وہ بولتا ہے تو لب اور زبان میں لرزہ ہوتا ہے۔ جوں جوں حالت خراب تر ہوتی جاتی ہے اُسے نہایت معیّن توہمات اور التباسات ہوتے ہیں۔ وہ کمرے میں کی چیزوں یا دیوار کے کاغذ پر کی شکلوں کو جانور یا کیڑے سمجھتا ہے۔ اسے ہمیشہ بلیاں، کتے، چوہے، چوہیاں، یا کالے بھونرے اُس کے پیچھے دوڑتے ہوئے یا بستر پر اِدھر اُدھر رینگتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ وہ بستر کے نیچے یا پردوں کے پیچھے دیکھتا ہے، یا کسی پاس کھڑے ہوئے شخص کے پیچھے ٹکٹکی لگا کر جھانکتا ہے، اور اس کو آس پاس کے لوگوں سے تضرر پہنچنے کا شبہ رہتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ کسی ایسے غلط خیال سے متاثر ہوکر پاس والوں کو مار دے۔ لیکن عموماً تشدد کی کوشش نہیں موجود ہوتی۔

ذہنی اور عضلی اختلال کے ساتھ دوسرے علامات بھی ہوتے ہیں۔ چہرہ سرخ تمتمایا ہوا، ملتحمات سرخ اور متدمع اور زبان پر فر کی موٹی تہ ہوتی ہے اور جوں جوں مرض ترقی کرتا ہے زبان خشک ہوجاتی ہے۔ نبض سریع، لین، ابتداءً ممتلی اور بعد میں صغیر و ضعیف ہوتی ہے۔ تپش ۱۰۲ درجہ یا ۱۰۳ بلند ہوجاتی ہے، اور کبھی کبھی تپ مفرط موجود ہوتی ہے (۱۰۶ درجہ یا زائد)۔ جلد عموماً تر ہوتی ہے، بلکہ اس میں سے بافراط پسینہ نکلتا ہے۔ البیومن بولیت موجود ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ جلد ہی عصب بصری کے التہاب (optic neuritis) کے علامات پیدا

585

ہوجائیں۔

تیسرے دن کے خاتمہ کے قریب، امید افزا اصابتوں میں بہت استمرار کے ساتھ، مریض کی حالت میں اصلاح نظر آتی ہے۔ اب تک نیند بالکل نہ تھی لیکن اب مریض سوجاتا ہے اور ممکن ہے کہ آٹھ یا دس گھنٹے تک سوتا رہے، اور وہ بہت تازہ دم ہوکر جاگتا ہے، ہذیان اور لرزہ کم ہوجاتا ہے، اور بتدریج ہر لحاظ سے اصلاح نظر آتی ہے۔ زیادہ خطرناک اصابتوں میں نبض سریع وضعیف، اور مریض منطبع ہوتا ہے۔ وہ بڑبڑاتا ہوا اور نیم قوماز دہ حالت میں پشت کے بل پڑا ہوا ہوتا ہے۔ موت خستگی سے فشل قلب سے (اور یہ بعض اوقات ناگہانی ہوتا ہے) یا ذات الریہ سے واقع ہوجاتی ہے۔

تشخیص۔ ہذیان سکاری سے عمومی شلل مجانین (general paralysis of the insane) کی شابہت ہوسکتی ہے۔ آخر الذکر مرض کے بعض طبیعی امارات، مثلاً حدقاتِ آرگائل رابرٹسن (Argyll-Robertson pupils)، بعض اوقات مزمن الکحلیت میں موجود ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو التہاب دماؤالدماغ (polio-encephalitis)۔ لیکن عمومی شلل مجانین کا مکمل علائیہ نہایت شاذ ہوگا، اور بہرحال دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے تشخیص کا قطعی فیصلہ ہوجانا چاہئے۔

علاج۔ مریض کو ایک تاریک کمرے میں حتی الامکان خاموش رکھنا چاہئے اور وہاں ملاقاتی نہ آنے پائیں۔ اگر الکحل مقدار کثیر میں حال ہی میں لی گئی ہے، تو اس کو معدی نلی کے ذریعہ نکال ڈالنا چاہئے۔ چونکہ الکحل کا اثر آکسیجن کو جوئے خون سے بافتوں میں منتشر ہونے سے روک دیتا ہے اور اس طرح بافتوں میں آکسیجن کا دباؤ گھٹا دیتا ہے، لہٰذا آکسیجن کا استنشاق، نقاب یا خیمہ کے ذریعہ کرانے کی ضرورت ہے اور اس سے ہذیان کو موقوف کیا جاسکتا ہے۔ یہ امر اہم ہے کہ مریض کو نیند خوب آئے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 23) بعض اوقات اُس وقت جب کہ منومات تنہا بےکار ہوتے ہیں، الکحل کی تھوڑی مقدار کی اجازت دینے سے نیند آجائے گی۔ آنتوں کا فعل موثر طور پر ہونا چاہئے۔

الکحلی وہمیت (alcoholic hallucinosis) یا توہذیانِ سکاری کا نتیجہ

ہوتی ہے' یا مزمن الکحلیت کے مریض میں از خود نمودار ہو جاتی ہے۔ مریض اپنے ماحول کو اچھی طرح پہچانتا ہے اور اُس کے عقلی اور مجمع الحواسی افعال عملی طور پر صحیح و سالم رہتے ہیں لیکن زیادہ تر سمعی وہمیت ہوتی ہے' بالعموم ایذا رساں قسم کی جس میں ہم صنفیت کی آمیزش ہوتی ہے۔ دوسرے حواس کے توہمات بھی موجود ہوتے ہیں بالخصوص بوئیں اور لمسی فساداتِ حس' جن کی تاویل سمعی توہمات کے مافیہا کے موافق کر لی جاتی ہے۔ اکثر ان سمعی توہمات میں ماحول کی کسی حقیقی آواز کی لے موجود ہوتی ہے' نیز اکثر مریض کو ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا لوگ براہ راست خود اسکے ساتھ گفتگو نہیں کرتے بلکہ اس کے متعلق کرتے ہیں۔ توہمات اپنی ایذا رساں نوعیت کی وجہ سے کسقدر ڈر پیدا کرتے ہیں' اور اُن سے بچنے کے لئے بعض اوقات خودکشی کا اقدام کیا جاتا ہے۔

بالعموم اس حالت کا حملہ عموماً حاد ہوتا ہے' اور ہفتوں یا مہینوں کے بعد اکثر کامل شفا ہو جاتی ہے۔ اس میں شبہ ہے کہ یہ حالت کہاں تک الکحلیت کا نتیجہ ہے۔ بہت سی اصابتوں میں یہ زیادہ تر مریض کی شخصیت ہی کا نتیجہ ہوتی ہے' اور اغلب ہے کہ الکحلیت اور توہمات دونوں ہی مریض کی شخصیت کا علامتی نتیجہ ہوں۔

586 توہماتی مافیہ کی خلاف معاشرتی نوعیت اور مریض کے رویہ پر اُس کا اثر ابتدائی درجوں میں خودکشی کی ممکنہ کوشش' نیز تحریک رساں الکحل سے پرہیز کی ضرورت' یہ جملہ امور مریض کے تیمارداروں کی کڑی نگرانی میں' عموماً دماغی امراض کے شفاخانہ میں رکھے جانے کی ضرورت ظاہر کرتے ہیں۔

مزمن الکحلیت

(chronic alcoholism)

علامات۔ عصبی نظام پر زہر کے اثرات کی پہلی دلالت عضلی لرزش ہے۔ ہاتھ کانپتے ہیں اور جب زبان باہر نکالی جائے تو اُس میں لرزہ ہوتا ہے۔ مریض بے چین اور چڑچڑا ہوتا ہے' اُسے نیند اچھی نہیں آتی اور بیدار ہونے پر تازہ دم

نہیں ہوتا اور انبطاح کا احساس ہوتا ہے جس کی وجہ سے اُسے فی الفور محرکات کے استعمال کی ترغیب ہوتی ہے۔ اکثر اوقات اُسے جی ڈوبا جانے کی شکایت ہوتی ہے جس کو رفع کرنے کے لئے وہ سمجھتا ہے کہ اُسے اپنے مرغوب مشروب کی تازہ مقدار لینے کی ضرورت ہے۔ جوں جوں حالت ابتر ہوتی جاتی ہے مریض کوئی مسلسل دماغی محنت کرنے کے ناقابل ہوتا جاتا ہے۔ سادہ ترین کاروباری معاملہ کے لئے بھی اُسے پہلے ایک گلاس پی لینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ جتنی اختلالات بھی موجود ہوسکتے ہیں جیسے کہ سر میں بھنبھناہٹ اور رِسلینے کی آوازیں دوران سر، ترمرے (muscæ volitantes) روشنی کی چنگاریاں، یا منتشر درد سر۔ ممکن ہے کہ ٹانگوں میں شدید وجع العصبی درد ہوں جو شاید التہاب عصب کے ابتدائی امارات ہوتے ہیں۔ آخری درجوں میں ذہن خطرناک طور پر متاثر ہوجاتا ہے۔ قوت فیصلہ، عقلی استعداد، قوت ارادی اور اخلاقی حس یہ سب کمزور پڑجاتے ہیں۔ اپنے خاندان والوں کے متعلق بے پروائی کا اظہار، حقیقی بے رحمی، صنفی بداطواری، چڑچڑا پن جو وحشیانہ انفجار پیدا کرنے، کاروباری معاملات میں ناکارکردگی اور بے توجہی اور اپنی حالت کا صحیح اندازہ کرنے میں غلطی یا بے پروائی، یہ سب مزمن الکحلیت کے مریض کے امتیازی خصائص ہوتے ہیں۔ رشک و حسد کے خیالات اور اپنی بیوی کی ناپاکبازی کا حقیقی اختباط بھی عام ہوتا ہے۔

پہلی علامتوں کے وقوع کے ساتھ اکثر معدے کے افعال میں خلل پیدا ہوجاتا ہے۔ مریض بستر سے اُٹھتے ہی قئے کرتا ہے، کوئی ناشتہ نہیں کرسکتا، اور اس کی بھوک عموماً کم ہوتی ہے۔ زبان فردار اور سانس بدبودار ہوتی ہے۔ آنکھیں مستدمع ہوتی ہیں، اور ممکن ہے کہ چہرے پر زرد رنگت ہو۔ رفتہ رفتہ گالوں کی باریک وریدکیں پھیل جاتی ہیں، ناک موٹی اور سرخ ہوتی ہے، اور بعض اوقات گلابی تفطیر (rosacea) نمودار ہوجاتی ہے۔ چہرہ زیادہ زیادہ پھولا ہوا ہوتا جاتا ہے، اور تسع وریدکوں کے سناقة کلف زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔

متذکرۂ بالا امراض کے علاوہ جو براہ راست الکحل سے پیدا ہوجاتے ہیں، اس کا امکان ہوتا ہے کہ یہ مریض کسی حاد مرض، جیسے کہ ذات الریہ یا سرخ بادہ سے بہت جلد ہلاکت کا نشانہ بن جائیں۔

علاج ۔ عموماً مریض یہ چاہتا ہے کہ شراب کے بارے میں اس سے اعتدال کی سفارش کی جائے نہ کہ کامل پرہیز کی۔ مگر صرف کامل پرہیز ہی وہ اصول ہے جو اُسے الکحلیت سے باز رہنے کا موقع دے گا۔ ایسے شفاخانہ یا تیمارخانہ میں چند ماہ کا قیام کہ جہاں طبیب کو یقین ہو سکتا ہو کہ الکحل میسر نہیں ہو سکتی، پرہیز کی عادت شروع کرنے کا موقع پیدا کرتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی طبیب کو چاہیئے کہ اس مسئلہ پر نفسیاتی علاج کے نقطۂ نظر سے بھی غور کرے۔ اس سے مریض کو یہ سکھلایا جا سکتا ہے کہ اسے الکحل لئے بغیر اپنی مشکلات کا کس طرح مقابلہ کرنا چاہیئے۔ اگر یہ نہ سکھایا جا سکے تو شراب نوشی کے معاشرتی یا دوسرے موقعوں کو محدود کر دینا اہم ہے۔ چنانچہ دیکھا گیا ہے کہ ایک مخصوص شفاخانہ میں نفسیاتی علاج کے نصاب کے بعد اس قسم کے مریض جب کام پر واپس آتے ہیں اور ان کے مشاغل بدل دیئے جاتے ہیں تو وہ شراب سے محترز رہتے ہیں۔ جب مریض ہر قسم کے اشتراک عمل سے انکار کر دے تو الکحلیت کا علاج ناممکن ہو جاتا ہے، کیونکہ باستثنائے نہایت ترقی یافتہ درجوں کے مریض اس قابل ہوتا ہے کہ ملاقات کے وقت معمولی رویہ ظاہر کرے لہذا اُس کے مجنون ہونے کا صداقت نامہ دینا غیر ممکن ہوتا ہے۔

الکحلی جُنتِ کاذب (alcoholic pseudoparanoia) عموماً ایک انشقاق الذہنی (schizophrenic) واء النفس ہے، جس میں الکحلیت کی سرگذشت پائی جاتی ہے۔ کورسکو (Korsakow) کا علائمیہ کسی دوسری جگہ بیان کیا گیا ہے۔

تسمم کاربن مان آکسائڈ

(CARBON MONOXIDE POISONING)

آج کل کوئلہ کی گیس (coal gas) خودکشی کا ایک مقبول و پسندیدہ ذریعہ ہے۔ کوئلہ کی گیس کا استنشاق کرنے کے فوری اثرات دردِ سر، متلی اور قئے ہیں، جس کے بعد نظر کا دھندلا پن اور پھر حاد عضوی ذہنی تعامل (mental reaction) یعنے ہذیان ورقوع واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے وسیع دردناک احمراری قطعات موجود ہوں۔ اگر موت

نہ واقع ہو تو عموماً کامل شفا ہو جاتی ہے، لیکن بعض اصابتوں میں، عموماً چند دنوں یا ہفتوں کی ظاہری شفایابی کے بعد ایک مزمن عضوی تماغل واقع ہوتا ہے، یعنی حافظہ بڑی حد تک جاتا رہتا ہے، توجہ ناقص ہو جاتی ہے، بصیرت چلی جاتی ہے اور رویہ خراب ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد ماسکی عصباتی آمارات (focal neurological signs) اور محیطی التہاب الاعصاب نمودار ہو سکتے ہیں۔ مزمن تسمم میں، جیسا کہ ان آدمیوں میں ہوتا ہے جو کہ گیس کے پست ارتکازات میں طویل مدتوں تک منکشف رہتے ہیں مثلاً انجن خانوں (garages) میں کام کرنے والوں میں، خون کے ہیموگلوبن اور سرخ خلیات میں تعویضی زیادتی واقع ہوتی ہے۔

امراضیات۔ حاد درجوں میں CO- ہیموگلوبین کے ساتھ اُس کا مخصوص وممیز طیف پیدا ہوتا ہے۔ دماغ میں نزفات واقع ہوتے ہیں۔ قلب، عضلہ، جگر اور دوسرے اعضا میں امتلاء، نزف کے ہمراہ یا اس کے بغیر اور خلیات کا انحطاط اور ذبول واقع ہوتا ہے، اور یہ تغیرات آکسیجن کی احتیاج کا نتیجہ ہیں۔

علاج حاد درجہ میں یہ ہے کہ آکسیجن دی جائے جس میں ۵ فیصدی CO_2 کا آمیزہ شامل ہو، یا تنہا آکسیجن دی جائے۔ اس میں شک نہیں کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کا اضافہ حقیقتہً اہم ہے۔ اگر میسر ہو تو آکسیجنی خیمہ دینا چاہئے۔ اگر ضرورت پڑے تو مصنوعی تنفس استعمال کرنا چاہئے، حتی الامکان اس آلہ کے ذریعہ جو کہ کسی دوسری جگہ بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 44)۔

رصاصی تسمم

(LEAD POISONING)

رصاصیت (plumbism)

یہ اُن لوگوں میں واقع ہوتا ہے جنھیں رصاص یا رصاصی نمکات سے واسطہ پڑتا ہو، خواہ ان اشیا کی تیاری میں یا اُن صنعتوں میں جن میں ان کا استعمال کیا جاتا ہے۔ اس قسم کی صنعتیں طباعت، سیسہ کا کام (plumbing)، ٹائپ ڈھالنا، ٹائپ جمانا،

چینی کے ظروف یا ظروف گلی کی جلاکاری، گھڑوں کی نقاشی، اور برقی جامعات (electric accumulators) کی صنعت ہیں۔ نیز گھر کے نلوں یا خزانوں سے نوشیدنی پانی میں سیسہ کی آمیزش ہو کر یہ اتفاقی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ آمیزش اس وقت ہوتی ہے جب کہ پانی سخت نہ ہو بلکہ نرم ہو۔ رصاصی تسمم اُس وقت بھی واقع ہو جاتا ہے جب کہ سیسہ کا استعمال ایک مسقط الحمل کے طور پر کیا جائے۔ وہ نظامِ جسم کے اندر تنفسی مخاطی اغشیہ، غذائی قنال یا نہایت عام طور پر جلد کی راہ سے داخل ہوتا ہے۔ لیگی اور گوڈبی (Legge and Goadby) نے بتلا دیا ہے کہ اول الذکر راستہ نسبتاً بہت زیادہ عام ہے، اور لمحات رصاص (lead salts) کا استنشاق باریک سفوف کی صورت میں کیا جاتا ہے، مثلاً مصوروں (painters) میں اُس وقت جب کہ وہ پُرانے وائٹ لیڈ (white lead) کے رنگ کو کھرچ ڈالنے کی ابتدائی کارروائی عمل میں لا رہے ہوں۔ رصاصی تسمم سے اثر پذیری بہت مختلف ہوتی ہے۔ مردوں کے نسبت عورتیں زیادہ اثر پذیر ہوتی ہیں۔ فاقہ کشی، خراب صحت، سردی میں تکشف، اور کثرت شراب نوشی، نیز نقرس، آتشک، یا گردے کے مرض کی سابق موجودگی، اس کے حملے کا امکان زیادہ کر دیتی ہے۔

امراضیات۔ سیسہ پھیپھڑوں کی راہ سے جذب ہونے کے بعد خون کے اندر کولائڈی لیڈ فاسفیٹ (colloidal lead phosphate) کی شکل میں دورہ کرتا ہے۔ پھر وہ فاسفیٹ کی صورت میں ہڈیوں میں اور نسبتاً بہت کم مقداروں میں دوسری بافتوں کے اندر مذخور ہو جاتا ہے۔ جب وہ غذائی خطے کی راہ سے جذب ہوتا ہے تو اُس کی کسیقدر زیادہ مقدار ہی جگر کے اندر پائی جاتی ہے، کیونکہ یہ سیسہ وہاں بابی دورانِ خون کی راہ سے منتقل ہو کر پہنچتا ہے۔ سیسہ کا اخراج خاص کر غذائی خطے کی راہ سے ہوتا ہے، اور صفرا اُس کا ایک اہم حامل ہوتا ہے، کیونکہ جگر سیسہ کا افراز صفرا کے اندر کر دیتا ہے۔ سیسہ گردوں سے بھی پیشاب کے اندر خارج ہوتا ہے۔

علامات۔ حاد تسمم سیسہ کی بڑی مقداروں کے ناگہانی ادخال کے

بعد واقع ہوسکتا ہے۔ اِس کے علامات یہ ہوتے ہیں:۔ دردِ شکم، قئے، اسہال، کمزوری اور ہبوط اور ممکن ہے کہ اِتلافِ خون کی وجہ سے حاد عدم دمویت ہو۔ مزمن تسمم میں چار ابتدائی علامتیں ہوتی ہیں؛ یعنے جِلد کا شحوب، رصاصی خط، مُنقط اَساس پسندی اور ثانوی عدم دمویت۔

مسوڑھوں پر نیلا خط یا رصاصی خط ایک خاص تشخیصی اہمیت رکھتا ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سیسہ نظامِ جسم کے اندر داخل ہوگیا ہے۔ یہ ایک سیاہ سلیٹ کے رنگ کا یا باریک نقطے دار خط ہے، جو دانتوں کے قریب بن جاتا ہے یا تو فی الحقیقت مسوڑھے کی کور پر یا عین اُس کے آزاد حاشیہ کے اندر لیکن یہ گال کے اُس حصے میں بھی ہوسکتا ہے جو دانتوں کے مقابل ہوتا ہے۔ یہ عروق کے گرد کی بافتوں میں سلفائڈ آف لیڈ (sulphide of lead) کے جماؤ سے بنتا ہے۔ یہ سیسہ اور اُس گندھک کے اتحاد سے پیدا ہوتا ہے جو کہ مسوڑھے کی کور پر کی اَلبیُومینی شئے (جو جزءً "ٹارٹر" میں موجود ہوتی ہے) میں سے حاصل ہوتی ہے۔ جہاں دانت موجود نہیں ہوتے یہ نیلا خط نہیں ہوتا، نیز اُس وقت بھی نہیں ہوتا جب کہ دانت غیر معمولی طور پر صاف ہوں۔ یا ممکن ہے کہ وہ مسوڑھے کے اُنھیں حصوں میں نظر آئے جو دانتوں کے درمیان اُٹھے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ نیلا خط رصاصیت کی کسی دوسری علامت کے بغیر بھی موجود ہوسکتا ہے۔ نظامِ جسم کے اندر سیسہ کا ادخال بالکل موقوف ہونے کے بعد یہ خط آٹھ دن سے لے کر تین ماہ تک بلکہ اِس سے بھی زیادہ طویل عرصہ تک باقی رہتا ہے۔ رصاصی خط میں اور اُس نیلی بدرنگی میں جو جو فیسری ریمی سیلان (pyorrhœa alveolaris) کے نمایاں درجہ کے ساتھ ہوا کرتی ہے، فرق کرنا چاہئے۔

مُنقط اَساس پسندی رصاصی تسمم کی ابتدائی ترین اَمارات میں سے ایک اَمارت ہے۔ سیسہ کی تاثیر یہ ہوتی ہے کہ نسبتہً نوعمر جسیمات کے اَساس پسند جرم سے ذرات بن جاتے ہیں۔ تمام سرخ خلیوں کی پوشش جھلی میں بھی لیڈ فاسفیٹ (lead phosphate) جم جاتا ہے، اور اِس سے وہ سکڑ جاتے ہیں اور اُن کی نفوذ پذیری کم ہوجاتی ہے، نیز زیر تنفشی مائع محلولات سے ان کا تقصف کم ہوجاتا ہے۔ باوجود اِسکے

588

جھلی اسقدر بھُربھُری ہوتی ہے کہ دورانِ خون میں خفیف سے ضربہ سے خلیے زیادہ آسانی کے ساتھ ٹوٹ پھوٹ جاتے اور ثانوی عدم دمویت پیدا کردیتے ہیں، اور شدید عدم دمویت کی حالت میں خلوی لاتساوی، بوقلموں خلویت اور متعدد الوان پذیری موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ معتدل ابیض خلویت موجود ہو جس میں لمفی خلیے، بڑے یک نواتی خلیے اور ایوسین پسند خلیے تعداد میں زیادہ ہوجاتے ہیں۔

مرض کے کسی بھی درجہ میں حادحوادث یا سمّی واردات واقع ہوسکتے ہیں جیسے کہ قولنج، شلل، مرض الدماغ (encephalopathy)، اور بصری اضـــرار (optic lesions)، اور دوسرے تغیرات جو مزمن رصاصی تسمم میں پائے جاتے ہیں بتدریج قایم ہوجاتے ہیں، اور ان کا بیان بھی درج ذیل ہے۔

رصاصی قولنج (lead colic)۔ یہ معوی قولنج کی ایک شکل ہے۔ کچھ عرصہ تک خراب صحت رہنے کے بعد، جس میں اکثر متلی، قئے اور ہمیشہ ہمیشہ قبض ہوا کرتا ہے، مریض کے شکم کے زیریں حصہ میں یا ناف کے مقام پر شدید تشنجی درد کا حملہ ہوتا ہے۔ مریض سرد اور شاحب اور اکثر پسینہ سے شرابور ہوجاتا ہے۔ حملہ کے دوران میں عضلات شکم سکڑ جاتے ہیں، اور بہت سی اصابتوں میں زور سے دبانے سے درد میں کسیقدر تخفیف ہوجاتی ہے، لیکن اکثر شکم الیم ہوتا ہے اور عموماً بازکشیدہ ہوتا ہے۔ امتحان کرنے پر آنتیں سکڑی ہوئی محسوس ہوسکتی ہیں اور وہ شکم کے مختلف حصوں میں ناہموار تودے سے بنادیتی ہیں۔ بعض اوقات قئے ہوتی ہے، اور آنتوں میں تقریباً ہمیشہ قبض ہوتا ہے۔ درد کچھ عرصہ تک کم ہوکر بہتر ہوجاتا ہے، اور ایک سے لے کر تین یا چار دن میں عموماً رفع ہوجاتا ہے۔ یہ درد اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ عضلی ریشوں پر سیسہ کی راست تاثیر سے آنتوں کا تشنجی انقباض واقع ہوتا ہے۔

رصاصی شلل (lead paralysis)۔ اسے اکثر کثیر عصبی التہاب کے عنوان کے تحت بیان کیا جاتا ہے، لیکن یہ بھی خیال کیا گیا ہے کہ یہ نخاع کے حرکی خلیوں پر زہر کی انتخابی تاثیر پڑنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

لیکن غالباً سیسہ اولاً عضلات پر عمل کرتا ہے، اور ممکن ہے کہ عصبی اثر ثانوی ہو

ہوں۔ وہ بالخصوص اُن عضلات کو چُن لیتا ہے جن میں تکان کا امکان ہوتا ہے۔ لیکٹک ایسڈ جوان حالات میں پیدا ہوتا ہے، دوران خون کے اندر گردش کرنے والے لیڈ فاسفیٹ کو حل کر دیتا ہے جو عضلی خلیے میں مرسوب ہو جاتا ہے۔

ممیز خاصہ شلل کی توزیع ہے چنانچہ شلل بیشتر اصابتوں میں جوارح بالائیہ محدود رہتا ہے، اور گو وہ ایک بازو کو دوسرے بازو سے پہلے ماؤف کر سکتا ہے، وہ عموماً متشاکل ہوتا ہے۔ پہلے عضلات جو مبتلا ہوتے ہیں، کلائیوں اور انگلیوں کے طویل باسطات ہیں، چنانچہ جب بازوؤں کو پھیلا کر پیش بازوؤں کو مکبوب کیا جائے تو ہاتھ اور انگلیاں نیچے لٹک پڑتی ہیں۔ اسی واسطے مزدور لوگ بعض اوقات اس مرض کو "جھولاؤ" (" the dangles ") کہتے ہیں۔ شہادت کی انگلی اور چھنگلی، جو اپنے مزید عضلات باسطہ رکھتی ہیں، بنصر انگلی اور وسطی انگلی کے نسبت کم مبتلا ہوتی ہیں، اور ممکن ہے کہ آخر الذکر دونوں تنہا مبتلا ہوں۔ اگر ہاتھ کو اوپر سلامیات کو سہارا دے کر افقی وضع میں رکھا جائے تو باقی ماندہ سلامیات کو پھیلایا جا سکتا ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ عضلات قطنیہ اور عضلات بین العظام اب بھی فعال ہیں۔ بالعموم عضلہ باطحہ طویلہ غیر ماؤف رہتا ہے۔ دیر پا کمزوری کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ بعض اوقات رُسغیہ کی غیر وضعیت پیچھے کے طرف ہو جاتی ہے اور کلائی کی پشت پر ایک اُبھار بن جاتا ہے۔

اگرچہ یہ رصاصی شلل کی سب سے زیادہ ممیز و مخصوص شکل ہوتی ہے، تاہم بعض اوقات عضلات کے دوسرے گروہ بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے عام ترین یہ ہوتے ہیں:— (۱) ہاتھوں کے دروونی عضلات (۲) نطاق الکتف کے عضلات، بالخصوص عضلہ ذو راسین، عضدیہ مقدم، عضلہ والیہ اور عضلہ شوکیہ اور (۳) جوارح زیریں میں مقدمی قصبیتی گروہ۔

اگرچہ آغاز حملہ میں عضلی دردوں کی شکایت ہو سکتی ہے، سُن پن یا جھنجھناہٹ کا کوئی محیطی احساس نہیں ہوتا اور نہ کوئی جلدی عدم حسیت۔ ماؤف عضلات میں ہزال ہو جاتا ہے، اور برقی امتحان کرنے پر وہ تعامل انحطاط (reaction of degeneration) ظاہر کرتے ہیں۔

مرض الدماغ (encephalopathy) ۔ یہ فالج نصفی یا نصفی عدم حسیت کی شکل میں ہوسکتا ہے ۔ زیادہ شدید اصابتیں جو اکثر مہلک ہوتی ہیں، وہ ہوتی ہیں جنہیں تشنجات، ہذیان، تواکسے ساتھ شاید التہاب عصب بصری (optic neuritis) اور کسیقدر تپ کے علامات ہوتے ہیں ۔ ایسی اصابتیں اکثر ایک نہایت حاد مرکھتی ہیں اور اناث میں زیادہ کثیرالوقوع معلوم ہوتی ہیں (Oliver) ۔ عدم دمویت پہلی علامت ہوتی ہے اور پھر قولنج، دردسر، قئے، دو نظری (diplopia) ہوتی ہے یا التہاب عصب بصری کی وجہ سے ناقص بصارت ۔ چند روز میں مریض تشنج ہو کر فوراً فوت ہوجاتا ہے اور مرجاتا ہے ۔ دوسری مثالوں میں کچھ ذہنی اختلال ہوتا ہے جو بے خوابی، استبصاری توہمات اور سخت جوش وخروش کی شکل میں ہوتا ہے ۔

اضرار چشم ۔ یہ اکثر ہوتے ہیں، اور ان میں پتلیوں کی عدم مساوات، دو نظری جو بعض عضلات چشم کے شلل کی وجہ سے ہوتی ہے، التہاب عصب بصری نزفات کے ساتھ یا نزفات کے بغیر عصبی شبکیئی التہاب (neuro-retinitis)، اولی اور ثانوی ذبول عصب بصری (optic atrophy)، دو جانبی غطش (bilateral amblyopia) جس میں تغیرات قعر چشم بالکل نہیں ہوتے، اور جو یوریا دمویتی کمنت (uræmic amaurosis) سے مشابہ ہوتا ہے، یہ سب علامات شامل ہیں ۔ آخر الذکر تغیرات اکثر رصاصی التہاب گردہ کی وجہ سے ہوتے ہیں ۔

البیومن بولیت (albuminuria) دو یا تین طرح سے رصاصی تسمم کا نتیجہ ہوتی ہے ۔ وہ رصاصی قولنج میں عارضی طور پر واقع ہوسکتی ہے ۔ وہ پیشاب کی برآمد کی کمی اور اُوذیما کے ساتھ اکثر انجوبی التہاب گردہ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے، جیسے کہ مرض الدماغ (encephalopathy) کی اصابتوں میں (Oliver)، یا رصاصیت کی زیادہ مزمن حالتوں میں ذراتی گردے (granular kidney) کی اصابتوں میں ۔ بعینہٖ نقرس، اور ذراتی گردے کے تعلقات نہایت قریبی ہیں ۔ کم از کم انگلستان کے جنوب میں، ان لوگوں میں جو کہ مزمن رصاصی تسمم میں مبتلا ہوتے ہیں، نقرس عام ہے، اور کہا جاتا ہے کہ اول الذکر یورک ایسڈ کے اخراج کو کم کردیتا ہے ۔ اور یہ بھی دیکھا

گیا ہے کہ جو لوگ نقرس میں مبتلا ہوتے ہیں وہ سیسہ سے نہایت جلد متاثر ہو جاتے ہیں۔

جگر کے تغیرات شحمی درریختگی، امتلا اور ہیموسڈرین (hæmosiderin) کا جماؤ ہیں۔ وانڈنبرگ کا امتحان عموماً مثبت ہوتا ہے اور بعض اوقات صریح یرقان (jaundice) ہوتا ہے (1)۔

رصاصی تسمم، حیض اور حمل دونوں وظائف پر اثر ڈالتا ہے۔ کثرتِ طمث (menorrhagia) نہایت عام ہے، لیکن کبھی کبھی بے طمثیت (amenorrhœa) یا عسر الطمث (dysmenorrhœa) ہوتا ہے۔ حاملہ عورتوں میں اسقاطات (miscarriages) اور مردہ ولادتوں (still-birth) کا تناسب زیادہ ہوتا ہے۔ اور جو بچے زندہ پیدا ہوتے ہیں اُن میں سے بہت سے طبعی وزن سے کم ہوتے ہیں اور بہت سے ایک سال کے اندر مر جاتے ہیں۔ جو زندہ رہتے ہیں ان میں تشنجات، سخافت اور ابلہی کا تناسب اوسط سے زائد ہوتا ہے۔

تشخیص ۔ اس کا انحصار زیادہ تر رصاصی تسمم کی سرگذشت پر، مسوڑھوں پر رصاصی خط کی موجودگی پر، اور ابرازات میں سیسہ ملنے پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ سرگذشتِ مرض کی تحقیقات نہایت غور و احتیاط کے ساتھ کرنی پڑے کیونکہ سیسہ نظامِ جسم کے اندر نہایت غیر متوقع ذرائع سے داخل ہو سکتا ہے۔ اگر علاماتِ شلل موجود ہیں تو اکثر قولنج کی سرگذشت پائی جاتی ہے، اور تقریباً تمام مریضوں میں رصاصی خط موجود ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ نہایت صاف اور ستھرے رہنے والے اشخاص میں رصاصی خط صرف دانتوں کے درمیان پایا جائے یا ممکن ہے کہ بالکل نہ پایا جائے۔ رصاصی شلل کی معمولی قسم کو عضلی نخاعی شلل (musculo-spiral paralysis) سے اس طرح تمیز کیا جا سکتا ہے کہ اول الذکر میں عضلۂ باطحۂ طویلہ غیر متاثر رہتا ہے اور دونوں بازو ایک ساتھ ماؤف ہوتے ہیں۔

پیشاب کی نسبت براز میں سیسہ زیادہ مقداروں میں موجود ہوتا ہے، لہٰذا جب سیسہ کے لئے امتحان کیا جا رہا ہو تو براز سے کام لینا چاہئے۔ لیکن براز کے اندر سیسہ کی موجودگی یہ ثابت نہیں کرتی کہ سیسہ نظامِ جسم میں موجود ہے۔ یہ ثبوت صرف پیشاب کے اندر اُس کی موجودگی سے حاصل ہوتا ہے۔

انذار۔ شفایابی اگرچہ آہستہ آہستہ ہوتی ہے، تاہم معقول علاج کرنے پر وہ عموماً کامل ہوتی ہے۔ اگر علاج شروع کرنے کے بعد دو سال کے اختتام پر اب بھی کوئی کمزوری باقی رہے تو اُس کے مستقلاً باقی رہنے کا امکان ہے۔ شدید دماغی علامتیں زندگی کے لئے خطرناک ہوتی ہیں، لیکن اگر موت واقع نہ ہو تو ممکن ہے کہ کامل شفا ہو جائے۔

تحریز۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ حرفتی رصاصیت کے اسباب کی حیثیت سے سیسہ کا گرد و غبار اور بخارات اس سے زیادہ اہم ہیں کہ جتنا میلی انگلیوں کے ذریعہ داخل ہونا۔ سیسہ کے گرد و غبار اور بخارات کو کم کرنے کی تدبیریں درج ذیل ہیں:— برون کش ترویح (exhaust-ventilation) جو کام کرنے کی میزوں پر، یا مقامی طور پر اُس نقطہ پر جہاں بخارات پیدا ہوتے ہیں (مثلاً سیسہ جلانے میں) بڑی ٹوپیوں (hoods) کے ذریعہ استعمال کی جائے۔ تر اعمال (wet processes) پر اصرار کرنا چاہئے جس میں یہ امر بھی شامل ہے کہ جامعی کارخانوں (accumulator works) میں چھیتڑوں کو روزانہ چمڑے کے نلوں سے دھویا جائے وغیرہ۔ ان تمام اعمال کو جو لازماً غبار پیدا کرنے والے ہیں، غبار بند کروں کے اندر انجام دینا چاہئے۔ مصوری کے پیشہ میں خشک سفوفوں سے رنگوں کا ملانا اور رنگین سطحوں کا ملنا اور گھسنا (الا یہ کہ ان کو روغنی رنگ مال کا غذ سے ملا جائے جو تر کر کے استعمال کیا جاتا ہے) اب خلاف قانون ہے۔ خانگی رصاصی تسمم کا انسداد اس طرح کرنا چاہئے کہ بعض رقبوں میں پانی کے سیسہ کے نلوں کے استعمال کی ممانعت کر دینی چاہئے، اور سائڈر (cider) اور شراب کے لئے سیسہ اور جست کے ظروف کے استعمال سے محترز رہنا چاہئے۔

علاج۔ مریض کو اپنا پیشہ چھوڑ دینا چاہئے، یا جس طریقہ سے ممکن ہو نظامِ جسم کے اندر مزید سیسہ کا داخلہ روکنا چاہئے۔ سیسہ کو نظامِ جسم سے، یعنے ہڈیوں میں اس کی تذخیر کے مقام سے، خارج کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ مریض کو پست کیلسیمی غذا دی جائے، جس میں گوشت، کلیجی، آلو، چاول، ٹماٹر، کیلے، چھلکا اُتارے ہوئے سیب، چائے، کافی، شکر اور بے نمک "التہابی کلوی روٹی"

(nephritic bread)، اور مکھ کی چربی (جو مکھ کو گرم پانی میں پگھلا کر اور پھر اُس کی سطح پر سے چربی اُتار کر تیار کی گئی ہو) شامل ہوں۔ دودھ، انڈے، سبز ترکاریاں، اور بہت سے پھل غذا سے خارج کر دیئے جاتے ہیں۔ اس سے ایک ترشہ سمیت پیدا ہو جاتی ہے جو لیڈ فاسفیٹ (اور کیلشیم فاسفیٹ) کو ہڈیوں میں سے حل کر کے خارج کر دیتی ہے، چنانچہ اُس کا اخراج ہو جاتا ہے۔ ۲۰۰ سی سی مُرَقّق فاسفورک ایسڈ یا ۱۰ گرام امونیم کلورائڈ روزانہ لئے جاتے ہیں، بشرطیکہ بہت سے پانی میں حل کر کے، دس دس گھنٹے سے خوراکیں دی جائیں۔ ایک نسبتاً کم کارگر طریقہ لیکن ایسا جو التہاب گردہ موجود ہونے کی حالت میں ضروری ہو سکتا ہے، یہ ہے کہ روزانہ ۲۰ تا ۴۰ گرام سوڈیم بائی کاربونیٹ بلا تخصیص غذا دیا جائے۔ پوٹاسیم آیوڈائڈ (۵ تا ۱۵ گرین) بھی زیادہ کارگر نہیں۔ ایسا علاج صرف اُسی وقت کرنا چاہئے جب کہ کوئی حاد حوادث نہ ہوں، اور اس علاج کے اثر کو غور و احتیاط کے ساتھ دیکھتے رہنا چاہئے، کیونکہ یہ علاج سیسہ کو حرکت میں لا کر حاد علامات پیدا کر سکتا ہے۔ جب حاد علامات موجود ہوں تو بلند کیلسیمی غذا یعنے تین پائنٹ دودھ اور کیلسیم لیکٹیٹ ۳۰ گرین روزانہ دینا مناسب ہے (8) تاکہ سیسہ ہڈیوں میں چلا جائے۔

قولنج عموماً افیون کی پوری معتاد سے یا مارفیا (morphia) کے اشراب سے رفع ہو جاتا ہے۔ اس کے ساتھ کوئی سادہ مسہل، مثلاً ارنڈی کا تیل ایک اونس، (ٹنکچر آف اوپیم کے ۱۵ یا ۲۰ قطروں کے ساتھ) یا میگنیسیم سلفیٹ دینا چاہئے۔ گرم تکمیدات اور شکم پر دباؤ اور حقنے آزمائے جا سکتے ہیں۔ ایمائل نائٹرو گلیسرین اور بینزل بینزوئیٹ (benzyl benzoate) آزادانہ طور پر استعمال کئے جا سکتے ہیں۔ شللی عوارض میں مناسب تجبیر اولین اہمیت رکھتی ہے۔ اس میں مشغول عضلات کو استراحی وضع میں رکھ دینا چاہئے۔ دَلک، حرکتیں، اور گلوانیت بھی مفید ہیں۔ یہ علاج مہینوں کرنا چاہئے۔ حاد دماغی حملوں کے لئے آلیور نائٹرائٹ آف امیل (nitrite of amyl) کے استنشاق کی اور قطنی کچھ کے کی سفارش کرتا ہے، جس میں سیال ایک سے تین اونس تک نکالا جائے۔ آکسیجن کو

آزمایا جاسکتا ہے اسیطرح جس طرح کہ الکیلیت میں ۔ علی مردمو یت کا تدارک لوہے کی تجہیزات کے ذریعہ مناسب علاج سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 431)۔ خلاصۂ جگر (liver extract) آزمایا جاسکتا ہے۔

پارے کا مزمن تسمم

(CHRONIC MERCURIAL POISONING)

نمدے کی ٹوپیوں کی حرفت میں بالوں کا نمدا بنانے میں ایسڈ نائٹریٹ آف مرکیوری (acid nitrate of mercury) کا استعمال آج دنیا میں پارے کے مزمن تسمم کا سب سے بڑا سبب ہے۔ بہت سے کاریگر عدم دمویت، کثرت ریق اور التہاب الفم میں مبتلا ہو جاتے ہیں، جو پارے کے دوائی استعمال میں اس کی بیش معتادی کے مشہور و معروف نتائج ہیں۔

پارے کے تسمم کے ممیز خصائص مزاج کا چڑچڑاپن (سیمابی اشتعال پذیری "mercurial erethism") اور جسم و جوارح کے لرزشی حرکات ہیں جن کو سیمابی لرزشیں یا "تھر تھراہٹیں" ("trembles") کہتے ہیں۔ یہ پہلے بالائی جوارح کو ماؤف کرتی ہیں اور پھر ٹانگوں اور جسم کے بقیہ عضلات میں پھیل جاتی ہیں۔ پہلے یہ حرکتیں صرف ہیجان و اشتعال سے پیدا ہو جاتی ہیں، اس کے بعد اس وقت پیدا ہوتی ہیں جب کہ مریض کوئی عضلی کام کرتا ہے، اور بالآخر دائمی ہو جاتی ہیں، بلکہ سونے کی حالت میں بھی کسی حد تک جاری رہتی ہیں۔ زبان میں لرزہ ہوتا ہے، اور نطق جلد جلد، ناگہانی اور جھٹکے کے ساتھ ہوتا ہے۔ خراب اصابتوں میں ہر جلد بلکہ شلل تک موجود ہوسکتا ہے، اور ممکن ہے کہ مریض سہارے کے بغیر بالکل نہ چل سکے۔ بعض اصابتوں میں تیز و تند حرکات یا سخت کام کے بعد پیش بازوؤں کے تمام گرفتی عضلات میں تشنجی تشنجات ہوتے ہیں۔ عدم حسیت، دوران سر، ہذیان، توہمات ہوسکتے ہیں، اور تشنجی کے ساتھ ہیجان کا واقع ہونا بھی ممکن ہے۔ ابتدائی درجوں میں صلابت منتشر (disseminated sclerosis) سے کسی قدر مشابہت پائی جاتی ہے لیکن رقص

نہیں ہوتا، اور جب حرکات دائمی ہو جاتے ہیں تو کسی حد تک شلل اہتزازی (paralysis agitans) کی شابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ پارہ انبوبی التہاب گردہ (tubal nephritis) بھی پیدا کر دیتا ہے۔

591

اگر مرض بہت زیادہ نہ بڑھ گیا ہو تو شفا ہونا ممکن ہے۔

علاج۔ پارے کے بخارات سے علٰحدگی ضروری ہے۔ دوائے مقویات اور آیوڈائڈ اور برومائڈ آف پوٹاسیئم نہایت مفید ہیں۔ اور مُسکّنات، جیسے کہ افیون، کلورل (chloral) اور بیلاڈونا (belladonna) مفید ہو سکتے ہیں۔

سنکھیا کا مزمن تسمم

(CHRONIC ARSENICAL POISONING)

یہ رصاصی تسمم کے نسبت کم عام ہے لیکن مندرجۂ ذیل حالات کے تحت واقع ہو سکتا ہے:۔ اُن اشخاص میں جو سنکھیا کے کارخانوں میں کام کرتے ہوں، اور اُن حرفتوں میں جن میں سنکھیا کے رنگوں سے واسطہ پڑتا ہو۔ اُن لوگوں میں جو ایسی رنگی ہوئی اشیاء، جیسے کہ دیواروں پر لگانے کے بعض ردادی اور سبز کاغذ، استعمال کرتے ہوں۔ کبھی کبھی طبی علاج میں سنکھیا کی بڑی مقادیر استعمال کرنے سے۔ مشروبات میں اتفاقی طور پر سنکھیا کی آمیزش ہو جانے سے، جس کی مثال محیطی اعصاب کے التہاب (peripheral neuritis) کی وہ وبا ہے جو کہ مانچسٹر میں مالٹ آمیزی کے عمل میں غیر خالص سلفیورک ایسڈ کے استعمال سے پیدا ہوئی۔ آرسینو بینزال (arseno-benzol) کے تسمم کا بیان پہلے درج ہو چکا ہے۔

علامات۔ جب سنکھیا کے بُرادہ یا گرد میں منکشف ہو، جو کہ نہایت خراش آور ہے تو جلد پر اور قابلِ رسائی مخاطی اغشیہ پر اثرات ظاہر ہوتے ہیں۔ جب سنکھیا کا داخلی استعمال کیا جاتا ہے تو غذائی غشائے مخاطی، محیطی اعصاب، اور دورانِ خون کے ذریعہ جلد پر اثر پڑتا ہے۔ پہلی صورت میں نمایاں خاصہ خراشِ جلد ہے، جس سے ایک قسم کا اکزیما (eczema) یا التہابِ ادمہ (dermatitis)

پیدا ہوجاتا ہے، اور وہ زیادہ گرم اور زیادہ نم حصوں میں بالخصوص دیکھا جاتا ہے مثلاً بغلوں میں، فوطہ اور رانوں کے درمیان، نتھنوں کی کوروں پر اور آنکھوں میں۔ ملتحمہ کی سرخی اور آنکھوں کی جلن، خراش حلق اور ساتھ ہی باربار کھنکارنا، بھی موجود ہوتے ہیں۔ ازاں بعد عمومی تسمم کے علامات نمودار ہوجاتے ہیں، لیکن یہ اس وقت زیادہ نمایاں ہوتے ہیں جبکہ اس زہر کا اشراب تھوڑی تھوڑی مقداروں میں بارہا ہوا ہو۔ معدی معوی خراش ہوتی ہے اور ساتھ ہی شائد متلی، اسہال اور دردہائے شکم۔ اس کے ساتھ اکثر نحول، کمزوری، عضلی اینٹھن اور جیسی درد سر مخلوط ہوجاتے ہیں۔ التہاب اعصاب محیط ایک ممیز خاصہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 651)، اور اسی طرح جلد کا ایک عارضہ بھی جس کے ممیز خصائص لونیت اور برادہ کی دبازت ہوتی ہے، بالخصوص ہتھیلیوں اور تلووں پر جسے قرنیت کہتے ہیں۔ ہاتھ کی انگلیوں کے ناخنوں پر عرضی جیود اور فجوات نمودار ہوجاتے ہیں۔ اور حاد اصابتوں میں خمدار سفید خطوط (بیاض الظفر =leuconychia) ظاہر ہوتے ہیں، جو بتاتے ہیں کہ تسمم واقع ہوتے وقت تغذیہ میں خلل واقع ہوا تھا۔

علاج یہ ہے کہ سبب دور کردیا جائے، اور ایسا کرنے پر علامات رفع ہوجاتے ہیں۔ دوائے آیوڈائڈ آف پوٹاسیم ۵ گرین کی مقداروں میں دیا جاسکتا ہے۔ تاہم ممکن ہے کہ التہاب اعصاب محیط کئی ماہ تک جاری رہے۔

مینگنیس کا مزمن تسمم

(CHRONIC MANGANESE POISONING)

مینگنیس کا تجارتی استعمال کلورین، پینٹ، وارنش، مینا (enamel) اور لینولیئم (linoleum) بنانے، صابن رنگنے، اور فولاد تیار کرنے میں کیا جاتا ہے۔

مینگنیس کے تسمم کے سریری خصائص شکل اہتزازی سے مشابہت رکھتے ہیں، اور ان سے ظاہر ہوتا ہے کہ جسم مضلع (corpus striatum) میں کوئی ضرر موجود ہے۔ جذباتی اختلالات ہوتے ہیں جن میں ناقابل ضبط ہنسی یا رونے کے

دورے، ذہنی نڈھال پن، عضلی کرختگی اور لرزش ہوتی ہے۔ مریض پاؤں رگڑ رگڑ کر چلتا ہے اور نیچے گرنے کا رجحان ہوتا ہے۔ ہرمی غلطوں کے مرض کے کوئی امارات نہیں ہوتے (2)۔

حوالہ جات

REFERENCES

1 W. Blair Bell, W. R. Williams, and L. Cunningham .. 1925 *Lancet*, ii., p. 793.

2 J. R. Charles .. 1922-3 *J. Neurol. & Psychopathol.*, 3, p. 262.

3 J. C. Aub & others .. 1925 *Medicine*, 4, p. 1.

592

عصبی اور عضلی نظاموں کے امراض

اس عنوان کے تحت ہمیں دماغ، نخاع، اور اعصاب کے اختلالات سے بحث کرنی ہے۔ یہ اختلالات خود کو حرکت، احساس، حواسِ مخصوصہ، اور عقل اور جذبات کے وظیفوں کے ذریعہ ظاہر کرتے ہیں۔

اگرچہ عصبی نظام اُن ہی امراضیاتی اعمال سے متاثر ہوتا ہے کہ جن سے بقیہ جسم متاثر ہوتا ہے، تاہم وظیفہ اور ساخت کی بعض خصوصیات ایسی ہیں جو اس حصے کے مرض کے اثرات کو دوسرے تمام اثرات سے ممتاز کرتی ہیں۔

پہلا اہم نکتہ وظیفہ کی انتہائی تخصیص ہے، جو کہ نظامِ عصبی کے بلند ترین حصوں میں اپنے درجۂ کمال کو پہنچ جاتی ہے۔ یہ اسی کا نتیجہ ہے کہ ایک خفیف ساضرر ایسے علامات و آمارات پیدا کرسکتا ہے جن کو ہم وثوق کے ساتھ مرض کے محلِ وقوع کی طرف منسوب کرسکتے ہیں۔ علامات و امارات کے ایسے گروہ کے متعلق کہا جاتا ہے کہ یہ تحیزی اہمیت رکھتا ہے۔

ساخت کی تخصیص کا ایک مزید نتیجہ یہ ہے کہ بعض سموم (جرثومیاتی یا کیمیائی) ہمیشہ عصبی خلیات یا عصبی ریشوں کے بعض گروہوں کو منتخب کرلینے کا میلان رکھتے ہیں۔ اس انتخابی حلوث کا انحصار یقیناً کیمیائی یا طبیعی نوعیت کے اُن حصائص پر ہوتا ہے جو عصبی خلیے کے اندر مقیم رہتے ہیں اور جو اُسے بعض سموم کے لئے ہدف بناتے ہیں اور بعض کے لئے مزاحم۔ چنانچہ اکثر اوقات ایک مخصوص اَمارت اسی امراضیاتی عمل کے ساتھ وابستہ پائی جاتی ہے۔ لیکن ہمیں ہمیشہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ وہ اَمارت اُس ضرر کی مقامیت کا نتیجہ ہے نہ کہ اُس کے امراضیات کا۔ مثلاً آتشک کا تیسیج موئے سم وسط دماغ کے اُن دقیق مرکزوں پر جو پتلیوں کی روشنی کے تعامل کی تنظیم کرتے ہیں ایک انتخابی حدوث رکھتا ہے۔ لہٰذا روشنی کے حدقی تعامل کا فقدان (آرگائل رابرٹسن حدقہ: Argyll Robertson pupil) عصبی آتشک کی

ایک عام ترین آمارت ہے۔ لیکن اِس سے ہمیں یہ نتیجہ اخذ کرنے کا حق نہیں کہ آر گائل رابرٹ سنی حدقہ ہمیشہ ہی آتشک کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کوئی دوسرا سبب جو اُسی مقام پر عامل ہو یہی امارت پیدا کردے، مثلاً کوئی رسولی یا سُباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) کا قسطب۔

عصبی امراض کا ایک دوسرا امتیازی خاصہ عصبی خلیہ کے نسبتۃً بہت زیادہ طویل ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے جب کسی عصبی خلیہ کا محوریہ متضرر یا مبتلائے مرض ہو جاتا ہے تو اُس کا بُعدی حصہ اپنے محیطی شاخچہ جات تک انحطاط زدہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ عمود الفقرات کے اندر کی پہلی صدری عصبی جڑ کے ضرر کا نتیجہ یہ ہوگا کہ ہاتھ کے چھوٹے عضلات کو رسد پہنچانے والے عصبی ریشوں میں انحطاط واقع ہو جائے گا جس سے بالآخر ان عضلات میں ذبول اور شلل ہو جائے گا۔ حرکی قشرہ کے بالائی حصے کے خلیات کا ضرر اُن ہری ریشوں کا جو نخاع کے اندر نیچے کی طرف جاتے ہیں اُن کی قطنی کلائی تک انحطاط واقع کردے گا جس سے جارحہ زیرین کا شلل پیدا ہو جائے گا۔

نظامِ عصبی کا تیسرا نمایاں خاصہ یہ ہے کہ اُس کے حصے ایک مخصوص طریقہ پر ملفوف ہوتے ہیں گویا کہ وہ دوسری بافتوں سے مجوز ہوتے ہیں، مرکزی نظامِ عصبی سحایا کے ذریعہ اور محیطی اعصاب اپنی عصب خلافی پوششوں کے ذریعہ۔ اسی کے ساتھ کا ایک مشاہدہ یہ بھی ہے کہ نظامِ عصبی کے اولی سلعات سحایا کو کبھی متاکل نہیں کرتے (خواہ وہ اِن حدود کے اندر کیسے ہی خبیث ہوں) اور نہ وہ دوسری بافتوں پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ اسی طرح دوسرے مقامات کے خبیث سلعات بھی عصبی بافت پر کبھی راست حملہ نہیں کرتے (اگرچہ یقیناً وہ میکانی انضغاط سے نقصان پہنچا سکتے ہیں)۔

عصبی جرم کی ایک اور خصوصیت یہ ہے کہ دماغ اور نخاع کے اندر کوئی لیفی مہارک بافت نہیں ہوتی اور اُس کی جگہ عصبی سریش ہوتا ہے جو نسبتۃً بہت زیادہ نازک شے ہے۔ اسی وجہ سے اُس میں تقیح کسی لیفی روک سے محدود المقام نہیں ہوتا بلکہ گہرا پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔ نزف بھی خواہ وہ حادثہ کے باعث ہو یا عروقی مرض کا

نتیجہ ہوئی یہی رجحان رکھتا ہے۔ انضباب کا دباؤ اس کے لئے کافی ہوتا ہے کہ باریک عصب سریشی ریشوں کو بہ آسانی چیر پھاڑ کر دماغ یا نخاع کے جرم میں گڑھے بنا دے۔ لیکن مزمن التہاب کی حالتوں میں عصب سریشی خلیے تکاثر کر کے بکثرت ریشے بنا دیتے ہیں جس سے کثافت میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ مزید برآں معلوم ہوتا ہے کہ جب عصبی ریشوں کا "ثانوی انحطاط" ہو رہا ہو (مثلاً نخاع میں ہرمی ریشوں کا وہ انحطاط جو داخلی کیسہ کے کسی ضرر کے بعد ثانوی طور پر ہو) تو ان کے انحطاط حاصلات عصبی سریشی خلیوں میں بھی ایک مماثل تعامل کی تحریک پیدا کر دیتے ہیں، چنانچہ جب بوسیدہ ریشے کثاس خلیوں کے ذریعہ جذب ہو جاتے ہیں تو ان کا سابقہ مقر عصبی سریش کی بڑھی ہوئی کثافت کے ذریعہ نظر آ سکتا ہے، جو اکثر مرئی اور حس پذیر ہوتی ہے۔

عصبی امراضیات کے ابتدائی زمانہ میں ایسے ہی مناظر کی بنا پر یہ مفروضہ قائم کر لیا گیا کہ عصبی سریش کی بیش بالیدگی ہی اولی مرضی عمل ہے اور عصبی خلیوں کا اتلاف اس کا ثانوی نتیجہ ہے، اور اس میں ہونے والے امراضیاتی عمل کو "صلابت" کا نام دیا گیا۔ اب ہمارا یقین یہ ہے کہ یہ تصور غلط تھا، اور یہ کہ تضرر یا مرض کا اولی اثر عصبی خلیات کا انحطاط ہے جس کا ثانوی نتیجہ عصبی سریش کی بیش بالیدگی ہوتی ہے۔

ایک مزید اہم نکتہ یہ واقعہ ہے کہ دماغ اور نخاع ایک عظمی کہفہ کے اندر ایک لوچدار لیفی جھلی میں ملفوف ہیں، جہاں ان کے پھیلنے کے لئے بہت ہی کم گنجائش ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہے کہ کوئی کوفتگی جو جسم میں دوسرے مقام پر مقامی ورم اور درد پیدا کر دے گی، یا کوئی غیر خبیث رسولی جو عصبی بافتوں پر حملہ آور نہ ہو رہی ہو، انضغاط پیدا کر کے بآسانی نقصان پہنچا سکتی ہے۔

راست تسلسل کے ذریعہ عضویوں کے پھیلنے کے علاوہ دو خاص راستے اور بھی ہیں جن کی راہ سے جراثیم یا سمیات مرکزی نظام عصبی میں داخل ہو سکتے ہیں۔ خاص راستہ جوئے خون کی راہ سے ہے۔ لیکن کم از کم دو خاص امراض لیے کزاز اور خناق وبائی میں سم کا گذر مقام سرایت سے مرکز کی طرف عصبی ریشوں کے ذریعہ ہوتا ہے۔

عصبی نظام کے امراض کا منظم بیان شروع کرنے سے پہلے یہ ضروری ہے کہ

اُس کی عام تشریح اور فعلیات کا اور اس کے امراض سے جو علامات پیدا ہوتی ہیں ان کی تحقیقات کے سریری طریقوں کا کسیقدر تذکرہ کیا جائے۔

اطلاقی تشریح اور فعلیات

(APPLIED ANATOMY AND PHYSIOLOGY)

انسان میں مرکزی عصبی نظام کی ساخت کے متعلق ہمارا علم، اس کے وظیفہ کے متعلق ہمارے علم سے بہت متجاوز ہے۔ بہت سے حصے ایسے ہیں جن کو تشریح داں خوب واضح قرار دیتا ہے، لیکن وہ سریری طور پر "خاموش" ہیں۔ شاید جزوی طور پر یہی وجہ ہے کہ مرض سے پیدا شدہ اضرار کی فعلیات کی زبان میں منظم طور پر تشریح نہیں کی جاسکتی۔ آئندہ صفحوں میں صرف وہی کچھ پیش کیا جائے گا جو کہ عملی اہمیت رکھتا ہے۔

زیریں حرکی عصبیہ (lower motor neuron)

یہ مشتمل ہے ایک ایسے خلیہ پر جو کہ نخاعی رمادی مادہ کے مقدم قرن میں، یا دماغی ساق کے حرکی نواتوں میں سے ایک میں واقع ہوتا ہے، اور ایک برآرندہ ریشے پر جو مقدم نخاعی عصبی جزر میں سے یا حرکی جمجمی اعصاب میں سے ایک میں سے گذرتا ہوا، ایک حرکی منتہائی صحفہ میں ختم ہوتا ہے، جو کہ ایک مخطط عضلہ کے ساتھ متماس ہے۔ زیریں حرکی عصبیہ کا وظیفہ مرکزی نظام عصبی سے عضلہ تک تمام عصبی صدمات کا ایصال کرنا ہے، خواہ یہ صدمات ارادی حرکت سے متعلق ہوں، یا وضعی تنش سے، یا معکوس فعل سے۔ عضلہ کا تغذیہ بھی حرکی ریشے کے ذریعہ اس تعلق پر منحصر ہوتا ہے جو کہ ایک مسلّم حرکی خلیہ کے ساتھ ہوتا ہے۔ اگر یہ تعلق منقطع ہوجائے یا اگر خلیہ کو نقصان پہنچ جائے تو عضلہ لاغر ہوجاتا ہے۔

لہٰذا زیریں حرکی عصبیہ کے ضرر کی امارات، متاثرہ عضلہ میں قوت ارادی کا نقصان، تنش کا نقصان، معکوس فعل کا نقصان، اور لاغری ہیں۔ جب ضرر حرکی خلیات کو براہ راست ماؤف کرے، اور مرض کی رفتار سست ہو تو متاثرہ عضلات میں ریشکی جھٹکے ظاہر ہوتے ہیں۔ دوسرے الفاظ میں عضلی ریشوں کے چھوٹے چھوٹے

جارحہ بالا کے عضلات کی خلقی تعصیب

صدری فلقات	عنقی فلقات			
۱	۸	۷	۶	۵

شانہ

- فوق الشوکیہ
- مدورہ صغیرہ
- دالیہ
- تحت الشوکیہ
- زیر کتفیہ
- مدورہ کبیرہ

بازو

- ذو راسین
- عضدیہ
- غرابی عضدی
- مثلث الرؤوس العضدی
- مرفقیہ

پیش بازو

- باطحہ طویلہ
- باطحہ قصیرہ
- باسط رسغی کعبری
- کاتبہ مدورہ
- محرکن رسغی کعبری
- محرکن ابہام الید طویل
- ممتد ابہام الید طویل
- باسط ابہام الید قصیر
- باسط ابہام الید طویل
- باسط اصبعیہ مشترک
- باسط سبابہ حقیقیہ
- باسط رسغی زندیہ
- باسط خنصریہ حقیقیہ
- محرکن اصبعیہ سطحیہ
- محرکن اصبعیہ عمقیہ
- کابہ مربعہ
- محرکن رسغی زندیہ
- کفیہ طویلہ

ہاتھ

- ممتد ابہام الید قصیرہ
- محرکن ابہام الید قصیرہ
- مقابل ابہام الید
- محرکن خنصریہ
- مقابل خنصریہ
- مقرب ابہام الید
- کفیہ قصیرہ
- ممتد خنصریہ
- قطنی
- بین عظمی

تصویر ۹۲- جدول جس سے جارحہ بالا کے عضلات کی خلقی تعصیب ظاہر ہوتی ہے۔ (بنج = Bing)

دھڑ کے عضلات کی قطعی تعصیب

عنقی قطعات								صدری قطعات												قطنی قطعات					عجزی قطعات					عصعصی
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱	۲	۳	۴	۵	۱	۲	۳	۴	۵	

پشت کے طویل عمیق عضلات

چھوٹے عمیق عنقی عضلات
عصابیہ
نشاریہ موخرہ فوقانی
نشاریہ موخرہ تحتانی
رافع المبرز، عاصر المبرز، عجزی عصعصی عضلات اور متعلقہ عضلات
مربعہ منحرفہ
عریضۂ ظہریہ
رافع الکتف
معینیہ
طویلہ راسیہ
طویلہ عنقیہ
مستقیمہ بطنیہ
مختلف الاضلاع
موربہ خارجیہ بطنیہ
صدریہ کبیرہ
مستعرضہ بطنیہ
زیر ترقوی
صدریہ صغیرہ
موربہ داخلیہ بطنیہ
نشاریہ مقدم
مربعہ قطنیہ
ذوایا فرام
بین الاضلاع عضلات

تصویر ۳۲۱ - جدول جس سے دھڑ کے عضلات کی قطعی تعصیب ظاہر ہوتی ہے - (بیخ)

جارحہ زیرین کے عضلات کی قطعی تعصیب

عجزی ۲	عجزی ۱	قطنی ۵	قطنی ۴	قطنی ۳	قطنی ۲	قطنی ۱	صدری ۱۲

کولہا
- حرقفی قصری
- ناشر زواء
- الویہ وسطی
- الویہ صغیرہ
- مربعہ فخذیہ
- توامیہ تحتانی
- توامیہ فوقانی
- الویہ کبیرہ
- سادۃ داخلیہ
- کمثریہ

ران
- خیاطیہ
- مشطیہ
- مقرب طویلہ
- ذوار بعۃ الرؤوس
- رشیقیہ
- مقرب قصیرہ
- سادۃ خارجیہ
- مقرب کبیرہ
- مقرب صغیرہ
- مفصلیہ رکبیہ
- نیم وتری
- نیم غشائی
- ذوراسین فخذیہ

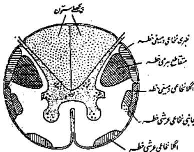
ٹانگ
- قصبیہ مقدم
- باسط ابہام القدم طویلہ
- ابطنیہ
- اخمصیہ
- باسط اصبعیہ طویلہ
- سکیہ
- ابطنیہ ساقیہ
- شظیہ طویلہ
- شظیہ قصیرہ
- قصبیہ مؤخر
- محرکۃ اصبعیہ طویلہ
- محرکۃ ابہام القدم طویلہ

پاؤں
- باسط ابہام القدم قصیرہ
- باسط اصبعیہ طویلہ
- محرکۃ اصبعیہ قصیرہ
- مبعدہ ابہام القدم
- محرکۃ ابہام القدم قصیرہ
- قطنیات
- مبعدہ ابہام القدم
- مبعدہ خنصریہ
- حسنم کن خنصریہ قصیرہ
- مقابل خنصریہ
- مربعہ اخمصیہ
- بین عظمیہ

تصویر ۹۶- جدول جس سے جارحہ زیرین کے عضلات کی قطعی تعصیب ظاہر ہوتی ہے۔ (بیچ ..

597 گروہوں میں تیز غیر ارادی انقباضات واقع ہوتے ہیں، جو ترتیب زمانی اور توزیع میں بقاعدہ ہوتے ہیں۔ نخاع میں حرکی نواتوں یا مقدم قرنی خلیات کی ترتیب ایسی ہے کہ ہر قلقہ (segment) متعدد عضلات کی رسد میں حصہ لیتا ہے، جب کہ برآرندہ ریشے ضفیرات کی تکوین کے ذریعہ محیطی اعصاب میں توزیع یافتہ ہو جاتے ہیں۔

بالائی حرکی عصبیہ - حرکی قشرہ کے بڑے ہرمی خلیات یا بٹز (Betz) کے خلیات، حرکی ریشوں کا منبع ہیں۔ یہ ریشے متدق ہو کر ایک بنڈل بناتے ہیں جو کہ اندرونی کیسہ کے درمیانی حصہ میں واقع ہے، اور پھر وہ اسی جانب کے ساق دماغ میں اور جسر اور لب کے بطنی حصہ میں نیچے کو گذر جاتے ہیں۔ لب اور نخاع کے اتصال پر



تصویر ۶۵ - نخاع میں سریری اہمیت کے خاص خطے بتانے کیلئے۔

دونوں نیم کروں کے ریشوں کا آپس میں تقاطع ہوتا ہے، اور نخاع میں (تقاطعی) ہرمی خط سفید مادہ کے جانبی ستون میں مقدمی اور خلفی قرنوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ ہرمی ریشوں کا اختتام ان زیرین حرکی عصبیات کے خلیات کے ساتھ متماس ہو کر ہوتا ہے جو کہ ساق دماغ اور نخاع میں واقع ہیں۔ ہرمی ریشوں کا خاص وظیفہ یہ ہے کہ وہ زیرین حرکی عصبیات کے ذریعہ عضلات تک وہ صدمات منتقل کرتے ہیں کہ جو ارادی حرکت پیدا کرتے ہیں۔ لہٰذا ان کا اتلاف ارادی قوت کا نقصان واقع کرتا ہے۔

نیز کمزور یا مشلول جوارح میں تنش یا معکوس فعالیت کی زیادتی بھی واقع ہوجاتی ہے جس سے ہم ضرور یہی نتیجہ نکالیں گے کہ ہرمی ریشے طبعی حالات میں بعض حرکی مراکز پر مانع اثر رکھتے ہیں جو کہ تنشی صدمات خارج کرتے ہیں۔ لہذا ایک بالائی عصبیتی ضرر کی امارات متاثرہ جوارح میں ارادی حرکت کا شلل' بڑھی ہوئی تنش اور بڑھی ہوئی معکوس فعالیت ہے۔ اس کے علاوہ جلدی معکوسات میں متلازم تغیرات (غائب شکمی معکوسات' باسط اخمصی مجیبیت) واقع ہوتے ہیں' جو کہ بعد میں بیان کئے جائیں گے۔ جسم کے ایک جانب کا شلل' جو کہ مخالف جانب کے قشرہ کے ہرمی خطہ کے انقطاع کا نتیجہ ہو' نیم فالج کہلاتا ہے۔ جسم کے زیریں حصے کا شلل یا فالج کہلاتا ہے۔

نخاع میں بالائی حرکی عصبیتی راستہ ان تقاطع کردہ ہرمی ریشوں سے بنتا ہے۔ لہذا کمزوری اور تشنجیت' اس جانب پائے جاتے ہیں کہ جس جانب ضرر پایا جاتا ہے۔ ایسا ضرر جو عنقی کلانی سے نیچے ہو' صرف زیریں جارحہ کی کمزوری پیدا کرتا ہے' ایسا ضرر جو اس کلانی سے اوپر ہو' بالائی اور زیریں دونوں جوارح کی کمزوری پیدا کرتا ہے۔ ان اضرار کی حالت میں جو کہ ہرمی تقاطع کے اوپر ہوں' کمزوری جسم کے مخالف جانب ظاہر ہوگی' اور ایسا ضرر جو کہ جسر کے لیول سے اوپر ہو' جوارح کے ساتھ زبان' نرم تالو اور چہرہ کی کمزوری بھی پیدا کرتا ہے۔ تاہم جوارح کی کمزوری کے مقابلہ میں' ان عضلات کی کمزوری بہت خفیف ہوتی ہے جن کو جمجمی اعصاب کی رسد پہنچتی ہے' کیونکہ ان عضلات کی بالائی حرکی عصبیتی رسد دونوں دماغی نیم کروں سے ماخوذ ہوتی ہے۔ جب دونوں نیم کرے مرض زدہ ہوں' تو ابتلاع' نطق اور وجہی اظہار سے تعلق رکھنے والے عضلات شدت کے ساتھ ماؤف ہوجاتے ہیں' لیکن عینی عضلات شاذ ہی ماؤف ہوتے ہیں۔

اندرونی کیسہ اور حرکی قشرہ کے درمیان' ہرمی ریشے پنکھے کی طرح پھیلتے ہیں' اور جیسے جیسے وہ قشرہ کے قریب پہنچتے ہیں' یہ زیادہ اور زیادہ ممکن ہوتا جاتا ہے کہ ایک چھوٹا سا ضرر صرف ٹانگ یا بازو یا چہرہ کا شلل پیدا کرے۔ تشنجیت اور کمزوری جو کہ ہرمی ضرر سے پیدا ہوں ان کی توزیع غیر مساوی ہوتی ہے۔ زیریں جارحہ میں سب سے زیادہ باسط عضلات (اخمصی خم کن' گھٹنے اور کولہے کے باسطات)

کرختگی سے متاثر ہوتے ہیں، اور سب سے پہلے ان کے متضاد عضلات کمزوری سے متاثر ہوتے ہیں۔ بالائی جارحہ میں کرختگی سب سے زیادہ انگلیوں کے خم کنوں کلائی کے خم کنوں اور کابات، کہنی کے خم کنوں اور شانے کے مقربات میں ہوتی ہے اور کمزوری سب سے پہلے متضاد گروہوں میں نمودار ہوتی ہے۔

اوپر جو کچھ بیان کیا گیا ہے اس کے نتیجہ کے طور پر جوارح حسب ذیل وضع اختیار کر لیتے ہیں۔ بالائی جارحہ شانہ پر مقرب، کہنی پر خمیدہ، اور کلائی پر مکبوب اور خمیدہ ہوتا ہے، جس کے ساتھ انگلیاں خمیدہ ہوتی ہیں۔ زیریں جارحہ سارا کا سارا بسط شدہ ہوتا ہے، جس کے ساتھ پاؤں اور اس کی انگلیاں نیچے کی طرف نوک کئے ہوتی ہیں۔

بالائی حرکی عصبیتی ضرر والی کرختگی، اس وقت جب کہ مفصل آزاد ہوں، اور عضلات لیفی نہ ہو گئے ہوں، گرفت دار چاقو کی قسم کی ہوتی ہے، یعنی مجہول حرکت کرنے پر مزاحمت سب سے زیادہ شروع میں ہوتی ہے، اور پھر جیسے جیسے حرکت بڑھائی جاتی ہے وہ کم ہوتی جاتی ہے۔

احساس۔ حسی اعصاب کے بعدی سروں پر آخذ منتہائی اعضا پائے جاتے ہیں، جن کا وظیفہ یہ ہے کہ مختلف قسم کے ان تہیجات کے اخذ کرنے اور منتقل کرنے میں آسانی پیدا کی جائے کہ جن میں جلد یا عمیق تر ساختیں منکشف ہو سکتی ہیں۔ چنانچہ لمس، حرارت، سردی، درد، اور عضلی تنش کے لئے مخصوص منتہائی اعضا ہیں۔ ایک خاص رقبہ میں کے تمام ریشے مستدق ہو کر ایک محیطی عصب کا حسی جزو بناتے ہیں، جس میں وہ ضفیرات میں سے گذرتے ہوئے اپنے خلوی جسموں تک پہنچتے ہیں، جو کہ خلفی عصبی جڑوں کے عقدات میں ہوتے ہیں۔ پھر وہ خلفی عصبی جڑوں کی راہ سے نخاع میں داخل ہو جاتے ہیں، جہاں وظیفہ کے لحاظ سے ان کی دوبارہ توزیع ہوتی ہے۔ وہ ریشے جو کہ وضع اور مجہول حرکت کے احساسات منتقل کرتے ہیں، بلا انقطاع کے نخاع کے خلفی ستونوں میں اوپر چڑھ جاتے ہیں۔ جیسے جیسے بالائی خلفی لیولوں کے ریشے داخل ہوتے ہیں وہ زیریں فلقوں کے ریشوں سے اوپر کی اور بیرونی طرف واقع ہوتے ہیں۔ بالآخر خلفی ستونی ریشے رشیق اور فانہ نما نواتوں میں ختم ہو جاتے ہیں۔

فانہ نما اور رشیق نواتوں سے ایسے عصبی ریشے نکلتے ہیں جو کہ فی الفور مخالف جانب کے عصبی ریشوں کے ساتھ تقاطع کرجاتے ہیں (معصب کا تقاطع (decussation of the fillet : اس کے بعد دونوں طرف کے وسطی معصب کے ریشے اوپر چڑھ کر بصری عرشہ میں پہنچ جاتے ہیں اور وہیں ختم ہوجاتے ہیں۔ ان احساسات کو جو کہ خلفی ستونوں سے ماخوذ ہوتے ہیں، ریشوں کا ایک تازہ سلسلہ عرشہ سے حِسّی قشرہ میں پہنچا کر ختم کردیتا ہے۔ خلفی ستون کچھ لمسی احساس بھی منتقل کرتے ہیں، اور اگر وہ تلف ہوجائیں تو سطح جسم پر لگائے ہوئے شر کے دوشاخہ کے ارتعاشات محسوس کرنے کی قوت ضائع ہوجاتی ہے۔

وہ ریشے جو کہ درد، حرارت اور سردی کا احساسات منتقل کرتے ہیں، نیز بعض لمسی ریشے، جوں ہی کہ نخاع میں داخل ہوتے ہیں، خلفی قرن کی راہ سے رمادی مادے میں داخل ہوتے ہیں اور وہاں ختم ہوجاتے ہیں۔ یہاں سے بطور برید کے (relay) حسی ریشوں کا ایک نیا سلسلہ شروع ہوکر وسطی خط کے پار چلا جاتا ہے، اور نخاع کے سپید مادہ میں پہنچ کر نخاعی عرشی خطے (spino-thalamic tracts) بناتا ہے۔ جیسا کہ ان کے نام سے ظاہر ہے، یہ بصری عرشہ میں جاکر ختم ہوتے ہیں، جہاں سے ریشوں کا ایک نیا سلسلہ حرارت، سردی، اور درد کے احساسات کو حسی قشرہ میں لے جاتا ہے۔

بصری عرشہ بجائے خود درد، تپش اور کچھ حد تک لمس کے کثیف احساسات کی شعوری وصولیابی کا عضو معلوم ہوتا ہے۔ حسی قشرہ حس پذیری کے لطیف تر پہلوؤں سے تعلق رکھتا ہے، اور بقول ہیڈ (Head) کے۔ اس میں حسب ذیل ترتیب پائی جاتی ہے: وہ ریشے جو کہ فضا میں جوارح اور سطح جسم کی وضع کے متعلق احساسات منتقل کرتے ہیں، رولینڈی شقاق (Rolandic fissure) کے قشرہ میں ختم ہوتے ہیں۔ اس کے پیچھے پس مرکزی تزرید میں معروضات (objects) کی جسامت، شکل، وزن اور ساخت میں فرق اور مشابہت کے تاثرات جمع ہوتے ہیں۔ ان سے بھی پیچھے وہاں تک جہاں کہ فوقانی جداری، اور فوق حاشیی تزرید واقع ہیں، وہ ریشے ختم ہوتے ہیں جو کہ انفرادی تہیجات کی شدت میں فرق کا

متاثر نتقل کرتے ہیں، خواہ وہ تہیجات لمس کے ہوں، یا تپش کے یا درد کے۔
یہ امر ظاہر ہے کہ حسی نقصان کی عام نوعیت اور توزیع، ضرر کے لیول کے

تصویر ۶۶ - خاص اعصاب کی جلدی توزیع ظاہر کرنے کے لئے
(سر جیمز پردی سٹوارٹ کی تقلید میں)۔

لحاظ سے نہایت اختلاف پذیر ہوگی۔ محیطی عصبی ضرر کی حالت میں عصب کی توزیع کے اندر تمام قسم کی حس پذیری متاثر ہو جاتی ہے۔ خلفی عصبی جڑ کے ضرر کی حالت میں بھی یہی صورت حال پائی جاتی ہے۔ لیکن نخاع کے اندر، ایک جانب کے خلفی ستون کا ضرر ہم جانب جوارح میں وضعی حس اور ارتعاشی حس کا نقصان پیدا کرتا ہے، اور احساس کی دیگر قسموں میں کوئی مداخلت واقع نہیں ہوتی۔ اگر خلفی ستون کے صرف وسطانی ریشے متاثر ہوں تو حسی نقصان زیریں جارحہ تک محدود رہیگا۔ اگر ضرر عنقی کلائی سے اوپر ہے اور جانبی ریشوں تک محدود ہے تو وضعی اور

600

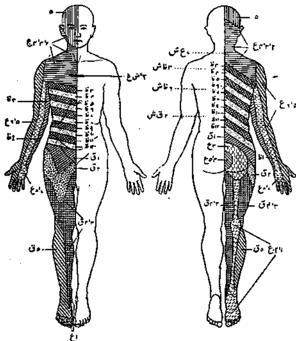
ارتعاشی حس کا نقصان بالائی جارحہ تک محدود رہیگا۔ اس کے برعکس نخاعی عرشی خطہ کا ضرر، جسم کے دوسری جانب پر حرارت، سردی اور درد کے احساس کا نقصان پیدا کر دے گا۔ چونکہ لمسی حس پذیری جزوی طور پر خلفی ستونوں اور جزوی طور پر نخاعی عرشی خطوں کے ذریعہ منتقل ہوتی ہے، لہٰذا لمسی احساس کا نقصان صرف اس وقت واقع ہوگا جس وقت ریشوں کے یہ دونوں سلسلے تباہ ہوں گے۔ ایسا ضرر جو نخاع کے رمادی مادہ کے مرکز میں واقع ہو نخاعی عرشی ریشوں کو، ان کے تقاطع کے مقام پر ماؤف کرے گا، اور جسم کے دونوں جانب درد، حرارت اور سردی کے احساس کا نقصان پیدا کرے گا جس کی توزیع مضرت کے محل وقوع اور طولی وسعت پر منحصر ہوگی۔

معصبہ (fillet) کے تقاطع سے اوپر ایک وسیع ضرر، جسم کے مخالف جانب تمام اقسام کی حس پذیری کا نقصان واقع کر دے گا، اگرچہ چونکہ معصبہ کے

601

کے ریشے اور نخاعی عرشی خطے کے ریشے وسط دماغ کے لیول تک ایک دوسرے سے علیحدہ رہتے ہیں، لہٰذا وہ الگ الگ بھی متاثر ہو سکتے ہیں۔ بصری عرشہ سے اوپر کا ضرر، جسم کے مخالف جانب ناکمل حسی نقصان کا موجب ہوگا۔ تماس، درد، اور حرارت اور سردی کی انتہاؤں کا خفیف درجہ کا ادراک باقی رہیگا۔ حقیقۃً عرشہ سے اوپر کے اضرار کی حالت میں ہاتھ اور پاؤں میں احساس سب سے زیادہ متاثر ہوتا ہے اور جوارح کے قربی حصوں اور دھڑ پر نسبتۃً بہت کم خلل واقع ہوتا ہے۔ ضرر قشرہ کے جس قدر قریب ہوگا، اتنا ہی یہ زیادہ احتمال ہوگا کہ حسی نقص متفرق

قسم کا ہو، جس میں احساس کی کثیف قسمیں بہت کم متاثر ہوں گی اور حس پذیری کی فضائی اور تمیزی قسمیں شدت کے ساتھ مختل ہوں گی۔



تصویر ۶: جسم انسان کے قطعی حسی رقبہ جات بتاتا ہے۔
(سر فرقوہر بزرڈ = Sir Furquhar Buzzard کی تقلید میں)۔

حسی راستہ کے کسی حصہ کے اضرار ایسے احساسات پیدا کر سکتے ہیں جن کو سن پن، جھنجھناہٹ کانٹے چبھنے کے طور پر بیان کیا جا سکتا ہے، اور ان کو فسادات حسی کہتے ہیں۔ خاص طور پر ان اضرار کی حالت میں جو کہ جلدی احساس کا جزوی نقصان واقع کرتے ہیں، بسا اوقات ساتھ ہی بیش حسیت پائی جاتی ہے، یعنی اگرچہ احساس پیدا کرنے کیلئے مطلوبہ تہیج طبعی سے زیادہ ہوتا ہے، تاہم جس وقت احساس واقع ہوتا ہے تو وہ غیر طبعی نوعیت کا، غیر معمولی طور پر واضح، بالعموم دردناک ہوتا ہے اور طبعی سے زیادہ وسیع طور پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔ حسّی اعصاب کے اضرار میں درد ایک اختلاف پذیر مقدار ہے۔ جب محیطی شاخچے ماؤف ہوتے ہیں، تو یہ بالعموم نمایاں خصوصیت کا نہیں ہوتا، لیکن عصبی تنوں یا ان کی شاخوں کے اضرار میں شدید ہو سکتی ہے، اور خلفی عصبی جڑوں کے مرض میں تقریباً ہمیشہ واقع ہوتا ہے۔ نخاع کے طولی خطوں کے اضرار بالعموم درد پیدا نہیں کرتے، اگرچہ بعض نمایاں مستثنیات موجود ہیں (مثلاً ہزال ظہری : tabes dorsalis میں) عرشہ میں یا عرشہ کے قریب کے اضرار وسیع توزیع کا درد پیدا کر سکتے ہیں جس کے ہمراہ حساسیت درد (hyperalgesia) پائی جاتی ہے۔

معکوسی وظیفہ ۔ سادہ ترین شکل میں معکوس فعل کی تعریف یہ ہے :۔ ایک نافذ منتہائی عضو (عضلہ یا غدی خلیہ) میں فعالیت کا اظہار جو کہ ایک آخذ منتہائی عضو کے ہیجان کی مجیبیت میں ہو، جب کہ یہ تہیج آخذ سے نافذ منتہائی عضو تک مرکزی نظام عصبی کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے۔ یہ فعل ارادی طور پر انجام نہیں پاتا، اگرچہ فرد کو اس کا شعور ہوتا ہے۔ لہٰذا سادہ ترین معکوسی قوس میں کم از کم دو عصبیات ہوتے ہیں، آخذ اور نافذ۔ بالعموم ان کے درمیان بہت سے رابطہ یا اتصالی ریشے حائل ہوتے ہیں۔

سب سے زیادہ ابتدائی معکوسی نظام وہ ہیں جو کہ غذائی یا ابرازی وظیفوں سے متعلق ہیں۔ ان معکوسات کے مراکز، آنت اور مثانہ کی دیواروں میں عقدی خلیات میں واقع ہوتے ہیں۔ لہٰذا اس وقت بھی جب کہ نخاع برباد ہو جائے اس قسم کی معکوس فعالیت جاری رہتی ہے۔ تاہم طبعی حالات میں ابتدائی پست

معکوسی مراکز کسی حد تک بلند تر مراکز کی فعالیت کے زیر اقتدار ہوتے ہیں۔ بعض مثالوں میں اور کسی حد تک پست مراکز ارادی اقتدار کے تحت ہوتے ہیں۔ جب مرض کے نتیجہ کے طور پر بلند تر مراکز یا ارادہ کا اقتدار زائل ہو جاتا ہے تو پست مراکز کی حرکت بڑھ جا سکتی ہے اور مثبت علامات کا موجب ہوتی ہے۔ سریری عصبیات میں سب سے زیادہ اہم وہ معکوسی وظیفے ہیں جن کا تعلق وضعی تنش یا توازن کو باقاعدہ رکھنے کے لئے تبول اور تبرز سے، اور جسم کو وافر یا مضرت رساں ہیجان سے بچانے سے ہے۔

وضعی تنش کی باقاعدگی۔ حیوانی فعلیات سے ہم کو یہ علم ہے کہ بلّی میں اگر سرخ نواۃ کے لیول اور آٹھویں عصب کے ادخال کے لیول کے درمیان ساق دماغ کی عبوری تراش لی جائے، تو اس کے نتیجے کے طور پر عضلی تنش کی عام طور پر زیادتی ہوتی ہے، جو ایک خاص نمونہ اختیار کرتی ہے (یعنی باسط گروہوں کا غلبہ) اور اس کو منزع الدماغ کرختگی کہتے ہیں۔ انسان میں جیسا کہ ہم پہلے دیکھ چکے ہیں، ہرمی خطوں کے کسی حصہ کے ضرر کے بعد، متاثرہ عضلات میں تنش کی زیادتی ہوتی ہے، اور وہ بھی ایک باقاعدہ نمونہ اختیار کرتی ہے۔ یہ دونوں مظہر نہایت قریبی طور پر مشابہ ہوتے ہیں، اور یہ فرض کیا جاتا ہے کہ دونوں حالتوں میں ان کا سبب، معکوس تنشی مراکز کا اقتدار سے آزاد ہونا ہے۔

اس بڑھی ہوئی عضلی تنش کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ناگہانی کھنچاؤ کی مجیبیت میں معکوسی انقباض بہت ہی زیادہ ہو جاتا ہے۔ لہذا کسی عضلہ کے وتر کو تھپک کر اس کو منقبض کرنا اب نسبتہً زیادہ آسان ہوتا ہے۔ اور انقباض زیادہ تیز ہوتا ہے۔ نیز اگر مفصل پر بیرمیت 602 (leverage) کے ذریعہ کسی عضلہ کو مسلسل کھینچا جائے تو تیز انقباض واقع ہوتا ہے جس کا ردعمل واقع ہو کر مزید انقباض کی تہییج کرتا ہے، وقس علیٰ ہذا۔ اس مظہر کو رجفہ (clonus) کہتے ہیں۔

وتری معکوسات کی تخفیف یا فقدان ہر اس ضرر سے واقع ہو سکتا ہے جو کہ متعلقہ معکوسی قوس میں خلل کرے۔ اس معکوسی قوس میں حسب ذیل چند شامل ہیں۔ وارد ریشے جو عضلہ اور وتر سے آتے ہیں، استلامی ریشے جو قبل اس کے کہ متعدی تفرقی خلیات سے

تماس کرنے کے لئے رمادی مادے میں داخل ہوں کچھ دور تک خلفی ستونوں میں دوڑتے ہیں، اور زیریں حرکی عصبیتی اکائیاں۔ لہذا وتری جھٹکے، محیطی اعصاب، خلفی ستونوں، نخاع کے مرکزی رمادی مادہ یا مقدمی قرنی خلیات کے مرض میں کم ہوجاتے ہیں یا معدوم ہوجاتے ہیں۔

خاص اہمیت کے وتری معکوسات، مع ان کے نخاعی اور محیطی راستوں کے حسب ذیل ہیں۔

معکوس	نخاعی حلقہ	محیطی عصب
ذو راسین کا جھٹکا	عنقی ۵ اور ٦	عضلی جلدی
ثلاثیہ الرؤوس کا جھٹکا	عنقی ٦ اور ۷	عضلی مرغولی
باطحہ کا جھٹکا	عنقی ۵ اور ٦	عضلی مرغولی
رکبی جھٹکا	قطنی ۲، ۳ اور ۴	مقدم ساقی
ٹخنہ کا جھٹکا	عجزی ۱ اور ۲	ساقی

توازن (equilibrium) — قوت جاذبہ (gravity) کے لحاظ سے جسم کی، جسم کے لحاظ سے سر کی، اور سر کے لحاظ سے آنکھوں کی صحیح وضع قایم رکھنا، وضعی تمش کا وظیفہ ہے۔ لیکن چونکہ توازن کے اختلالات، عصباتی علامات کا ایک اہم گروہ ہیں، لہذا توازن کی فعلیات ایک جداگانہ تشریح کی محتاج ہے۔

توازن کا قیام خاص طور پر درآرندہ صدمات پر منحصر ہوتا ہے جو کہ تین منبعوں سے ماخوذ ہوتے ہیں، آنکھوں سے، تیہات سے، اور خود عضلات سے۔ یہ درآرندہ صدمات ایسے معکوسی مراکز میں جو ساق دماغ اور دمیغ کے اندر واقع ہوتے ہیں، ہم آہنگ ہوتے ہیں اور مناسب عضلات کو نشی صدمات کی ایک مسلسل رو بہم پہنچاتے ہیں۔

وہ صدمات جو خود عضلات سے ماخوذ ہوتے ہیں نہایت ہی اہم ہوتے ہیں۔

ایک آدمی جس کے دونوں تیہات تلف ہو گئے ہوں استادہ وضع میں قائم رہ سکتا ہے اور آنکھیں بند کر کے چل پھر سکتا ہے، اس کے برخلاف ایک مریض جس میں خلفی ستونوں کے اتلاف کی وجہ سے عضلی حس پذیری زائل ہو گئی ہو آنکھوں اور تیہات کے صحیح و سالم ہونے کے باوجود توازن کا شدید اختلال ظاہر کرتا ہے۔ وہ صدمات جو کہ آنکھوں سے ماخوذ ہوتے ہیں کمترین اہمیت رکھتے ہیں۔

انسان میں تیہ کا خاص وظیفہ، سر اور آنکھوں کا توازن قائم رکھنا ہے۔ ہر طرف کا تیہ سر اور آنکھوں کو درمیانی خط کی طرف دباتا ہے۔ چنانچہ بائیں تیہ کے اتلافی ضرر کی حالت میں، فذال بائیں شانہ کی طرف گر پڑنے کا رجحان رکھتا ہے۔ اور جب مریض کو اپنے انتہائی دائیں طرف دیکھنے کو کہا جائے تو دائیں تیہ کے بے روک فعل کی وجہ سے آنکھیں بائیں طرف کو چلی جاتی ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر مریض دائیں طرف انحراف کرنے کی کوشش جاری رکھے تو مقلات چشم کا باقاعدہ اہتزاز واقع ہوتا ہے جس کو رقص المقلہ (nystagmus) کہتے ہیں۔

وہ علامات جو کہ تیہات کے اتلافی ضربات سے پیدا ہوتے ہیں ضرر کی حدت کے لحاظ سے بہت ہی اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ اگر تدریجی اتلاف ہو تو ہم آہنگ کرنے والے مراکز تعویض کے ذریعہ ان سے نپٹ سکتے ہیں، لہذا کوئی علامت نمودار نہیں ہوتی، لیکن ایک حاد ضرر شدید دوران سر پیدا کر سکتا ہے، بلکہ مریض کو زمین پر گرا دیتا ہے۔ انسان میں ہم آہنگ کرنے والے مراکز کا صحیح محل وقوع نامعلوم ہے، لیکن ساق دماغ کے ہر اس حصہ کا ضرر جو تیہ سے لے کر تیسرے بطین کے خلفی سرے کے یا دمیغ کے لیول تک ہو توازن کا اختلال اور رقص المقلہ پیدا کر سکتا ہے۔

مثانہ انسان میں مثانہ پر اقتدار کی تحقیقات۔ حال ہی میں ڈینی براؤن (Denny-brown) اور رابرٹسن (Robertson) نے کی ہے اور جن خاص نتائج پر وہ پہنچے ہیں وہ حسب ذیل ہیں۔

مثانہ اور اس کے عاصرات (اندرونی اور بیرونی) کی عصبی رسد تین منبعوں سے ماخوذ ہوتی ہے، ان میں سب سے زیادہ اہم حوضی اعصاب کا وہ جوڑا ہے جو کہ دوسری تیسری اور چوتھی عجزی جڑوں سے نکلتا ہے۔ ان اعصاب کی تہییج مثانہ کی

603

دیوار(عضلۂ مخرج بول=detruser) کا انقباض اور اندرونی عاصرہ کا ارتخاء پیدا کرتی ہے۔ حیاتی اعصاب، جو کہ دوسری، تیسری اور چوتھی عجزی جڑوں سے ماخوذ ہوتے ہیں، بیرونی عاصرہ کی تعصیب کرتے ہیں، اور ان کی تہییج پر اس کا انقباض واقع ہوتا ہے۔ رسد کا تیسرا منبع، خشکی اعصاب کی راہ سے آتا ہے جو کہ گیارھویں اور بارھویں صدری اور پہلی قطنی جڑوں سے ماخوذ ہوتے ہیں۔ ان اعصاب کی تہییج اندرونی عاصرہ کا انقباض اور عضلۂ مخرج بول کا کسی قدر امتناع پیدا کرتی ہے۔ تاہم ایک حیوان میں دونوں خشکی اعصاب کی تراشش تبول کا بہت کم اختلال پیدا کرتی ہے، یا بالکل نہیں کرتی۔ لہٰذا عصبی رسد کا یہ منبع نسبتہً کوئی اہمیت نہیں رکھتا۔ اگران تمام اعصاب کو کاٹ کر الگ کر دیا جائے اور اس طرح مثانی ضفیرہ اکیلا رہ جائے تو مثانہ اپنے مافیہا کو وقفوں کے ساتھ خارج کرتا رہے گا۔

طبعی حالات میں مثانہ کے اندر سیال کا اجتماع، اس کی دیواروں کے لے دار انقباضات پیدا کرتا ہے۔ یہ انقباضات ایک مانع اثر کے اقتدار میں رہتے ہیں جو پست جھموں پر تحت شعوری طور پر عمل کرتا ہے۔ قوت ارادی اس مانع اثر کو بڑھا سکتی یا معدوم کر سکتی ہے۔ چنانچہ اگر پیشاب کرنے کا ارادہ کیا جائے تو اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انقباض کی قوت بڑھ جاتی ہے اور اندرونی عاصرہ کا متلازم ارتخاء واقع ہوتا ہے، اور بعد ازاں بیرونی عاصرہ کا بھی، اور تبول کا فعل واقع ہوتا ہے۔ اس کے برعکس، اس وقت بھی جبکہ مثانہ بھرا ہوا ہو، قوت ارادہ کے ذریعہ انقباض کا امتناع کیا جا سکتا ہے، اور اگر اس کے ساتھ بیرونی عاصرہ کا ارادی انقباض بھی شامل ہو تو تبول روک دیا جاتا ہے۔ جن راستوں کے ذریعہ یہ اقتدار عمل میں لایا جاتا ہے وہ ہرمی خطوں کے بالکل قریب واقع ہوتے ہیں۔

مثانہ کا مجہول تمدد، بڑھتی ہوئی بے آرامی کا موجب ہوتا ہے۔ لے دار انقباضات پست جھموں پر کوئی احساس پیدا نہیں کرتے، لیکن جیسے جیسے مثانہ کی دیوار متمدد ہوتی جاتی ہے وہ شعور کے اندر داخل ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔

نخاع یا ذنب الفرس کے ناگہانی ضرر کے بعد مخرج البول مثانی عضلہ

(detruser vesicæ) کا شلل اور اندرونی عاصرہ کا تشنجی انقباض واقع ہوتا ہے۔ نخاعی صدمے کی ہیئت سے صحتیابی ہوجانے کے بعد قسری تبول نمودار ہوتا ہے۔ ذنب الفرس کے ضرر کی حالت میں پیشاب کا حجم جو کہ شانہ میں پایا جاتا ہے تھوڑا ہوتا ہے اور اخراج کمزور ہوتا ہے۔ نخاع کے ایسے ضرر کے بعد جس میں عجزی فلقات اور مثانہ کے ساتھ ان کے تعلقات صحیح و سالم رہیں، یہ حشاء زیادہ تمددی قابلیت رکھتا ہے اور زیادہ زور کے ساتھ منقبض ہوتا ہے، اور دیگر معکوسات کو بروئے کار لاکر جو کہ نخاع کے جداشدہ فلقات پر منحصر ہوتے ہیں، تبول کے فعل کا امتناع یا تسہیل کی جاسکتی ہے۔

تبرز (defecation)۔ ڈینی براؤن اور رابرٹسن نے تبرز کے عصبی اقتدار پر بھی تحقیقات کی ہے، اور وہ اس نتیجے پر پہنچے ہیں کہ اس کا میکانیہ تبول کے میکانیہ کے ساتھ قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ معاء مستقیم اور مبرزی قنال (بشمول اندرونی عاصرہ) کی خاص عصبی رسد حوضی اعصاب سے ماخوذ ہے جو کہ دوسری، تیسری اور چوتھی عجزی جڑوں سے نکلتے ہیں۔ بیرونی عاصرہ کی عصبی رسد حیائی اعصاب سے ماخوذ ہوتی ہے، جو کہ دوسری، تیسری، چوتھی عجزی جڑوں ہی سے نکلتے ہیں۔

تاہم اگر مستقیم اور مبرز اس عصبی رسد سے الگ ہوجائیں تو قسری تبرز واقع ہوسکتا ہے جو کہ ان معکوسی مراکز کے وظیفہ پر منحصر ہوتا ہے جو ان احشا کی دیواروں میں واقع ہوتے ہیں۔ مستقیم کی دیواروں پر تناؤ پیدا ہونے سے عضلی انقباض واقع ہوتا ہے جس کے ساتھ اندرونی عاصرہ کا متلازم ارتخاء واقع ہوتا ہے۔ یہ سارا عمل غیرارادی ہوتا ہے، اگرچہ شکمی دیوار کو ارادی طور پر منقبض کرنے سے اس میں تسہیل ہوتی ہے۔ تبرز پر ارادی اقتدار بیرونی عاصرہ کے فعل تک محدود ہوتا ہے، جس کو حسب ارادہ کھولا اور بند کیا جاسکتا ہے۔ جب مستقیم کے مرکزی عصبی تعلقات صحیح و سالم ہوں، تو معکوسی انقباضات ترقی پذیر نوعیت اور بہتر امتزاج ظاہر کرتے ہیں، چنانچہ مجیبیت اس سے زیادہ ضخیم اور زیادہ مکمل ہوتی ہے کہ جتنی مرکزی اقتدار سے مستقیمی ضفیرہ کے الگ ہوجانے کی حالت میں ہوتی ہے۔ نخاع یا ذنب الفرس کے ضرر کے بعد ایک

60

ہیئت ایسی آتی ہے کہ جس میں مستقیمی معکوسہ کا امتناع ہوتا ہے اور اندرونی عاصرہ کی تحتش بڑھ جاتی ہے۔ اس کے بعد قسری تبرز قایم ہوتا ہے، اور اس میں ارادی اقتدار کی عدم موجودگی، بیرونی عاصرہ کے شلل کی وجہ سے ہوتی ہے۔

محافظ اور دوسرے معکوسات۔ ان محافظ معکوسات میں سے کچھ سریری تحقیقات میں اہمیت رکھتے ہیں، سادہ ترین قرنیتی معکوسہ ہے، یعنی آنکھ کا بند ہونا ایک ایسے تہیج (لمسی یا دوسرے) کی مجیبت میں جوکہ قرنیہ کو لگایا جائے۔ معکوسی قوس میں درآرندہ طرف ثلاثی توأمی عصب شامل ہے۔ قرنیتی سطح کے اکثر حصہ کو عینی قسمت سے رسد پہنچتی ہے لیکن اس کے محیط کے زیرین حصہ میں ایک چھوٹا سا علاقہ ایسا ہے کہ جس کو فکی سے رسد پہنچتی ہے۔ برآرندہ ریشے وجہی عصب کی وہ شاخیں ہیں جو کہ عضلۂ محیط الجفن کو رسد دیتی ہیں۔ قرنیتی معکوسہ مذکورہ بالا درآرندہ یا برآرندہ ریشوں کے اعزاز کی وجہ سے گسیریائی عقدہ، توامی ثلاثی عصب کی حسی جڑ یا نواۃ، یا ساتویں عصب کے نواۃ یا تنہ کے اعزاز کی وجہ سے گھٹ سکتا یا زایل ہو سکتا ہے۔

حدقی معکوسہ۔ روشنی سے پتلی کا معکوس طور پر سکڑ جانا ایک معنی میں یہ بھی ایک محافظ معکوسہ ہے۔ درآرندہ راستے میں شبکیہ، بصری اعصاب اور بصری خطے، اور فوقانی رباعی توأمی اجسام میں کہ اولی انتصاری مراکز شامل ہیں۔ یہاں سے ایتلافی ریشے دونوں طرف کے ان درآرندہ راستوں کو پتلیوں کی تعصیب کرنے والے خلیات سے وابستہ کر دیتے ہیں جو کہ تیسرے عصب کے نواتوں کے اگلے حصہ میں واقع ہیں۔ چنانچہ ایک آنکھ کی تنویر کی مجیبت میں دونوں پتلیاں سکڑ جاتی ہیں۔ یہ معکوسہ شبکیہ، بصری عصب، بصری خطوں، فوقانی رباعی توأمی اجسام، تیسرے عصب کے نواتوں یا تیسرے عصب کے اعزاز سے گھٹ جا سکتا یا زائل ہو سکتا ہے۔ ایک ہی بصری عصب کے ضرر کی حالت میں اس طرف کی آنکھ کی تنویر کسی پتلی کو بھی نہیں سکیڑتی، لیکن دوسری آنکھ کی تنویر دونوں پتلیوں کو ہم زماں طور پر سکیڑ دے گی۔ ان حالات میں متاثرہ جانب کی پتلی کے متعلق کہا جاتا ہے کہ وہ براہ راست تہیج کا نہیں، بلکہ ہم احساس تہیج کا رد عمل کرتی ہے۔ پتلیوں کا وہ انقباض جو کہ عینی استدقاق اور توفیق کے

ہمراہ واقع ہوتا ہے ایک ایتلافی حرکت ہے نہ کہ ایک معکوسہ۔

اخمصی معکوسہ۔ یہ معکوسہ بہت سریری اہمیت رکھتا ہے۔ طبعی حالات میں انسان میں پاؤں کے تلوے کی تہییج (جس میں زور سے خط کھینچ کر تماس کیا جاتا ہے) انگوٹھے کی خمیدگی واقع کرتی ہے۔ اگر ہرمی خط کا ضرر موجود ہو تو اس حرکت کا الٹ واقع ہوتا ہے یعنی انگوٹھا اوپر کو حرکت کرتا ہے (باسطا اخمصی مجیبیت) اور اس حرکت کے ہمراہ بسا اوقات سارے کے سارے زیرین جارحہ کے خم کن عضلات سکڑتے ہیں۔ نخاع کے مکمل عرضی ضرر کی حالت میں جب نخاعی صدمہ کی ہیئت گزر جاتی ہے تو خم کن عضلات کا انقباض صرف اس جارحہ تک محدود نہیں رہتا کہ جس کے تلوے کی تہییج کی جاتی ہے۔ ممکن ہے دونوں جوارح ایک طاقتور خم کن تشنج (کلی معکوسہ) کی صورت میں ہم زماں طور پر کھنچ آئیں۔ انگوٹھے کی یہ اوپر جانے کی حرکت اور اس کے ساتھ ایک یا دونوں زیرین جوارح کا خم کن تشنج دوسرے رقبہ جات سے بھی حاصل ہوسکتا ہے خاص طور پر اگر استعمال کردہ تہییج سخت ہو (مثلاً کاہو کھرونچا مارنا یا چٹکی لینا)۔ نخاع کی عبوری تراش جس قدر زیادہ مکمل ہوگی معکوسی منطقہ اتنا ہی زیادہ وسیع ہوگا اور کلی معکوسہ کا اتنا ہی زیادہ رجحان ہوگا۔ چنانچہ ایک مکمل ضرر کی حالت میں زیرین جوارح کے کسی بھی حصہ پر پن کے ذریعے خط کھینچنے سے کلی معکوسہ (massive reflex) کی تحریک ہوسکتی ہے۔

اس معکوسہ کی نوعیت کہ باسطا اخمصی مجیبیت جس کا ایک حصہ ہے بتلاتی ہے کہ یہ پیچھے ہٹنے کی ایک محافظ حرکت ہے۔ معکوسی مراکز جو اس سے متعلق ہیں نخاع کے زیریں حصہ میں واقع ہیں۔ طبعی حالات میں اوپر سے ان کا امتناع ہوتا ہے اور ان کی فعالیت صرف اس وقت ظاہر ہوتی ہے جب کہ مرض کی وجہ سے یہ امتناعی اثر دور ہوجائے۔

شکمی معکوسات۔ جب خط کھینچ کر تماس کرکے یا ہلکے سے کھرچ کے شکمی دیوار کی تہییج کی جاتی ہے تو طبعی حالات میں زیر افتادہ عضلات کا زوردار انقباض واقع ہوتا ہے۔ غالباً یہ محافظ اصل رکھتا ہے اور چوپایوں میں اس کا مقصد مکھیوں کو جھٹکنا ہے۔ جب جلد سے آنے والے درآئندہ اعصاب یا عضلہ کو جانے والے

حرکی اعصاب تلف ہو جاتے ہیں، نیز جب عضلات پلپلے اور بے تشنج ہوں جیسے کہ کثیر الاولاد عورتوں یا فربہ افراد میں تو یہ منکوس زائل ہو جاتا ہے۔ اس سے زیادہ اہم تر واقعہ یہ ہے کہ شکمی منکوسات ہری خطوں کے مرض میں زائل ہو جاتے ہیں۔

مرکزی نظام عصبی کی دموی رسد

دماغ کے شرائین۔ اس امر کے پیش نظر کہ نزف، سداویت اور شریانی علقیت، دماغی مرض کے کثیر الوقوع اسباب ہیں، دماغ کی شرائین کی توزیع نہایت اہمیت رکھتی ہے۔

مقدم دماغی شریان (anterior cerebral artery) فوقانی جبہی تلفیف کو اور نیم کرۂ دماغ کی اندرونی سطح کو پیچھے قذالی جداری شق تک رسد پہنچاتی ہے۔ وسطی دماغی شریان (middle cerebral artery) دماغ کی بیرونی محدب سطح کے زیادہ تر حصے کو رسد پہنچاتی ہے، فی الحقیقت فوقانی جبہی اور قذالی تلافیف کے سوائے سب کو۔ یعنے وہ دوسری اور تیسری جبہی، پیش مرکزی اور پس مرکزی، جداری اور بالائی اور وسطی صدغی وتدی تلافیف کو رسد پہنچاتی ہے۔ موخر دماغی (posterior cerebral) شریان لختۂ قذالی کی بیرونی سطح پر اور تمام اندرونی یا خیمی سطح کو رسد پہنچاتی ہے یعنی مقدم دماغی شریان کی توزیع کی حد سے کر صدغی لختہ کی نوک تک (جس کو وسطی دماغی شریان سے رسد پہنچتی ہے)۔ فقری (vertebral) اور قاعدی (basilar) شرائین ڈنٹھ اور جسر فاڑوی کو رسد پہنچاتی ہیں۔

دماغ کے مرکزی حصے، تمع بڑے عقود کے، ان شاخوں سے رسد حاصل کرتے ہیں جو دائرۂ ولیس (circle of Willis) اور تین دماغی شرائین کے مبداء سے باہر نکل کر عصبی جرم کے اندر اتصالاً چلی جاتی ہیں اور ایک دوسرے کے ساتھ یا قشری نظام کی شرائین کے ساتھ تفمم نہیں کرتیں۔ یہ مندرجۂ ذیل گروہوں میں منقسم ہیں: ایک گروہ جس کا نام داخلی مخطط (internal striate) ہے نواۃ عدسیہ کے دو اندرونی حصوں کو اور کیسۂ داخلی کے اگلے حصہ کو رسد پہنچاتا ہے۔

دوسرا گروہ یعنی عدسی مخطط (lenticulo-striate)، نواۃ عدسیہ کے بیرونی حصے کو رسد پہنچاتا ہے۔ اور تیسرا گروہ، یعنی عدسی بصری (lenticulo-optic)، عرشہ کے اگلے حصے کو رسد پہنچاتا ہے۔ عدسی مخطط گروہ میں کی ایک بڑی عرق کو شارکو (Charcot) نے شریان نزف دماغی (artery of cerebral haemorrhage) کا نام اس لیے دیا کہ اکثر اسی کا انشقاق سکتہ (apoplexy) کا سبب ہوتا ہے۔

بڑی شرائین سے مرکزی عقود کے تعلقات حسب ذیل ہیں:۔

نواۃ ذنبیہ اپنی دموی رسد مقدم اور وسطی دماغی شرائین سے حاصل کرتا ہے۔

نواۃ عدسیہ مقدم مشیمی (anterior choroid) اور وسطی دماغی ہے۔

عرشہ بصری موخر رابطہ کی مرکزی شاخوں (posterior communicating central branches) سے اور موخر دماغی ہے۔ اجسام رباعیۃ التوامیہ اور اجسام رکبیہ موخر دماغی ہے۔ داخلی کیسہ اپنے اگلے نصف میں مقدم دماغی اور وسطی دماغی سے، اور پچھلے نصف میں موخر رابطہ، مقدم مشیمی اور وسطی دماغی شرائین سے۔

سٹینلے کاب (Stanley Cobb) اور دوسروں نے یہ ثابت کر دکھایا ہے کہ دماغ کی شرائین عرق حرکی اعصاب کے اقتدار میں ہوتی ہیں۔ مضیق العروق ریشے، عنق مشارکی نظام سے ماخوذ ہوتے ہیں، اور خاص شرائین کے ہمراہ جمجمہ میں داخل ہوتے ہیں۔ موسع العروق ریشے جسر سے نکل کر وجہی عصب کی راہ سے رکبی عقدوں میں پہنچ جاتے ہیں، جہاں سے ان کی توزیع دماغی عروق میں ہو جاتی ہے۔ حیوان میں عصب تائیہ (vagus) کے مرکزی کٹے ہوئے سرے کی برقی تہیج سے دماغی شریانوں کا معکوس اتساع انہی تجربات سے ہوتا ہے۔

دماغی عروق میں خود حرکی اقتدار کے اس دوہرے نظام کی موجودگی کے معنی یہ ہیں کہ نشرہ میں ویسے ہی عرق حرکی اختلالات ہونے کا امکان ہے، کہ جیسے جلد میں واقع ہوتے ہیں، جیسے تمتماہٹ، شحوب اور ازیما۔

نخاع کے شرائین ۔ مقدم نخاعی شریان، فقری شریانوں سے اس جگہ جہاں وہ ملتی ہیں ایک سے ماخوذ ہے، اور یہ دوسری فقری شریان سے بھی ایک چھوٹی سی رابط شاخ وصول کرتی ہے ۔ یہ نخاع کے سامنے، وسطی خط میں نیچے کو جاتی ہے، اور اپنے ممر سے زاویۂ قائمہ پر ناقب شاخیں دیتی ہے، جو رمادی مادہ کے مقدم قرن کو رسد دیتی ہیں ۔ خلفی نخاعی شرائین، جو فقری شرائین سے ہی ماخوذ ہوتی ہیں، خلفی عصبی جڑوں کے نقاط ادخال کے سامنے، نیچے کو جاتی ہیں ۔ یہ تین شرائین ایک دوسرے کے ساتھ جانبی شاخوں کے ذریعے ربط رکھتی ہیں، جو نخاع کے گرد پے درپے زنجیریں بناتی ہیں، اور نخاع کو ناقب شاخوں کے ذریعے رسد پہنچتی ہے ۔ اس شریانی نظام کو چھوٹی چھوٹی ایسی شریانیں تقویت دیتی ہیں، جو ہر میاں فقری سوراخ کی راہ سے داخل ہوتی ہیں اور نخاع کی دموی رسد کا ایک اہم منبع بناتی ہیں ۔ لہذا جب کوئی بالید مثلاً واسطی کی میاں فقری سوراخوں کے سلسلہ پر حملہ آور ہوتی ہے، تو نخاع کی لینت واقع ہو جاتی ہے ۔

606

عنقی مشارکی ریشے

(cervical sympathetic fibres)

سر اور گردن کو جانے والے پیش عقدی ریشے نخاع سے دونوں جانب کی دو بالائی صدری جڑوں کے راستے سے خارج ہوتے ہیں، اور پھر ان عقدی خلیوں میں چلے جاتے ہیں جو کہ عنقی مشارکی عقود کی زنجیر میں واقع ہیں ۔ اپنی رسد کے رقبہ میں عضلات مضیق العروق (vasoconstrictor muscles) اور غدد متعرق (sweat-glands) کی تعصیب کرنے کے علاوہ وہ آنکھ سے متعلق بعض مخصوص وظائف رکھتے ہیں، یعنی عضلۂ مکرر (muscle of Muller) کو رسد پہنچانا، جو کہ محجر کی پشت پر وتدی فکی حفرہ کو عرضاً عبور کرتا اور آنکھ کو آگے کی طرف دھکیلتا ہے، اس عضلہ میں کے غیر مخطط ریشوں کو رسد پہنچانا جو بالائی پپوٹے کو اوپر کو اٹھاتا ہے اور پتلی کے عضلۂ موسعہ کو رسد پہنچانا ۔ ان وظائف میں ہم آہنگی پیدا کر دینے کا کام ایک مرکز انجام دیتا

جولب میں واقع ہے اور جس سے ریشے نکل کر نیچے کے طرف ایک اسفل مرکز کو جاتے ہیں (ہدبی نخاعی مرکز: cilio-spinal centre جو نخاع کے آٹھویں

شکل ۲۔ عنقی مشارکی کے عینی حدقی ریشوں کے مرکی تصویر (ڈبلیو۔ جی پوویس سٹواہٹ سے لی گئی ہے)۔

عنقی قلقہ میں ہے)۔

اس سے معلوم ہوگا کہ لب عنقی نخاع، دو بالائی صدری جڑوں یا عنقی مشارکی زنجیر کے کسی ضرر سے ان وظائف میں خلل واقع ہوسکتا ہے۔ یک جانبی عنقی مشارکی شلل کے سریری علامات حسب ذیل ہوتے ہیں: مقلہ، انشقاق جفن

(ptosis)' غوٗر العین (enophthalmos) پتلی کا سکڑ کر تنگ ہوجانا' اتساع عروق اور ماؤف جانب پر تعرق کا امتناع۔

دماغی نخاعی سیال

شبکیتی ضفیرہ کے خلیات' دماغی نخاعی سیال کا افراز' خون سے دماغ کے جانبی بطینوں کے اندر کرتے ہیں۔ وہاں سے یہ سیال سوراخہائے منرو (foramina of Monro)' بطین سوم اور مصیف سلفیوس (aqueduct of Sylvius) کی راہ سے بطین چہارم کے اندر جاتا ہے اور اسی طرح سوراخ مخچہئی کی راہ سے فضائے تحت العنکبوتیہ (subarachnoid space) کے اندر جہاں وہ سارے دماغ اور نخاع کو گھیرتا ہے۔ جب عروق مغذی دماغ اور نخاع کے جرم میں داخل ہوتے ہیں تو وہ اپنے آگے کے ام حنونہ کو منغمد کر دیتے ہیں' چنانچہ ان کے گرد وگرد عروقی فضائیں بن جاتی ہیں جو زیر عنکبوتی فضاء کے ساتھ مسلسل ہوتی ہیں اور جن کے اندر دماغی نخاعی سیال موجود ہوتا ہے۔ کچھ شہادت یہ ظاہر کرتی ہے کہ ان گرد عروقی فضاؤں میں کا سیال خون اور عصبی خلیات کے درمیان تبادلے کے واسطہ کا کام انجام دیتا ہے یعنی وہی کام جو کہ لمف جسم کی دوسری ساختوں میں انجام دیتا ہے' نیز یہ کہ عصبی تحول سے پیدا ہونے والے فضلات کی نکاسی اسی راستہ سے دماغی نخاعی سیال کے اندر ہوجاتی ہے۔ اسی واسطے قطنی کچوکے (lumbar puncture) سے حاصل کردہ سیال میں شبکیتی ضفیرے کے خالص افراز کے علاوہ یہ فضلات بھی موجود ہوں گے۔ جو ئے خون کے اندر اس سیال کے جذب ہونے کا راستہ غشائے عنکبوتی کے ان دقیق انعقادات کی راہ سے ہے جو دماغ کے وریدی جوفوں کی دیواروں کے اندر موجود ہوتے ہیں (عنکبوتی خملات۔ arachnoid villi) اور انجذاب کی شرح معمولاً افراز کی شرح سے متوازی ہوتی ہے۔

مرض کے نتیجے کے طور پر ممکن ہے بطینی نظام سے دماغی نخاعی سیال کا خارجی بہاؤ رک جائے' ایسی حالت میں اس کا وہ حصہ جو تسدد سے قریبی طرف واقع ہے متمدد ہوجاتا ہے۔ اس طرح جو اتساع واقع ہوتا ہے' دروں جمجمی دباؤ

کی بہت بڑی زیادتی کا موجب ہوتا ہے۔

محیطی اعصاب اور عصبی جڑوں کے اضرار

محیطی اعصاب میں سے ایک کا ضرر، عضلی کمزوری اور لاغری پیدا کرتا ہے۔ نیز احساس کا نقصان، جس میں احساس کی تمام قسمیں متاثر ہوتی ہیں۔ اور منعکوسی وظیفے کا نقصان۔ تصویروں کی مدد سے ان تغیرات کی توزیع کا مطالعہ کیا جا سکتا ہے۔ مقدم یا موخر عصبی جڑوں کے اضرار، علی الترتیب حرکی اور حسّی علامات پیدا کرتے ہیں، اور دونوں مثالوں میں منعکوسی وظیفے کا نقصان ہوتا ہے۔ مناسب تصاویر اور جدولوں کے ذریعہ ان کی توزیع کا مطالعہ بھی کیا جا سکتا ہے۔

نخاع کے اضرار

عرضی ضرر کے نتائج کا ظہور بالخصوص اس طرح ہوتا ہے کہ نخاع کی ایصالی قوت میں مداخلت ہو جاتی ہے۔ لیکن اگر یہ ضرر انتصاباً کچھ بھی وسیع ہو تو عصبی خلیوں پر اس کے اثرات پر بھی غور کرنا چاہیئے، مثلاً بالائی اور زیریں جیسے دونوں متاثر ہو جاتے ہیں۔ یہ نتائج اس لحاظ سے بھی مختلف ہوتے ہیں کہ ضرر دو جانبی ہے یا یک جانبی کیونکہ عمل تقاطع میں حرکی اور حسّی ریشوں کے درمیان فروق پائے جاتے ہیں۔

یک جانبی عرضی ضرر کے نتائج اس نقطۂ نظر سے کہ وہ ایصال کو متاثر کرتا ہے (علامیہ براؤن سیکارڈ)

اسی جانب پر کہ جس جانب ضرر ہے اور اسکے نیچے۔
- عضلات کا شلل۔
- حسّاسیت درد (hyperalgesia)-
- جوارح کی وضع کی، حرکات مجہول کی، جلد پر جو نکیں لگائی جائیں ان کی علیحدگی کی، اشیا کی جسامت شکل وزن اور قوام کی ادراک

ضرر کے مخالف جانب پر نیچے۔
- لمس، درد، حرارت اور برودت کی حسوں کا نقصان۔
- عضلی قوت اور تغذیہ، عضلی حس، منعکوسی فعل، اور تمنّش طبعی ہوتے ہیں۔

کے دو شاخہ (tuning fork)
کے ارتعاشات کی شناخت کا نقصان۔
وتری جھٹکے پہلے کم اور پھر زیادہ ہو جاتے ہیں۔
اخمصی معکوس باسط (plantar
reflex extensor) ہوتا ہے،
اور شکمی معکوسے غائب ہو گئے ہیں (بشرطیکہ
ضرر اتنا کافی بلند ہو کہ ان کو ماؤف کر دے)۔
وعاصر کی شلل اور ارتفاع تپش۔
حس لمس نیز درد، حرارت اور برودت کی
حس، اور تغذیہ عضلات اور ان کے
برقی تعاملات باقی رہتے ہیں۔

دو جانبی عرضی ضرر کے نتائج اس نقطۂ نظر سے کہ وہ ایصال کو متاثر کرتا ہے

ضرر کے لیول سے نیچے عدم حسیت۔
ضرر کے لیول سے نیچے تمام عضلات کا شلل۔ لاغری نہیں ہوتی۔ برقی تعاملات متغیر نہیں ہوتے۔ شکمی تعاملات غیر موجود ہوتے ہیں۔ وتری جھٹکے زیادہ ہو جاتے ہیں۔ اخمصی جبینیں باسط ہوتی ہیں۔
عاصری اقتدار کا نقصان۔

یہ علامات بعض حالات کے ساتھ حسب ذیل اختلاف ظاہر کرتی ہیں۔ **اگر ضرر کا آغاز حاد ہے** تو ابتداءً نخاعی صدمے کے زمانے میں، مشلول عضلات کا کامل ارتخا ہوتا ہے اور ساتھ ہی وتری جھٹکے اور اخمصی جبینیں زائل ہو جاتی ہیں۔ چند ہفتوں کے بعد، اگر ضرر نامکمل ہے تو مشلول جوارح بسط شدگی کی حالت میں تشنجی ہو جاتے ہیں، اور ساتھ ہی وتری جھٹکے زیادہ اور اخمصیات باسط ہو جاتے ہیں۔ اگر ضرر کامل ہے تو مشلول عضلات متشنجی رہتے ہیں، لیکن جوارح زیریں میں خم کن عضلات کے

غیر ارادی تشنج ہوتے ہیں جن کا نتیجہ تقبض ہو سکتا ہے۔ وتری جھٹکے عود کر آتے ہیں۔ اخمصی محیبیتں باسط ہوتی ہیں۔

ہر ایک اصابت میں ان علامات پر اُن علامات کا اضافہ ہو سکتا ہے جو مخصوص ماؤف فلقہ کے عصبی خلیات کی نقصان رسیدگی سے پیدا ہو جاتے ہیں نیز ان حرکی اور حسّی ریشوں کی نقصان رسیدگی سے جو اگلی اور پچھلی عصبی جڑوں کے ذریعہ اس کے ساتھ براہ راست ملحق ہوتے ہیں۔ یہ علامات قدرتی طور پر ضرر کے لیول کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں۔

بالائی عنقی خطے کا دوجانبی ضرر چاروں جوارح کا تشنجی شلل اور ساتھ ہی ماؤف لیول سے نیچے حسّی نقصان پیدا کر دے گا۔ اگلے قرن کے خلیوں کا مقامی اتلاف اس پر قفصی حلقی عضلات اور عضلات مربعہ منحرفہ کی لاغری اور کمزوری مستزاد کر دے گا۔ صرف وہی مریض زندہ رہتے ہیں جن میں اس لیول کا ضرر جزئی ہوتا ہے۔ کل ضرر ڈایافرام کا شلل پیدا کر دیتا ہے۔

عنقی کلائی کا ضرر ماؤف فلقہ سے رسد حاصل کرنے والے عضلات کی لاغری اور کمزوری پیدا کر دے گا، مثلاً پانچویں عنقی فلقہ کی حالت میں عضلات ذالیہ عضلات شوکیہ اور ذوراسین کی جب کہ ذوراسین کے وتری جھٹکے کا نقصان ہوگا (ملاحظہ ہو ڈایافرام صفحہ 594)۔ ضرر کے لیول سے نیچے تشنجی شلل اور حسّی نقصان ہوگا۔

مزید برآں، تمام اضرار جو پہلے صدری فلقہ سے اوپر ہوتے اور اس کو شمول رکھتے ہیں، عنقی مشارکی ریشوں کا شلل پیدا کریں گے، یا تو لب میں ان کے نیچے کی طرف کے ممر میں یا اس نقطہ پر جہاں وہ پہلی صدری جڑیں سے باہر نکلتے ہیں (ملاحظہ ہو تصویر ۹۸ صفحہ 608)۔

صدری خطّے کے اضرار فلقی امارات بہت کم پیدا کرتے ہیں۔ تاہم ممکن ہے کہ جس کرنے پر بعض اوقات اُن بین الاضلاع عضلات کی لاغری اور کمزوری معلوم ہو جن کو ماؤف فلقہ سے رسد پہنچی ہے۔ جب ضرر آٹھویں صدری فلقہ کے لیول سے نیچے ہوتا ہے تو شکمی عضلاتِ مستقیمہ کے بالائی نصف بچ جاتے ہیں۔

اسی واسطے بالائی شکمی معکوسات محفوظ رہتے ہیں۔ اور جب مریض اپنے سر کو اوپر اٹھانے کی کوشش کرتا ہے تو عضلاتِ مستقیمہ کے بالائی نصفوں کے بے روک عمل سے ناف اوپر کو کھنچ آتی ہے۔ پہلے کی طرح اب بھی ضرر کے لیول سے نیچے حسی نقصان اور شنجی خلل ہوگا۔

قطنی کلانی کے اضرار اُن کے لیولوں کے لحاظ سے حسبِ ذیل سرسری طور پر تقسیم کیے جا سکتے ہیں:-

تیسرے اور چوتھے قطنی فلقے:۔ کولھے کی خمیدگی باقی رہتی ہے۔ اس کے علاوہ جوارح زیرین مشلول ہو جاتے ہیں۔ البتہ الرؤس عضلات اور عضلات مقربہ کا ذبول۔ رکبی جھٹکوں کا نقصان۔ ٹخنے کے جھٹکے تیز اور انعصی تحبیتیں باسط ہوتی ہیں۔

پہلے اور دوسرے عجزی فلقے:۔ کولھے کی خمیدگی، ران کی تقریب، گھٹنے کی بسط شدگی اور پاؤں کی ظہری خمیدگی یہ سب باقی رہتے ہیں۔ پنڈلی کے عضلات اور پاؤں کے درونی عضلات کا ذبول۔ گھٹنے کی خمیدگی اور کولھے کی بسط شدگی تبعید اور بیرونی گردش میں کمزوری۔ رکبی جھٹکے موجود رہتے ہیں اور ٹخنے کے جھٹکے اور انعصی تحبیتیں غیر موجود۔

تیسرے اور چوتھے عجزی فلقے: بڑی آنت اور مثانہ کا خلل۔ سرینی محسوسہ غائب ہو جاتا ہے۔

صفحہ 599 پر جو قطعی حسی جدول ہے اس سے ہر اصابت میں حسی نقصان کی وسعت ظاہر ہوگی۔

609

ذنب الفرس (cauda equina) کے اضرار: جب یہ کامل ہوں تو یہ اوپر پہلی قطنی جڑوں سے لے کر نیچے تک تمام عصبی جڑوں کو خواہ وہ حرکی ہوں یا حسی، کاٹ کر سکتے ہیں، اور اس کا نتیجہ ان سے رسد پانے والے تمام عضلات کا شلل اور ذبول، حسی نقصان، اور تمام معکوسوں کا نقصان ہوتا ہے۔ قطنی کلانی کے ضرر اور ذنب الفرس کے ضرر کے درمیان تفریقی تشخیص نہایت مشکل ہو سکتی ہے۔ ایک حادضرر کی حالت میں نخاعی صدمہ کے دوران میں ممکن ہے کہ ان کے درمیان تفریق کا کوئی ذریعہ نہ ہو۔ ازاں بعد ہمہ گیر عضلی ذبول اور معکوسوں کا

مستقل نقصان ذنب الفرس کے ضرر کو تمیز کرنے میں مدد ہوتا ہے۔

نخاعی فلقوں کا تعلق عمود الفقرات کے شوکی زائدوں سے

نخاع نیچے پہلے قطنی فقرے کے زیریں کنارے کے لیول پر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ اس خط سے متناظر ہے جو پشت پر عرضاً پہلے قطنی شوک سے ذرا اوپر کھینچا جائے۔ عجزی فلقات نیچے اس خط کے اور اوپر بارھویں صدری شوک کے لیول کے درمیان واقع ہیں۔ قطنی فلقات اس نقطے کے اور اس افقی خط کے درمیان واقع ہیں جو دسویں صدری شوک کے ذرا اوپر ہوتا ہے۔

نسبتاً بلند تر فلقات کا تعلق شوکی زائدوں سے اس طرح بیان کیا جاسکتا ہے کہ متناظر عدد کے شوک سے اوپر کے کسی فلقے کا فاصلہ، زیریں چھ صدری فلقوں کے لیے سرسری طور پر چار فقروں کے عمق کے معادل ہوتا ہے۔ بالائی چھ صدری فلقوں کے لیے تین فقروں کے، زیریں عنقی فلقوں کے لئے دو فقروں کے، اور بالائی عنقی فلقوں کے لیے ایک فقرے کے۔

دماغ کے اضرار

حرکی قشرہ اور ہرمی خطے۔ قشرہ کے وہ رقبے جن کی برقی تہییج سے جسم کے مخالف جانب کے حرکات کی تحریک کی جاسکتی ہے، بشر آسا بوزنہ میں شیرنگٹن (Sherrington) اور لیٹن (Leyton) نے ترسیم کئے ہیں۔ انسانی قشرہ کی تہییج سے، اس وقت جب کہ اس کو عملیہ کے لیے منکشف کیا گیا ہے، مماثل نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ مرض کے نتیجے کے طور پر مماثل حرکات واقع ہو سکتی ہیں، اور بالعموم کم و بیش مقامی تشنج کی شکل اختیار کرتی ہیں، جس کو ماسکی صرع کہتے ہیں۔ مثالی حملے میں، جس کو اس کے دریافت کنندہ کے نام کی مناسبت سے جیکسونی کہا جاسکتا ہے، پہلے ایک خاص حصے کا (مثلاً انگوٹھے کا) رجعی جھٹکا ہوتا ہے؛ جو پاس کے حصوں میں بتدریج اسی ترتیب سے پھیل جاتا ہے کہ جس ترتیب سے پیش مرکزی تلفیف میں ان کی نمائندگی ہوتی ہے۔ چونکہ تشنج نے حصے کو متاثر

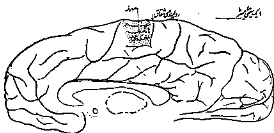
کرتے ہیں، وہ پرانے حصے میں موقوف ہوجاتے ہیں، چنانچہ ایک باقاعدہ ترتیب زمانی بار رفتار (march) پائی جاتی ہے۔ حملہ کی یہ قسم بالعموم نہایت ہی اوپری اضرار کے ہمراہ پائی جاتی ہے، مثلاً ایک سحائی سلعہ کے ہمراہ جوکہ قشرہ پر دباؤ ڈال رہا ہو۔ بعض مثالوں میں رجفی تشنجات ایک پور سے جارحہ کے عضلی نظام کو تقریباً ہمزمان طور پر متاثر کرتے ہیں۔ مقامی تمنشی تشنج بھی واقع ہوسکتا ہے اور بالعموم زیادہ عمیق الوقوع قشری یا تحت القشری اضرار کے ہمراہ واقع ہوتا ہے۔

جبہی قشرہ کے اس حصے کے اضرار جوکہ پیش مرکزی تزرید کے وجہی رقبہ سے آگے کو ہے، یہ نتیجہ پیدا کرتے ہیں کہ آنکھیں مخالف جانب کی طرف حرکت کرجاتی ہیں۔ اس سے ذرا اوپر کے رقبے کے اضرار سر اور آنکھوں کی مزدوج حرکت کا باعث ہوتے ہیں۔ آنکھوں کی حرکت ایسے اضرار کے ہمراہ بھی پائی جاتی ہے جوکہ قذالی لختہ کے مقدم حصہ میں واقع ہوتے ہیں لیکن اس حالت میں وہ استبصاری توہم کے ساتھ وابستہ ہوتی ہے۔

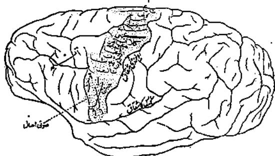
حرکی قشرہ کے آکلامی اضرار ان حصوں میں کہ جن کی وہ نمایندگی کرتا ہے، شلل واقع کرتے ہیں۔ تحت العرشی اضرار جوکہ ہرمی خطوں کو متاثر کرتے ہیں، کمزوری یا شلل پیدا کرتے ہیں، جو توزیع میں چہرہ، بازو یا ٹانگ تک محدود ہوسکتا ہے۔ ضرر جتنا زیادہ گہرا ہوگا، پورا ہرمی بنڈل متاثر ہونے کا اور فالج نصفی پیدا ہونے کا اتنا ہی زیادہ احتمال ہوگا۔

فالج نصفی میں جوکہ حاد ضرر سے پیدا ہو، پہلے پہل مخالف جانب کے جوارح کا رخو شلل واقع ہوتا ہے۔ تاہم وتری جھٹکے بالعموم ابتدا سے ہی بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ شکمی معکوسات مفقود ہوتے ہیں، اور اخمصی مجیبیت باسط ہوتی ہے۔ آنکھیں اور سر ضرر کے جانب کی سمت میں جھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ چہرہ متاثرہ جانب پر بے تنش ہوتا ہے، اور گال تنفس پر اندر اور باہر کو حرکت کرتے ہیں۔ تصویت کرنے پر نرم تالو ضرر کی جانب کو اوپر کو کھنچ جاتا ہے، اور زبان فالج نصفی جانب کو بروز کیے ہوئے ہوتی ہے۔ ضرر کی جانب کی سمت میں سر اور آنکھوں کا جھکاؤ سرعت کے ساتھ غائب ہوجاتا ہے۔ چہرے میں کسی قدر قوت لوٹ آتی ہے،

اور مشلول جوارح بتدریج تشنج زدہ ہوجاتے ہیں بالائی جارحہ شانہ پر مقرب



دائیں نیم کرہ کی بیرونی سطح



بائیں نیم کرہ کی بیرونی سطح

تصویر ۶۹۔ گوریلا (gurella) کا تحریک پذیر حرکی قشرہ جس کو لیٹن اور شرنگٹن نے برقی تہییج کے ذریعہ دریافت کیا ہے (۱۹۱۷)۔

کہنی پر خمیدہ اور کلائی پر خمیدہ اور مکبوب ہوجاتا ہے اور انگلیاں خمیدہ ہوجاتی ہیں۔ زیریں جارحہ بسط شدگی کی حالت اختیار کرلیتا ہے جس میں پاؤں اور انگلیوں کے

سر نیچے کو ہوتے ہیں، ساتھ ہی متاثرہ جانب وتری جھٹکے نہایت ہی شدید ہو جاتے ہیں اور رجفہ (clonus) حاصل ہو سکتا ہے۔

تصویر ۷۰۔ ایک افقی تراش دائیں ماغی نیم کرہ میں سے، جو کہ اندرونی کیسہ میں مختلف ڈوروں کی وضعیں ظاہر کرتی ہے (سر جیمز پرونیز سٹوارٹ)۔

حسی قشرہ اور حسی راستہ

۔ قشری اضرار جو کہ مرکزی تزرید میں اور اس سے ذرا پیچھے کے خطہ میں واقع ہوں، حسی نوعیت کے ماسکی صرعی حملے واقع کرتے ہیں۔ بالعموم ایسا حلاسن پن یا جھنجھناہٹ کے

احساس کی شکل اختیار کرتا ہے جو ایک حصہ (بالعموم ایک جارحہ) میں نمودار ہوتا ہے اور سرعت سے پھیل کر پاس کے حصوں کو متاثر کر دیتا ہے، اس طرح جس طرح کہ حرکی حملوں کی حالت میں۔ ممکن ہے کہ اس سے بے ہوشی ہو یا نہ ہو۔ بعض اوقات یہ احساس متاثرہ جارحہ میں حرکت ہونے کا احساس ہوتا ہے۔ ایسے ضرر کی حالت میں جو کہ نیم کرے کے فوقانی حاشیہ پر واقع ہو، ٹانگ سب سے پہلے متاثر ہوتی ہے جب ضرر اس سے پست تر لیول پر سلویائی شقاق کے قریب واقع ہو تو احساس چہرہ یا ہاتھ میں شروع ہوتا ہے۔

حسی قشرہ کے اطلاقی اضرار ذیل کی قسم کے علامات پیدا کر دیتے ہیں۔
وضعی حس کا نقصان۔ معروضات کی شکل، جسامت اور ساخت شناخت کرنے کی قوت کا نقصان (لمسی شکل ناشناسی = a stereognosis)- اور لمسی، حرارتی اور دردناک تہیج کے مختلف درجوں کی شدت کے درمیان امتیاز کرنے کی قوت کا نقصان۔ ایک تحت القشری ضرر، مماثل نوعیت کا حسی نقصان واقع کر دیتا ہے۔ یہ ضرر بصری عرشہ سے جس قدر زیادہ قریب ہوگا، جلدی حس پذیری کے اختلال کا درجہ اور وسعت اسی قدر زیادہ ہوگی۔ ایسا ضرر جو خود بصری عرشہ کے لیول پر ہی ہو، نصف فالجی توزیع کا درد پیدا کرتا ہے۔ یہ درد مسلسل ہوتا ہے، بسا اوقات شدید ہوتا ہے، اور ایک انوکھی سوزشی یا قارضی صفت رکھتا ہے۔ یہ جوارح میں سب سے زیادہ شدت کے ساتھ محسوس ہوتا ہے۔ اس کے ہمراہ کسی قدر حسی نقصان اسی قسم کا پایا جاتا ہے جو کہ اوپر بیان ہوا ہے، اور ساتھ ہی ہر ایسے تہیج کے لئے جو کہ شناخت ہو جائے ایک دردناک جوشیلا ردعمل پایا جاتا ہے۔ مثلاً اتنے درجے کی حرارت یا سردی جو طبعی جانب کے لئے قابل برداشت ہو، متاثرہ جانب کے لئے دردناک ہوتی ہے، بلکہ خط کھینچ کر تماس کرنے سے بھی مریض پیچھے ہٹ جاتا ہے۔

611

اندرونی کیسہ۔ یہاں حرکی، حسی، اور استبصاری راستوں کے ریشے قریبی طور پر مجتمع ہوتے ہیں۔ لہٰذا ایک چھوٹا سا ضرر بھی مکمل نصفی فالج پیدا کر دیتا ہے۔ اندرونی کیسہ کے مقدم حصے کا ضرر، چہرہ اور بازو کو اس سے

زیادہ متاثر کرتا ہے کہ جتنا ٹانگ کو، اور اس سے پیچھے کا ضرر زیریں جارحہ کو متاثر کرنے کا اور حسی اختلال واقع کرنے کا زیادہ رجحان رکھتا ہے۔ اور بھی پیچھے کا ضرر حسی نقصان اور نیم بصری واقع کرتا ہے جس کے ہمراہ بہت کم کمزوری پائی جاتی ہے یا بالکل نہیں پائی جاتی۔ اندرونی کیسہ کے اضرار بسا اوقات اتنے بڑے ہوتے ہیں کہ فالج نصفی حسی نقصان اور نیم بصری بیک وقت پیدا کر دیتے ہیں۔

612

شمی آلہ۔ ایک شمی بصلہ کا ضرر بالعموم کوئی موضوعی علامت نہیں پیدا کرتا، شامہ کا نقصان صرف امتحان کرنے پر دریافت ہوتا ہے۔ لیکن ایک، دو جانبی ضرر بو میں یا مزے شناخت کرنے یا تمیز کرنے کی قوت کا نقصان واقع کرتا ہے۔ لہٰذا مریض چکھنے اور سونگھنے دونوں طرح کی قوت کے نقصان کی شکایت کرتا ہے۔

دونوں میں سے کسی جانب کی ہک نما تزرید کا ضرر صرعی حملوں کا باعث ہو سکتا ہے جو کہ ایک ناگوار مزہ یا بو سے شروع ہوتے ہیں۔ موضوعی تجربہ ناگہانی اور ایک لمحہ کے لیے ہوتا ہے اور ممکن ہے بڑھ کر لے بے ہوشی کا موجب ہو جائے۔

استبصاری آلہ۔ ایک بصری عصب کا ضرر اس آنکھ میں ناقص بصارت یا اندھے پن کا موجب ہوتا ہے۔ بصری تصالب، خیطوں اور اشعاعات کے، اور قذالی قشرہ کے اضرار کے اثرات، صرف تصویرات کے ذریعہ ٹھیک طور پر سمجھ میں آ سکتے ہیں۔

تصالب کا ایک ضرر، اگر مرکزی طور پر واقع ہو، تو وہ ہر شبکیہ کے انفی نصف سے آنے والے ریشوں کو نقصان پہنچاتا ہے، لہٰذا ایک دو صدغی نیم بصری واقع ہوتی ہے مگر ایسا ضرر ذرا ایک طرف کو وسعت پذیر ہو، تو یہ اس طرف کی آنکھ میں اندھا پن اور دوسری آنکھ میں صدغی میدان کا نقصان واقع کرتا ہے۔ تصالب میں ریشوں کا مکمل وقوع ایسا ہے کہ سب سے نیچے کے ریشے وہ ہوتے ہیں جو کہ استبصاری میدانوں کے سب سے بالائی حصوں کی نمائندگی کرتے ہیں، اور سب سے اوپر کے وہ جو اس کے برعکس نمائندگی کرتے ہیں۔ لہٰذا ایک ایسے ضرر کی حالت میں جو کہ تصالب کو نیچے سے دبا رہا ہو، بالائی صدغی رُبعات

سب سے پہلے متاثر ہوں گے۔ تصالب کے پیچھے، بصری خطے یا اشعاع کا یا قذالی تشرہ کا ضرر دوسری طرف کے تناظر نصف میدانوں میں بصارت کا نقصان واقع کرتا ہے یعنی دائیں طرف کا ضرر، بائیں طرف کی ہم آئین نیم بصری پیدا کرتا ہے، اور بائیں طرف کا ضرر دائیں طرف کی۔

اگر ضرر بصری خطے میں ہو تو روشنی کی ایسی شعاع جو پتلی میں اندھے نصف میدان سے ڈالی جائے، پتلیوں کا کوئی انقباض نہیں پیدا کرتی (ورنک Wernicke: کا نیم بصری حدقی تفاعل)

لیکن اب تک ایسا کوئی طریقہ ایجاد نہیں کیا گیا کہ جس سے یہ کارروائی آسانی اور موثر طور پر انجام دی جا سکے۔ ایسا ضرر جو اولی استبصاری مراکز سے اوپر واقع ہو، لازماً، حدقی نوری منعکسہ پر کوئی اثر نہیں ڈالے گا۔ بصری اشعاع پیچھے کو ایک پنکھے نما امر اختیار کر کے قذالی لختے تک چلا جاتا ہے، لیکن پہلے ذرا نیچے کو اور سامنے کو صدغی لختے کے پچھلے سرے میں ڈوبتا ہے۔ اس میں ایک تحتانی اور فوقانی بنڈل ہوتا ہے، چنانچہ اول الذکر مخالف طرف کے استبصاری میدان کے فوقانی اور آخر الذکر تحتانی ربع کے ساتھ

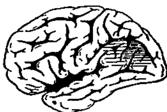
تصویر ۱۴۔ استبصاری ریشوں کا مرور تعلقات ظاہر کرنے کے لئے (ونگ کی تقلید میں)۔

تناظر ہوتا ہے۔ قذالی لختے میں استبصاری تشرہ، مہازی شقاق کو محصور کرتا ہے، اور بظاہر اس طرح مرتب ہوتا ہے کہ میدان کے مرکزی حصہ کی نمائندگی قذالی قطب کی پچھلی نوک کے خلیات کرتے ہیں اور لختے سے لے کر محیط تک شبکیہ کے سلسلہ وار ہم مرکز منطقوں کی نمائندگی

اسی ترتیب سے پیچھے سے سامنے کو ہوتی ہے۔ لہٰذا دونوں قذالی لختوں کی پچھلی نوکوں کا ضرر (مثلاً تضرر سے) دوجانبی مرکزی اندھاپن پیدا کر دیتا ہے۔ ایک ہی قذالی لختہ کا وسیع ضرر لازماً ہم آئین نیم بصری پیدا کر دے گا۔ قذالی قشرہ کے اضرار صرعی حملے بھی پیدا کر سکتے ہیں جو کہ مخالف جانب کے نصف میدان میں توہم کے ساتھ شروع ہوتے ہیں۔ یہ توہم ایک بے ڈھب شکل اختیار کر سکتا ہے (رنگین کرے یا چمکارے)۔ یہ ناگہانی اور ایک لمحہ کے لئے ہوتا ہے اور اس کے بعد بے ہوشی ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔ استعماری توہمات صدغی لختہ کے اضرار کے ہمراہ بھی واقع ہو سکتے ہیں، اور اکثر ان کے ہمراہ ایک شمی (ہک نما =uncinate) نسمہ بھی پایا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں توہم پیچیدہ قسم کا ہوتا ہے (جگہوں یا اشخاص کی رویت)۔ بعض اوقات یہ مخالف جانب کے نصف میدان کی طرف منسوب کی جاتی ہے، بعض اوقات یہ عام توزیع رکھتی ہے۔

حبسہ یا فساد الافعال (apraxia) پیدا کرنے والے اضرار

نطق کے اختلالات کا تجزیہ فعلیات یا نفسیات کے نقطۂ نگاہ سے کرنے کی بہت کوششیں کی گئی ہیں اور خاص طور پر ہیڈ (Head) کی تحقیقات



تصویر ۲۰۔ لفظ کوری پیدا کرنے والے ضرر کا محل وقوع۔ (شارکو =Charcot بوشارڈ =Bouchard اور بریساڈ =Brissaud کی تقلید میں)۔

نے ہمیں مسئلے کے اس پہلو کو سمجھنے میں بہت مدد دی ہے۔ تاہم طالب علم طب کے لئے مرضی تشریح کے خاص حقایق سے، جو مشاہدہ کردہ سریری اختلال کی قسم کے ساتھ تا بحد امکان مطابق کر لیے گئے ہوں، ایک مشکل مضمون کی محفوظ ترین تمہید حاصل ہوتی ہے۔ ایمن اشخاص میں نطق کے مراکز دماغ کے بائیں نصف میں، اور ایسر اشخاص میں دماغ کے دائیں نصف میں واقع ہوتے ہیں۔ وہ ریشے جو استبصاری اشارات (الفاظ، تصاویر، اشیاء) کے تاثرات منتقل کرتے ہیں، قذالی قشرہ کے قرب و جوار میں زاویہ وار تلفیف کے قریب اختتام پذیر ہوتے ہیں؛ اس نقطہ پر کا کوئی ضرر، جو کافی چھوٹا ہو، لفظ کوری (word-blindness)



تصویر ۲۸، پہلی بائیں صدغی تلفیف میں ضرر کا محل وقوع، جس سے لفظی صمم پیدا ہو جاتا ہے۔ (شارکو، پوسشارڈ اور برساڈ کی تعلیقیں)۔

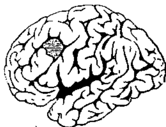
پیدا کر سکتا ہے (تصویر ۲۷)۔ استماع سمعی کے ریشے جو سمعی اشارات (الفاظ، نغمے) منتقل کرتے ہیں، فوقانی صدغی تلفیف کے پچھلے حصہ میں ختم ہو جاتے ہیں، اور اس مقام کا ضرر لفظی صمم (word-deafness) پیدا کر دے گا (تصویر ۲۸)۔

ایسے دقیق اضرار نہایت شاذ ہی واقع ہوتے ہیں، عموماً ان دونوں رقبوں کے درمیان کا وسطی خطہ ماؤف ہوا کرتا ہے، اور اس حالت میں 614 ان تمام ابتلائی تعاملات کا کم یا زیادہ درجے تک نقصان ہوتا ہے جو نطقی اور سمعی

اور استبصاری اشارات کے حافظے سے متعلق ہوتے ہیں ۔ اسی واسطے اگر اس رقبے میں زیادہ وسیع پھیلا ہوا ضرر واقع ہو جائے تو اس سے انسان کا درجہ گھٹ کر ایک ذہین حیوان کے لیول سے کسی قدر نیچے ہی آجاتا ہے ۔ کیونکہ انسان کی حالت یہ ہو گئی ہے کہ ذہین زندگی کے بسر کرنے کے لئے اب اُسے تقریباً بالکل لفظی اشارات



تصویر ۴ ۔ حبر کی حبسکی حالت میں ضرر کا محل وقوع ۔ ج ۔ ا ۔ صاعد جبہی تلفیف جب تیسری جبہی تلفیف ۔ جد ۔ صاعد جداری تلفیف ۔ (شارکو، بوشارڈ اور برِساڈ کی تقلید میں) ۔



تصویر ۵ ۔ ناکاتبی کی حالت میں ضرر کا محل وقوع ۔ (شارکو، بوشارڈ اور برِساڈ کی تقلید میں) ۔

کے استعمال کا محتاج ہونا پڑتا ہے۔ اگر ضرر نسبتۃً چھوٹا ہے تو عقل کی کمی نسبتۃً کمتر درجہ کی ہوگی اور اس کے ساتھ ہی اگر ضرر صدغی لخت کے نواح میں واقع ہے تو بولے ہوئے الفاظ کو بھول جانے اور ان کے مفہوم کو نہ سمجھنے کا رجحان ہوگا اور اگر ضرر استبصاری مرکز سے قریب تر ہے تو مریض لکھے ہوئے الفاظ کو کامل طور پر نہ سمجھ سکیگا۔ یہ حسی حبسہ (sensory aphasia) کی قسمیں ہیں۔ حسی حبسہ میں نقص سمجھ تک محدود نہیں ہوتا۔ مریض اگرچہ گفتگو اور تحریر میں الفاظ پیدا کر سکتا ہے اس کو صحیح الفاظ دریافت کرنے اور ان کو صحیح طور پر مرتب کرنے میں دقت ہوتی ہے لہٰذا اس کی گفتگو اور تحریر سمجھ میں نہیں آسکتی۔

رقبۂ بروکا (Broca's area) یعنی تحتانی جبہی تلفیف کے پچھلے حصے کے ضرر سے وہ چیز پیدا ہوجاتی ہے جسے خالص حرکی حبسہ (motor aphasia) کہتے ہیں (تصویر ۴۷)۔ اس میں سمعی یا استبصاری اشارات کی سمجھ کا فقدان یا عقل کی کمی نہیں ہوتی، پیدائش نطق سے تعلق رکھنے والے عضلات میں سے کسی عضلہ کا شلل اس وقت نہیں ہوتا جب کہ وہ دوسرے اغراض کے لیے کام میں لائے جاتے ہوں (مثلاً زبان کھانے کے لیے) لیکن ان عضلات کو نطق کے خاص کام کے لیے استعمال کرنے کی قابلیت جاتی رہتی ہے۔ تمثیلی طور پر حرکی حبسہ والا شخص یہ جانتا ہے کہ وہ کیا کہنا چاہتا ہے مگر اسے کہہ نہیں سکتا۔

615

حرکی حبسہ کے ساتھ عموماً ناکاتبی (agraphia) موجود ہوتی ہے، یعنی مریض اس کے ساتھ ہی اپنے خیالات کا اظہار تحریر میں نہیں کرسکتا اور بعض شاذ مثالوں میں ناکاتبی کی موجودگی حبسہ سے علٰحدہ درج کی گئی ہے جب کہ وہ دوسری جبہی تلفیف کے اضرار کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔

حبسہ کے تعلق میں حرکی فسادالافعال (motor apraxia) پر بھی غور کیا جاسکتا ہے۔ یہ ایک ایسی حالت ہے جس میں قوت، حس پذیری یا ہم آہنگی کے نقصان کے بغیر بعض غائی حرکات (جیسے کہ دانتوں میں برش یا مسواک کرنا، یا سلائی جلانا) کو انجام دینے کی قابلیت جاتی رہتی ہے۔ یہ مظہر بالائی بائیں جبہی تلفیف کے، بائیں جداری لخت کے بالائی حصہ کے، اور جسم ثفنی کے اضرار کے بعد مشاہدہ میں آیا ہے، اور حرکی حبسہ اور ناکاتبی سے قریبی طور پر

متماثل ہے، جنھیں شاید فساد الافعال کی خاص قسمیں سمجھا جا سکتا ہے۔

جبہی لختہ ۔ یہ پہلے بتایا جا چکا ہے کہ جبہی قشرہ کے پچھلے حصے میں ایسے مراکز واقع ہیں کہ جن سے سر اور آنکھیں مخالف جانب گردش کرجاتی ہیں۔ لہٰذا ایک قشری ضرر ایسے صرعی حملے پیدا کر سکتا ہے جن کی امتیازی خصوصیت قسری مزدوج انحراف ہے۔ بائیں طرف ایک ایسا ضرر جو بہت پیچھے اور نیچے واقع ہو، حبسہ پیدا کر سکتا ہے۔ جبہی لختہ کے بالائی اور پچھلے حصّے کے اضرار میں ایک مخصوص علامت دیکھنے میں آتی ہے جس کو جبری گرفت (forced grasping) یا تشنجی تعصیب کہتے ہیں۔ جب مریض کو مٹھی بند کرنے کو یا کسی چیز کو زور سے پکڑ رکھنے کو کہا جاتا ہے تو پھر وہ کچھ دیر کے لیے اپنی مٹھی نہیں کھول سکتا۔ اس ناقابلیت کی وجہ تعصیب کردہ عضلات کا انقباض جاری رہنا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ علامت (گو یہ شاذ ہی پائی جاتی ہے) تعیّن تعامیت کے لئے ہمیشہ مفید ہوتی ہے۔ اس کی تلاش کرتے وقت اس امر کا اطمینان کر لینا ضروری ہے کہ کہنے پر مریض کا مٹھی کھول نہ سکنا، محض گھبراہٹ کی وجہ سے نہیں ہے۔

جبہی خطہ کے بقیہ حصّے نسبتہً خاموش ہوتے ہیں، بالفاظ دیگر ان کو متاثر کرنے والے اضرار کوئی ممیز علامت پیدا نہیں کرتے۔

جداری لختہ ۔ بائیں طرف، جیسا کہ ہم دیکھ چکے ہیں، جداری لختہ نطق سے تعلق رکھتا ہے، اور دونوں طرف اس میں قشرہ میں حسی راہوں کا اختتام ہوتا ہے۔ اس کے زیرین حصہ میں سے بصری اشعاع گزرتا ہے۔ لہٰذا جداری لختہ کے ضرر سے جن علامات کے پیدا ہونے کا امکان ہے وہ یہ ہیں: حسی اختلال، مخالف جانب کے استبصاری میدان میں ہم آئین نقص، اور بائیں طرف حبسہ۔ تاہم جداری لختہ کا موخر فوقانی حصہ نسبتہً خاموش ہوتا ہے۔

صدغی لختہ ۔ بالائی تلفیف میں سماعت کا مرکز موجود ہوتا ہے، لیکن اس کے متلف اضرار سے بہرا پن نہیں پیدا ہوتا کیونکہ ہر جانب کا زیرین سمعی مرکز دماغ کی دونوں جانبوں کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ بائیں طرف کا ضرر نطقی رتجے میں مداخلت کر سکتا ہے، اور خاص طور پر اشیا کا نام بتانے میں دقت پیدا کرتا ہے۔

بک نما صرعی حملے کا شتمی مظہر اس سے پیشتر بیان کیا جا چکا ہے اور یہ واقعہ بھی بیان کیا جا چکا ہے کہ بصری اشعاع اپنے ممر کے ایک حصہ میں صدغی لختہ کے پچھلے حصے میں سے گزرتا ہے، چنانچہ ہم آئین میدانی نقائص صدغی لختوں کے اضرار کی علاقیات میں حصہ لے سکتے ہیں۔ اس کے باوجود صدغی لختے کے درمیانی حصہ کا متقدیہ ضرر، خاص کر دائیں جانب کا، خاموش ہو سکتا ہے۔

قذالی لختے۔ قذالی لختہ کے اضرار استبصاری علامات پیدا کرتے ہیں، جن کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔

خاموش رقبے۔ دماغ میں بہت سے ایسے حصے ہیں کہ جو حرض سے تلف ہو جانے یا نقصان رسیدہ ہو جانے کے باوجود کوئی ایسی علامت پیدا نہیں کرتے جو تعیین مقام کے لئے اہمیت رکھتی ہو۔ حقیقت میں بعض اصابتوں میں یہ دیکھ کر تعجب ہوتا ہے کہ دماغ کا بہت بڑا حصہ بے فعل ہونے کے باوجود کوئی علامت پیدا نہیں کرتا۔

تقشری اضرار، جو مذکورہ بالا تخصیص یافتہ حصہ کے سوا کسی دوسری جگہ واقع ہوں صغیر یا کبیر عمومی نوعیت کے صرعی حملے واقع کرتے ہیں۔ سپیدادہ کا کوئی وسیع ضرر بلند ترین وظیفوں کا تنزل پیدا کرنے کا امکان رکھتا ہے، مثلاً حافظہ کا کمزور ہو جانا خاص طور پر حالیہ واقعات کے لیے، اور کردار اور طبیعت میں بگاڑ پیدا ہو جانا۔ ان علامات کی پیدائش میں، تلف شدہ دماغی جرم کی مقدار اس کے محل وقوع کی بہ نسبت زیادہ اہم نظر آتی ہے۔

قاعدی عقدات۔ قاعدی عقدات کے اضرار کے ہمراہ زیادہ تر حرکی اختلالات مثلاً کرختگی اور غیر ارادی حرکات پائے جاتے ہیں۔ جسم مخطط، بالخصوص عدسی نواتوں کا مرض، علامات کا ایک گروہ پیدا کرتا ہے جن کو شروع میں پارکنسن (Parkinson) نے شلل اہتزازی (paralysis agitans) میں بیان کیا تھا، لہٰذا اس کو بسا اوقات پارکنسنی (Parkinsonian) کہا جاتا ہے۔ چہرہ، دھڑ اور جوارح کی کرختگی پائی جاتی ہے جو ہرمی خطوں کے مرض میں دیکھی جانے والی کرختگی سے مختلف صفت کی ہوتی ہے۔ عضلات مجہول حرکت

کے سامنے بتدریج ڈھیلے پڑ جاتے ہیں (سیسہ کی نلی کی سی کرختگی) یا چھوٹے چھوٹے جھٹکوں کے ساتھ ڈھیلے پڑ جاتے ہیں (دندانے دار پہیہ نما کرختگی)۔ کرختگی کے علاوہ، حرکت سست ہوتی ہے، اور غیر ارادی حرکات پائی جاتی ہیں جو باقاعدہ لے دار رعشہ کی شکل اختیار کرتی ہیں، جو جوارح میں اعظم ہوتا ہے۔ علامات کا یہی گروہ جرم اسود کے اضرار سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

تحت العرشی نواۃ یا لائز (Luys) کے نواۃ کا ضرر جسم کے مخالف جانب کی، جس میں چہرہ، دھڑ اور جوارح شامل ہوتے ہیں، غیر ارادی حرکات کا موجب ہوتا ہے، جو زفنی الشکل کی قسم کی ہوتی ہیں۔ یہ عضلات کے مختلف گروہوں میں جھٹکے دار بے غایت انقباضات ہوتے ہیں جن میں کوئی باقاعدہ نظام یا ترتیب زمانی نہیں ہوتی۔

غیر ارادی حرکت کی دوسری قسمیں جن کو قاعدی عقدات کے مرض کی طرف اتنے یقین کے ساتھ منسوب نہیں کیا جا سکتا، وہ ہیں جو کنع (athetosis) اور تشنج تلوی (torsion spasm) میں پائی جاتی ہیں۔ اول الذکر حالت میں سست، بل کھانے کی حرکات ہوتی ہیں، جو چہرہ اور جوارح میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہیں۔ ان کے ہمراہ بالعموم بری قسم اور توزیع والی کسی قدر کرختگی پائی جاتی ہے۔ تشنج تلوی میں حرکات سست اور کلی (massive) ہوتی ہیں اور دھڑ اور جوارح کو باقاعدہ ترتیب زمانی کے ساتھ متاثر کرتی ہیں، جس سے تمام جسم میں نہایت ہی تند مروڑ پڑ جاتے ہیں۔

حسی اختلالات جو بصری عرشہ کے یا اس کے پاس کے ضرر سے پیدا ہوتے ہیں، پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ اس جگہ کے اضرار کے ہمراہ اکثر زفنی الشکل یا کنع قسم کی حرکات پائی جاتی ہیں۔

تحت العرشہ۔ اس تشریحی اصطلاح میں وہ ساختیں شامل ہیں جو عرشۂ بصری کے بطنی جانب کو یعنی اس کے اور جسم تنجامی کے درمیان واقع ہیں اور جو بطین سوم کے فرش، قمع اور درنۂ رمادی پر مشتمل ہیں۔ جانوروں پر تجربات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ اس مقام کے اضرار کثرت بول، فربہی اور

امراضیاتی غنودگی پیدا کر سکتے ہیں، اور اس رقبہ کو ماؤف کرنے والے سلعات کی حالت میں بھی ایسے ہی اثرات دیکھے جاتے ہیں۔

اجسام رباعیہ توأمیہ ۔ ان اجسام کے ضرر سے دوران سفر چال کی ناہم آہنگی (دمیغی قسم کی)، اور دوہرا فالج العین پیدا ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر نوواتی قسم کا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ابتداءً استرخاء الجفن اور آنکھوں کی اوپر والی حرکات کے تشنّج تک محدود رہے جس کے ساتھ انقباض الحدقہ اور پتلیوں کی عدم فعالیت بھی ہو سکتی ہے۔ تحتانی اجسام رباعیہ توأمیہ کی ماؤفیت سے صمم بھی ہو سکتا ہے۔

ساقِ دماغ ۔ مخالف جانب پر جوارح کا تشنّج اور اسی جانب پر تیسرے بھی (چشمی حرکی) عصب کا تشنّج، ساقِ دماغ کے اندرونی اور پچھلے حصّے کے ضرر کے لیے ممیز علامات ہیں۔ اسے علامیۂ ویبر (Syndrome of Weber) کا نام دیا گیا ہے۔ مخالف جانب کے جوارح کا رعشہ اور اسی جانب کا چشمی حرکی کا تشنّج (یا علامیۂ بینی ڈکٹ ۔ Benedikt's syndrome) بھی ساقِ دماغ کے ضرر کے باعث ہوتا ہے۔ گارڈن ہومز (Gordon Holmes) نوٹ کرتا ہے کہ **وسطیانی دماغ** (جس میں اجسام رباعیہ توأمیہ اور ساقِ دماغ کے ساتھ جرم اسود اور نواتۂ احمر شامل ہیں) کے اضرار کے ساتھ جوارح کے واضح لیکن سست رعشے پائے جاتے ہیں۔

جسر فارولی (pons Varolii)۔ دماغ کے اس حصے میں ہرمی خطے، اور پانچویں، چھٹے، اور ساتویں اعصاب کے نوات شامل ہوتے ہیں۔ چونکہ یہ دو خطے خط وسطی کے قریب ہوتے ہیں، لہذا بڑے مرکزی اضرار چاروں جوارح کا تشنّج پیدا کر سکتے ہیں۔ بالائی حصے میں یک جانبی ضرر ہو تو اس سے جسم کی مخالف جانب پر معمولی قسم کا نصفی فالج پیدا ہو جاتا ہے لیکن زیریں حصّے کا ضرر، اگرچہ بازو اور ٹانگوں کے انھیں ہرمی ریشوں کو ماؤف کرتا ہے تاہم مخالف جانب کو جانے والے وجہی ریشوں کے پیچھے واقع ہوتا ہے اور خود اپنی جانب کے عصب وجہی کی جڑوں کو تلف کر دیتا ہے۔ اس سے

نصفی فالج کی وہ قسم پیدا ہو جاتی ہے جس کو تقاطع کردہ فالج النصفی (crossed hemiplegia) کہتے ہیں، یعنی چہرہ تو ضرر کی جانب مشلول ہوتا ہے، لیکن بازو اور ٹانگیں مخالف جانب کے۔ ایک ایسا ضرر جو ایک جانب پر عصب ششم کے نواتہ کو ماؤف کر دے نہ صرف اس جانب پر خارجی مستقیمہ کا شلل پیدا کر دے گا، بلکہ مخالف جانب کی آنکھ کے داخلی مستقیمہ کا شلل بھی اس وقت جب کہ دونوں آنکھیں ضرر کی جانب مزدوج انحراف کی کوشش کرتی ہیں۔

لُبّ۔ اس جگہ کسی وسیع مرض کی حالت میں زندگی قائم رہنا ایک ناممکن امر ہے، کیونکہ حیوی مراکز ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ایک یک جانبی ضرر جسم کی اسی جانب پر زبان اور تالو کی کمزوری اور مخالف جانب پر حرکی اور حسی نقصان پیدا کر دے گا۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ہی دمیغی خطوں کی ماؤفیت کے باعث ضرر کی جانب پر حرکی ناہم آہنگی اور عنقی مشارکی مرکز کی ماؤفیت کے باعث اسی جانب پر انقباض حدقہ اور غور العین بھی موجود ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 606)۔

دمیغ۔ دمیغ میں آنے والے خاص درآرندہ راستے یہ ہیں: ظہری اور بطنی نخاعی دمیغی خطے، جو عضلات اور مفاصل سے صدمات منتقل کرتے ہیں۔ دہلیزی نواتوں سے آنے والے ریشے جو تیہات (labyrinths) سے صدمات منتقل کرتے ہیں۔ اور ہر نصف کرہ سے آنے والے بہت سے ریشے، جو وسط دماغ کے تناظر جانب میں ہرمی ریشوں کے ایک طرف اترتے (دماغی جسری اور صدغی جسری خطے) اور جسری نواتوں میں ختم ہوتے ہیں، اور وہاں سے مخالف جانب کے دمیغی لختہ کے قشرہ سے تعلق قائم کرتے ہیں۔ دمیغ کے ہر لختہ سے خاص برآرندہ راستہ وہ ہے جو کہ فوقانی دمیغی ساقچہ میں سے گزرتا ہے، جو وسطی خط کو عبور کرتا ہوا مخالف جانب کے نواۃ احمر میں ختم ہوتا ہے۔ نواۃ احمر سے سرخ نواتی نخاعی خطے نکلتے ہیں، جو اپنے منبع سے نکلنے کے ذرا بعد تقاطع کرتے ہیں، اور نخاع کے مقدم قرنی خلیات

سے تعلق قایم کر کے ختم ہوتے ہیں۔ لہذا برآرندہ طرف، دماغ کا ہر جانبی لختہ اس دُہرے تقاطع کے ذریعے، جسم کے اُسی طرف کے حرکی عصبات کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ یہ اپنی ہی جانب کے عضلات سے، اور مخالف جانب کے نیم کرے سے صدمات وصول کرتا ہے۔ وہ صدمات جو کہ تیہات سے ماخوذ ہوتے ہیں، زیادہ تر وسطی دماغی لختہ کے لیے مقرر ہوتے ہیں۔

انسان میں دماغ کے اضرار، ارادی حرکات کی ناہم آہنگی، وضع اور چال کے اختلالات، اور رقص المتقلہ پیدا کرتے ہیں۔ ایک جانبی لختہ کے ضرر کی سب سے زیادہ اہم علامت، اسی طرف کے جوارح کی ناہم آہنگی ہے۔ اگرچہ طاقت کا یا حرکت شروع کرنے کی قابلیت کا کوئی نقصان نہیں پایا جاتا، تاہم مختلف عضلی گروہوں کا باہم مل کر کام کرنا (تعاون =synergy) ناقص ہوتا ہے۔ اس کے نتیجے کے طور پر ارادی حرکتوں کی ابتدا، ترقی اور اختتام میں اختلال پایا جاتا ہے، خاص طور پر ان حرکتوں میں کہ جن میں بہت سے عضلات متاثر ہوتے ہیں، یا جن میں متخالف عضلات میں سریع تبادل کی ضرورت ہوتی ہے۔ وظیفہ کا اختلال، بالائی جارحہ میں، زیریں کی بہ نسبت زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ جب مریض کو یہ کہا جاتا ہے کہ وہ اپنی ناک اپنی انگشت شہادت کی نوک سے چھوئے، پھر مشاہد کی انگلی کو چھوئے، اور اس تبادل کو حتی الامکان سرعت سے جاری رکھے تو وہ حرکت کے خط سے ایک ٹیڑھا میڑھا انحراف ظاہر کرتا ہے، خاص طور پر جب کہ انگلی نشانہ کے قریب پہنچتی ہے، اور نشانے سے پیچھے رہ جانے یا آگے بڑھ جانے کا رجحان پایا جاتا ہے۔ جوارح اس جانب کہ جس جانب ضرر ہوتا ہے، بسا اوقات زیر تنشی ہوتے ہیں۔ قذال، جیسا کہ تیہی اضرار میں ہوتا ہے، شانہ پر اسی جانب گرنے کا رجحان رکھتا ہے کہ جس جانب ضرر ہوتا ہے، اور چلنے میں مریض اسی جانب انحراف کرتا یا لڑکھڑاتا ہے۔ آنکھوں کے ڈھیلے، وسطی خط کے دوسری طرف پھر جانے کا رجحان رکھتے ہیں، چنانچہ اس وقت جب کہ مریض کو ضرر کی جانب کو دیکھنے کو کہا جاتا ہے رقص المتقلہ حاصل ہوتا ہے۔

ان اضرار میں جو کہ دمیغ کے وسطی لخت تک ہوتے ہیں، ممکن ہے متذکرہ بالا تمام علامات مفقود ہوں۔ نمایاں سریری خصوصیت ایک لڑکھڑاتی ہوئی چال ہے جس میں ایک طرف یا دوسری طرف انحراف کرنے یا چکر لینے کا کوئی خاص رجحان نہیں پایا جاتا۔

عصبی نظام کا سریری امتحان

عصبی نظام کے امتحان کے لئے سہولت بخش طریقہ یہ ہے کہ ایک باقاعدہ اسکیم کی پابندی کیجائے جس سے شاہد مرضی حالت پر ایک سریع اور اجمالی نظر ڈال سکتا ہے۔ اس طرح کی اجمالی نظر کے دوران میں بعض امور ایسے بھی معلوم ہوں گے جن سے خاص خاص وظائف کے زیادہ تفصیلی امتحان کی ضرورت ظاہر ہوگی۔ ایسے امتحان کے طریقے مناسب عنوانوں کے تحت متن میں بیان کئے جائیں گے۔ مندرجۂ ذیل اسکیم کو دستور العملی امتحان کے لیے ایک عملی رہنما قرار دیا جاتا ہے۔ خطِ خفی میں جو نکات ظاہر کئے گئے ہیں وہ ضروری قرار نہیں دیئے جاتے الا یہ کہ ان کے استعمال کے لئے خاص دواعی موجود ہوں۔

618

عصبی نظام کے دستور العملی امتحان کے لیے اسکیم

۱۔ دماغی وظیفہ۔
فہم و فراست
مزاج
گویائی
۲۔ مخصوص حواس۔
(الف) بینائی
تیزی

میدان نظر
قعر العین
(ب) سماعت
(ج) شامہ
(د) ذائقہ
۳۔ جمجی اعصاب۔
۴۔ حسی وظائف۔
نرم روئی کی حس پذیری
الپن چبھونے کی حس پذیری
تپش کی حس پذیری
حس وضع
ارتعاش کی حس پذیری
لمسی شکل شناسی
۵۔ حرکی نظام۔
غیر ارادی حرکات
ذبول یا بیش پرورش
تنش
طاقت
ہم آہنگی
برقی تعاملات
۶۔ مسکوسات۔
۷۔ عضلات عاصرہ پر اقتدار (مجری البولی اور مبرزی)۔
۸۔ پرورشی تغیرات۔
۹۔ وضع اور چال۔
۱۰۔ دماغی نخاعی سیال۔

۱۔ دماغی وظیفہ

فہم و فراست ۔ مریض اپنی بیماری کی سرگذشت جس طریقے سے سناتا ہے بالعموم اس سے اس کی سمجھ کے متعلق اکثر خاصہ اندازہ ہو سکتا ہے۔ اگر اس کے عقلی وظائف میں کوئی نقص معلوم ہو تو مزید امتحان کرنا چاہئے۔ ماضی بعید کے واقعات کے متعلق حافظہ کی قوتوں کا اندازہ کرتے میں، یہ امر اہم ہے کہ مریض نے اپنی زندگی کے حالات کے متعلق جو بیان پیش کیا ہے اس کا مقابلہ اس بیان سے کیا جائے جو اس کے دوستوں اور رشتہ داروں نے دیا ہو۔ ماضی قریب کے واقعات کے متعلق حافظہ کا امتحان کرنے کے لئے مریض سے گذشتہ چوبیس گھنٹے کے حالات دریافت کرنے چاہئیں، اور اس امر کا اطمینان کر لینا بھی اہم ہے کہ تاریخ، مقام اور اشخاص کے متعلق وہ صحیح ماحول شناسی رکھتا ہے۔

مزاج ۔ طبعی حالت سے ایسے اختلافات پائے جا سکتے ہیں جو پستی یا فرحت کی غلبہ یاب مزاجی کیفیتوں، یا جذباتی تلون کی شکل میں ظاہر ہوں۔ ایسے اختلافات نہایت عام طور پر وظیفی عصبی مرض (functional nervous disease) کی احالتوں میں پائے جاتے ہیں، جن میں مزید سوالات کے ذریعے مخصوص انکار یا تکالیف کے متعلق تحقیقات کرنی چاہئے، اور یہ بھی دریافت کر لینا چاہئے کہ آیا کوئی خیالی تصورات، عدم اکتفا کے احساسات، احتصارات یا مجبوری کے احساسات تو موجود نہیں۔

گویائی (speech) ۔ یہ جن اضرار سے ماؤف ہو سکتی ہے وہ ایک بلند یا ایک پست لیول پر واقع ہو سکتے ہیں، اور ان سے جو وظیفی اختلالات پیدا ہوتے ہیں انھیں علی الترتیب حُبسہ (aphasia) اور عسر الکلام (dysarthria) کہتے ہیں۔ حُبسہ سے مراد الفاظ کے ذریعہ ادا کردہ خیالات کو سمجھنے کی، یا الفاظ کے ذریعے مفہوم ادا کرنے کی قابلیت کا جزوی یا کلی نقصان ہے۔ عسر الکلام سے مراد لفظی نطق کا وہ نقص ہے جو ماؤف عضلات کی کمزوری یا عدم ہم آہنگی کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ حُبسہ کی موجودگی مریض کی سرگذشت حاصل کرنے کے دوران میں معلوم ہو جائے گی، اور اس کے متعلق مزید تحقیقات ۔ مندرجہ ذیل اصول پر

619

کرنی چاہیئے۔

۱۔ کیا مریض بولے ہوئے الفاظ کو سمجھ سکتا ہے؟ ابتداءً اُسے سادہ احکام دیئے جائیں، مثلاً "اپنی زبان باہر نکالو" پھر بتدریج زیادہ پیچیدہ ہدایتیں کرنی چاہئیں، مثلاً "اپنے بائیں ہاتھ کی بچلی انگلی سے اپنا سیدھا کان چھوؤ"۔

۲۔ کیا وہ لکھے ہوئے الفاظ کو سمجھ سکتا ہے؟ مماثل احکام تحریراً دیئے جائیں، جو پہلے چھاپے کے بڑے حروف (block capitals) میں ہوں، اور پھر معمولی خط میں۔

۳۔ کیا وہ خود بخود ایسے الفاظ بول سکتا ہے جو سمجھ میں آتے ہیں؟

۴۔ کیا وہ خود بخود لکھ سکتا ہے؟

اگر صرف پہلے امتحان میں ناکامی ظاہر ہو تو اس سے خالص لفظی صمم (word-deafness) ظاہر ہوگا، اور اگر صرف دوسرے امتحان میں ناکامی رہے تو خالص لفظ کوری (word-blindness) ظاہر ہوگی۔ ہر دو حالتیں شاذ طور پر مرکز گویائی کے طرف آنے والے سمعی یا استبصاری راستوں کے دقیق اضرار کے نتیجے کے طور پر ملتی ہیں۔ زیادہ عام طور پر دونوں امتحانوں میں ناکامی پائی جاتی ہے جو عمومی حسی حبسہ کا ایک جزو ہوتی ہے۔

اگر صرف تیسرے امتحان میں ناکامی ہو تو خالص حرکی حبسہ، اور چوتھے امتحان کی ناکامی سے خالص ناکاتبی ظاہر ہوتی ہے۔ یہ دونوں وظیفے اکثر اوقات بیک وقت زائل ہو جاتے ہیں۔

وہ مریض، جو تحتانی جبہی تلفیف کے پائین کے ضرر کی وجہ سے حرکی حبسہ کی شکایت رکھتا ہو، لکھا ہوا اور پڑھا ہوا سمجھ سکتا ہے، اور اسی وجہ سے اس کا فہم بھی صحیح و سالم ہوتا ہے۔ وہ شاذ ہی گونگا ہوتا ہے، لیکن اس کا ذخیرۂ الفاظ بہت کم اور بعض اوقات چند ایسے سادہ الفاظ تک محدود ہوتا ہے جیسے کہ "ہاں" اور "نہیں" خواہ وہ اظہارِ خیالات کی کوشش تقریراً کرے یا تحریراً۔ البتہ وہ اپنی ناقابلیت اور اس کی نوعیت سے آگاہ ہوتا ہے۔

وہ مریض جو حسّی حبسہ کی شکایت رکھتا ہے، علاوہ فہم کی عدم موجودگی کے، ادائے الفاظ میں غلطیاں ظاہر کرتا ہے، کیونکہ لفظ کوری اور لفظی صَمَم کی وجہ سے وہ اس قابل نہیں رہتا کہ جن الفاظ کو وہ لکھ یا بول رہا ہے، ان کی صحت کی شناخت کرسکے، حالانکہ صحتِ الفاظ کی شناخت ادائے کلمات کے بیکانیہ کے لئے صریحاً ایک اصلی اور ضروری عمل ہے۔ ممکن ہے کہ وہ کافی روانی کے ساتھ گفتگو کرسکے، مگر الفاظ اور ارکانِ تہجی (syllables) کو خلط ملط کردینے کا رجحان رکھتا ہے، اور اس سے ممکن ہے کہ اس کی گفتگو ایسی گِٹ پِٹ (jargon) ہو جس کا سمجھنا مشکل ہوجائے۔ لکھنے میں بھی ایسے ہی عیب ظاہر ہوتے ہیں۔ وہ بلند آواز سے پڑھنے میں، یا دوسرا شخص بول کر لکھوائے تو اس کی املا لکھنے میں، یا سنے ہوئے الفاظ کو خود دہرانے میں قدرتی طور پر غلطیاں کرے گا۔

معلوم ہوتا ہے کہ لختۂ صُدغی کے پچھلے حصے کے اضرار میں محض اشخاص و اشیاء کے نام بھول جانے کا، اور دیکھی ہوئی اشیاء کے نام بتلانے کی ناقابلیت کا خاص رجحان ہوتا ہے۔

حبسہ کی حالت میں اس امر کا دریافت کرنا اہم ہے کہ آیا وہ مریض الیسر ہے، اور اگر نہیں ہے تو کیا الیسریت اس کے خاندان میں ایک موروثی خاصہ ہے[1]۔ ایمن اشخاص میں حبسہ دماغ کی بائیں جانب کے اضرار میں پایا جاتا ہے، اور الیسر اشخاص میں دماغ کے دائیں جانب کے اضرار میں۔ دایاں فالج نصفی اگر شدید ہے تو اس کے ساتھ تقریباً ہمیشہ حبسہ ہوتا ہے، جو بازو کے شلل کے درجہ کی زیادتی کے ساتھ زیادہ ہوتا ہے۔

وظیفۂ گویائی کے مقام کی تعیین کے متعلق تفصیلات دیکھنی ہوں تو ملاحظہ ہو

---

[1] فاسٹر کینیڈی (Foster Kennedy) نے بتلادیا ہے کہ الیسریت کا قوی رجحان رکھنے والے خاندان کے ایک ایمن شخص میں ممکن ہے کہ مراکزِ گویائی دائیں نیم کرہ میں واقع ہوں۔ اسی طرح ایمنیت کا قوی رجحان رکھنے والے خاندان کے ایک الیسر شخص میں ممکن ہے یہ بائیں نیم کرہ میں واقع ہوں۔

صفحہ 614) ۔

عسر الکلام (dysarthria) ۔ چونکہ نطق سے تعلق رکھنے والے عضلات کی تعصیب دماغ کے دونوں نصف کروں سے ہوتی ہے، لہذا جب تک کہ قشری بصلی راستہ کا ضرر دونوں جانبوں پر نہ ہو، بالائی عصبیہ سے شللی عسر الکلام پیدا نہیں ہوتا۔ یہ حالت دماغ کے متعدد عروقی یا آتشکی اضرار میں واقع ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ عموماً جذباتی تلون اور شدید درجہ کی ذہنی خرابی بھی موجود ہوتی ہے۔ اس کا نام کاذب بصلی شلل (pseudo-bulbar palsy) رکھا گیا ہے، تاکہ اسے اس عسر الکلام سے متفرق کیا جا سکے جو دیرین عصبیوں کے اضرار سے پیدا ہو جاتا ہے، مثلاً جو کہ حرکت کو ماؤف کرنے والے مترقی عضلی ذبول (progressive muscular atrophy) کی حالت میں پایا جاتا ہے۔ ان تمام اصابتوں میں گفتگو ایک بے ڈھنگے پن کے ساتھ ہوتی ہے، گویا کہ مریض کے منہ میں گرم آلو رکھا ہوا ہے، اور حقیقی بصلی شلل میں مریض میں بعض اوقات کامل فقدان تلفظ (anarthria) ہو جاتا ہے۔ 620

عسر الکلام مخیخی ہم آہنگی پیدا کرنے والے میکانیہ کے خلل سے بھی پیدا ہو سکتا ہے، جیسے کہ صلابت منثور (disseminated sclerosis) میں اور مخیخی اضرار کی بعض اصابتوں میں (صفحہ 718)۔

عسر الکلام کی مندرجۂ بالا قسمیں اسی وقت ظاہر ہوتی ہیں جب کہ مریض اپنی سرگزشت بیان کرتا ہے، لیکن شللی عتاہت (dementia paralytica) کی ایک مشتبہ اصابت میں جس میں نطق کا نقص جزءً نقصانِ طاقت کے باعث ہوا اور جزءً نقصانِ ہم آہنگی کے باعث، اور جو ایک ابتدائی امارت ہو، مریض کو بعض ایسے آزمائشی الفاظ کا تلفظ ادا کرانے کی ہدایت کرنی چاہئے جیسے کہ "میتھوڈسٹ ایپس کوپیکل" ("Methodist Episcopical") "ویسٹ ریجسٹر اسٹریٹ" ("West Register Street") وغیرہ۔ دیکھنا چاہئے کہ نقائص ذیل موجود ہیں یا نہیں، تطاعت (slurring)، ارکان تہجی کا حذف (elision)، یا ارکان تہجی یا الفاظ کو ادھر سے ادھر کر دینا۔

۲۔ مخصوص حواس

بصارت۔ تیزی (acuity)۔ باقاعدہ امتحانی حروف کی عدم موجودگی میں تیزئ نظر کی سرسری شناخت اس طرح کی جاسکتی ہے کہ مریض کو کہا جائے کہ وہ باری باری سے ہر آنکھ کو بند کرکے باریک چھپے ہوئے حروف بلند آواز سے پڑھے۔ اگر تیزئ نظر پست درجہ کی ہو اور مریض کے پاس عینک ہو تو وہ اسے لگانے دیں۔ اگر عینک صحیح ہے اور صرف انعطاف میں غلطی ہے تو عینک لگانے پر مریض کی تیزئ نظر طبعی ہونی چاہئے۔

میدانِ نظر (visual fields)۔ ہر آنکھ کے میدان نظر کا سرسری امتحان حسب ذیل طریقہ سے کیا جاسکتا ہے ؛۔ مریض ایک ہاتھ اپنی دائیں آنکھ پر رکھ کر دوسری آنکھ سے مشاہد کی دائیں آنکھ کی پتلی پر نظر جماتا ہے۔ خود مشاہد اپنی بائیں آنکھ کو بند کرکے مریض کی بائیں آنکھ پر توجہ جماتا ہے۔ پھر وہ ایک دستہ پر لگی ہوئی کوئی چھوٹی سی سپید شے لے کر (اس کے لئے ٹوپی میں لگانے کی سپید سرے والی معمولی الپن نہایت سہولت بخش ہوتی ہے)، اور اسے خود اپنے اور مریض کے درمیان بیچوں بیچ رکھ کر بتدریج محیط سے میدان نظر کے مرکز کی طرف لاتا ہے، اور مریض کو ہدایت کرتا ہے کہ جب وہ شے اسے نظر آنے لگے تو کہہ دے کہ "ہاں اب"۔ اس طرح سے مشاہد مریض کی دونوں آنکھوں کے میدان نظر کا مقابلہ خود اپنے میدان نظر کے ساتھ کرکے معتد بہ جسامت کے نقائص دریافت کرسکتا ہے۔ میدان نظر کا امتحان ایک نہایت اہم کارروائی ہے اور اس سے نہایت قیمتی انکشافات ہوسکتے ہیں، بالخصوص ان اضرار کی حالت میں جو بصری خطوں کو ماؤف کرتے ہوں (مثلاً سلعۂ نخامیہ) یا بصری اشعاعات کو ماؤف کرتے ہوں (مثلاً داخلی کیپسول کے پچھلے سرے پر ایک عروقی ضرر) (ملاحظہ ہو صفحہ 611)۔

قعر العین (fundus oculi)۔ طبیب کے لئے آنکھ دماغ کا دریچہ ہے، اور برقی چشم بین سے قرص بصری (optic disc) کا امتحان اس قدر

آسان ہوگیا ہے کہ ہر اس اصابت میں جس میں عصبی مرض کا شبہ ہو اسے ضرور کرنا چاہئے۔ خاص تغیرات جن کی تلاش قرص بصری میں کرنی چاہئے اذیما اور ذبول ہیں۔

اَذیمائے قرص بصری (papillœdema) عموماً دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی کا نتیجہ ہوتا ہے اور اس کی پیدائش کے میکانیہ کے متعلق آئندہ بحث کی جائے گی (ملاحظہ ہو صفحہ 634)۔ اس مرض کی تحقیقی ابتدائی اصابت میں مرکزی ورید مختقن ہوتی ہے، فعلیاتی کاسہ رشحہ سے پُر ہوتا ہے اور قرص کی کورین بجائے واضح الحدود ہونے کے دھندلی ہوتی ہیں۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ اذیما ایسا ہو جائے کہ جس سے قرص کی شکل "گل داؤدی" (chrysanthemum head) جیسی ہو جائے، اور قرص کے گرد کے شبکیہ میں رشحہ کی چکتیاں اور نزفات ہوتے ہیں۔

ذبول قرص بصری (optic atrophy) میں قرص معمول کے نسبت زیادہ ہلکے پیلے رنگ کا نظر آتا ہے، اور ذبول کے ترقی یافتہ درجہ میں یہ گردو پیش کے گلابی شبکیہ کے مقابلہ میں بالکل سپید رنگ کا اور ابھرا ہوا نظر آتا ہے۔ ذبول کے دقیق مناظر کیتقد سبب کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں اور ان پر آئندہ بحث کی جائے گی (ملاحظہ ہو صفحہ 635)۔

اس حقیقت کو ذہن نشین کر لینا اہم ہے کہ درآنحالیکہ ذبول قرص بصری کے ساتھ ہمیشہ تیزی بصارت میں کچھ نقص پایا جاتا ہے، ترقی یافتہ اذیمائے قرص بصری کی موجودگی کے ساتھ طبعی بصارت صحیح و سالم باقی رہ سکتی ہے، اور جب تک کہ ورم کا رفع ہونا شروع نہ ہو جائے اور مرضی حالت ثانوی ذبول کے درجہ میں نہ پہنچ جائے تیزیٔ نظر میں کمی نہیں واقع ہوتی۔ دماغی مرض کی بعض اصابتوں میں دوسرا قیمتی ثبوت شبکیتی شرائین سے حاصل ہو سکتا ہے، اور ان شرائین کی حالت دماغی شریانات کی حالت کا بہترین آئینہ ہے۔ دماغی شریانی صلابت (cerebral arteriosclerosis) کی اصابتوں میں شبکیتی شرائین اکثر پیچ دار ہو گئی ہیں اور ان کی دیواریں موٹی ہو جاتی ہیں، اور وریدوں کو اس جگہ جہاں وہ

ان کو عبور کرتی ہیں بھینچ دیتی ہیں۔ نیز شریانی دیواروں میں سجت اور شکیتیی نزفات نظر آتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 302)۔ 621
دوسرے قیمتی انکشافات آتشکی الاصل منتشر التہاب مشیمیہ وشبکیہ (disseminated choroido-retinitis)، یا البیومین بولی التہاب شبکیہ (albuminuric retinitis) ہیں۔

سماعت۔ اس کا امتحان سرسری طور پر یوں کیا جاسکتا ہے کہ مریض کا دایاں کان بند کرکے ایک جیبی گھڑی بتدریج اس کے بائیں کان کے طرف لائیں حتیٰ کہ وہ گھڑی کے چلنے کی ٹک ٹک آواز کو سن سکے۔ یہی عمل دوسرے کان کے لیے مکرر کیا جاتا ہے، اور اس امتحان کے نتائج کو جہاں گھڑی سنی گئی تھی اس فاصلہ کی صورت میں ظاہر کیا جاتا ہے، جس کی سرسری تخمین انچوں میں کرلی جاتی ہے۔ اگر سمعی تیزی ایک یا دونوں جانبوں پر بہت کم ہوگئی ہے تو رینی کا امتحان (Rinne's test) عمل میں لانا چاہیئے۔ وہ یہ ہے کہ ایک چھوٹا ارتعاشی سُر کا دوشاخہ اس طرح رکھ دیا جاتا ہے کہ اس کا قاعدہ ایک زائدہ حلمیہ پر ہو۔ مریض کو ہدایت کردی جاتی ہے کہ جب وہ ارتعاش کو محسوس کرنا موقوف کردے تو وہ اشارہ کرکے بتادے، اور پھر دوشاخہ کو ایک ایسے نقطہ پر منتقل کردیا جاتا ہے جو سمعی منفذ کے بالکل بیرونی جانب ہو، اور اب مریض کو اسے پھر سننا چاہیئے۔ اگر وہ نہ سنے تو کہتے ہیں کہ امتحان رینی منفی ہے اور اس کے یہ معنی ہیں کہ بہراپن، درمیانی گوش میں سے آواز کے عدم ایصال کے باعث ہے۔ اگر بہرے پن کی موجودگی میں امتحان رینی مثبت ہے تو اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ خرابی خود عصب سمعی میں ہے (عصبی صمم = nerve deafness)۔

شامہ۔ اس کے امتحان کا یہ طریقہ ہے کہ مریض اپنے ہر نتھنے کو باری باری سے اپنی انگلی سے دبا کر بند کرے، پھر اسے مختلف چیزیں سنگھائی جائیں اور وہ ان کے نام بتانے کی کوشش کرے۔ نہایت موزوں امتحانی چیزیں یہ ہیں:۔ ہینگ، لونگ کا تیل، کافور، یوکالپٹس (eucalyptus)، اور پودینہ۔ بعض اوقات اس حالت میں جب کہ جبہی لختے کی رسولی شمی خطے کو دبا رہی ہو یک جانبی

عدم الشامہ (unilateral anosmia) کی امارت مقام مرض کی تعیین میں مدد دیتی ہے۔ ایسی درون انفی حالتوں کا جن سے حس پذیری میں کمی واقع ہو جانے کا امکان ہے اس امتحان میں لحاظ کرنا ضروری ہے۔

ذائقہ ۔ ذائقہ کے احساس کے امتحانات شاذ ہی سربری اہمیت رکھتے ہیں اور انہیں دستور العملی امتحان میں شامل کرنے کی ضرورت نہیں۔ زبان کے اگلے دو ثلث کے لیے ذائقی ریشے پہلے عصب لسانی میں اور پھر حبل طبلی میں اوپر صعود کرتے ہیں، اور لسانی بلعومی عصب زبان کے پچھلے ثلث کو رسد پہنچاتا ہے۔

۳۔ جمجمی اعصاب

آنکھیں ۔ پہلے جفنی روزنوں کی چوڑائی دیکھی جاتی ہے تاکہ استرخاء الجفن (ptosis) غور العین (enophthalmos) یا جحوظ العین (exophthalmos) کی موجودگی معلوم ہو جائے۔ اس کے بعد پتلیوں کا معائنہ کیا جاتا ہے۔ معمولاً وہ جسامت میں مساوی، اور گول ہوتی ہیں اور قزحیہ کے مرکز میں واقع ہوتی ہیں۔ پھر باری باری سے ہر پتلی کا بالنور تعامل دیکھنے کے لیے پتلی کے اندر ایک برقی مشعل (electrical torch) کی روشنی ڈالی جاتی ہے، اور دونوں پتلیوں کا توفیق کے ساتھ تعامل دیکھنے کے لئے مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ پہلے دور فاصلہ پر دیکھے اور پھر اپنی نظر کو کسی ایسی شے پر جمائے جو اس کی ناک کے سامنے ۴ یا ۵ انچ فاصلہ پر تھام رکھی گئی ہو۔

استرخاء الجفن (ptosis)، (یعنی اوپر کے پپوٹے کا لٹک پڑنا) جو یک جانبی ہو یا دو جانبی، نہایت عام طور پر ایک یا دونوں اعصاب سویم کے تشلل کا نتیجہ ہوتا ہے۔ نیز یہ عنقی مشارکی کے تشلل کے باعث ہو سکتا ہے یا خود عضلات رافعہ کی کمزوری کے باعث، جیسے کہ متر قی عضلی نہا کت (myasthenia gravis) میں۔

پتلیوں کی ناہمواری ان اسباب سے پیدا ہو سکتی ہے: عنقی مشارکی تشلل

جس کا نتیجہ انقباض حدقہ ہوتا ہے' یا اعصاب سوئم میں سے ایک عصب کا ضرر' جو ماؤف جانب پر شللی اتساع حدقہ پیدا کرتا ہے۔ لیکن یہ نہایت عام طور پر مرکزی عصبی نظام کی سنخیتی آتشک (parenchymatous syphilis) میں اَن دوسری غیر طبعی حالتوں کے ساتھ دیکھی جاتی ہے' جن کو حدقاتِ آرگائل رابرٹ سن (Argyll Robertson pupils) کے عنوان کے تحت جمع کیا گیا ہے۔ اس حالت میں بالعموم پتلیاں ناہموار یا غیر مساوی ہوتی ہیں (بڑی ہونے کے نسبت اکثر اوقات چھوٹی)۔ ان کے حدود بے قاعدہ یا غیر منتظم (اکثر بیضہ نما) اور اُن کا محل وقوع منحرف المرکز ہوتا ہے۔ تمثیلی حالت میں وہ توفیق میں تیز تعامل کرتی ہیں' لیکن روشنی کے ساتھ تعامل مطلق نہیں ظاہر کرتیں۔ بعد کے درجہ میں ممکن ہے کہ توفیق میں کا تعامل بھی مفقود ہو جائے۔ سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) میں بعض اوقات پتلیوں کی ایک ایسی حالت مشاہدہ میں آتی ہے جو آرگائل رابرٹ سن کی بیان کردہ حالت کے برعکس ہوتی ہے' یعنی وہ روشنی سے تو تعامل ظاہر کرتی ہیں لیکن توفیق میں تعامل نہیں ظاہر کرتیں۔ مگر سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) کے نتیجے کے طور پر حقیقی حدقاتِ آرگائل رابرٹ سن بھی دیکھنے میں آسکتی ہیں۔ فوقانی اجسام رباعیہ تو اُمیہ کے ضررات بھی غیر متحرک پتلیوں کی پیدائش کا سبب ہوسکتے ہیں۔

یک چشمی کوری (monocular blindness) کی ان اصابتوں میں جو عصب بصری کے ضررات کے باعث ہوں' ماؤف آنکھ کی پتلی متسع ہوتی ہے۔ 622 اور راست تنویر سے تعامل نہیں ظاہر کرتی' لیکن اگر دوسری آنکھ کو روشنی سے متہیج کیا جائے تو قزحیہ کی دوجانبی تعصیب کے باعث یہ اُس آنکھ کی پتلی کے ساتھ ہمزبان طور پر منقبض ہوتی ہے۔ اس حالت میں کہا جاتا ہے کہ پتلی ہم احساس تنویر سے تعامل ظاہر کرتی ہے نہ کہ تنویر بلا واسطہ سے۔

حرکاتِ چشم تیسرے' چوتھے اور چھٹے عصب کے ذریعہ سے عمل میں آتے ہیں۔ ان میں سے ایک یا زائد اعصاب کا شلل اگر کامل ہے تو معائنہ سے

بہ آسانی پہچانا جاسکتا ہے تیسرے عصب کے شلل میں کامل استرخاء الجفن ہوتا ہے ماؤف آنکھ کی پتلی متسع ہوتی ہے اور روشنی یا فاصلہ سے تعامل نہیں ظاہر کرتی، اور آرام کی حالت میں یہ آنکھ خارجی عضلۂ مستقیمہ کے بے روک فعل سے باہر کی طرف پھری ہوئی ہوتی ہے ۔ باقی جو حرکات رہ جاتی ہیں ان میں سے صرف ایک تو باہر کی طرف حرکت ہے، جس کی تعصیب چھٹے عصب سے ہوتی ہے، اور دوسری کسی قدر نیچے کی طرف حرکت، جو فوقانی مورب عضلہ کی وساطت سے عمل میں آتی ہے، جس کی تعصیب چوتھے

تصویر ۱ ۔ قیپ ہرنگ کا نقشہ جس سے (۱) عضلات چشم کے حرکات، اور (۲) شلل کی حالت میں کاذب خیال کے محل وقوع ظاہر ہوتے ہیں۔

(۱) ۔ (ا) سہیل حرکات تیروں کا رخ اس سمت میں ہے کہ جس میں ہر عضلہ آنکھ کو پھیرتا ہے (ب) گردش ۔ ایک دیا سلائی کا سرا اوپر کی طرف رکھ کر اس کو ہر اس نقطہ وار خط پر رکھو کہ جو انتصابی نصف النہار (meridian) کو ظاہر کرتا ہے تاکہ آنکھ کو اندر کی طرف گھمانے والے عضلات دیا سلائی کے سر کو ناک کی طرف پھیر دیتے ہیں (فوقانی مستقیمہ اور فوقانی مورب)۔ اس کو باہر کی طرف گھمانے والے عضلات دیا سلائی کو مخالف سمت میں پھیر دیتے ہیں (تحتانی مورب اور تحتانی مستقیمہ) ۔ (۲) دیا سلائی کو تصویر پر پھیر رکھو۔ دیا سلائی صادق خیال کی نمائندگی کرتی ہے ۔ چار شماسیں جو کہ فوقانی مستقیمہ تحتانی مستقیمہ فوقانی مورب اور تحتانی مورب کے محور پر نشان زد ہیں اس کاذب خیال کا اضافی محل وقوع (انتصابی اور جانبی غیر وضعیت اور جھکاؤ) بتاتی ہیں جو کہ ان عضلات میں سے ہر ایک کے شلل سے ظہور میں آتا ہے ۔ اندرونی یا بیرونی مستقیمہ کے شلل میں کاذب خیال کا متناظر تیر کے سرے میں سے انتصابی طور پر گذرتا ہے ۔ (سرجیمز پرویس سٹوارٹ)۔

عصب سے ہوتی ہے۔ چھٹے عصب کے شلل میں داخلی عضلہ مستقیم کے غیر متوازن فعل سے آنکھ اندر کی طرف پھری ہوئی ہوتی ہے۔ چوتھے عصب کا منفرد شلل جب تک کہ آنکھیں آرام کی حالت میں ہیں کوئی حول نہیں پیدا کرتا (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 634)۔

حرکات چشم کی جولانی کے مزید امتحان کے لیے مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ اپنی نظر کو شاہد کی انگلی کے ساتھ ساتھ لے جائے۔ اس طرح اسے باری باری سے اوپر نیچے اور دونوں طرف دیکھنے کو کہا جاتا ہے۔ اس ذریعہ سے خفیف درجوں کی کمزوری شناخت کی جاسکتی ہے۔ چوتھے عصب کا فعل آنکھ کو نیچے اور باہر کی طرف پھرانے کا ہے۔ اگر جیسا کہ اکثر اتفاق ہوتا ہے، طبیب حرکات چشم کی جولانی کا امتحان کسی ایسے مریض میں کرنا چاہے، جو بالکل نابینا ہو تو اس کو چاہیے کہ وہ خود مریض کی انگلیوں کو مطلوبہ مقامات پر پکڑ رکھے اور اس کو ان کے طرف نظر لیجانے کی ہدایت کرے۔ نہایت نازک درجوں کی کمزوری، موضوعی دُہری بینائی یا ازدواج النظر پیدا کرسکتی ہے، بغیر اس کے کہ چشمی محوروں کی موازات کا کوئی معروضی نقصان ہو۔

اسی واسطے لازم ہے کہ حرکات چشم کے امتحان کے دوران میں مریض کو ہدایت کردی جائے کہ اگر آنکھوں کی کسی وضع میں اسے بجائے ایک کے دو خیال (images) نظر آنے کا شعور ہو تو بتلادے۔ پھر آنکھوں کو بدستور اسی وضع میں رکھ کر ایک آنکھ بند کردی جاتی ہے، اور اسے یہ بتلانے کو کہا جاتا ہے کہ دو خیالوں میں کونسا خیال غائب ہوجاتا ہے، دائیں ہاتھ کی طرف کا یا بائیں ہاتھ کی طرف کا؟

ازدواج نظر میں وہ کاذب خیال جو ماؤف آنکھ کو نظر آتا ہے مشلول عضلہ کے جذب کی سمت میں ہٹ جاتا ہے۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ آنکھ کو اندر کی طرف پھرانے والے عضلات میں سے کسی ایک عضلہ کے شلل میں وہ خیال جو دونوں آنکھوں کو نظر آتے ہیں تقاطع کردہ ہوں گے، یعنی اگر دائیں آنکھ بند کرلی جائے تو بائیں ہاتھ کی طرف کا خیال غائب ہوجائے گا، اور اگر بائیں آنکھ بند کیجائے تو دائیں ہاتھ کی طرف کا خیال غائب ہوگا لیکن آنکھ کو باہر کی طرف حرکت دینے والے عضلات کے شلل میں خیال غیر تقاطع کردہ ہوں گے، یعنی اگر دائیں

623

آنکھ بند کی جائے تو دائیں ہاتھ کی طرف کا خیال غائب ہو جائے گا۔ آنکھ کو ترچھی حرکت دینے والے عضلات کی حالت میں کاذب خیال حقیقی خیال کے ساتھ ایک زاویہ پر جھکا ہوا بھی نظر آئے گا اور اس زاویہ کا انحصار اس عضلہ پر ہو گا جو ماؤف ہوا ہے (شکل ۷۶)۔

بشپ ہرمن (Bishop Herman) کے ایجاد کردہ نقشہ سے جو اوپر درج ہے، (۱) عضلات چشم کے حرکات، اور (۲) شکل میں کاذب خیال کا محل وقوع ظاہر ہو گا۔ یاد رکھنا چاہئے کہ بعض امراض مثلاً منتشر صلابت (disseminated sclerosis) اور عصبی نظام کی آتشک میں ایسے چشمی شلل واقع ہو سکتے ہیں جو نہایت قصیر المدت ہوتے ہیں۔ لہٰذا کسی عصبی مریض کی سرگذشت حالات کے اندراج کے وقت یہ ضروری ہے کہ عارضی ازدواج النظر کے متعلق دریافت کیا جائے۔

حرکات چشم کا امتحان کرتے وقت ممتحن کو چاہئے کہ رقص مقلہ (nystagmus) کی موجودگی یا غیر موجودگی کو دیکھے۔ یہ وہ حالت ہے جس میں آنکھوں کے مزدوج حرکات میں چنداں استقامت نہیں پائی جاتی اور مسلسل انحراف کے بجائے ہم جھٹکے دار اہتزازات کا تواتر دیکھتے ہیں۔ یہ آہستہ آہستہ یا تیز، کرختی یا نازک، جانبی یا گردشی ہو سکتے ہیں۔

یاد رکھنا چاہئے کہ ایسے اشخاص میں جو بڑھاپے یا بینیئی مرض کی وجہ سے کمزور ہوں آنکھوں کا ایک ہی سمت میں اطالت پذیر انحراف عضلات چشم کی تکان آسانی پیدا کر دیتا ہے اور اس طرح ایسے اہتزازی حرکات پیدا کر دیتا ہے جو نفس مقلہ کے اہتزازی حرکات سے کسی قدر مشابہ ہوتے ہیں۔

پانچواں یا توامی ثلاثی عصب (the fifth or trigeminal nerve) اس عصب کی حسی قسمت کی تین شاخوں کی توزیع جو جلد میں ہوتی ہے تصویر ۶۹ میں دکھلائی گئی ہے۔

اس رقبہ پر نرم روئی، ایلن کے چبھنے، اور حرارت و برودت کی حس پذیری کا امتحان کیا جا سکتا ہے اسی طریقے پر جیسا کہ ابھی دوسرے جلدی رقبوں کے

تعلق میں بیان کیا جائے گا۔ ہر عصب متناظر جانب کی خدی اور انفی اغشیۂ مخاطیہ کو بھی رسد دیتا ہے۔ لیکن حسی جڑ یا اس کے عینی حصّے کے اضرار میں ابتدائی ترین معروضی امارات ماؤف جانب پر قرنیہ کے معکوس کا کم یا غائب ہو جانا ہے۔ اس کو طریقۂ ذیل پر تلاش کیا جا سکتا ہے۔ مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ وہ اپنی نظر کسی ایسی شے پر جمائے جو اس کے انتہائی بائیں طرف ہو۔ شاہد مریض کی دائیں جانب اس سے قدرے پیچھے کھڑا ہوتا ہے اور ایک معمولی پن کے گول سرے کو مریض کے دائیں قرنیہ کے ساتھ اس طریقے سے ہلکے سے متماس کرتا ہے کہ وہ شے اسی وقت نظر آتی ہے جب کہ محسوس ہو چکتی ہے۔ یہی عمل بائیں قرنیہ کے لیے کرر کیا جاتا ہے اور اس طرح دونوں جانبوں پر رمشی معکوس (blinking reflex) کے لئے جو دلیلیں ہے اس کا مقابلہ کر لیا جاتا ہے۔

پانچویں عصب کی حرکی شاخ تمام عضلات مضغ کو رسد پہنچاتی ہے۔ اِس شاخ کے شلل میں، اس وقت جب کہ مریض کے دانت زور سے بند کئے ہوئے ہوں شاہد اپنے انگوٹھے دونوں عضلات مضغیہ کے اگلے کناروں کے مقابل رکھ کر ماؤف جانب پر کمزوری معلوم کر سکتا ہے۔ نیز جب منہ چوڑا کھول دیا گیا ہو تو جبڑے کی نوک مشلول جانب کو ہٹی ہوئی نظر آتی ہے۔

اس عصب کے اضرار میں معروضی مظاہر پیدا ہونے سے قبل ممکن ہے حسی جڑ سے جن رقبوں کو رسد پہنچتی ہے اُن میں سے ایک یا زاید رقبوں میں سُن پن جھنجھناہٹ یا درد کے موضوعی احساسات پیدا ہو جائیں۔

ساتواں یا وجہی عصب (the seventh or facial-nerve)

اس عصب کے شلل کامل میں چہرے کی ماؤف جانب نقاب نما (mask-like)، غیر متحرک، اور بے اظہار ہوتی ہے۔ انفی شفوی دہراؤ مٹ کر صاف ہو جاتا ہے پیشانی سے شکن غائب ہو جاتے ہیں۔ آنکھ تندرست جانب کی آنکھ کی نسبت زیادہ چوڑی کھلی ہوئی ہوتی ہے۔ اور گوشۂ دہن نیچے کو لٹک پڑتا ہے۔

ممکن ہے مریض ماؤف جانب پر ملتحمۂ چشم کی خراش کی شکایت کرے (عضلۂ محیطیہ جفنیہ کے شلل کے باعث معکوس رمشی کا نقصان ہو جانے کی وجہ سے)

نیز ممکن ہے وہ بولنے میں بے ڈھنگے پن کی شکایت کرے۔ کمزوری کے نسبتاً خفیف تر درجوں کی شناخت کے لئے مریض کو کہا جائے کہ اپنی آنکھیں زور سے بند کر کے ساتھ ہی اپنے دانت دکھلائے۔ اس طریقے سے اگر کوئی عدم تشاکل موجود ہو تو وہ عموماً ظاہر ہوجاتا ہے۔ مریض سے اس کا منہ بھی چوڑا کھلوایا جاتا ہے، جس سے انفی شفوی میزاب نمایاں ہو جاتے ہیں اور پھر ان کا تقابل کیا جاسکتا ہے۔

آٹھواں عصب۔ اس عصب کے سمعی وظائف کا امتحان اس سے پہلے حواس مخصوصہ کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ دوران سر کی یا عصبی بہرے پن کی اصابتوں میں دہلیزی (vestibular) وظائف کی تحقیقات کے لیے ایک سادہ طریقہ حسب ذیل ہے؛ مریض کو کھڑا کر کے آسے پانچ بار بہ سرعت گھمایا جاتا ہے، پہلے گھڑی کی سوئیوں کی سمت میں اور تھوڑے آرام کے بعد گھڑی کی سوئیوں سے مخالف سمت میں۔ گھڑی کی سوئیوں کی سمت میں (یعنی بائیں طرف سے لے کر دائیں طرف کو) آخری چکر کے بعد مریض اپنے انتہائی بائیں جانب کے ایک نقطہ پر نظر جماتا ہے اور مخالف سمت میں گھومنے کے بعد اپنے انتہائی دائیں جانب کے ایک نقطہ پر۔ ان میں سے ہر ایک حالت میں عارضی یا سریع الزوال رقص مقلہ کو دیکھنا چاہئے، اور اگر دونوں دہلیزوں کا وظیفہ طبعی ہے تو آنکھوں کی حرکات کی تیزی اور ان کی مدت، خواہ مریض کو گھڑی کی سوئیوں کی سمت میں گھمایا جائے یا اس کے خلاف سمت میں، دونوں حالتوں میں مماثل ہوگی۔

624

نواں یا لسانی بلعومی عصب (the ninth or glosso-pharyngeal nerve)- یہ عصب زبان کے پچھلے ثلث اور نرم تالو کو حسی ریشے دیتا ہے اور بلعوم کو حرکی شاخیں۔ ایک سلائی کے سرے پر شکر بھر روئی چپکا کر اس سے حسی وظیفہ کا امتحان کیا جاسکتا ہے۔

دسواں عصب یا تائہہ (the tenth nerve or vagus)- عصب تائہہ کے لیے سادہ ترین طریقہ امتحان یہ ہے کہ مریض سے "آ" کہنے کو کہیں اور اس کے تالو کو غور سے دیکھیں۔ معمولی حالت میں ہمیں نرم تالو کی وسطی سیون سیدھی اوپر کو اٹھتی نظر آئے گی، لیکن اگر اس کی ایک جانب مشلول ہوگئی ہے،

تو صرف تندرست جانب اوپر کو کھنچ جاتی ہے' اور یوں تندرست جانب کی طرف منحرف ہو کر ایک میڑھا پک بنا دیتی ہے۔

(مزید علامات کے لیے ملاحظہ ہو صفحہ 640)۔

گیارھواں یا نخاعی معین عصب (eleventh or spinal accessory nerve)

اعصاب کے اس جوڑے کا (جو خالصتًا حرکی ہے) امتحان کرنے کے لئے ہم مریض کو کہتے ہیں کہ اپنے شانے سکیڑ لے' جو کہ عضلۂ مربعہ منحرفہ (trapezius) کے ذریعہ انجام دیا جاتا ہے' اور پھر مزاحمت کے مقابلے میں اپنی گردن کو جھکائے' جب کہ دونوں قصی حلمی عضلات (sternomastoids) اس طرح فعل کرنے لگتے ہیں کہ دونوں عضلات کے انقباضات کا بہ آسانی مقابلہ کیا جاسکتا ہے۔

بارھواں یا تحت اللسانی عصب (twelfth or hypoglossal nerve)۔

یہ عصب بھی خالصتًا حرکی وظیفہ رکھتا ہے' اور زبان کو اور عظم لامی سے چسپیدہ بیشتر عضلات کو رسد پہنچاتا ہے۔ اس کا وظیفہ معلوم کرنے کے لیے ہم مریض سے کہتے ہیں کہ اپنی زبان باہر نکالے۔ دو جانبی شلل میں کوئی حرکت نہیں ہوتی۔ یک جانبی شلل کی اصابتوں میں' دوسری جانب کے تندرست عضلات' زبان کی نوک کو مشلول جانب کی طرف ہٹا دیتے ہیں۔ اگر شلل ایک اسفل حرکی عصبیہ کے ضرر (یعنی تحت اللسانی عصب کے نواتوں یا ریشوں کے ضرر) کے باعث ہے تو ماؤف جانب کے عضلات کا ذبول موجود ہوگا اور برافتادہ غشائے مخاطی میں جھریاں پڑی ہوئی ہوں گی۔

۴۔ حسی وظائف

ہلکے سے چھونے کی حس پذیری۔ مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ چٹکی بھر نرم روئی یا اونٹ کے بالوں کے برش کا چھونا جب جب وہ شناخت کرے وہ ہر بار "ہاں" کہے۔ مشاہد پہلے جلد کے اکثر رقبوں پر چند بار چھوتا ہے جن کے عدم الحس ہونے کا شبہ نہیں ہے' اور اگر دوسرے خطوں میں چھونا محسوس نہ ہو تو وہ وقتاً فوقتاً

طبعی رقبوں پر پھر تہیج لگا کر اس امر کا اطمینان کرتا ہے کہ آیا حِسیت کا فقدان محض عدم توجہ کی وجہ سے تو نہیں ہے۔

پہلے جوارح کی حساسیت کا استقصاء ہر ہاتھ اور پاؤں پر چند بار چھو کر کر لیا جاتا ہے۔ پھر اس جستجو کو طولاً ہر جارحہ کے اوپر تک لیجایا جاتا ہے اور بالآخر ایک یا دو لیٹوں پر جارحہ کے محیط کا تعاقب کرتے ہوئے تہیجات کا ایک سلسلہ لگایا جاتا ہے اس سے یہ اطمینان ہو جائے گا کہ غلطی عدم حسیت کا کوئی چھوٹا رقبہ چھوٹنے نہیں پایا۔ اسی طریقے پر دھڑ کے جلدی رقبہ کے متعلق تحقیق کرلی جاتی ہے۔ اگر کوئی منطقہ دریافت ہو جائے جس میں حس غائب یا کند معلوم ہو تو اس کا احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہئے اور عدم حسیت کا جو رقبہ حاصل ہو اس کے حدود کا خاکہ جلد پر نیلی پنسل سے بنا دینا چاہئے، جہاں سے اس کی نقل ایک قرطاس (chart) پر کی جاسکتی ہے۔

محقق کو چاہئے کہ محض معروضی امتحان پر اکتفا نہ کرے، بلکہ مریض کو ہدایت کرے کہ اگر کسی نقطہ پر تہیج اس سے نسبتہً کم واضح معلوم ہو کہ جتنا طبعی رقبوں پر ہوتا ہے تو وہ اس سے مطلع کر دے۔ یہ بھی خاص طور پر دریافت کرنا چاہیے کہ آیا چھونے کا احساس جسم کی دونوں جانبوں پر برابر ہوتا ہے۔

درد کی حس پذیری بھی ایسے ہی اصول پر کرنی چاہئے، اور اس میں تہیج کے لیے ایک معمولی آلپین کی نوک کام میں لائی جاتی ہے۔ یہاں بھی مریض سے تحقیق کر لینا نہایت ضروری ہے کہ حس میں کوئی کمی تخفیف تو نہیں پائی جاتی۔

تپش کی حس پذیری۔ چونکہ حرارت اور برودت کے صدمات کو منتقل کرنے والے ریشوں کے راستے درد والے راستوں سے قریبی طور پر وابستہ ہوتے ہیں، لہٰذا معمولی دستور العمل عصباتی امتحان میں آخرالذکر کے متعلق تحقیق کر لینا کافی ہے لیکن بعض اصابتوں (نخاع جوفیت = syringomyelia، سلعۂ نخاع) میں درد اور تپش کی حس پذیری کا جداگانہ امتحان ضروری ہے۔ تپش کے امتحان کے لئے دو امتحانی نلیاں کام میں لائی جاتی ہیں۔ جن میں سے ایک کے اندر ٹھنڈا پانی (برف کے ٹکڑے زیادہ بہتر ہیں) بھرا ہوا ہوتا ہے اور

625

دوسری میں ایسا پانی جس کی تپش با آسانی سہہ سکے۔ متذکرہ بالا طریقے پر جلدی رقبوں کا تفحص کیا جاتا ہے اور مریض کو ہدایت کر دی جاتی ہے کہ ہر بہنچ کے متعلق "گرم" یا "سرد" کہہ کر جواب دے۔

اگر غلط جواب متدرج ہونے لگیں تو مشاہد کو اس امر کا اطمینان کر لینا چاہئیے کہ آیا جب دونوں نلیاں خود اس کے جسم کو لگائی جائیں تو ان کی تپشیں اس بھی احساس میں ایک معقول فرق بہم پہنچاتی ہیں۔

وضع اور مجہول حرکت کی حسّیں ہمیشہ ایک ساتھ ماؤف ہوتی ہیں۔ آخر الذکر کا حسب ذیل طریقے پر نہایت آسانی سے امتحان کیا جا سکتا ہے۔ مشاہد امتحان طلب انگلی یا جارحہ کو مضبوطی کے ساتھ گرفت کر کے تھوڑے تھوڑے وقفوں سے اوپر یا نیچے کو حرکت دیتا ہے۔ مریض کو (جس کی آنکھیں بند ہوتی ہیں) ہدایت کی جاتی ہے کہ جیسے ہی کہ اسے کسی حرکت کا شعور ہو "اوپر" یا "نیچے" کہہ کر بتلا دے۔ عصبی اشخاص پر تجربہ کرنے سے طالب علم کو جلد ہی معلوم ہو جائے گا کہ اس وقت جب کہ حس پذیری کی یہ قسم غیر ماؤف ہو مریض سے صحیح جوابات کا سلسلہ حاصل کرنے کے لیے حرکت کا درجہ اور سرعت کتنی ہونی چاہئیے۔ اس قسم کے احساس کی مزید تحقیق اس طرح کی جاتی ہے کہ مریض کے جوارح زیریں کو حرکت دے کر مختلف اوضاع میں لایا جائے اور اس سے کہا جائے کہ وہ آنکھیں بند رکھ کر ہٹی ہوئی انگلی یا انگلی کی طرف اشارہ کرے۔

حس ارتعاش۔ اس امتحان کے لیے مشاہد ایک بڑا ارتعاشی شوکا دوشاخہ استعمال کرتا ہے جس کا دستہ باری باری سے مختلف عظمی ابھاروں پر لگایا جاتا ہے اور مریض سے کہا جاتا ہے کہ اپنے احساسات بیان کرے۔ مشاہد کو خود اپنے بدن پر کئے تقابلی مشاہدات سے طبعی حس پذیری کا معیار حاصل ہو سکتا ہے۔ پچھلے استوانہ کے ریشوں کی مضرت کی حالت میں حس کی شناخت کے لیے یہ طریقہ امتحان بہت مفید ہے اس قسم کا احساس جوارح زیریں میں جلد ہی کم یا غائب ہو جاتا ہے۔

لمسی شکل شناسی (stereognosis)۔ بصارت استعمال کئے بغیر ہاتھ میں

رکھی ہوئی اشیا کی شکل، جسامت اور بناوٹ کی شناخت کرنے کی قوت اس اصطلاح سے مراد ہے۔ ان مریضوں کو جن میں یہ قوت مفقود ہو گئی ہو، یہ کہا جائے گا کہ وہ لمسی شکل ناشناسی (astereognosis) میں مبتلا ہیں۔ جب ہاتھ کی انگلیوں میں جلدی حس پذیری شدت کے ساتھ ماؤف ہو تو قدرتی طور پر یہ حالت موجود ہوگی۔ یہ نقص وضعی حس سے بھی پیدا ہو سکتی ہے خواہ جلدی حس پذیری کامل ہی کیوں نہ ہو۔

۵۔ حرکی نظام

غیر ارادی حرکات یا تو حرکی عصبیوں کی خراش سے پیدا ہو سکتے ہیں، یا ان عصبیوں کے اتلاف سے جو کہ تکلیبی طور پر نیچے کے مرکزوں پر ایک امتناعی اثر مترتب کرتے ہیں۔

تشنجات (convulsions) کا بیان جو دماغی مبدا رکھتے ہیں اور مقامی یا عمومی ہوتے ہیں، صرع (epilepsy) اور سلعۂ دماغ کے عنوانوں کے تحت درج ہے۔

رعشہ (tremors)، عضلات کے گروہوں اور ان کے متضاد العمل عضلات کے لے دار تبادلی حرکات پر مشتمل ہوتے ہیں، اور ان کی جماعت بندی حرکات کی شرح اور وسعت اور ماؤف شدہ عضلات کے لحاظ سے کی جاتی ہے۔ تیز اور باریک رعشے کی مثال کے طور پر وہ رعشہ بیان کیا جا سکتا ہے جو مرض گریو (Grave's disease) میں انگلیوں میں دیکھا جاتا ہے، لیکن وہ رعشہ جو شلل اہتزازی (paralysis agitans) میں دیکھا جاتا ہے نسبتہً آہستہ اور موٹا ہے۔

داء الرقص نما حرکات (choreiform movements) جیسی کہ تشنجی طور پر نام نہاد رثیتی داء الرقص (rheumatic chorea) میں دیکھے جاتے ہیں، ان کا بڑا خاصہ ان کی بے نظمی اور عدم توازن ہے۔

کنع (athetosis) کے حرکات ان سے مختلف ہوتے ہیں اور نہایت عام طور پر کہنہ فالج نصفی کے شیخی جوارح میں دیکھے جاتے ہیں۔ یہ عموماً بالائی جوارح میں محدود ہوتے ہیں اور

626

آہستہ، غیر منتظم اور بل کھانے کے حرکات پر مشتمل ہوتے ہیں، جو انگلیوں اور کلائیوں میں نہایت نمایاں ہوتے ہیں لیکن شدید اصابتوں میں بازو کو بھی ماؤف کر دیتے ہیں۔

عضلی رجفہ (myoclonus) کے نام سے موسوم حالت کا ممیّز خاصہ مختلف عضلات کے ناگہانی صدمہ نما انقباضات ہیں جو شرح اور توازن میں غیر منتظم ہوتے، اور دوروں کی شکل میں ظاہر ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، اور ان میں سے ہر دورہ چند ثانیوں یا دقیقوں تک جاری رہتا ہے۔

عضلی رجفہ کی قسم کے غیر ارادی حرکات بار ہا سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) میں مشاہدے میں آئے ہیں اور ایک منفرد مظہر کے طور پر خاندانی مرض کی بعض شاذ اصابتوں میں دیکھے گئے ہیں۔

ریشکی رعشے (fibrillary tremors) یا جھٹکے عضلات کے منفرد حصوں یا ریشکوں کے سریع انقباضات ہیں جو جلد کے نیچے ذرا ہی نظر آسکتے ہیں اور صرف کبھی کبھی مفاصل کو حرکت میں لاتے ہیں۔ یہ بالخصوص ان عضلات میں واقع ہوتے جن کی رسد اگلے قرن کے خلیتوں سے پہنچتی ہے اور جن میں آہستہ انحطاط واقع ہو رہا ہو مثلاً حرکی عصبیتی مرض میں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 762)۔

عضلہ کا ذبول اس اسفل حرکی عصبیہ کے ضرر سے پیدا ہو سکتا ہے جو اسے رسد پہنچاتا ہے (مقدم التہاب رماد النخاع = anterior poliomyelitis، حرکی عصبیتی مرض = motor neuron disease، محیطی عصبی التہاب = peripheral neuritis)، یا خود عضلی ریشوں کے اندر انحطاطی نوعیت کے تغیرات ہونے کے باعث ہوتا ہے (عضلی سوء تغذیہ = muscular-dystrophy)۔ مقامی عضلی ہزال کے نسبتاً کمتر درجے ان جوارح میں واقع ہوتے ہیں جن کے اسفل حرکی عصبیے تو صحیح و سالم ہوں مگر وہ طویل عرصے تک استعمال میں نہ لائے گئے ہوں، مثلاً بالائی حرکی عصبیہ کے شلل کہنہ کی صالتوں میں اور ہسٹیریائی شلل میں۔ عمومی عضلی ذبول مزمن نقص تغذیہ کی حالتوں (مثلاً سل ریوی، ذیابیطس، یا مرض خبیث) کا ایک نمایاں خاصہ ہو سکتا ہے۔

امراضیاتی بیش پرورش صرف عضلی نمو و تغذیہ کی شاذ اصابتوں میں دیکھی جاتی ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۲۹ صفحہ 757)۔

عضلی تنش (muscular tone) کی حالت کی تخمین اس بنا پر کیجاتی ہے کہ مختلف مفاصل کے حرکات مجہول کس آسانی سے عمل میں لائے جاسکتے ہیں۔ شدید نقصان تنش کی حالتوں، مثلاً ہزال نخاع (tabes) اور پیدائشی عدم تنش عضلہ (amyotonia congenita)، میں ان حرکات کی جولانی بہت زیادہ



تصویر ۷۷۔ ایک بچے کی تصویر جو کہ تنگ کی علامات پیش کرتا ہے۔ کالاہ عضلات کا انقباض نوٹ کرنا چاہئے۔ (ٹرنر Turner: اور سٹوارٹ Stewart: کی تعلیمات میں)۔

ہو جاتی ہے، چنانچہ کولہے کے جوڑوں کی خم کردگی کے ذریعہ مریض کے پاؤں کو اس کے کندھوں کے قریب لانا ممکن ہوتا ہے۔ ہرمی اضرار کے باعث جو تنش کی زیادتی یا تشنجیت (spasticity) دیکھی جاتی ہے وہ بالائی جارحہ میں خم کن عضلات کے گروہوں تک اور زیرین جارحہ میں باسط گروہوں

تک محدود ہوتی ہے۔ اس کا ممیز خاصّہ یہ ہوتا ہے کہ مخالف سمت میں حرکت مجہول کرنے میں مزاحمت ہوتی ہے، اور یہ مزاحمت ابتداءً اعظم ہوتی ہے لیکن از اں بعد ڈھیلی پڑجاتی ہے، مثل اس مزاحمت کے جو کہ ایک گرفت دار چاقو کے کھولنے میں پائی جاتی ہے۔

شکل اہتزازی کی کرختگی، اس سے بھی زیادہ یکساں طور پر توزیع شدہ ہوتی ہے، اور مجہول حرکت کی پوری جولانی میں قایم رہتی ہے (سیسہ کی نلی جیسی کرختگی = lead-pipe rigidity)۔ تاہم بسا اوقات عضلی تشنج ہموار طور پر نہیں بلکہ چھوٹے چھوٹے متوالی جھٹکوں کے ساتھ ڈھیلا پڑتا محسوس ہوتا ہے (دنت پہیا کرختگی = cog-wheel rigidity)۔

627　امارتِ کرنگ (Kernig's sign)۔ التہابِ سحایا (meningitis) اور بعض دوسری حالتوں میں پایا گیا ہے کہ اگر مریض کو بیٹھی ہوئی وضع میں رکھ کر، یا جب مریض لیٹا ہوا ہو تو اس کی ران کو انتصابی رخ میں اوپر اٹھاکر ران کو جسم کے ساتھ زاویہ قائمہ پر خمیدہ کیا جائے تو عضلات کاذہ کے انقباض کے باعث، ٹانگ کو ران پر معمولی حد تک بسط نہیں کیا جاسکتا (تصویر)۔ اس حالت میں جو عضلی تشنج واقع ہوتا ہے وہ بالخصوص ایک ارادی انقباض کے باعث ہوتا ہے جس کا مقصد اس درد کو روکنا ہے جو ملتہب اعصاب یا عصبی جڑوں کے تننے سے پیدا ہوتا ہے۔

ارادی قوت کی منظم تحقیقات کرنے کے لیے مریض سے کہا جاتا ہے کہ مزاحمت کے خلاف مختلف حرکات، ہاتھ کی انگلیوں، کلائیوں اور بازوؤں کی خم کردگی اور بسط کردگی، اکباب اور بطح وغیرہ عمل میں لائے۔

اگر کمزوری ہرمی ریشوں کے ضرر کے باعث ہو تو سب سے زیادہ ماؤف ہونے والے عضلات بالائی جارحہ میں باسطات ہوں گے (اس صورت میں انگلیوں کے حرکات اور کلائی کے بسط کرنے کی قوت کا نقصان سب سے پہلے ہوتا ہے)، اور زیرین جوارح میں خم کن عضلات (flexors) ہوں گے (اس صورت میں پاؤں کی ظہری خم کردگی کی ماؤفیت سب سے پہلے واضح ہوجاتی ہے)۔

حرکات کی ناہم آہنگی (inco-ordination) جوکمزوری کی غیر موجودگی میں ہو، وضع اور حرکت مجہول کی حس کے نقصان کے باعث ہو سکتی ہے۔ اس کو دمینی مرض سے پیدا ہونے والی ناہم آہنگی سے تمیز کرنے کے لیے عدم اتساق کہا جاتا ہے اگرچہ بعض اوقات اول الذکر کو بھی دسیعی عدم اتساق کہا جاتا ہے۔ ہم آہنگی کے امتحان کے لئے بہت سے طریقے ایجاد کئے گئے ہیں، جن میں سے سادہ ترین اور بہترین ذیل میں درج ہیں:-

اصبع انف اصبعی امتحان (finger-nose-finger test)- شاہد اپنی دائیں انگشت شہادت مریض کے سامنے رکھتا ہے اتنی دور کہ مریض اسے چھو سکے۔ مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ اپنی دائیں انگشت شہادت کی نوک سے پہلے خود اپنی ناک کے سرے کو اور پھر شاہد کی انگلی کی نوک کو چھوئے اور جس قدر جلد اور جس قدر صفائی کے ساتھ ممکن ہو ان حرکات کو بالتبادل دہرائے۔ اس اثنا میں شاہد تماسوں کے درمیان اپنے انگلی کے اس محل وقوع کو جو کہ مریض کے لحاظ سے ہے بدلتا رہتا ہے۔

ناہم آہنگی حسب ذیل امور سے ظاہر ہوتی ہے: خطاحرکت سے انحراف اور حرکت میں بیڈھنگاپن اور نشانے پر پہنچنے میں تاخیر نیز یا تو نشانہ تک پہنچنے سے پہلے ہی ٹھہر جانا یا اس سے آگے تک نکل جانے کا رجحان (نقص پیمائش فاصلہ - (dysmetria

تواتر حرکات امتحان (diadochokinesis test)- مریض اپنے بالائی جوارح کو نیم خم کردہ حالت میں اس طرح رکھتا ہے کہ کہنیاں جسم کے پہلوؤں سے لگی ہوئی اور انگلیاں مڑی ہوئی ہوں۔ پھر وہ دونوں پیش بازوؤں سے ہمزمان طور پر اور جس قدر جلد جلد ممکن ہو اکباب اور بطح کے تبادل حرکات عمل میں لاتا ہے۔

ناہم آہنگی عسر تواتر حرکات (dysdiadochokinesis) سے ظاہر ہوتی ہے۔ ماؤف جارحہ اپنے رفیق جارحہ سے پیچھے رہ جاتا ہے۔ اس کی حرکت بیڈھنگی اور غیر متوازن ہوتی ہے جس کو کہنی اور شانے پر کے بے ضرورت حرکات اور بھی نمایاں کر دیتے ہیں۔

ایڑی گھٹنا امتحان (heel-knee test)۔ مریض لیٹی ہوئی وضع میں ایک ایڑی کو ہوا میں اونچا اٹھاتا ہے، اور اسے آہستہ سے مخالف جانب کے گھٹنے پر رکھ کر قصبیہ کے اگلے کنارے پر سے برابر نیچے پھسلاتا ہوا ٹخنے تک لاتا ہے۔ طبعی حالت میں یہ سلسلۂ حرکات سلاست اور سادگی کے ساتھ انجام دیا جاسکتا ہے، تاہم ہم آہنگی عدم استقامت اور بے قاعدگی سے ظاہر ہوتی ہے۔

برقی تعاملات عضلہ برقی تہییج پر جس مجیبیت کا اظہار کرتا ہے بعض اوقات اس کی نوعیت کی بنا پر شلل کے مختلف اسباب میں تفریق کی جاسکتی ہے، اور یہ دریافت کیا جاسکتا ہے کہ اسفل حرکی عصبیے کے ایک ضرر کے بعد شفایابی کس لمحہ شروع ہوتی ہے۔

ہم یہاں فرض کر لیتے ہیں کہ طالب علم عضلہ اور عصب کی تہییج کے لیے برقی رو کے فعلیاتی استعمال کے طریقوں سے واقف ہے، جو فعلیات کی درسی کتب میں مل سکتے ہیں۔

فرادی رو اعصاب اور عصبی نتہاؤں کے لیے ایک کافی تہییج ہے اور طبعی عضلات میں حالت صحت میں لگائی جائے تو یہ ایک تیز اور دیرپا انقباض پیدا کر دیتی ہے یہ انقباض اس وقت بالخصوص نمایاں ہوتا ہے جب کہ برقیرہ اس نقطہ پر رکھ دیا جائے جہاں حرکی عصب عضلہ میں داخل ہوتا ہے۔

اسفل حرکی عصبیہ کے کامل ضرر کی حالت میں فرادی تہییج خواہ عصب یا عضلہ دونوں میں کوئی مجیبیت پیدا نہیں کرتا۔ ناکمل اضرار کی حالت میں ممکن ہے کہ مجیبیت کی کمی تخفیف واقع ہو جائے۔

گیلوانی رو سے عضلی انقباض صرف اسی وقت حاصل ہوتا ہے جب کہ دور کو جاری کیا جاتا یا منقطع کیا جاتا ہے۔ رو کے مسلسل سیلان کے دوران میں کوئی انقباض نہیں دیکھا جاتا۔ چونکہ قطب دو ہوتے ہیں، لہٰذا انقباضات کے چار سلسلے دیکھے جاسکتے ہیں، یعنی دو تو دور کو جاری اور منقطع کرنے پر اس وقت جب کہ مہیج برقیرہ کیتھوڈ (زیریں برقیرہ) ہو اور دو دور کو جاری اور منقطع کرنے پر اس وقت جب کہ اینوڈ (زبریں برقیرہ) مہیج نقطہ کے طور پر استعمال کیا گیا ہو۔

انھیں عموماً حروف کی صورت میں حسب ذیل طریقے سے ظاہر کیا جاتا ہے:-

K.C.C. = کیتھوڈی اجسرائی انقباض
A.C.C. = اینوڈی اجسرائی انقباض
A.O.C. = اینوڈی انقطاعی انقباض
K.O.C. = کیتھوڈی انقطاعی انقباض

حالت صحت میں گیلوانی تہیج کارگر ہوتا ہے، خواہ اسے عضلہ پر خواہ عصب پر لگایا جائے، اور اس کا نتیجہ ایک مختصر تیز انقباض ہوتا ہے۔ اگر رَو کی طاقت مستقل اور معتدل ہو تو پایا گیا ہے کہ K.C.C. (کیتھوڈی اجرائی انقباض) A.C.C. (اینوڈی اجسرائی انقباض) کے نسبت بڑا ہوتا ہے۔

اسفل حرکی عصبیے اضرار کی حالت میں گیلوانی ہیجان سے عصب میں کوئی مجیبیت نہیں واقع ہوتی، لیکن عضلہ اپنی مجیبیت میں بعض تغیرات ظاہر کرتا ہے، جنھیں تعامل انحطاط (reaction of degeneration) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے۔

کیفی طور پر اس میں گیلوانیت سے واقع ہونے والی مجیبیت بجائے مختصر اور تیز ہونے کے بطئ النمو اور سست ہوتی ہے، اور کمّی طور پر یہ پایا گیا ہے کہ رَو کی مستقل طاقت کے ساتھ A.C.C. (اینوڈی اجسرائی انقباض) K.C.C. (کیتھوڈی اجسرائی انقباض) کے برابر یا اس سے زائد ہوتا ہے۔

اسفل حرکی عصبیے کے ضرر کے بعد شفایابی کی سب سے پہلی آثار عموماً یہ ہوتی ہے کہ عضلہ میں فرادی تحریک پذیری واپس آجاتی ہے۔

بعض امراض، مرض تھامسین (Thomsen's disease) اور مترقی عضلی نہاکت (myasthenia gravis) میں برقی تحریک پذیری کے ممیز تغیرات پائے جاتے ہیں، جو ان عنوانوں کے تحت بیان کیے گئے ہیں۔

۶۔ معکوسات

معکوسات کی تقسیم اوپری، عمیق اور حشائی میں کی گئی ہے۔ ان کی موجودگی کا انحصار ان حسی اور حرکی منتہائی آلات اور درآئندہ اور برآئندہ راستوں کی سلامتی پر ہوتا ہے جو معکوسی قوس میں مضمر ہیں۔ ان کی ترمیم ان بلند تر مرکزوں کے مختلف اضرار سے بھی ہو سکتی ہے جو ان پر ایک انقداری یا امتناعی اثر رکھتے ہیں۔

معکوسات ذیل سریری امتحان میں خاص قدر و قیمت رکھتے ہیں:۔

اوپری معکوسے (superficial reflexes)۔ حدقی (pupillary)، قرنیتی (corneal) اور بلعومی (pharyngeal) معکوسوں کا بیان جمجمی اعصاب کے تحت درج کیا گیا ہے۔ شکمی معکوسے (abdominal reflexes) جلد کو آہستہ سے سہلانے (light stroking) سے جس کا نتیجہ زیرافتادہ عضلی نظام کا انقباض ہوتا ہے، حاصل ہوتے ہیں۔ ہر جانب پر ایک شراسیفی، وسیط شکمی اور زیرین شکمی معکوسہ ممیز ہو سکتا ہے۔ یہ تندرست بالغوں کی بہت غالب تعداد میں موجود ہوتے ہیں اور دونوں جانبوں پر برابر ہوتے ہیں۔ لیکن دیوارِ شکم کی ڈھیلی اور لٹکی ہوئی حالت میں (جیسے کہ کثیر الولادت عورتوں میں)، دروں شکمی مرض کی اصابتوں (جیسے کہ ٹائفائیڈ) میں، اور اس وقت جب کہ مریض غیر معمولی طور پر سرد ہو یہ غیر موجود ہو سکتے ہیں۔

جب یہ اسباب موجود نہ ہوں تو ان معکوسوں کی غیر موجودگی سے ہرمی ریشوں کا مرض ظاہر ہوتا ہے۔ جب ضرر ہرمی تقاطع سے اوپر کو ہوتا ہے تو یہ جسم کی متقابل جانب پر غائب ہوتے ہیں، اور جب ضرر تقاطع کے نیچے ہوتا ہے تو اسی جانب غائب ہوتے ہیں۔ اکثر اوقات ان معکوسوں کی عدم موجودگی ہرمی ماؤفیت کی ایک ابتدائی آمارت ہوتی ہے، اور ان اصابتوں میں جہاں ان کی مکمل عدم موجودگی نہ ہو جسم کی دونوں جانبوں پر حاصل شدہ نتیجوں کے درمیان ایک مستقل کمی فرق تشخیص میں مفید ہوتا ہے۔ معکوسۂ علاقی (cremasteric reflex) ران کی اندرونی سطح پر کی جلد کو سہلانے سے حاصل ہوتا ہے۔ یہ نتیجہ یہ ہے کہ

خُصیہ اوپر چڑھ جاتا ہے۔ ہرمی ضرر کی حالتوں میں ماؤف جانب پر شکمی معکوسوں کے ساتھ یہ معکوسہ بھی غیر موجود ہوتا ہے۔

اَخمصی معکوسہ (plantar reflex)۔ تندرستی کی حالت میں تلوے کے بیرونی حاشیہ کو سہلانے سے بعد مشارقی سُلامی مفصل پر چھوٹی یا انگلیوں اور پا انگوٹھے کی خمیدگی واقع ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ذود حِس اشخاص میں ڈر کی وجہ سے پیچھے ہٹنے کی ارادی حرکتیں یا گدگدی اس مُہیّجیت کو پیچیدہ بنا دیں۔ اس کاشفہ کو ظاہر کرنے کے لیے بہترین طریقہ یہ ہے کہ جارحۂ زیرین کو مجہول طور پر بسط شدہ رکھا جائے۔ جلد گرم اور خشک ہونی چاہیئے۔ انسب تہییج کا انحصار ہر انفرادی حالت میں متعدد تغیر پذیر عوامل پر ہوتا ہے۔ عموماً یہ کافی ہوتا ہے کہ انگوٹھے کے ناخن کو اس کے ذریعہ دباؤ ڈالتے ہوئے تلوے کے بیرونی کنارے کے برابر ایڑی سے انگلیوں تک آہستہ سے کھینچا جائے، یا کوئی کُند نوک والا اوزار استعمال کیا جا سکتا ہے۔ یہ معکوس مُہیّجیت مندرجۂ ذیل حالتوں میں غائب ہو جاتی ہے:۔ پہلے عجزی خلقہ کی معکوسی قوس کے اضرار میں۔ توما میں۔ آن حِسّی اختلالات کے ساتھ جو ہزال نخاع (tabes) میں تلوے کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ پا انگلیوں کے عضلات کے شلل کے ساتھ، مثلاً حاد التہاب رِما والنخاع (acute poliomyelitis) میں۔ اور اس وقت جب کہ پاؤں ٹھنڈے ہوں۔ ہرمی ریشوں کے ضرر کی موجودگی میں متناظر جانب پر طبعی مُہیّجیت کے بجائے آماریت بیبنسکی (Babinski's sign) ظاہر ہوتی ہے۔ اس میں یہ ہوتا ہے کہ پاؤں کا انگوٹھا اوپر کی طرف حرکت کرتا ہے اور دوسری انگلیاں تبعید ہو کر پنکھے کی طرح پھیل جاتی ہیں۔ اس کے ساتھ ہی عضلاتِ کاذہ کا انقباض ہوتا ہے۔ نخاع کے کُل عرضی ضرر کی اصابتوں میں پہلے اخمصی مُہیّجیتوں کا نقصان ہوتا ہے، لیکن جب نخاعی صدمہ سے شفا یابی ہو جاتی ہے تو کسی ایک پاؤں کی تہییج کی مُہیّجیت میں دونوں جوارح کے پیچھے ہٹنے کی ایک کُلّی حرکت نمو یاب ہوتی ہے۔

عمیق معکوسے۔ یہ حقیقی معکوسے ہیں، اور ان کی فعالیت عضلی تنش

کی حالت کی آئینہ دار ہوتی ہے، اور ان کی موجودگی متعلقہ معکوسی قوسوں اور انتہائی اعضا کی سلامتی پر منحصر ہوتی ہے۔

ان کے امتحان کا طریقہ یہ ہے کہ جارحہ کو ایسی وضع میں رکھا جائے جس میں وہ عضلہ جس کا وتری جھٹکا (tendon jerk) ظاہر کرنا مقصود ہے، ڈھیلا پڑ جائے۔ پھر شاہد اس عضلہ کو خفیف سے تناؤ کی حالت میں رکھ کر اس کے وتر پر ایک قرعی ہتھوڑے سے ایک تیز تھپکی لگاتا ہے۔ کیفیت یہ ہے کہ عضلہ کا انقباض ہو کر اس حصہ کی حرکت ہوتی ہے۔ مندرجۂ ذیل عمیق معکوسے سب سے زیادہ سریری اہمیت رکھتے ہیں:۔

مثلث الرؤوس کا جھٹکا (triceps jerk)۔ اس کے حاصل کرنے کا یہ طریقہ ہے کہ بازو کو کہنی پر نیم خمیدہ کیا جاتا ہے اور وتر پر اس جگہ سے ذرا اوپر کہ جہاں وہ زج میں منتہی ہوتا ہے ضرب لگائی جاتی ہے۔

ذوراسین کا جھٹکا (biceps jerk) اس طرح حاصل ہوتا ہے کہ کہنی کے جوڑ کو خمیدہ کیا جائے، ذوراسین کے وتر پر اس کی انتہا کے عین اوپر ہی انگوٹھا رکھا جائے، اور عضلہ کو خفیف طور پر تانا جائے۔ پھر انگوٹھے پر ضرب لگائی جاتی ہے، جس سے ذوراسین منقبض ہو جاتا ہے۔

باطحہ کا جھٹکا (supinator jerk)۔ اس کو حاصل کرنے کے لئے مشاہد مریض کے ہاتھ کو ڈھیلا پکڑے رکھتا ہے، اس طرح پر کہ اس کی کہنی نیم خمیدہ اور پیش بازو نیم کبوب ہو، اور پھر ابری الشکل زائدہ سے بالکل اوپر ہی کعبری ہڈی کے بیرونی کنارے پر ضرب لگاتا ہے۔ کیفیت یہ ہوتی ہے کہ عضلۂ باطحہ طویلہ (عضلۂ عضدی کعبری = brachio-radialis) منقبض ہو کر کہنی کو خمیدہ کر دیتا ہے۔

رکبی جھٹکا (knee-jerk)۔ جب مریض پشت پر لیٹا ہوا ہو تو شاہد اس کے گھٹنے کو خفیف خمیدگی کی حالت میں سہارا دے کر رباط رضفی کو ایک ہتھوڑے سے تیز ضرب لگاتا ہے۔ اس کا نتیجہ ذوار بعۃ الرؤوس فخذی عضلہ کا پھرتیلا انقباض ہے۔ رکبی جھٹکے اس وقت بھی لیے جا سکتے ہیں کہ

مریض ایک کرسی پر بیٹھا ہوا ہو اور اس کی ایک ٹانگ دوسری کے وار پار پڑی ہوئی ہو۔ یہ امر اہم ہے کہ جارحہ پورے طور پر مرخی ہو۔ اگر منعکسہ پھر بھی ظاہر نہ ہو تو مریض کی توجہ کو اس طرف سے ہٹانا چاہیئے، مثلاً اس طرح کہ ایک ہاتھ کی انگلیاں دوسرے ہاتھ کی انگلیوں میں پکڑوائی جائیں اور جب وہ اپنے ہاتھوں کو کھینچ رہا ہو تو اسے چھت کی طرف دیکھنے کو کہا جائے (تقویت جینڈ راسیکی = (Jendrassiki's reinforcement)۔

وترِ اخیلی کا یا کعبی جھٹکا (tendo achillis or ankle jerk)۔ اسے حاصل کرنے کے لیے پنڈلی کے عضلات کو خفیف سا تنا ہوا رکھ کر وترِ اخیلی پر خوب ضرب لگائی جاتی ہے، جس کی محبیت یہ ہوتی ہے کہ ان عضلات کا پھرتی کے ساتھ انقباض واقع ہو جاتا ہے۔

کعبی رجفہ (ankle clonus)۔ کعبی رجفہ، یا رجفۃ القدم ایک مماثل مظہر ہے، جو بعض نخاعی اور دیگر امراض میں واقع ہوتا ہے، لیکن وکبی جھٹکے کی طرح یہ تندرستی میں نہیں موجود ہوتا، یا صرف ایک ترمیم شدہ شکل میں موجود ہوتا ہے۔ اسے ظاہر کرنے کے لئے مریض کو بیٹھا یا لیٹا ہوا ہونا چاہیئے۔ گھٹنے کے نیچے بایاں ہاتھ رکھ کر ٹانگ اٹھالی جاتی ہے جس سے گھٹنا خفیف سا خمیدہ ہوتا ہے، اور پا انگلیوں کو دائیں ہاتھ میں مضبوط پکڑ کر پاؤں کو تیزی کے ساتھ گھٹنے کی سمت میں خمیدہ کیا جاتا ہے۔ پنڈلی کے عضلات فی الفور منقبض ہوتے ہیں، لیکن چونکہ پاؤں پر دباؤ بدستور قائم رکھا جاتا ہے، لہذا وہ ڈھیلے پڑ جاتے ہیں۔ پھر منقبض ہوتے ہیں، اور اس طرح ایک تقریباً غیر معین زمانے تک متبادلاً منقبض اور ڈھیلے ہوتے رہتے ہیں اور نام نہاد رجفہ (clonus) بناتے ہیں۔ یہ انقباضات فی ثانیہ تقریباً سات کی شرح سے واقع ہوتے ہیں۔ اس مظہر کی ترمیم جو تندرستی میں واقع ہوتی ہے، تیز متبادل حرکات کا سلسلہ ہے جو اس وقت جب کہ بیٹھی ہوئی وضع میں پاؤں زمین پر صرف انگلیوں کے بل پر ہی رکھا ہوا ہو، مسلسل یا بلا کوشش کے جاری رکھا جا سکتا ہے۔

رکبی رجفہ (knee clonus) بعض اوقات یا تو اس وقت حاصل ہو سکتا ہے۔

جب رکبی جھٹکا حاصل کرنے کے لئے قرع کیا جائے، یا اس وقت جب کہ ٹانگ ایک کوچ پر بسیط شدہ ہو اور رضفہ کو نیچے قصبیہ کی طرف دھکیلا جائے۔
ہرمی افزار کا نتیجہ ہوتا ہے کہ عمیق معکوسے مبالغہ آمیز ہوتے ہیں اور کبھی رجفہ پایا جاتا ہے، اور ساتھ ہی جلدی معکوسے غیر موجود ہوتے ہیں اور ابارت بیبنسکی پائی جاتی ہے۔
عضلات، محیطی اعصاب، اگلی اور پچھلی جڑوں، یا اگلے قرن کے خلیات کے مرض سے وتری جھٹکوں کا نقصان واقع ہو جاتا ہے۔
وتری جھٹکوں کے کئی تغیرات اس وقت کارآمد ثابت ہوتے ہیں جبکہ اُن کی شدت یا قوت میں نمایاں فرق موجود ہو۔ مثلاً رکبی جھٹکوں اور کعبی جھٹکوں کے درمیان، یا جسم کی دونوں جانبوں پر کی حاصل شدہ مجیبیتوں کے درمیان۔
لیکن عام طور پر عمیق معکوسوں کی حالت متعدد حالتوں سے متاثر ہو سکتی ہے مثلاً جذباتی ہیجان، تکان، تعیش اور تسمم سے۔

۷۔ عضلات عاصرہ پر اقتدار

(sphincter control)

مثانہ۔ صریح احتباس بول یا سلس البول (incontinence of urine) کے علاوہ مریض سے اس امر کے متعلق سوال کرنا چاہیئے کہ آیا تبول شروع کرنے میں دقت، یا ایکبار پیشاب کرنے کی ضرورت کا احساس ہونے پر اس میں تاخیر کرنے کی ناقابلیت کے عام تنقص (تبول معجل = precipitate micturition) کی سرگذشت تو نہیں ہے۔

معاء مستقیم۔ اس حصے کو ماؤف کرنے والے شلل کے ابتدائی علامات یہ ہوتے ہیں:۔ قبض، یا زیادہ صحیح الفاظ میں عسر تبرز (dyschezia) (ملاحظہ ہو صفحہ 357)، اور جب مسہلات استعمال کیے جائیں تو دستوں کو روکنے میں دقت، اور کبھی کبھی پاخانہ خطا ہو جانا۔

۸ - تغیراتِ پرورشی

عصبی نظام کے بعض امراض میں بافتوں کا تغذیہ نہایت متاثر ہوجاتا ہے گرجداگانہ پرورشی اعصاب یا عصبیوں کا کوئی ثبوت موجود نہیں۔ نہایت نمایاں اثرات عصبی تنتوں اور ان کے مرکزوں کے اضرار میں دیکھے جاتے ہیں یعنی اُن اضرار میں جو حرکی اور حسی اسفل عصبیوں کو متضرر کر دیتے ہیں۔ مثلاً اگلے قرن کے اضرار (حاد التہاب رماد النخاع = acute poliomyelitis) یا اعصاب کے اضرار (تضرر: عصبی التہاب) کے ساتھ عضلات کا نمایاں ہزال ہوتا ہے، جو دماغ یا نخاع کے اُن اضرار میں جو صرف اعلیٰ عصبیوں کو ماؤف کرتے ہیں، نہیں موجود ہوتا۔ عضلات کا ہزال پہلے اُن کے ڈھیلے پن سے اور بعد میں ان کی جسامت کی حقیقی تخفیف سے ظاہر ہوتا ہے۔ اس کی مقدار کا اندازہ پیمائش کے ذریعہ سے کیا جاسکتا ہے، لیکن یاد رکھنا چاہئے کہ تحت الجلد شحم ہزال کو جہاں تک کہ حجم کا تعلق ہے بالکل چھپا سکتی ہے۔ عضلات کے علاوہ دوسرے اجزا بھی اکثر ماؤف ہوجاتے ہیں۔ بعض مزمن اصابتوں میں جلد پتلی، سرخ اور چمکدار ہوجاتی ہے (پیجٹ کی چمکدار جلد = "glossy skin" of Paget)۔ اس پر احمراری، آبلہ دار، اور حویصلی ثورانات (مثلاً نملہ نطاقی = zona) اذیما، داحس (whitlow) اور جلدی تقرح واقع ہوسکتے ہیں۔ زیر جلدی بافت کے ہزال کے باعث انگلیوں کے ناخن کھٹھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ بالوں اور ناخنوں کی بالیدگی سست پڑجاتی ہے اور ناخن بھربھرے ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ہڈیوں کے تغذیہ میں کمی آجائے اور وہ بھربھری ہوجائیں یا بآسانی ٹوٹ جائیں۔ اگر شلل اوائل عمر ہی میں واقع ہوجائے تو ممکن ہے کہ سارے جارحہ کی بالیدگی سست پڑجائے جس سے وہ بالآخر اپنے رفیق کے مقابلہ میں ۱$\frac{1}{2}$ تا ۲ انچ چھوٹا ہوجاتا ہے۔ حاد اصابتوں میں جلد کی تپش بلند ہوجاتی ہے، عروق متسع ہوجاتے ہیں، حویصلات یا چھالے بن جاتے ہیں، اور خفیف ترین خراش یا دباؤ سے قروح الفراش (bed-sores) پیدا ہوجاتے ہیں۔

۹۔ وضع اور چال

اگر مریض صاحب فراش نہیں ہے تو اسے اپنے معمولی طریقے سے کمرے میں اِدھر اُدھر چلانا چاہیئے اور اگر اس کی نقل و حرکت اور چال میں کوئی مخصوص امر نظر آئے تو اُسے نوٹ کرنا چاہیئے۔ مختلف اضرار کے ممیز تغیرات دوسرے عنوانوں کے تحت بیان کیئے گئے ہیں۔

یہاں یہ ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ کالبدی تشوہات اور امراض مفاصل کا لحاظ کرنا ضروری ہے، اور مزید برآں یہ کہ عضلات کے بعض گروہوں (مثلاً کاذہ اور رالوی عضلات) کی کمزوری نہ صرف چال کی غیر طبعی حالتیں پیدا کر سکتی ہے، بلکہ اس کی وجہ سے مریض بعض ایسے اوضاع اختیار کر لیتا ہے جن کا مقصد مرکزِ جاذبہ کو مناسب مقام پر قائم رکھنا ہے۔

۱۰۔ دماغی نخاعی سیال

حالت مرض میں دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے اکثر ایسے معلومات حاصل ہوتے ہیں جو تشخیص کے لئے نہایت مفید ہوتے ہیں۔ یہ سیال، جیسا کہ قطنی کچوکے سے حاصل ہوتا ہے، طبعی حالت میں صاف اور بے رنگ ہوتا ہے، اور اس میں شکر کی خفیف سی مقدار موجود ہوتی ہے جو محلولِ فہلنگ کی ترجیع کے لیے کافی ہوتی ہے۔

631

دباؤ۔ اس سیال کے دباؤ کی زیادتی سحایا میں حاد التہابی تغیرات کے باعث ہو سکتی ہے کہ جن میں زیرِ عنکبوتی فضا کے اندر رشحات خارج ہوتے ہیں، یا درون جمجمی دباؤ کی زیادتی کے باعث ہو سکتی ہے، جیسے کہ دماغی سلعہ کی اصابتوں میں۔ درون جمجمی دباؤ کے اختلافات طبعی حالات میں نخاع کو گھیرنے والے سیال کے ذریعہ قطنی کچوکے کے محلِ وقوع تک منتقل ہو جاتے ہیں، اور اگر کچوکے کی سوئی سے ایک فشار پیما (manometer) لگا دیا جائے تو یہ اختلافات ناپے جا سکتے ہیں۔ طبعی دباؤ جب کہ مریض لیٹی ہوئی وضع میں ہو،

۶۰ سے لے کر ۱۵۰ ملی میٹر پانی تک اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ ۲۰۰ ملی میٹر سے اوپر کا دباؤ، دروں جمجمی دباؤ کی امراضیاتی زیادتی ظاہر کرتا ہے۔ ایک طبعی شخص میں وداجی وریدوں کو انگلی سے دبانے سے دماغی نخاعی سیال کے دباؤ میں ایک فوری زیادتی پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسی زیادتی کا فقدان نخاعی زیر عنکبوتی فضا کے تسدّد پر دلالت کرتا ہے، اور بعض اوقات یہ رسولی یا التہاب سے نخاع کے انضغاط کے ثبوت میں ایک کارآمد نکتہ ہوتا ہے۔

خون۔ امتحان کے لیے لئے ہوئے نخاعی سیّال میں کا خون کسی ورید سے آسکتا ہے، جو ممکن ہے کہ قطنی کچوکہ دیتے وقت اتفاقاً زخمی ہو گئی ہو۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ وہ زیر عنکبوتی فضا کے اندر نزف کی دلالت ہو۔ ایک مفید امتیازی نکتہ یہ ہے کہ اگر اتفاقی منبع سے حاصل شدہ خون کو رکھا رہنے دیا جائے تو وہ امتحانی نلی کے اندر منجمد ہو جائے گا اور اس کی سطح سے اوپر کا سیّال بے رنگ رہ جائے گا۔ سابق الوجود زیر عنکبوتی انصباب کی حالت میں غالباً نزف کے مقام پر پہلے ہی سے انجماد خون واقع ہو چکا ہوگا، اور کسی قدر وم پاشیدگی بھی واقع ہو چکی ہوگی۔ اگر خون آلود سیّال کو رکھا رہنے دیا جائے تو سرخ خلیے نلی میں تہ نشین ہو جاتے ہیں بغیر اس کے کہ خون کا تھکا بنے، اور ان کے اوپر کا سیّال تبدیل شدہ خون کے لون کی موجودگی کے باعث زرد یا بھورے رنگ کا ہو جاتا ہے۔

جرثومیات۔ حاد سرایت رسان التہاب سحایا (acute infective meningitis) کی اصابتوں میں تسببی عضویہ اکثر آلودوں میں دیکھا جا سکتا ہے، اور تقریباً ہمیشہ کاشتوں سے اگایا جا سکتا ہے۔ جب تدرنی التہاب سحایا کا شبہ ہو تو عضویہ کی جستجو کرنی چاہئے جو اکثر مل جاتا ہے، یا سیّال کا اشراب ایک گینی پگ (ارنب مصری) میں کیا جا سکتا ہے۔

خلوی مافیہ۔ فی مکعب ملی میٹر خلیوں کی تعداد کا جاننا نہایت ضروری ہے۔ طبعی قدر ۳ سے کم ہوتی ہے۔ اس عدد سے اوپر کوئی زیادتی ہو تو اسے امراضیاتی سمجھنا چاہیے، اور یہ عموماً سحایا میں حادیا مزمن التہابی تغیرات واقع ہونے کا

ثبوت ہوتا ہے۔

حاد التہاب سحایا کی ان اصابتوں میں جو نبقہ سحائیہ (meningococcus)، نبقہ ریویہ (pneumococcus)، نبقہ سبحیہ (streptococcus) وغیرہ کے باعث ہوں، یہ زیادتی کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں میں ہوتی ہے، جو اکثر اس قدر کافی کثیر التعداد ہوتے ہیں کہ سیّال میں تکدر پیدا ہو جاتا ہے۔

تدرنی التہاب سحایا میں خلیوں کی غالب تعداد لمفی خلیوں کی ہوتی ہے، جو بالعموم بڑی تعداد میں ہوتے ہیں۔

حاد التہاب رماد النخاع (acute poliomyelitis) میں علالت کے پہلے ہفتہ میں لمفی خلیوں کی تعداد میں زیادتی ہو کر وہ فی مکعب ملی میٹر ۱۰۰ تا ۱۰۰۰ ہو جاتے ہیں، اور سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) میں بھی بظاہر ایسی ہی زیادتی ان اصابتوں کی اکثریت میں واقع ہو جاتی ہے۔

دماغی نخاعی آتشک (cerebro-spinal syphilis) کی مختلف شکلوں میں لمفی خلیوں کی تعداد میں تقریباً ہمیشہ زیادتی پائی جاتی ہے، جس کی حوالی طبعی اعداد سے ذرا ہی اوپر سے لے کر ۲۰۰ یا ۳۰۰ فی مکعب ملی میٹر تک ہو سکتی ہے، اور اس تعداد کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ مرض کی فعالیت کا کونسا مرحلہ ہے اور سحایا کس درجہ تک ماؤف ہیں۔

لمفی خلیوں کی زیادتی کبھی کبھی دماغ یا نخاع کی رسولی کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔

پروٹینی مافیہہ۔ کچّی پیمانہ پر اس کی سرسری تخمین اس طرح کی جا سکتی ہے کہ ۲ سی سی دماغی نخاعی سیّال کو ۳۰ فیصدی ٹرائی کلورایسیٹک ایسڈ (trichloracetic acid) کے ۰.۳ سی سی کے ساتھ جوش دے کر البیومن کی ترسیب کر لی جائے، اور رسوبہ کی کثافت کا مقابلہ ایسی معیاری نلیوں کی کثافت کے ساتھ کیا جائے جن میں اسی طریقے سے ترسیب کردہ البیومن کی معلوم فیصدی مقداریں موجود ہوں۔ طبعی مافیہہ ۰.۰۲۵ ہوتا ہے۔ یہ حاد سرایت رساں التہاب سحایا کے مریضوں سے نکالے ہوئے سیّال میں عموماً تقریباً

632

۳۰ فیصدی تک بڑھ جاتا ہے اور بعض اوقات اس سے بھی زیادہ ہوتا ہے۔ دماغی نخاعی آتشک میں تقریباً ہمیشہ ایک زیادتی ہو جاتی ہے اگرچہ بالعموم اس کا عدد ۱۰۰ فیصدی سے زاید نہیں ہوتا۔ دوسرے بیان کردہ امراض میں بھی، جن میں بلند خلوی شمار پائے گئے ہیں، ایک معتدل زیادتی موجود ہوتی ہے پروٹین مافیہا کی زیادتی دماغی سلعہ کی بعض اصابتوں اور التہاب اعصاب عدیدہ میں بھی پائی جاتی ہے۔ لیکن پروٹین کی بلند ترین مقدار ضغط نخاع (compression of the spinal cord) میں پائی جاتی ہیں۔ اگر کسی سبب سے زیر عنکبوتی فضا کامل طور پر مسدود ہو جائے ایک ایسے لیول پر جو کٹنی کچوکہ دینے کے لیول سے اوپر ہو تو نیچے والے علیحدہ شدہ دناچہ سے حاصل کردہ سیال میں بعض معین خصائص موجود ہوتے ہیں۔ وہ صاف ہوتا ہے اور اس کا رنگ سنہری زرد ہوتا ہے اس میں البیومن کی زیادتی پیدا ہو جاتی ہے (۲ فیصدی تک) اور فائبرین کی بھی چنانچہ اس میں خود بخود کلی ترسیب واقع ہو جاتی ہے۔ اسے علائمیہ فروان (Froin's syndrome) کہتے ہیں۔ علائمیہ فروان کے ظہور سے پہلے یا اس کے تعقب میں ایک درجہ کے طور پر البیومن کی سادہ زیادتی پائی جاتی ہے، جو مقدار میں اس سے زیادہ ہوتی ہے کہ جتنی دوسری حالتوں میں، اور جس کے ساتھ سنہری رنگ یا فائبرین موجود نہیں ہوتی۔

زیر عنکبوتی فضا کا انسداد اسباب ذیل کی وجہ سے واقع ہو سکتا ہے۔ فقرات کا مرض (بوسیدگی یا بالیدگی)۔ سحایا کے فائبرہتی یا ندبی التصاقات، شاذ و نادر جو حاد التہاب سحایا کے بعد یا آتشک میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ رسولی کی بالیدگی جو سحایا میں سے کسی ایک جھلی سے یا نخاع کے اندر ہو جائے۔ انسداد کے لیول کے اوپر سے حاصل کردہ دماغی نخاعی سیال ہر اصابت میں نسبتہً طبعی نظر آتا ہے اور اس کا البیومینی مافیہ بھی نسبتہً طبعی ہوتا ہے۔ جانوروں میں پیرافین ویکس (paraffin wax) کے زیر جافی اشرابات (subdural injections) کے ذریعہ نخاع کا مصنوعی انضغاط واقع کر کے علائمیہ فروان تجربی طور پر پیدا کیا جا سکتا ہے۔

علائمیہ فروان میں خلوی شمار سبب ضاغط کی امراضیاتی نوعیت پر

منحصر ہوتا ہے۔ چنانچہ آتشک کی حالت میں بلند اور دوسری تمام حالتوں میں پست ہوتا ہے۔

کلورائڈز (chlorides)- طبعی دماغی نخاعی سیال میں کلورائڈز کی فیصدی مقدار تقریباً ۷۰۰ء اور ۷۶۰ء فیصدی (NaCl) کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ حاد عمومی سرایتوں میں کسی قدر کم ہوسکتی ہے، لیکن بالعموم ۶۸۰ء فیصدی سے نیچے کا عدد التہاب سحایا کا اظہار کرتا ہے۔ پست ترین فیصدی مقداریں تدرنی التہاب سحایا میں پائی جاتی ہیں، جس میں ۶۰ء فیصدی یا اس سے کم کا عدد عام ہوتا ہے۔ لہٰذا یہ نکتہ تفریقی تشخیص میں بہت بڑی اہمیت رکھتا ہے۔ کلورائڈز کی تخمین معیاری سلور نائٹریٹ (standard silver nitrate) کے ساتھ معایرت کرکے کی جاتی ہے، اور پوٹاسیم کرومیٹ بطور مظہر استعمال کیا جاتا ہے۔ اس امتحان کے لیے دو مکعب سینٹی میٹر دماغی نخاعی سیال کی ضرورت ہوتی ہے۔

تعامل واسّرمان۔ یہ مناہت شللی (dementia paralytica) کی ہر اصابت میں ابتدائی درجہ ہی میں، اور فعال ہزال نخاع کے مریضوں کی اکثریت میں دماغی نخاعی سیال کے اندر مثبت ہوتا ہے۔

جہاں تک کہ سحائی عروقی آتشک (meningo-vascular syphilis) کی سریری شہادت ظاہر کرنے والی اصابتوں کا تعلق ہے، ان اصابتوں میں جن میں نخاع ماؤف ہے اکثر میں یہ تعامل مثبت ہوتا ہے، لیکن جب مرض دماغ میں محدود ہو تو چنداں مستمر طور پر نہیں ظاہر ہوتا۔

کولائڈی تعاملات۔ یہ پایا گیا ہے کہ بعض امراض میں دماغی نخاعی سیال کے اندر ایسی اشیاء (غالباً غریب پروٹینز) موجود رہتی ہیں کہ اگر ان کو ایک کولائڈی تعلیق میں آمیز کردیا جائے تو وہ ترسیب پیدا کردیتی ہیں۔ لانگے (Lange) نے گولڈ کولائڈ کی تعلیق سے کام لے کر تفریقی تشخیص میں مدد حاصل کرنے کے لیے سب سے پہلے اس علم کا اطلاق کیا، اور کولائڈی گولڈ والا کاشفہ جواب عام طور پر مستعمل ہے، اسی کے نام سے منسوب ہے۔ پایا گیا ہے کہ درآنحالیکہ طبعی سیالات

میں ترسیب نہیں ہوتی، دماغ یا نخاع کے آتشکی مرض میں کچھ درجہ کی ترسیب تقریباً ہمیشہ واقع ہوا کرتی ہے ۔ یہ کاشفہ اس طرح کیا جاتا ہے کہ ۰،۹ سی سی طبعی الملح میں ۰،۱ سی سی نخاعی سیال شامل کرکے اس سے یکے بعد دیگرے ۲۰ میں ۰،۱، ۴۰ میں ۰،۱ اور اسی طرح اور زیادہ کمزور ترقیقوں کا ایک سلسلہ بارہ نلیوں کا تیار کرلیا جاتا ہے ۔ ان میں سے ہر نلی میں ۵،۰ سی سی کولائڈل گولڈ شامل کردیا جاتا ہے ۔ اس کاشفہ کے نتائج یا تو ایک ترسیم کی صورت میں یا اعداد میں ظاہر کئے جاتے ہیں، جس میں کامل ترسیب کو ۵ مان لیا جاتا ہے اور عدم ترسیب کو صفر (۰) ۔ عمومی شللِ مجانین (general paralysis of the insane) (آتشکی التہاب دماغ = syphilitic encephalitis) میں اعظم ترسیب اس سلسلہ کی پہلی نلیوں میں ہوتی ہے، اور ایک تمثیلی نتیجہ کا مقروہ ۱۲۲۴۴۴۵۵۵۵۵۵ ہوگا ۔ یہ "استرخائی تعامل" ("paretic" reaction) کے نام سے مشہور ہے ۔ عصبی آتشک کی دوسری شکلوں میں یہ رجحان ہوتا ہے کہ اعظم ترسیب اس سلسلہ کے وسطی منطقہ میں ہو ۔ ۱-۱۲۳۴۴۵۵۴۳ ۔ اس قسم کے نتیجہ کو "آتشکی" ("luetic") کہتے ہیں ۔ یہ بھی پایا گیا ہے کہ ایک غیر طبعی ذہبی منحنی صلابت منتشرہ (disseminated sclerosis) کی بہت سی اصابتوں میں واقع ہوسکتا ہے ۔ یہاں بھی یہ ہے کہ اگر اسے دوسرے کاشفات کے ساتھ ساتھ لیا جائے تو وہ کسی قدر تشخیصی منفعت رکھتا ہے ۔ ایک غیر طبعی منحنی جو مثبت واسرمان کے ساتھ ہو، آتشک کا ثبوت ہے ۔ اگر ایک منفی واسرمان کے ساتھ پایا جائے تو یہ بذاتہ صلابت منتشرہ کی طرف اشارہ کرتا ہے ۔

ایک ایسا دماغی نخاعی سیال جس میں پروٹین کی افراط ہو، خواہ کسی سبب سے ہو، غیر طبعی کولائڈی منحنی دے سکتا ہے ۔

683

امراضِ اعصاب

جمجمی اور محیطی اعصاب کے اضرار بعض امور میں مرکزی عصبی نظام کے اضرار سے مختلف ہوتے ہیں، بالخصوص اس امر میں کہ ان میں کس درجہ کی شفایابی ایک ضرر کے بعد واقع ہوسکتی ہے جو تشریحی اور فعلیاتی لحاظ سے کامل ہو۔ اس کا انحصار بلاشبہ اس امر پر ہوتا ہے کہ سارے محیطی عصبی نظام میں کہ جس میں جمجمی اعصاب بھی شامل ہیں، ایک عصبی غلاف موجود ہوتا ہے جو عصب کے عرضی قطع کے بعد بھی اسکے مرکزی کٹے ہوئے سرے کے نیچے کے طرف بڑھ آنے سے اس کی کامل بازپیدائش کا امکان پیدا کرتا ہے نیز چونکہ جمجمی اور محیطی اعصاب مقابلتہً غیر عروقی ساختیں ہیں، لہٰذا وہ باؤ (مثلاً مرضِ التہاب یا نو بالید کے دباؤ) کے اثرات کی اس سے زیادہ مدافعت کرتی ہیں کہ جتنا دماغ اور نخاع کی بافتیں۔

اگرچہ التہاب العصب (neuritis) کی اصطلاح سے دراصل التہاب مراد ہے، لیکن سریری مفہوم میں اس کا استعمال بہت وسیع طور پر کیا جاتا ہے، ایسی علامات بیان کرنے کے لئے جو محیطی اعصاب اور عصبی جڑوں کے ہمہ اقسام کے امراض سے پیدا ہوتی ہیں، جن میں، ایسے مختلف اسباب بھی شامل ہیں جیسے کہ سرایت، تسمم اور ضربہ۔

ان میں سے ضربہ (جو خواہ ایک ہی شدید چوٹ سے ہو یا متواتر چھوٹے تضررات سے یا کھنچاؤ سے) ایک مقامی اثر پیدا کرے گا، اور یہ عصبی غلاف کی مضرت رسیدگی اور عصبی ریشوں کی کم وبیش مضرت رسیدگی ہوگی۔ عصبی ریشے کا مقامی تضرر جو اتنا نہ ہو کہ اس کو تلف کردے وظیفہ کا ایک عارضی اختلال یا نقصان پیدا کردیتا ہے جس کے بعد شفا جلد ہوجاتی ہے۔ اس کے برعکس مقامی اتلافِ ریشہ ثانوی انحطاطِ نازل (secondary descending degeneration) پیدا کردیتا ہے، جس کے بعد نئے ریشے اوپر سے نیچے کے طرف بڑھ آتے ہیں اور اس عمل کے لئے لازماً ایک طویل عرصہ درکار ہوتا ہے، جس کی مدت اس فاصلے کے

لحاظ سے مختلف ہوتی ہے کہ جو نئے ریشوں کو تضرر کے مقام سے محیط تک طے کرنا ہے۔

دوسرے حصوں کی نو بالیدیں اکثر اوقات اپنے قرب وجوار کے اعصاب کا انضغاط پیدا کر دیتی ہیں، اور بعض اوقات ان میں دررریزش کرتی ہیں اور علاوہ ازیں بعض سلعات ایسے بھی ہیں جو خود اعصاب میں سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان میں سب سے زیادہ عام اور سب سے زیادہ اہم عصبی لیفی سلعہ (neurofibroma) ہے، جو جسمی یا محیطی اعصاب کے غلاف سے اُگ سکتا ہے چنانچہ عصب سمعی ایسے سلعے کا ایک پسندیدہ مقام ہے۔ اکثر اوقات یہ سلعات متعدد ہوتے اور وان ریک لنگہاؤسین کے مرض (von Recklinghausen's disease) (ملاحظہ ہو صفحہ 980) کے ساتھ وابستہ ہوتے ہیں۔ جنفیرہ شکل عصبی سلعات (plexiform neuromas) اُسی امراضیاتی قسم کے ہوتے ہیں جس قسم کے عصبی لیفی سلعات، لیکن نسبتہً نرم اور زیادہ منتشر ہوتے ہیں۔ وہ عموماً جسم کے ایک ہی رقبے میں محدود ہو کر وہاں گتھواں احبال کا ایک گرگی تو دہ بنا دیتے ہیں۔ عصبی غلافوں سے پیدا ہونے والے خبیث سلعات عموماً لحمی سلعات (sarcomas) ہوتے ہیں، جو تکلہ نما خلیات والے یا گول خلیات والے ہوتے ہیں۔

عصب کی مقامی سرایت ندگی متصلہ ساختوں (ہڈی، عضلہ، رداء، وغیرہ) کا التہاب براہ راست پھیل جانے سے پیدا ہو سکتی ہے۔

مقامی مضرت رسیدگی کی ایسی مثالوں میں عصب اپنی پوری دبازت میں ماؤف ہو جاتا ہے، اور چونکہ اس تضرر کا بوجھ زیادہ تر ان اتصالی بافت کے عناصر کو ہی اٹھانا پڑتا ہے کہ جو عصبی غلاف بناتے ہیں، لہذا اس عمل کو بعض اوقات دختنکی التہاب عصب (interstitial neuritis) کہتے ہیں، تاکہ اس کو ان اصابتوں سے تمیز کیا جاسکے جن میں عصبی ریشے کسی انتخابی سم سے براہ راست متضرر ہو گئے ہوں۔ اس آخرالذکر قسم کو سنفیتی التہاب عصب (parenchymatous

neuritis) کہتے ہیں۔

جراثیمی یا کیمیائی سموم جو اعصاب پر انتخابی اثر رکھتے ہیں، بالعموم وہاں تک جوئے خون کے ذریعے منتقل ہوتے ہیں۔ لہٰذا عموماً ان کی تاثیر منتشر اور اکثر اوقات متعدد ہوتی ہے۔

لیکن بعض اصابتوں میں سرایت رساں ماسکہ سے نکلنے والے جراثیمی سموم گرد عصبی لمفی غلافوں کی راہ سے اوپر سفر طے کرتے ہیں، اور اس نقطہ پر جہاں پچھلی عصبی جڑ نخاع میں داخل ہوتی ہے عصبی عناصر کے اندر داخل ہو جاتے ہیں۔ اس تعلق میں آر (Orr) اور روز (Rows) کی تحقیقات کا بیان پہلے درج ہو چکا ہے، اور اس قیاس کا ثبوت بھی ہے کہ خناق و بائی کا ابتدائی عصبی التہاب اس قسم کے لمف زاد تسمم کی وجہ سے ہوتا ہے۔ کبھی کبھی ہمیں اس کی دوسری مثالیں بھی ملتی ہیں جیسے کہ عصب زندی (ulnar nerve) یا عصب وسطی کا وہ التہاب جو عفونت زدہ انگلی کے بعد نمویاب ہو جاتا ہے۔

عصبی ریشوں کی مضرت رسیدگی، خواہ وہ تضرر کی وجہ سے ہو یا مرض سے حس، عضلی قوت اور حجم، اور وعاحر کی اقتدار میں اختلال پیدا کر دیتی ہے۔ اسفل حرکی عصبیہ کے تضرر سے ان عضلات میں جن کو اس سے رسد پہنچتی ہے، ہزال، کمزوری اور ڈھیلاپن پیدا ہو جاتا ہے۔ تنش کے نقصان، اور متعلق منعکسہ قوسوں کی مضرت رسیدگی کے باعث ماؤف عضلات کے وتری جھٹکے کم یا غائب ہو جاتے ہیں۔ حس کا اختلال پہلے عصب کی حسی توزیع میں ناگوار جھنجھناہٹ (اشتکاک) کی شکل اختیار کرتا ہے اور اس کے بعد عدم حسیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں عضلات میں اینٹھن جیسے درد بھی ہو سکتے ہیں۔ پرورشی تغیرات اور وعاحرکی تغیرات کے متعلق پہلے تذکرہ کیا گیا ہے۔ عصب کی توزیع میں ان علامات کے علاوہ مقامی مضرت رسیدگی کی حالتوں میں مقام مرض میں درد، الیمیت اور بعض اوقات ورم بھی ہوتا ہے۔ حرکی اعصاب کے شدید اضرار میں برقی تعاملات تبدیل ہو جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 627)۔

634

عصب کے تفرز سے شفا پاتی ہیں) یا ایک کٹے ہوئے عصب کے پھر جڑ جانے کے بعد عود وظیفہ کے امارات تین ماہ کے اندر ظاہر ہونے چاہئیں جب حس پذیری واپس آتی ہے تو الپین کی چبھن اور حرارت اور برودت کے انتہائی درجوں کا احساس ہوتا ہے قبل اس کے کہ نرم روئی چھونے کا احساس ہو۔ عموماً جب تک کہ پہلے مشلول حصہ میں قوت واپس نہ آئے برقی تعاملات میں کوئی قطعی اصلاح واقع نہیں ہوتی۔ شدید اضرار میں جن میں عضلہ کا وسیع ذبول ہو تعامل انحطاط (R.D.) کچھ عرصہ تک باقی رہتا ہے، لیکن چند مہینوں کے بعد گیلوانیت کے لئے عضلہ کی خراش پذیری بھی گھٹ جاتی، اور بالآخر بالکل ناپید ہو جاتی ہے۔

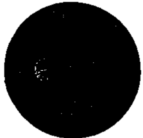
عصب شامہ

(olfactory nerve)

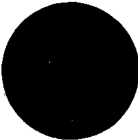
حس شامہ کی کمی یا فقدان (علم الشامہ = anosmia) انفی خشائے مخاطی کی حالت کے تغیرات سے ہوتا ہے، مثلاً شدید خشکی، زکام سے اور کھوپری کے قاعدے کے ان عوارض میں ہوتا ہے جو شمی بصلات کو ماؤف کر دیں مثلاً تضرر، رسولیاں، ہڈی کی بوسیدگی، اور التہاب سحایا۔ بعض اوقات یہ ہزال نخاع میں واقع ہو جاتا ہے، اور ہسٹیریا میں ہسٹیریائی نصفی عدم حسیت (hemi-anaesthesia) کے جزو کے طور پر غیر عام نہیں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ شامہ کے فقدان سے لذیذ خوشبوئیں شناخت کرنے کی قوت متاثر ہوتی ہے جس کے لئے دراصل حس ذائقہ اور پچھلے انفی فتحوں کی راہ سے حس شامہ دونوں کے مجموعی فعل کی ضرورت ہوتی ہے۔

شامہ کے مرضی موضوعی احساسات مجانین میں واقع ہوتے ہیں، اور بعض اوقات صرع میں نسمہ کے طور پر۔

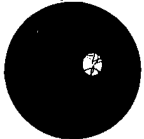
اگر ممکن ہو تو ان نقائص کے اولی سبب کا علاج کرنا چاہئے۔



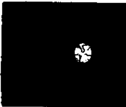
الف



ب



ج



د

رنگین تصویریں۔ الف۔ طبعی بصری قرص اور شبکیہ۔ ب۔ اذیمائے حلیمہ۔ ج۔ اولی ذبول عصب بصری۔ د۔ ثانوی ذبول عصب بصری۔ ج اور د میں ذبول عروق خاص طور پر نوٹ کریں۔ (یہ تصاویر تھیوڈر ہیمبلن لیمیٹڈ Theodore Hamblin, Ltd.: نے کھینچی ہیں۔)

(بمقابل صفحہ 634)

عصب بصری

(optic neuritis)

اس عصب سے تعلق رکھنے والے تشریحی اہمیت کے خاص نکات اور اس عصب کے وظائف کی تحقیقات کے طریقے پہلے بیان ہو چکے ہیں (صفحات 612 اور 621 تصویر ۱۷)۔

عصب بصری کے عوارض۔ آلۂ چشم بین کی مدد سے التہاب عصب بصری (optic neuritis) اور اُذیمائے حلیمہ (papillœdema) کے درمیان فرق کرنا ہمیشہ ممکن نہیں ہوتا، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہ دو حالتیں باوجود ایک دوسری سے مشابہ ہونے کے بالکل مختلف امراضیاتی اعمال کا نتیجہ ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۰)۔

اُذیمائے حلیمہ (papillœdema) کی اصطلاح عصب کے سر (یا حلیمہ) کے ورم کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو ایسے میکانی حالات سے پیدا ہوتا ہے جو دروں جمجمی فشار کی زیادتی سے پیدا ہوتے ہیں، خواہ وہ کسی سبب سے بھی ہو۔ یہ بڑھا ہوا دباؤ زیر عنکبوتی فضائیں کے دماغی نخاعی سیال کے راستہ سے اعصاب بصری کے غلافوں تک منتقل ہو جاتا ہے جہاں وہ وریدوں کا انضغاط پیدا کر دیتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سب سے کم مزاحمت کے نقطہ پر (جو عصبی سر ہوتا ہے) عروقی دیواروں سے عبور ارتشاح ہوتا ہے۔ یہی عوامل ان راستوں میں روک پیدا کر دیتے ہیں جن کی راہ سے یہ عبور رشحہ قدرتی طور پر جذب ہو سکتا تھا، چنانچہ یہ حالت ترقی کرتی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اُذیمائے حلیمہ یہاں تک بڑھے کہ عصبی سر کا بلند ترین نقطہ عام شبکیہ کے آگے ۲ یا ۳ ملی میٹر باہر نکلا ہوا ہو۔

635 **التہاب عصب بصری** (optic neuritis)، جیسا کہ اس اصطلاح کے مفہوم سے ظاہر ہے، عصب کی ایک التہابی حالت ہے، جو مختلف سرایت رساں یا سمّی عاملات سے پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ ایک مقابلتہً غیر عام حالت ہے۔ ممکن ہے کہ اس میں عصبی سر ماؤف ہو یا نہ ہو۔ جب عصبی سر ماؤف ہوتا ہے تو چشم بین سے

امتحان کرنے پر ہوبہو وہی منظر نظر آتا ہے جو اُذ یمائے حلیمہ میں دیکھنے میں آتا ہے لہٰذا اسے ورا حل التہاب حلیمہ (papillitis) کہنا چاہئے۔ اگر عصبی سرائف ہو تو اس حالت کو خلف المقلہ التہاب عصب (retrobulbar neuritis) کہتے ہیں اور اس میں کوئی ایسے تغیرات نہیں پیدا ہوتے جو چشم بین سے قابل شناخت ہوں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ کچھ عرصہ بعد اس وقت جب کہ عصبی ریشوں کا انحطاط پھیل جاتا ہے اور اس کی جگہ نسیجی بافت لے لیتی ہے ذبول عصب بصری کی وجہ سے شحوب نظر آئے۔

اُذیمائے حلیمہ کے اسباب وہ ہیں جو درون جمجمی تناؤ کو زیادہ کردیتے ہیں، جن میں دماغی سلعہ عام ترین ہے۔ التہاب حلیمہ کے اسباب بہت تھوڑے ہیں۔ یہ کلوی مرض میں منتشر صلابت منتشر (disseminated sclerosis) میں جب کہ مرض کی ایک سپلی عصبی سر کو متاثر کرتی ہے، اور شاذ طور پر دوسری ساری یا سمی حالتوں میں مل سکتا ہے۔ خلف المقلہ التہاب العصب (retrobulbar neuritis) کا عام سبب منتشر صلابت ہے۔ میتھل الکحل (methyl alcohol) کا تسمم یا ایتھل الکحل (ethyl alcohol) اور نکوٹین کا مخلوط تسمم گاہے گاہے اس کا سبب ہوتا ہے۔

ذبول عصب بصری (optic atrophy) کئی مختلف اعمال کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہوسکتا ہے، جن میں سے اہم ترین درج ذیل ہیں:-

۱۔ عصبی ریشوں کا وہ انحطاط جو آتشک کی سرایت کے نتیجہ کے طور پر ہو۔ قرص ایک سادہ شحوب ظاہر کرتا ہے اور اس کی کوریں صاف کٹی ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ اکثر ہزال نخاع اور عتاہت شللی (dementia paralytica) میں دیکھا جاتا ہے۔

۲۔ عصبی ریشوں کا وہ انحطاط جو خلف المقلہ التہاب عصب (retrobulbar neuritis) کے بعد ثانوی طور پر ہو۔ یہ نہایت عام طور پر صلابت منتشر (disseminated sclerosis) میں دیکھا جاتا ہے، جس میں قرص ایک پھیکا سپید شحوب ظاہر کرتا ہے، جو صدغی جانب بہترین طور پر نمایاں ہوتا ہے۔

۳۔ عصبی ریشوں کا وہ انحطاط جو عصب بصری یا تخطط بصری پر دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہو۔ اس حالت میں قرص ایک حیرتناک شحوب ظاہر کرتا ہے اور اس کی کوریں نہایت صاف کٹی ہوئی ہوتی ہیں۔

۴۔ عصبی ریشوں کا وہ انحطاط جو ادیمائے حلیمہ یا التہاب حلیمہ کے بعد ثانوی طور پر ہو کہ جس میں رشحہ متعفنی ہو جائے عصب کا سر اس کا سپید ہوتا ہے لیکن اب بھی ممکن ہے کہ کچھ ورم ظاہر کرے۔ اس کی کوریں غیر واضح ہوتی ہیں، فعلیاتی کا س بھرا ہوا ہوتا ہے اور عروق کے ممر کے ساتھ ساتھ رشحہ کی سپیدی مائل دھاریاں ہوتی ہیں۔

مندرجۂ بالا میں سے پہلی تین قسموں کے ذبول بصری کو اکثر اولی ذبول عصب بصری (primary optic atrophy) کہتے ہیں تاکہ وہ ثانوی ذبول عصب بصری (secondary optic atrophy) سے متفرق کیا جا سکے، جو قرص بصری کے اس ورم سے پیدا ہوتا ہے جو کہ ادیما یا التہاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ذبول عصب بصری میں بینائی بہت کم ہو جاتی یا جاتی رہتی ہے۔

تیسرے، چوتھے، اور چھٹے اعصاب

شلل چشم پیدا کر دینے والے اضرار سے مندرجۂ ذیل ماؤف ہو سکتے ہیں:-

۱۔ اعصاب کے تنے۔ یہاں اضرار یہ ہیں:- آتشک اور نام نہاد رشتی التہابات اور سمی التہاب عصب مجری بادروں، جھی بائیدوں کا یا انور سماؤں کا دباؤ، اور شاذ طور پر خود اعصاب کے تنوں کی رسولیاں۔ راست تضرر۔ التہاب بالتقیح جو درمیانی گوش سے پھیل آئے۔

۲۔ دماغ کے وہ عصبی ریشے جو عصبی تنوں کو نوانوں کے ساتھ ملحق کرتے ہیں۔ ان کو ماؤف کر دینے والے خاص اسباب نزف، لینت، رسولیاں، اور صلابت منتشرہ (disseminated sclerosis) ہیں۔

۳۔ عصبی نواۃ۔ نواتی شلل اتنی قسم کے ماسکی اضرار سے پیدا ہو سکتے ہیں جیسے کہ ابھی بیان کئے گئے ہیں، یا یہ خود نواتوں پر بعض سموم کے انتخابی عمل کے سبب سے ہو سکتے ہیں، جیسا کہ ہزال نخاع میں۔ ایک ماسکی ضرر عموماً اولی نواتی مرض سے اس طرح تمیز کیا جا سکتا ہے کہ اول الذکر میں متصلہ ساختیں بھی ماؤف ہو کر رقص منقلہ یا حرکی اور حسی اختلال کے امارات پیدا ہو جاتے ہیں جو تھے عصب

اور چھٹے عصب کی حالت میں تو ممکن ہے کہ نواۃ اور عصبی تنہ کے ضرر کے درمیان فرق کرنا مشکل ہو جائے۔ لیکن تیسرا عصب تنگی اور بالائی جفن اور آنکھ کو گردش دینے والے کئی عضلات کو رسد پہنچاتا ہے۔ اس کے تنے کے ضرر میں یہ تمام افعال ایک ساتھ ہی ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن نواتی ضرر میں ممکن ہے کہ یہ وظائف علیحدہ علیحدہ طور پر ماؤف ہوں۔ مثلاً نواۃ کے اگلے حصے کے ضرر سے ممکن ہے کہ استرخاء الجفن، حدقی شلل (pupillary paralysis) اور گردشِ چشم کی اوپر وار حرکت میں نقص پیدا ہو جائے، لیکن اس کے ساتھ دوسرے عضلات کا کوئی عارضہ نہ ہو۔ یاد رکھنا چاہئے کہ محرک عینی اعصاب کے مرض کے علاوہ خطرناک عضلی نہاکت (myasthenia gravis) بھی شلل چشم کا ایک عام سبب ہوتا ہے۔

شلل چشم کا علاج اگر سبب دریافت ہو سکے تو علاج کا انحصار اسی پر ہونا چاہئے۔ آتشکی اصابتوں کا علاج (اور ان کی تعداد بہت زیادہ پائی جاتی ہے) سالورسان (salvarsan) اور پوٹاسیم آیوڈائڈ اور پارہ سے کرنا چاہئے۔ انتہائی نوعیت کی اصابتوں کے لئے خراش مقابل پیدا کرنے کے لئے کان کے پیچھے ایک آبلہ پیدا کر دیں یا کنپٹی میں جونکیں لگائی جائیں۔ اگر سردی میں کشف ہونے کے بعد شلل کا ظاہر ہونا معلوم ہوا ہے تو گرم تکمیدات کا استعمال کرنا چاہئے اور داخلی طور پر سیلی سیلیٹس (salicylates) کا استعمال کیا جائے۔ لیکن نام نہاد رثیتی اصابتیں بلا علاج اچھی ہو جانے کا رجحان رکھتی ہیں۔ تشنج کا ازالہ ایک منشور (prism) کے استعمال سے کیا جا سکتا ہے اگر منشور کی قوت اتنی زیادہ نہ ہو کہ خیالوں کو متحد کر دے بلکہ صرف اتنی ہو کہ ان کو ایک دوسرے سے قریب تر کر دے تاکہ عضلی کوششوں کی ترغیب ہو۔

عصب پنجم

(fifth nerve)

عصب پنجم کو اس کے ممر کے کسی بھی حصے میں مضرت پہنچ سکتی ہے جس میں اس کا مبدا، سلعات یا نزف سے ماؤف ہو سکتا ہے۔ اس کا تنہ قاعدۂ دماغ میں سلعات یا التہاب سحایا (meningitis) سے ماؤف ہو سکتا ہے۔ عقدۂ گاسر کے سامنے اس کی

636

پہلی قسمت پر انیورزم السلعہ یا التہاب سحایا سے دباؤ پڑنے کا امکان ہوتا ہے، دوسری اور تیسری قسمتیں ایسی بالیدوں سے متضرر ہوسکتی ہیں جو ناک یا بلعوم میں پیدا ہوں۔ دہن اور ناک کے تضررات دوسری اور تیسری قسموں کی مختلف شاخوں کو ماؤف کرسکتے ہیں۔ اور قرب وجوار کے التہابات سے ان شاخوں کا عصبی التہاب پیدا ہوسکتا ہے۔

علامات۔ ان کا انحصار ضرر کے محل وقوع پر ہوتا ہے۔ اگر حسّی ریشے ماؤف ہوتے ہیں تو اس کا نتیجہ چہرے کی عدم حسیت ہے جو اس عصب کی توزیع سے متناظر ہوتی ہے۔ نقصان حس سے پہلے اکثر جھنجھناہٹ اور سن پن یا وجع العصبی درد ہوتے ہیں۔ ملتحمات چشم اور انفی اور خدی غشائے مخاطی بھی بلاشبہ اسی طرح ماؤف ہوجاتے ہیں جس طرح کہ جلد۔ اگر عقدہ کی حسی جڑ یا اس کی علیٰ قسمت ماؤف ہوں، تو قرنیتی معکوس جلد ہی زائل ہوجاتا ہے اور جب قرنیتی عدم حسیت مکمل ہو تو اجسام غریبہ کی خراش کی پرواہ کرنے کے باعث التہاب (عصبی شللی التہاب قرنیہ) واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ آنکھ بالآخر ضائع ہوجائے۔ جب تیسری قسمت ماؤف ہو تو دہن ایک جانب پر بے حس ہونے کی وجہ سے اس جانب غذا نہیں چبائی جاتی، اور مضغ کا صاف کن عمل نہ ہونے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ زبان پر روئی فروجمع ہوجاتی ہے۔

منطقی نملہ (herpes zoster) بالخصوص پہلی قسمت کے تعلق میں ہوتا ہے (چشمی منطقی نملہ = herpes zoster ophthalmicus) اور معلوم ہوتا ہے کہ وہ عقدہ گاسر کے التہاب سے پیدا ہوجاتا ہے۔

اگر عصب پنجم کا حرکی حصہ ماؤف ہوجائے، جو کہ صرف ان اضرار سے ممکن ہے جو عصب کے مبدا کے قریب واقع ہوں تو صدغی، مضغی اور جنجمی عضلات مشلول ہوجاتے ہیں اور کچھ عرصہ کے بعد صدغی اور مضغی عضلات کا ذبول شناخت کیا جاسکتا ہے۔

عقدہ اور جسر کے درمیان حسی جڑ کے اضرار عموماً ترقی پذیر سُن پن اور عدم حسیت پیدا کردیتے ہیں مگر بلا درد کے۔ خود عقدہ اور شاخوں کے اضرار کی حالت میں عدم حسیت سے پہلے یا اس کے ساتھ درد ہوتا ہے۔ دوری ثلاثی توامی وجع العصب (paroxysmal trigeminal neuralgia) کا بیان صفحہ 754 پر درج ہے۔

تشخیص۔ شدید درد کی موجودگی سے کچھ عرصہ تک وجع العصب کی شباہت

پیدا ہوسکتی ہے اگر عدم حسیت، معکوسِ قرنیہ کا کم یا غیر موجود ہونا، یا ان عضلات کا ہزال جن کو حرکی جڑ سے رسد پہنچتی ہے، یہ سب ایک عضوی مبداء ثابت کرتے ہیں۔ اگر صرف ایک یا دوسری شاخ ماؤف ہے تو ضرر عقدۂ گاسر کے آگے ہوگا۔ اگر سب شاخیں ماؤف ہیں تو ضرر مبداء کے قریب ہوگا۔ جب دوسرے عصبی شلل، مثلاً اعصاب چشم کے یا حرکی خطے کے شلل ساتھ موجود ہوں، تو اس سے بھی ضرر کے مقام کی تعیین میں مدد ملے گی۔

علاج۔ جہاں ممکن ہو سبب مرض کا تدارک کرنا چاہیئے اور اس کے علاوہ عقدۂ گاسر یا اس کی شاخوں میں الکحل کا اشراب کرنے سے درد میں افاقہ حاصل ہوسکتا ہے۔

عصبِ ہفتم یا عصبِ وجہی

637

(seventh or facial nerve)

عصبِ ہفتم کی امراضیاتی اہمیت بالخصوص اس کے حرکی ریشوں میں مرکوز ہے، اور یہ عصب بوجہ اپنے پُرپیچ ممر کے، جو جسر دماغ سے شروع ہوکر ایک عظمی قنال میں سے ہوتا ہوا چہرہ پر اپنی توزیع تک پہنچتا ہے، التہاب و انضغاط کا خاص طور پر امکان رکھتا ہے۔ ساتویں نواتہ کو ماؤف کرنے والا مائکی ضرر تقریباً ہمیشہ دوسرے علامات بھی پیدا کر دیتا ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ اس کے ساتھ قرب وجوار کی ساختیں بھی ماؤف ہوجاتی ہیں، بالخصوص عصب ششم۔ عصب ہفتم دمیغی جسری زاویہ (cerebello-pontine angle) میں سے گزرتے وقت پانچویں یا چھٹے اور آٹھویں اعصاب کے ساتھ قریبی طور پر وابستہ ہوتا ہے، چنانچہ اس مقام کے مرض میں عموماً ان میں سے ایک یا زائد اعصاب ماؤف ہوجاتے ہیں یہ اپنی عظمی قنال کے پہلے حصہ میں عصب ہشتم کے ساتھ قریبی طور پر تماس ہوتا ہے۔ لہذا عصب ہفتم کا منفرد یا جداگانہ مرض نہایت عام طور پر ایسے ضرر کی وجہ سے ہوتا ہے جو وجہی قنال کے حصہ زیریں میں یا ابری حلمی سوراخ سے اس کے باہر نکل آنے کے بعد واقع ہو۔

نواتی شلل التہاب یا بالیدگی کی وجہ سے پیدا ہوسکتے ہیں۔ یہ عصب اپنے درون جمجمی ممر میں اکثر اوقات دمیغی جسری زاویہ میں رسولی سے، یا آتشکی التہاب سحایا سے ماؤف ہوجاتا ہے۔ اپنے عظمی ممر کے بالائی حصے میں یہ عموماً درمیانی گوش کے مرض کے اس سمت میں پھیل جانے سے ماؤف ہوجاتا ہے۔

لیکن وجہی شلل کی عام ترین قسم وہ ہے جس میں تنہا یہی عصب ایسے التہاب سے ماؤف ہوجاتا ہے جو غالباً ساری یا سمّی نوعیت کا ہوتا ہے۔ اس حالت کو عام طور پر شلل بیل (Bell's palsy) کہتے ہیں۔

شلل بیل(Bell's palsy)۔ یہ ہر عمر میں ہوسکتا ہے اور دونوں صنفوں کو مساوی طور پر ماؤف کرتا ہے۔ اس کے اسباب نامعلوم ہیں لیکن معلوم ہوتا ہے کہ سردی میں تکشف بعض اصابتوں کی تسبیب میں حصہ لیتا ہے۔ اس کا حملہ عموماً حاد ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کے آغاز سے پہلے اذنی خلفی سوراخ کے مقام کے آس پاس دردوں کی شکایت ہو۔ خود مریض کو چہرے کے عضلات میں طاقت کا فقدان محسوس ہوتا ہے اور اکثر وہ شکایت کرتا ہے کہ چہرہ مخالف جانب کے طرف اوپر کو کھنچ گیا ہے۔ چبانے اور نطق میں مداخلت ہوتی ہے۔ اور پپوٹوں کی ناکافی مسدودگی کے باعث آشوبِ چشم ہوجاتا ہے۔ آغازِ حملہ سے چوبیس گھنٹوں کے اندر مرض کا ترقی پذیر درجہ ختم ہوجاتا ہے۔ اب درجۂ شلل کا اندازہ کرنا ممکن ہوتا ہے۔ معتدل طور پر شدید اصابت میں چہرے کے تمام عضلات مشلول پائے جائیں گے بہ استثنائے عضلۂ محیطیۂ جفنیہ کے جس کی طاقت شاذ ہی بالکل غائب ہوتی ہے۔ مختلف عرصہ کے بعد طاقت بتدریج عود کر آتی ہے۔ یہ عود عضلۂ محیطیۂ جفنیہ سے شروع ہوتا ہے، اور اصابتوں کی اکثریت میں آغاز حملہ سے دو مہینوں کے اندر کامل شفا ہوجاتی ہے۔

انذار کے متعلق اندازہ کرنے میں برقی تعاملات بہت کارآمد ہوتے ہیں۔ ان کا امتحان کرنے سے پندرہ دن گزر جانے دینا چاہئے۔ اگر آغاز حملہ کے بعد اس تاریخ کو وجہی عضلات فرادیت کی مجیبیت ظاہر کریں تو انذار اچھا ہے۔ انحطاطی تعامل (R.D.) ظاہر کرنے والی اصابتوں میں کامل شفایابی کا امکان نہیں ہوتا۔

جزئی شفایابی کے بعد اکثر مشلول عضلات کا تقبض واقع ہوجاتا ہے۔ یہ کسی قدر چھوٹے ہوجاتے ہیں، آنکھ تھوڑی بند رہتی ہے، اور وجہی عضلات زاویہ دہن کو کسی قدر اوپر کھینچ لیتے ہیں۔ اور اگر تندرست جانب کے عضلات حالتِ آرام میں ہوں تو پہلے یہی دھوکا ہوتا ہے کہ مشلول جانب فعّال حالت میں ہے اور تندرست جانب مشلول ہوگئی ہے۔ لیکن جب مریض بولتا یا مسکراتا یا آنکھیں بند کرنے کی کوشش کرتا ہے تو اس خیال کی

فوراً تصحیح ہو جاتی ہے۔ منقبض جانب میں مزید انقباض بہت کم ہو سکتا ہے، لیکن تندرست جانب کی حرکت وسیع جولانی رکھتی ہے۔ اس حالت میں ماؤف عضلات علیٰحدہ علیٰحدہ نہیں ہلائے جا سکتے چنانچہ آنکھ بند کرنے میں زاویہ دہن اوپر کو کھنچ جاتا ہے، مسکرانے میں آنکھ جزوً بند ہو جاتی ہے۔ اس کو ثانوی فرطِ فعل کہتے ہیں۔ بچوں میں وجہی شلل اتنا واضح نہیں ہوتا جتنا کہ بالغوں میں، کیونکہ بچوں کے چہرے کے آثار چڑھاؤ میں تکرار یافت نسبتہً زیادہ حصہ لیتی ہے، درآں حالیکہ زیادہ عمر والے اشخاص میں اس امر میں عضلات زیادہ اہم ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ وجہی شلل کا پہچاننا زیادہ مشکل نہیں۔ شللِ بیل (Bell's palsy) بڑی حد تک اس کی عام ترین قسم ہے، اور اس کی شناخت اس کے ناگہانی حملے اور دوسرے علامات کی عدم موجودگی سے ہو سکتی ہے۔ ماؤف جانب پر درمیانی گوش کے مرض کی موجودگی کی جستجو کرنی چاہئے۔ بالعموم بالائی عصبیہ کے ضرر کی وجہ سے پیدا ہونے والی وجہی کمزوری بہ آسانی شناخت کی جا سکتی ہے اس بنا پر کہ اس میں بالائی وجہی عضلات کے نسبت زیریں وجہی عضلات بہت زیادہ ماؤف ہوتے ہیں، اور اس کے ساتھ ہی اکثر تالو اور زبان کی کمزوری موجود ہوتی ہے۔ برقی تعاملات بھی طبعی ہوتے ہیں۔

638

انذار۔ یہ سبب کے لحاظ سے مختلف ہوگا۔ شللِ بیل کے انذار کے متعلق اوپر بحث کی گئی ہے۔

علاج۔ جہاں سبب دریافت ہو سکے وہاں سبب کا علاج کرنا چاہئے۔ اس سے قطع نظر اس امر کے طرف توجہ ضروری ہے کہ کمزور شدہ عضلات کے وظائف کو محفوظ رکھا جائے۔ اس وقت تک جب تک کہ عضلات کو ارادہ سے ورزش نہ دی جا سکے، برقی علاج کا جاری رکھنا مفید ہے۔ اگر عضلات فرادیت سے مجیبیت ظاہر کریں تو برقی علاج بآسانی عمل میں لایا جا سکتا ہے۔ اگر وہ مجیبیت ظاہر نہ کریں تو گیلوانی رو کام میں لانی چاہئے۔ مریض کو یہ ترغیب بھی دی جائے کہ روزانہ آئینہ سامنے رکھ کر اپنے چہرے کے عضلات کے استعمال کی مشق کرے، ڈلک بھی مفید ہو سکتی ہے۔ ایک شدید اصابت میں مشلول جانب کے ڈھیلے عضلات کو سہارا دے کر آرام کی وضع میں رکھنے کے لئے تانبے کے تار کا ایک ٹکڑا جس پر ربر کی نلی کا غلاف چڑھا ہوا ہو اور جس کے دونوں سرے مڑے ہوئے ہوں، اس طرح استعمال کرنا چاہئے کہ ان میں کا ایک سرا کان کے اوپر لگا ہوا ہو اور دوسرا سرا

زاویہ ذہن کے اندر کہ کی طرح اٹکا دیا گیا ہو۔

عصب ہشتم

(eighth nerve)

مختلف دماغی اضرار اس عصب کے نوائوں کو جس میں یا اس کے اعلیٰ تر تعلقات کو دماغ میں ماؤف کر سکتے ہیں۔ خود عصب التہاب سحایا (meningitis)، اورساؤں یا سلعات سے متضرر ہو سکتا ہے۔ اذنیہ کے اندر عصب کے پھیلاؤ کو حاد یا مزمن التہاب آتشکی مرض یا انحطاطی تغیرات سے مضرت پہنچ سکتی ہے۔

ان اضرار کے نتائج یہ ہیں:۔ بہرا پن، دوران ، اور مختلف موضوعی آوازیں بالخصوص طنین الاذن۔

اُس بہرے پن کو جو مندرجۂ بالا اسباب کے باعث ہو "عصبی" صمم ("nerve" deafness) کہتے ہیں اور اسے اس فقدان سماعت سے متفرق کرنا چاہئے جو درمیانی گوش اور بیرونی سمعی منفذ کے اندر سے آواز کے ایصال میں مداخلت ہو جانے کے باعث ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 621)۔

جب ایصال طبعی پایا جائے تو صمم ضرور یا تو عصب کے ضرر یا اذنیہ کے ضرر کے باعث ہے۔ اس امر کی تعیین کہ ان میں سے کس میں خرابی موجود ہونے کا امکان زیادہ ہے، متلازم علامات پر سے کرنی چاہئے۔ بعض اوقات یہ دروں بھی ضرر کا اظہار کرتی ہیں۔ لیکن حقیقتہً دماغی اصابتوں میں صمم زیادہ عام نہیں ہوتا تا وقتیکہ عصبی کاتنہ ایک رسولی سے براہ راست مضغوط نہ ہو گیا ہو۔

طنین الاذن (tinnitus aurium) ۔ اس اصطلاح کے مفہوم میں آواز کے وہ مختلف موضوعی احساسات شامل ہیں، جو عموماً سسکاری لینے، سیٹی بجنے، جھنکار اور گرجنے کی نوعیت کے ہوتے ہیں، جن سے ان کی خفیف ترین درجوں میں بھی تقریباً ہر شخص واقف ہے۔ یہ صریحاً عصب سمعی کے ریشوں کی خراش سے پیدا ہوتا ہے اور کان کے تقریباً ہر قسم کے مرض میں پیدا ہو سکتا ہے، خواہ یہ مرض بیرونی منفذ گوش یا درمیانی گوش یا اذنیہ یا عصب یا عصبی مرکزوں کا ہو۔ مثلاً یہ بیرونی منفذ گوش

میں وسیع الاذن سے پیدا ہو سکتا ہے، درمیانی گوش کے حاد اور مزمن التہابات میں اس کا موجود ہونا شاذ نہیں، اور اُن اصابتوں میں یہ ایک نمایاں علامت ہوتا ہے جن میں اندرونی سمعی منفذ اور جسر کے درمیان عصب ہشتم ایک رسولی سے ماؤف ہو۔ لیکن طنین کا عام ترین سبب حلزونی آلہ کی عصبی انتہاؤں کا مرض ہے۔ یہ انتہائیں بعض ادویہ، بالخصوص کونین اور سیلی سلیٹس (salicylates) کی تاثیر سے یا ناقص دموی رسد کی وجہ سے، مثلاً اس ثانوی عدم دمویت میں جو شدید نزف کے بعد ہو جائے، عارضی طور پر ماؤف ہو سکتی ہیں۔ بیشتر اوقات طنین مستقل صمم کی معیت میں پایا جاتا ہے اور عصبی ریشوں کی اس خراش کے باعث ہوتا ہے جو ان کے اتلاف کا مقدمہ ہوتی ہے۔ ایسی اصابتوں میں اس کا سبب یہ ہو سکتا ہے۔ حلزونہ کے عظمی کیسہ کا مرض (عظمی صلابت = osteosclerosis)، شرائین میں انحطاطی تغیرات جو بالآخر مستقل ناقص دموی رسد پیدا کر دیں، یا خود عصبی ریشوں کے اولی انحطاطی تغیرات جیسے کہ علامتیہ مینیئر (Menier's syndrome) کی معمولی شکل میں ہوتے ہیں، جس کا سبب نامعلوم ہے اور جس کو بعض اوقات مینیئر کا مرض کہتے ہیں۔ آخری صورت میں عصب دہلیزی کی انتہائیں بھی ماؤف ہو جاتی ہیں، جس کا نتیجہ دوار کے حملے ہوتے ہیں۔

علاج ۔ پہلے طنین کے سبب کے متعلق غور کرنا چاہئے بیرونی یا درمیانی گوش کے امراض کا علاج براہ راست کرنا چاہئے۔ ان اصابتوں میں جن میں اس کا سبب مبہم یا غیر واضح ہو تکان اور بالخصوص ذہنی قسم کی تکان سے پرہیز کرنے پر اس علامت میں تخفیف پیدا کی جا سکتی ہے، نیز مسکنات تجویز کرنے سے، جیسے کہ برومائڈ (bromide) اور تھوڑی مقداروں میں لیومینال (luminol) کا لاانقطاع استعمال۔

639

دوار (vertigo)۔ دوران سر کی شکایت ایک عام شکایت ہے، اور تشخیص میں یہ امر ایک نہایت اہمیت رکھتا ہے کہ مریض کے وہ اصلی احساسات دریافت کئے جائیں کہ جن کا مفہوم ادا کرنے کے لئے وہ یہ لفظ استعمال کرتا ہے۔ دہلیزی عصبی انتہاؤں یا ان کے مرکزی تعلقات کا مرض یا اختلال ممیز علامات

پیدا کر دیتا ہے' اور دُوار کی اصطلاح انہی کے لئے محفوظ رکھنی چاہئے۔ یہ ناگہانی اور عارضی حملوں کی بازیادہ مسلسل احساس کی شکل اختیار کر سکتے ہیں۔ اول الذکر مثال میں مریض کو گردوپیش کے اشیاء کی اپنی' یا دونوں کی حرکت کا ایک کاذب احساس ہوتا ہے حرکت کسی بھی سمت میں ہو سکتی ہے' اور اکثر گردشی ہوتی ہے۔ گردوپیش کے اشیاء گھڑی کی سوئیوں کی سمت میں یا اس کے خلاف سمت میں گھومتی نظر آتی ہیں' زمین مریض کی آنکھوں کی طرف آتی ہوئی یا چھت گرتی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ یا پھر ممکن ہے وہ اپنے آپ کو ایک یا دوسری سمت میں لٹو کی مانند گھومتا ہوا یا گرتا ہوا محسوس کرے۔ ایک شدید حملے میں وہ گر ہی جاتا ہے۔ ایسے حملے کے اثرات مابعد اس کی شدت کے لحاظ سے منٹوں' گھنٹوں یا دنوں تک قائم رہتے ہیں' اور اس زمانے میں مریض کو حرکت کرنے پر دُوار کے احساسات ہوتے ہیں' بالخصوص سر کی کسی سریع حرکت کرنے پر حملہ کی انتہا میں قے ایک عام علامت ہے اور ممکن ہے وہ شدید اور اطالت پذیر ہو۔

خفیف درجہ کے دُواری احساسات' ابتداءً حملہ ہوئے بغیر بھی واقع ہو سکتے ہیں' اور مریض لڑکھڑاہٹ کی ایک مسلسل حالت کی شکایت کرتا ہے جو آنکھوں یا سر کی حرکت سے زیادہ شدید ہو جاتی ہے۔

دُوار کے اسباب یہ ہیں:- طبلی غشا کی دو طرفوں پر دباؤ کا غیر مساوی ہونا مثلاً منفذ میں وسخ کی ڈاٹ سے' یا مسدود یوسٹیکائی انبوبہ سے۔ حاد یا مزمن التہاب اذن وسطی۔ مزمن انحطاطی مرض جو دہلیزی اور اندرونی کان کو متاثر کرے۔ آخر الذکر کا آتشکی اور تصریابی مرض۔ سلعہ یا آتشک جو آٹھویں عصب کو ماؤف کرے۔ اور عروقی اضرار' آتشک' سلعہ یا منتشر صلابت جو ساق دماغ یا دماغ میں دہلیزی عصب کے مرکزی تعلقات کو ماؤف کرے۔ دُوار ایک ایسے صرعی حملے کے نسمہ کے طور پر پیدا ہو سکتا ہے' جو دماغی تنشرہ کے مرض کے باعث ہو۔

دوار سے دوچار ہونے پر سب سے پہلا سوال جو پوچھنا چاہئے یہ ہے کہ آیا اس کے ساتھ بہرا پن یا طنین موجود ہے؟ اگر ایسا ہو تو عضر تقریباً یقینی طور پر

درمیانی یا اندرونی کان یا آٹھویں عصب میں ہے۔ آخر الذکر کے عوارض کے ساتھ دوسرے قحفی اعصاب بھی ماؤف پائے جاتے ہیں، بالخصوص پانچواں، چھٹا اور ساتواں عصب۔ لہٰذا عمل طرد کے ذریعہ کان میں مرض کا محل وقوع مستنبط کیا جاسکتا ہے جب کہ وہ موجود ہو۔

ساق دماغ یا دمیغ کے اضرار کے ساتھ بہرا پن یا طنین ہونا لازمی نہیں لیکن ان سے دیگر علامات اور امارات (ناہم آہنگی، تشنّج، عدم حسیت) پیدا ہوتی ہیں جو کہ تعیین مقام کے لئے مفید ہیں۔ صرعی نسمہ کی حیثیت سے دوار ہونے کے بعد شعور مختل یا زائل ہو جاتا ہے۔ یہی نسمہ ایک مابعد حملہ ہوئے بغیر بھی واقع ہوسکتا ہے لیکن وہ مختصر ہوتا ہے اور اس کے بعد دواری احساسات کی صورت میں کوئی خراب اثر باقی نہیں رہتا۔

اصابتوں کی بہت بڑی اکثریت میں دُوارُ اندرونی کان کو ماؤف کرنے والے انحطاط کی اس شکل کا نتیجہ ہوتا ہے جس کا سبب نامعلوم ہے اور جس کو بعض اوقات مینیئر (Meniere) کا مرض کہتے ہیں۔

علاج۔ دوار کو ایک مرض سمجھنے کے بجائے ایک علامت سمجھنا چاہئے، اور اسی واسطے جب اس کا بنیادی سبب معلوم ہو جائے تو اسی کے پیش نظر اس کا علاج کرنا چاہئے۔ ان اصابتوں میں جو درمیانی گوش کے مزمن التہاب (otitis media) کے باعث ہوں جراحی علاج کی ضرورت ہے۔ بعض مثالوں میں تلف التہاب الینیہ (destructive labyrinthitis) کا سبب آتشک ہوتی ہے، اور اس کا علاج مناسب ادویہ کے ذریعے سے کرنا چاہئے۔ ان اصابتوں میں جن میں امراضیات غیر واضح ہو پوٹاسیئم برومائڈ حملوں کے تواتر اور شدت کو کم کرنے میں مفید معلوم ہوتا ہے، اور اسے ۱۵ تا ۲۰ گرین کی مقداروں میں روزانہ تین بار دینا چاہئے۔ لیومینال (luminol) $\frac{1}{2}$ گرین کی مقداروں میں روز انہ تین بار یا شب کو اور صبح کو ایک گرین، شاید اس سے بھی زیادہ مفید ہے۔ جب دوار کے سبب کو یقین کے ساتھ تیہہ (labyrinth) میں محدود قرار دیا جاسکے اور مرض یک جانبی ہو تو عملیہ کے ذریعہ تسکین دی جاسکتی ہے۔ [illegible] تو تیہہ کو

کرکے الکحل کے اشراب کے ذریعہ برباد کردیا جاتا ہے، یا آٹھویں عصب کو جمجمہ کے اندر ہی کاٹ دیا جاتا ہے۔ ایسی کارروائیوں کو ان ہی مریضوں کے لئے محدود رکھنا چاہئے جن میں حملے شدید اور بیکار کرنے والے ہوں، تاہم اس وقت ان پر غور کرنا بالکل حق بجانب ہے کیونکہ وہ مستقل تسکین کا واحد ذریعہ بہم پہنچاتی ہیں۔

علائمیہ مینیئر (Meniere's syndrome) اور **مرض مینیئر** (Meniere's disease)۔ پہلے بتلایا گیا ہے کہ طنین اور دُوار دونوں کا عام ترین سبب تیہہ کا مرض ہے خواہ وہ کسی سبب سے ہو، اور اس وقت ان دونوں علامات کے ساتھ صمم پایا جاتا ہے۔ ان تین علامات کے مجموعہ کو اس فرانسیسی طبیب کے نام کی رعایت سے جس نے اسے سب سے پہلے بیان کیا اور اس کا تیہی ماخذ صحیح طور پر دریافت کیا، علائمیہ مینیئر کہتے ہیں۔ مینیئر کے مشاہدہ کردہ ابتدائی مریضوں میں سے ایک مریض میں علامات حاد طور پر پیدا ہوئے۔ مریض مر گیا اور مسافر تیہہ کے اندر نزف کا ایا کرتے تھے۔ گمان غالب ہے کہ یہ حاد تیہی نیقی سرایت کی اصابت تھی۔ ایسی اصابتیں نہایت شاذ ہیں۔ تیہی مرض کے عام تر اسباب، مزمن التہاب اذن وسطی، شریانی صلابت، سر کا تضرر اور آتشک ہیں۔ یہ امر بھی یاد رکھنا چاہئے کہ مینیئر کے علائمیہ سے وہ مرض مشابہ ہو سکتا ہے جو کہ آٹھویں عصب کو ماؤف کرے، بالخصوص نام نہاد سمعی عصبی لیفی سلعہ (acoustic neurofibroma)۔

لیکن مینیئر کا علائمیہ پیش کرنے والے مریضوں کی ایک بہت بڑی اکثریت میں ان میں سے کوئی سبب بھی نہیں پایا جاتا۔ عام سرگذشت طنین اور صمم کے نہایت تدریجی حملہ کی ہوتی ہے، جو ایک کان میں شروع ہوتا ہے، اور بہت عرصہ عموماً سالہا سال کے عرصہ کے بعد دوسرے کان کو بھی ماؤف کر دیتا ہے، اور اس سارے زمانے میں دُوار کے حملے بار بار وقفوں کے ساتھ ہوتے رہتے ہیں۔ مرض کے عمر میں طویل فترات واقع ہو سکتے ہیں، اور سماعت کی حالت وقتاً فوقتاً تغیر ظاہر کرتی رہتی ہے۔ عصبی بہرا پن ہمیشہ موجود ہوتا ہے لیکن ممکن ہے اس کے ہمراہ درمیانی کان کا بہرا پن موجود ہو۔ غیر یقینی سبب رکھنے والے اس بڑے گروہ کے لئے مائیجنڈ (Mygind) اور ڈیڈرڈنگ (Dederding) نے مینیئر کے مرض کا نام

تجویز کیا ہے، اور اس کی وہ یہ تعریف کرتے ہیں ــــ "یہ ایک ایسا مرض ہے جو جہاں تک کہ کان کا تعلق ہے سمعی اور قیامی دونوں حصوں کے تغیر پذیر وظیفہ کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے، اور جس کے متعلق ہر نوعی تسبیب خارج از بحث کرنا ممکن ہوا ہے"۔ ان معنوں میں "مینئیر کے مرض" کا لفظ استعمال کرنے میں فائدہ ہے بشرطیکہ اس میں نادریافت شدہ سبب کا مفہوم بھی یاد رکھا جائے۔ راقم الحروف نے مینئیر کے مرض کے مریضوں کے ایک سلسلے میں یہ مشاہدہ کیا کہ ۹ فیصدی تحقیقہ (migraine) کے مثالی حملوں میں بھی مبتلا تھے (ملاحظہ ہو صفحہ 747)۔

عصب نہم یا لسانی بلعومی عصب

(ninth or glosso-pharyngeal nerve)

یہ عصب شاذ ہی تنہا ماؤف ہوتا ہے لیکن جمجمہ کے قاعدے پر کے سلعات میں یہ دیگر اعصاب کے ہمراہ ماؤف ہو جاتا ہے، جو کہ وداجی سوراخ میں سے گزرتے ہیں۔ اس کا اتلاف توزی خطہ کو ڈھانکنے والی غشائے مخاطی کی، اور متاثرہ جانب زبان کے موخر حصہ اور نرم تالو کی عدم حسیت پیدا کرتا ہے۔ لسانی بلعومی عصب میں ادواری وجع العصب بھی نمودار ہو سکتا ہے اور درد مذکورہ بالا حصوں اور اذنی الطبل کے خط اور یوسٹیکی انبوبہ کی طرف محول کیا جاتا ہے۔ درد کی تحریک حلقوم یا زبان کی حرکت یا ان حلقوں سے غذا کے تماس سے ہوتی ہے، وہ ترقی پذیر تواتر اور شدت کے دوروں کی صورت میں ہوتا ہے، اور اسے صرف عصب کا قطع کر دینا ہی تسکین دے سکتا ہے۔

عصب دہم یا عصب تائیہ

(tenth or vagus nerve)

عصب تائیہ کے حرکی نواۃ جو کہ صدری اور شکمی احشا کے عضلۂ املس کی ایک معتد بہ وسعت کی تعصیب کے لئے ذمہ دار ہیں، تالو، بلعوم اور حنجرہ کے ارادی عضلہ کو حرکی ریشے بہم پہنچاتے ہیں۔ حسی نواۃ صرف حشائی احساس سے تعلق رکھتا ہے۔ نخاع مستطیل میں تائیہی نواۃ، حلقیت، نزف، تو بالیہ نخاعی جوتیت

انتہاب رادوالنخاع' یا انحطاطی تغیر (مترقی بصلی شلل =progressive bulbar palsy)
سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ جمجمہ کے قاعدے پر عصب جمجمہ یا سحایا کی نو بالیدہ یا مزمن التہاب
(آتشکی' تدرنی یا تقیحی) سے مضغوط ہو سکتا ہے۔ گردن اور سینے میں عصب کا تنہ
یا اس کی بازگرد شاخ تبسا اوفات ابنورزم' نو بالیدہ یا کلانی یافتہ غدد سے ماؤف
ہو سکتی ہے۔

تنائیہ کے ضرر میں جن علامات کی تلاش کرنے کی ضرورت ہے' وہ تالو' بلعوم
اور حبل صوتی کے شلل سے پیدا ہوتے ہیں۔

متاثرہ جانب کا تالو تصویت کرنے پر اٹھنے نہیں پاتا' اور لہاۃ غیر متاثرہ
جانب کو کھنچ آتا ہے۔ متاثرہ جانب پر بلعوم کی پچھلی دیوار تصویت کرنے پر غیر متاثرہ
جانب کو جانبی طور پر کھنچ آتی ہے (بلعوم کی پردہ نما حرکت)۔

حبل صوتی ایک ایسے ضرر کے بعد جو کہ نواۃ اور بازگرد حنجری عصب کے درمیان
کسی مقام پر ہو' مکمل طور پر مشلول ہو جاتی ہے اور جیفی وضع میں واقع ہوتی ہے۔ اس کے
ساتھ کسی قدر بھرائی ہوئی آواز' اور کھانسنے میں دقت ہوتی ہے۔ بازگرد عصب کا ضرر
صرف مبعّد شلل پیدا کرتا ہے' اور تصویت اور کھانسنا غیر متاثر رہتا ہے۔ تنفس کی بے قاعدہ
تنفس' اور سست شرح نبض' جو کہ بڑھے ہوئے درون جمجمی دباؤ کے باعث پیدا ہوتے
ہیں' غالباً تائیہی نواۃ پر دباؤ کے اثرات ہی کا نتیجہ ہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 208)۔

علاج ان ہی اصولوں پر ہونا چاہئے جو کہ دوسرے اعصاب کی حالت میں بتائے
گئے ہیں (نیز ملاحظہ ہو حنجرہ کے امراض)۔

عصب یازدہم یا نخاعی معین عصب

(eleventh or spinal accessory nerve)

اس عصب کا بیرونی حصہ جڑوں کے ایک سلسلہ کے ذریعے سے نخاع کے
عنقی حصے سے نکلتا ہے' اور دراصل ایک حرکی نخاعی عصب ہے' جو اگلے قرن سے
براہ راست تعلق رکھتا ہے۔ اس کی توزیع قصیہ حلمیہ اور مربعہ منحرفہ عضلات میں
ہوتی ہے۔

دماغی اور دروں جمجمی اضرار کے علاوہ، جیسے کہ عصب تائیہ کو ماؤف کر سکتے ہیں،
نخاعی معین عصب عنقی شوکہ کی بوسیدگی، گردن کے بڑھے ہوئے غدد یا پھوڑوں
یا چوٹوں اور کشیدگی سے متضرر ہو سکتا ہے۔ اگر ضرر پچھلے مثلث میں ہے تو قصیہ حلمیہ
عضلہ ضرور محفوظ رہے گا۔ قصیہ حلمیہ عضلہ کا شلل اس طرح ظاہر ہوتا ہے کہ اس عضلہ
کا انقباض کوئی ابھار نہیں پیدا کرتا۔ نیز متقابل جانب کو سر کو گھمانے کی قوت کم
ہوتی ہے۔ مربعہ منحرفہ عضلہ کے شلل میں گردن اور شانے کے درمیان کی قدرتی ڈھال
ایک گہرا گڑھا بن جاتا ہے، جو شانے کو اوپر اٹھانے پر (جو کہ رافع زاویہ کتف عضلات
کے فعل سے اب بھی ممکن ہے) اور زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ شانے کی نوک طبعی حالت
کی نسبت زیادہ نیچے رہتی ہے اور عظم الکتف کا پچھلا کنارا نیچے سے اوپر کو اور باہر کی
طرف میلان رکھتا ہے۔ لیکن ہاتھ کو سر سے اوپر اٹھانا مشکل یا ناممکن ہوتا ہے کیونکہ
مربعہ منحرفہ عضلہ عظم الکتف کو دالیہ عضلہ کے استعمال کے لئے مثبت نہیں رکھتا
اور نہ وہ اس گردش میں ممد ہوتا ہے جس کے لئے منشاریہ کبیرہ عضلہ بالخصوص
کام میں لایا جاتا ہے۔ ایک قائم رہنے والے ضرر کی حالت میں قدرتی نتیجہ ذبول اور برقی
تغیرات ہیں۔

علاج۔ یہاں جب ممکن ہو ہمیں تسبیبی ضرر کا تدارک کرنا چاہئے، اور عضلی
فشل کا علاج برقی ہیجان اور شاید دلک سے کرنا چاہئے۔

عصب دوازدہم یا تحت اللسانی عصب

(twelfth or hypoglossal nerve)

عضلی ضرر کا عام ترین سبب حرکی عصبی مرض دترقی بصلی شلل progressive
bulbar palsy:) ہے، جب کہ دونوں نواۃ مجموعی طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔ دروں لبی
مرض میں عصبی ریشوں کا یک جانبی اتلاف موخر تحتانی وتینی شریان کے انسداد میں
واقع ہوتا ہے۔ دماغ کے قاعدے پر عصب تو بالیدہ یا آتشکی التہاب سحایا سے،
اور جمجمہ کے باہر خبیث غدد، التہاب اور تقصر سے ماؤف ہو سکتا ہے۔ جب زبان کی
ایک جانب مشلول ہو تو عضو بروز کرنے پر متاثرہ جانب کو دھکیلا جاتا ہے۔ جب شلل دوجانبی

ہو تو زبان منہ میں سے لے حرکت پڑی رہتی ہے اور ابتلاع اور نطق (articulation) تشویشناک طور پر متاثر ہو جاتے ہیں۔ عضلات کی لاغری غشاء مخاطی کا جھری دار منظر پیدا کرتی ہے جو اس وقت خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے جب کہ عارضہ یک جانبی ہو۔ بالعموم ریشکی انقباض لاغر ہونے والے عضلات میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ بھی آسانی سے اسی وقت پہچانا جاتا ہے جب کہ شلل یک جانبی ہو، لیکن دو جانبی شلل میں یہ اس باریک بے قاعدہ رعشہ سے خلط ملط ہو سکتا ہے، جو کہ ایک طبعی شخص کی بروز کردہ زبان میں دیکھا جاتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں اس کی تلاش اس وقت کرنی چاہیئے جب کہ زبان کھلے ہوئے منہ میں ساکن پڑی ہوئی ہو۔

علاج تسبیبی دلالتوں کے مطابق ہونا چاہیئے۔

نخاعی اور محیطی اعصاب کے اضرار

نخاعی اعصاب جڑوں کے مقام پر، ضفیرہ میں، یا ان کے آگے کے عصبی تنوں میں متضرر یا مرضی ہو سکتے ہیں۔

عصبی جڑوں کے اضرار نخاع یا عمود شوکی کے امراض، چوٹوں اور رسولیوں کے تعلق میں پیدا ہو جاتے ہیں؛ اور ان کے علامات مرکزی عارضہ کے علامات کے ساتھ مجتمع ہو سکتے ہیں، مثلاً ام جافیہ سے اگنے والے سلعہ، آتشکی التہاب سحایا یا تدرنی بوسیدگی کی اصابت میں نخاعی اعصاب کے تنوں کے اضرار زیادہ تر عمود شوکی میں کی یا اس کے قریب کی نو بالیدوں، انور سماؤں اور پھوڑوں سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ عصبی جڑیں اس جگہ جہاں وہ فقری سوراخوں سے نکلتی ہیں، ریشتی التہاب یعنی (التہاب اصلیہ = radiculitis) کے دوران میں بھی متاثر ہو سکتی ہیں۔ مقابلتہً خفیف ضربہ، یا دافر کھنچاؤ سے بھی بالخصوص جب کہ یہ بار بار اور مکرر ہو، عصبی غلافوں کے اندر انضباب پیدا ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات عصبی غلافوں کا التہاب ان سموم سے پیدا ہو جاتا ہے جو جوئے خون سے داخل ہو جاتے ہیں، اور یہ سموم یا تو جراثیمی مبدار کے ہو سکتے ہیں یا ناقص تحول کے ضمنی حاصلات۔ عضدی اور نسائی ضفیروں کے عصبی ریشے غالباً بہ نسبتاً زیادہ کھلے ہوئے محل وقوع اور کھنچاؤ کی زیادہ قابلیت کے باعث ان اسباب سے خاص طور پر

متاثر ہوتے ہیں۔

چونکہ نخاعی اعصاب میں حرکی اور حسّی دونوں قسم کے ریشے موجود ہوتے ہیں، لہٰذا ان کے اضرار کے علامات عضلی قوت کا نقصان اور عدم حسّیت دونوں ہیں جو ان کے عصبی ریشوں کی اُس توزیع سے مطابقت کرتے ہیں جو عضلات اور جلد میں علی الترتیب ہوتی ہے۔ اگر یہ ضرر قائم رہے تو عضلات کا ذبول واقع ہوجائے گا اور اُن کے برقی تعاملات متغیر ہوجائیں گے (ملاحظہ ہو صفحہ 627) اور شاید جلد میں پرورشی تغیرات واقع ہوجائیں گے۔

علاج۔ ان اضرار کے وہ نتائج جن کے علاج کی ضرورت ہوتی ہے، ایک طرف تو شلل اور عضلی ذبول ہیں اور دوسری طرف درد یا حسی علامات۔ دونوں صورتوں میں اگر سبب مرض قابل ازالہ ہے (جیسے کہ پھوڑے یا رسولی کی وجہ سے دباؤ) تو حتی الامکان اس کا تدارک کرنا چاہئے۔ یا اگر تسمی التہاب عصب کو سبب مرض سمجھا گیا ہے تو جسم کے اندر سرایت یا تسمم کے تمام ممکن منبعوں کو تلاش کرکے حتی الامکان اُن کا علاج کرنا چاہئے، مثلاً جو فیزی سیلان ریم (pyorrhœa alveolaris)، عفونی لوزتین، غذائی خطے کی مزمن سرایتیں جن اصابتوں کے نقرسی الاصل ہونے کا شبہ ہو ان میں اٹوفان (atophan) اور اسپرین (aspirin) کا داخلی استعمال کرنا چاہئے اور غذا میں اصلاح تجویز کرنی چاہئے۔ شلل کے علاج کے لئے دلک، برقی تہیج اور ورزشیں کار آمد ہیں۔ درد کے لئے حرارت، یا لفاح (belladonna)، بچھناگ (aconite)، تارپین، وغیرہ کے مروخات کا مقامی استعمال مفید ہوسکتا ہے۔ شفاء حاصل کے لئے آرام بھی ضروری ہے۔ بازو کو ایک آونگ کے اندر رکھنا چاہئے یا اگر ٹانگ ماؤف ہے تو مریض کو بستر میں لٹائے رکھنا چاہئے اور جب ضرورت ہو تو مشلول عضلات کو آرام کی وضع میں رکھنے کے لئے مخصوص جبائر کام میں لانی چاہئیں۔

ذیل میں نخاعی اعصاب کے بعض زیادہ اہم اور کثیر الوقوع اضرار کا مختصر بیان درج کیا جاتا ہے۔

بالائی عنقی اعصاب

یہ ننفوکر کے بالائی حصے کے امراض میں ماؤف ہوسکتے ہیں، بالخصوص فقرہ یا محورہ

کے ورقی مرض ہیں۔ پچھلے قرعات اکثر ضربی یا سمی مبداء کے عصبی التہاب سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔
گردن کو عام جھٹکا لگنا ("crick") خفیف تضرر کی ایسی مثال ہے جسے سب جانتے ہیں
اور ان اشخاص میں جن میں پہلے ہی عصبی التہاب کی ماسبق استعداد ہوتی ہے معلوم ہوتا ہے کہ
سردی (مثلاً سرد ہوا کے جھونکے میں بیٹھنا) حملہ پیدا کرنے کا فیصلہ کن عامل ہوتی ہے۔ اگر یہ تکلیف
دوسرے عنقی عصب کی شاخوں تک محدود ہے تو درد قذالی اور زیر قذالی خطوں میں
محسوس ہوتا ہے اور اکثر اس کی شکایت درد سر کے طور پر کی جاتی ہے۔ درد کے دوروں
کے وقت جلد الراس پر اور بڑے قذالی اعصاب کے باہر نکلنے کے نقطوں پر ایلمیت
موجود ہوتی ہے جو ان اصابتوں کو دردِ جسمی مرض کی اصابتوں سے تمیز کرنے میں
کام آتی ہے۔

643 علاج: عصبی التہاب کی دوسری اصابتوں کی طرح سبب مرض کا کرنا چاہئے۔
آرام، گرمی اور ایسپرین (aspirin) علامات کی تسکین کے لئے مفید ہیں۔

عصب حجابی

(phrenic nerve)

عصب حجابی کے ریشے نخاع کے عنقی حصے کے مرض (مثلاً حاد التہاب نخاع
(acute myelitis)) میں ماؤف ہو جاتے ہیں۔ گاہے یہ عصب گردن کے زخموں سے
متضرر ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ گردن اور صدر کے سلعات سے دب جائے۔
خناق وبائی، الکحلیت، اور بیری بیری کے شلل میں اور کثیر عصبی التہاب کی بعض دوسری
اصابتوں میں اس کا ماؤف ہو جانا شاذ نہیں، نیز ممکن ہے کہ یہ رصاصی تسمم
(lead-poisoning) میں ماؤف ہو جائے۔ اس کے دوجانبی ضرر کی ممیز علامت
ڈایافرام کا شلل ہے۔ تنفس صرف بین الاضلاع عضلات اور معین شہیقی عضلات کے
فعل سے انجام پاتا ہے۔ دیوار شکم دوران شہیق میں آگے بڑھنے کے بجائے،
باز کشیدہ ہو جاتی ہے اور دوران زفیر میں باہر ابھر آتی ہے۔ جب مریض
پر سکون ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ بہت خفیف سا ہو لیکن حرکت کرنے سے وقت تنفس
میں زیادتی ہو جاتی ہے اور پھر صدری دیواروں کا فرطِ فعل بالخصوص نمایاں ہو جاتا،

نسبتہً کم درجہ کے شکل میں معلوم ہوتا ہے کہ ڈایا فرام نیم شہیقی وضع میں پڑا رہتا ہے، اور وہ بافیہ شکم پر منتقص نہیں ہوتا، لیکن وہ سینہ کے اندر اوپر کھنچ آنے کی مزاحمت کرتا ہے، چنانچہ دیوار شکم دوران تنفس میں زیادہ ساکن رہتی ہے۔ خراب اصابت میں کامل تنفس غیر ممکن ہوتا ہے، سینہ کو پر کرنے کی ناقابلیت کی وجہ سے کھانسی دقت طلب، ردکھی یا بلا آواز ہوجاتی ہے، اور آواز تقریبًا ناپید ہوجاتی ہے۔ اس سے دو نتیجے مترتب ہوسکتے ہیں۔ ایک تو یہ کہ اکثر شش کے ایک یا دو زیرین لختوں (زیادہ اکثر بائیں لختے) میں وسیع ہبوط (کلی ہبوط = Pasteur massive collapse) واقع ہوجاتا ہے، جس کے ساتھ اصمیت ہوتی ہے، اور تنفس یا تو غائب ہوجاتا ہے یا خفیف سا شعبی ہوتا ہے۔ دوسرا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زیرین لختوں میں دوران خون میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ چنانچہ ان میں مخاط یا اذیمائی سیال جمع ہوجاتا ہے جسے مریض خارج کرنے کی قابلیت نہیں رکھتا۔ اس سے جو خطرہ لاحق ہوتا ہے وہ بلاشبہ شعبی التہاب سے اور زیادہ ہوجاتا ہے۔ ڈایا فرامی شلل (اگرچہ بعض اوقات یہ الکحلی اور خناق وبائی کے شلل میں ایک ضرب کاری (coup de grace) پہنچاتا ہے) لازمی طور پر مہلک نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ یہ چند دنوں یا ہفتوں تک جاری رہے، اور پھر بتدریج زائل ہوجائے۔

مؤخر صدری عصب

(posterior thoracic nerve)

بعض اوقات یہ عصب، اس جگہ جہاں یہ گردن کے پچھلے مثلث میں واقع ہے، کندھے پر بوجھ لیجانے سے زخمی ہوجاتا ہے۔ اس طرح یہ ضرر حمالوں وغیرہ میں عام ہے، اور عورتوں کی نسبت مردوں میں نوگنا زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس سے عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کا شلل پیدا ہوجاتا ہے جو عظم الکتف کے محل وقوع کے باعث شناخت میں آتا ہے۔ عضلات معینہ اور رافع زوایہ الکتف کے فعل کی مخالفت نہ ہونے سے زاویۂ زیرین خوکر کے قریب آجاتا ہے۔ بازو افقی سطح سے اوپر مشکل سے اٹھایا جاتا ہے، کیوں کہ تندرستی میں کامل ارتفاع بڑی حد تک اس طرح

انجام پاتا ہے کہ عضلہ منشاریہ کبیرہ عظم الکتف کے زیریں زاویہ کو آگے کی طرف گھما دیتا ہے جب بازو کو افقی وضع میں آگے کی طرف حرکت دی جاتی ہے تو زاویہ عظم الکتف سینہ سے باہر ابھر آتا ہے اس طرح کہ انگلیاں اس کے نیچے رکھی جا سکتی ہیں اور ساتھ ہی وہ شوکہ کے قریب آ جاتا ہے (جناحی کتف = alar scapula)۔ بالعموم جلدی عدم حسیت غیر موجود ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ آغاز حملہ کے ساتھ وجع العصبی درد موجود ہوں۔ ممکن ہے کہ بغل کے نیچے عضلہ کی انگشتیاں صریحاً اس سے زیادہ مذلول یا غیر حامل ہوں کہ جتنی دوسری جانب کی انگشتیاں ہوتی ہیں۔

عصب منحنی

(circumflex nerve)

شانے کا خلع، شانے کے بل گرنا یا شانے پر چوٹ لگنا، اور عکازہ کا دباؤ یہ سب اِس عصب کے ضرر کے خاص اسباب ہیں۔ خاص علامت عضلہ دالیہ کا شلل ہے، چنانچہ ہاتھ افقی وضع میں نہیں اٹھایا جا سکتا۔ اگر ایسا کرنے کی کوشش کی جائے تو عضلہ مربعہ منحرفہ اور عضلہ منشاریہ کے فعل سے شانہ کا ارتفاع ہو جاتا ہے اور بازو انتصاباً لٹک پڑتا ہے۔ پرانی اصابتوں میں ذبول اور انحطاطی تعامل طاری ہو جاتا ہے۔ جلدی عدم حسیت اکثر غیر موجود ہوتی ہے، اور عضلہ مدلجہ صغیرہ کا شلل (اس عضلہ کو بھی عصب منحنی سے رسد پہنچتی ہے) عموماً شناخت نہیں کیا جا سکتا۔ یاد رکھنا چاہیے کہ شانہ کے مفصل کی جبارہ بھی بازو کو اسی وضع میں ثبت کر دیتی اور اس عضلہ کا ذبول پیدا کر دیتی ہے۔ حرکت مجہول کے ذریعہ ان دونوں حالتوں کے درمیان تفریق کی جا سکتی ہے۔

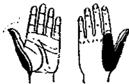
644

عصب عضلی مرغولی

(musculo-spiral nerve)

یہ عصب اس جگہ جہاں یہ عضدیہ کے گرد چکر کاٹتا ہے اپنے کھلے ہوئے محل وقوع کے باعث دیر پا دباؤ، عکازہ کے استعمال، یا سونے میں کرسی کی پشت پر سے بازو کے لٹکنے میں یا بازو پر دماغ کا سارا وزن رکھ کر سونے میں متضرر ہو سکتا ہے۔

نیز وہ کسور اور خلعات سے، اور شاذ صورتوں میں عضلۂ مثلث الرؤس کے زوردار فعل سے متضرر ہو سکتا ہے۔ زیادہ بلند قدر سے مشلول ہونے والے عضلات کہنیوں اور کلائیوں کے عضلاتِ باسطہ، انگلی اور انگوٹھے کے لیے عضلاتِ باسطہ اور عضلاتِ باطحہ ہوتے ہیں لیکن زیادہ عام ضررات میں جو کہنی سے قدرے اوپر ہوں ایک یا زاید عضلات بچ جاتے ہیں، خاص کر مثلث الرؤس اور باطحہ طویلہ۔ مثلث الرؤس کے شلل کی حالت میں پیش بازو کو بازو پر بسط کرنے کی ناقابلیت پائی جاتی ہے۔ اس کا امتحان بازو کو ہموار رکھ کر کرنا چاہیئے تاکہ پیش بازو کو بسط کرنے میں جاذبہ (gravity) کا فعل نہ ہونے پائے۔ کلائی اور انگلیوں کا شلل باسطات سقوط الرسغ ("wrist drop") یا سقوط الید ("dropped hand") سے ظاہر ہوتا ہے۔ اگر پیش بازو کو انکباب کی حالت میں بسط رکھا جائے تو ہاتھ انتصاباً لٹک پڑتا ہے اور اسے اوپر نہیں اٹھایا جا سکتا، اور نہ انگلیاں یا انگوٹھا اپنی لٹکی ہوئی وضع سے اوپر اٹھائے جا سکتے ہیں۔ اگر ہاتھ اٹھایا جائے اور پہلی سلامیات کو سہارا دے کر رکھا جائے تو وسطی اور انتہائی سلامیات کو بین النظام عضلات اور عضلات قطنیہ کے فعل سے بسط کیا جا سکتا ہے۔ شلل بالخات کامل انکباب کی وضع سے ہر حرکت کو روکتا ہے، لیکن اگر پیش بازو خمیدہ کیا جائے



تصویر ۵۰۔ عضلی مرغولی عصب کی گہری اور بیرونی جلدی شاخوں کے حزر کے بعد احساس کا فقدان۔ کل بے حسی والے رقبہ جات سیاہ رنگ کے ہیں، اور ہلکے چھونے پر عدم حاسیت کے رقبہ جات مسلسل خطوط کے اندر گھرے ہوئے ہیں۔ (ہیڈ Head: کی تقلید میں)۔

تو عضلۂ ذو راسین سے بطح کا عمل انجام دیا جا سکتا ہے۔ عضلۂ باطحہ طویلہ کی غیر موجودگی کی وجہ سے نیم انکباب کی حالت میں خمیدگی کمزور ہو جاتی ہے اور اس عضلہ کا وہ ممیز ابھار جو خمیدگی کی حرکات میں پیدا ہو جاتا ہے غیر موجود ہوتا ہے۔ عضلات کے سروں کے مجهول اقتراب سے انگلیوں کی خمیدگی بہت کمزور پڑ جاتی ہے اور کلائی کی پشت پر ایک ابھار بن جاتا ہے،

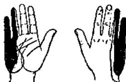
جو بانوتری علاقوں کی وبازت کی وجہ سے ہوتا ہے یا زلابی ناخنوں اور رسی ہڈیوں کے پیچھے کو ابھر آنے سے کیونکہ ان کو باسطات کے اوتار کا سہارا نہیں ملتا۔ اگر حسلدی عدمِ حسیت موجود ہوتی ہے تو وہ ہاتھ کی پشت کی بیرونی جانب انگوٹھے کی پشت اور شہادت کی انگلی اور بیچ کی انگلی کی پہلی سلامیات کی پشت کو ماؤف کرتی ہے۔

عصبِ زندی

(ulnar nerve)

اس عصب کو بازو میں اور کلائی کے قریب زخموں اور تضررات کا اور شانے اور کہنی کے خلعات سے اور پیش بازو کے کسور سے تضرر کا خطرہ ہوتا ہے۔ کہنی کا تضرر لگنے کے عرصہ دراز کے بعد ندبی تغیرات کی وجہ سے التہابِ عصب کے علامات نمودار ہوتے ہیں جس کا نتیجہ مقامِ مضرت پر ایک تکلا نما ورم یا عصبی سلعہ (neuroma) ہو سکتا ہے۔ ایسا عصبی سلعہ نہایت عام طور پر کہنی کی پشت پر کے میزاب میں پایا جاتا ہے جہاں عصب کو ضربہ کا سب سے زیادہ خطرہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ یہ متواتر خفیف تضررات کے مجموعی اثر سے پیدا ہوا ہو۔ ایسا ہی نتیجہ اس خطے میں عصب کے اپنے عظمی سہارے پر ہر وقت رگڑ کھانے سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جیسے کہ پیشہ ور وایولین بجانے والے (violinist) یا آہنگر میں۔ جن حرکات پر اثر پڑتا ہے وہ یہ ہیں:۔

زندی جانب کو کلائی کی خمیدگی، انگلیوں کی خمیدگی بالخصوص پہلی سلامیات کی اور اس کے ساتھ دوسری اور تیسری سلامیات کی بسطیدگی، انگوٹھے کی تقریب اور عین النظام عضلات سے انگلیوں کی جانبی حرکات۔ پرانی اصابتوں میں عضلات باسطہ کے فعل کی عدمِ مخالفت کے باعث پہلی سلامیات کی بیش بسطیدگی اور دوسری اور تیسری سلامیات کی خمیدگی واقع ہو کر پنجہ مخلب نما ہو جاتا ہے۔



تصویر ۹۰۔ زندی عصب کے ضرر کے بعد احساس کا فقدان۔ اس کی توضیح کے لئے تصویر ۸۰ ملاحظہ ہو (ہیڈ: Head کی تحقیق میں)۔

645

(دست مخلبی = main en griffe) عدم حسیت مختلف ہوتی ہے، اس کے حدود یہ ہوتے ہیں کہ ہاتھ کے زندی حصہ میں سامنے ڈیڑھ انگلی اور پیچھے ڈیڑھ (یا دو) انگلی عدیم الحس ہوتی ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۷۹)۔

ضربی عصبی سلعہ کی اصابتوں میں، بالخصوص ان میں جن میں عظمی میزاب غیر معمولی طور پر غیر عمیق اور عصب غیر محفوظ ہو، جراحی کارروائی یقینی علاج ثابت ہوتی ہے۔ عصب کو اس کے انضغاط سے چھڑا کر کہنی کے سامنے منتقل کر دیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ خفیف تر اصابتوں میں صرف آرام کافی ہو۔

عصب وسطی

(median nerve)

یہ زیادہ تر تضررات سے اور گاہے گاہے عصبی التہاب سے ماؤف ہوتا ہے۔





تصویر ۸۱۔ زندی اور وسطی اعصاب کے ضرر کے بعد احساس کا نقصان توضیح کے لئے تصویر ۷۰ ملاحظہ ہو۔ (ھیڈ کی تقلید میں)





تصویر ۸۰۔ وسطی عصب کے ضرر کے بعد احساس کا فقدان۔ توضیح کے لئے تصویر ۷۰ ملاحظہ ہو۔ (ھیڈ کی تقلید میں)۔

جب یہ مشلول ہو جاتا ہے تو پیش بازو کا انکباب آدھی دور سے زائد نہیں کیا جا سکتا، کلائی کی خمیدگی زندی جانب کو واقع ہوتی ہے، انگوٹھے کو خمیدہ و یا مبتعد نہیں کیا جا سکتا، انگلیوں کی دوسری سُلامیات کو پہلی سُلامیات پر خمیدہ نہیں کیا جا سکتا اور نہ تیسری سُلامیات کو دوسری سُلامیات پر، الّا تیسری اور چوتھی انگلیوں کی حالت میں جن میں یہ خمیدگی عمیق خم کن عضلہ کے زندی النصف سے انجام کو پہنچتی ہے۔ عدم حسیت اگر ہوتی ہے

تو وہ ہتھیلی کے کعبری نصف کو، انگوٹھے شہادت کی انگلی بیچ کی انگلی اور انگشت خاتم کی کعبری جانب کے اگلے رُخ کو اور انگوٹھے اور انھیں تین انگلیوں (یا بعض اشخاص میں صرف شہادت کی انگلی اور بیچ کی انگلی) کی ظہری سطحوں کو پہلے جوڑ سے آگے ماؤف کرتی ہے (ملاحظہ ہوں تصاویر ۸۰، ۸۱)۔

عضدی ضفیرہ

(brachial plexus)

اس ضفیرے کو بنانے والے اعصاب تضرر، بالیدوں یا شدید التہاب کے باعث کم و بیش ماؤف ہو سکتے ہیں۔ اس سے ہاتھ، بازو اور شانہ کے تمام عضلات کا شلل، اور ہاتھ پیش بازو اور بالائی بازو کی بیرونی جانب کی عدم حسیّت پیدا ہو جاتی ہے، مگر اندرونی جانب محفوظ رہتی ہے کیونکہ اس کی تعصیب جزءً بین الاضلاع اعصاب سے ہوتی ہے۔ یہ شکایت نہایت عام طور پر مندرجہ ذیل دو شکلوں میں سے ایک شکل میں دیکھی جاتی ہے، مگر اس امر میں کہ کونسے عضلات ماؤف ہوتے ہیں خفیف اختلافات پائے جاتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ عصبی جڑیں ضفیرہ بناتے وقت اپنے طرز اختلاط میں اختلافات ظاہر کرتی ہیں۔

بالائی بازو والی قسم یا شلل اَرب (Erb's paralysis)۔ عضلات ذیل شلول ہوتے ہیں: عضلہ دالیہ، ذو راسین عضدیہ، مقدمہ باطحہ طویلہ اور شاید باطحہ قصیرہ، عضلہ فوق الشوکہ اور تحت الشوکہ اور ترقوائی کے کعبری باسطات۔ بازو کا ارتفاع اور پیش بازو کی خمیدگی غیر ممکن ہوتے ہیں۔ عصب منعنی اور عضلیہ جلدیہ اعصاب کے رقبہ میں حسّی علامات مختلف ہوتے ہیں۔

زیریں بازو والی قسم یا شلل کلمپکی (Klumpke's paralysis)۔ 646 معلوم ہوتا ہے کہ یہ آٹھویں عنقی اور پہلے ظہری اعصاب کے ضرر کے باعث ہوتا ہے۔ ہاتھوں کے چھوٹے عضلات اور انگلیوں کے خم کن عضلات خاص طور پر متاثر ہوتے ہیں، اور بازو کی اندرونی جانب کہنی تک عدم حسیّت ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں چشمی حدقی علامات ہوتے ہیں، یعنی اسی جانب کی پتلی کا انقباض اور شق جفنی کی تقلیل جس کی وجہ

یہ ہے کہ عنقی مشار کی ریشے اس مقام پر جہاں وہ پہلی ظہری جڑ کے اندر نخاع سے باہر نکلتے ہیں ماؤف ہوجاتے ہیں۔

عصب عضدی کا التہاب (brachial neuritis)۔ یہ ایک مقامی تقیحی عمل کے راست پھیلاؤ سے پیدا ہوسکتا ہے۔ لیکن زیادہ عام طور پر خفیف تقصر اور محوالخون سمیات (جراثیمی اور کیمیائی) کے مجموعی اثرات کی وجہ سے ہوسکتا ہے۔ سردی کا تکشف بھی اس کی تسبیب میں حصہ لیتا ہے۔ شکایت بالخصوص درد کی ہوتی ہے، جو مستمر یا جلن کی نوعیت کا ہوتا ہے اور گاہ بگاہ شدید دوروں کے ساتھ کم و بیش دائمی ہوتا ہے۔ ضفیرے کی نخاعی جڑیں اکثر ماؤف ہوجاتی ہیں، چنانچہ پچھلی فرعوں کی ماؤفیت سے عظم الکتف کے پیچھے درد معلوم ہوتا ہے اس طرح جس طرح کہ بازو کے طول میں اور انگلیوں کے اندر۔ گو بعض عصبی جڑوں کے رقبہ میں موضوعی سُن پن اور جھنجھنی موجود ہوسکتی ہے، تاہم عدم حسیت کے کسی واضح بند کا ملنا شاذ ہے۔ شوکہ اور عظم الکتف کے درمیان پچھلے فرعوں کے باہر نکلنے کے نقطوں پر اکثر ملنے سے انتہائی الیمیت کے نقطے پائے جاتے ہیں، اور جب فوق الترقوہ حفرے میں عنقی جڑوں کو دبایا جائے تو وہ الیم ہوتی ہیں۔ محدود المقام عضلی ذبول عام نہیں ہوتا، لیکن اگر علالت زیادہ طویل ہو تو عدم استعمال کے باعث جارحہ کے سارے عضلی نظام میں لاغری پیدا ہوجاتی ہے۔ متاثرہ جارحہ میں وتری جھٹکے کم ہوجاتے یا ضائع ہوجاتے ہیں، لیکن اکثر وہ باقی رہتے ہیں خواہ درد کیسا ہی شدید اور اطالت پذیر کیوں نہ ہو۔

مر تخلف ہوتا ہے۔ بالعموم یہ شکایت کئی ہفتوں تک جاری رہتی ہے، اور کھنچاؤ یا تضرر کے باعث عود کرنے کا رجحان رکھتی ہے۔

علاج یہ ہے کہ اگر سبب دریافت ہوسکے تو اس کا تدارک کیا جائے۔ اگر دانتوں یا لوزتین میں عفونت کے امکانات بلاشبہ موجود ہوں تو ان کا استیصال کرنا چاہئے۔ دوسری حالتوں میں ممکن ہے کہ غذا میں اصلاح کی ضرورت ہو اور اٹوفان (atophan) اور ایسپرین (aspirin) تجویز کرنا پڑے۔ حاد درجوں میں آرام ضروری ہے۔ بازو کو دن کے وقت ایک آونگ میں رکھنا اور رات کے وقت

ایک تکیہ کا سہارا دے کر رکھنا چاہئے۔ جوڑوں میں التصاقات رد کرنے کے لئے روزانہ ہلکے مجہول حرکات عمل میں لانے چاہئیں۔ مقامی طور پر حرارت کا استعمال مفید ہے، جو گرم پانی کی بوتلوں یا ایک دھاتی مکاس میں ایک اعلیٰ طاقت والے برقی لمپ کی شعاعوں یا برقی طور پر گرم کئے ہوئے گدے کی شکل میں ہو۔ مزمن اصابتوں میں برقی حرارت رسانی مفید ہے۔ ادویہ میں ایسپرین (aspirin) نہایت کارآمد ہے۔ درد کے بتدریج موقوف ہونے کے ساتھ دلک تجویز کرنی چاہئے تاکہ کمزور شدہ عضلات کو بحال کیا جائے اور فعال حرکت بتدریج اختیار کی جا سکتی ہے۔

التہاب اصلیہ (radiculitis)- عنقی، ضفیرہ سے اوپر کے نخاعی اعصاب بعض اوقات التہاب سے متاثر ہو جاتے ہیں، جو غالباً لیفی النہابی قسم کا ہوتا ہے۔ پانچواں اور چھٹا عنقی عصب سب سے زیادہ عام طور پر ماؤف ہوتا ہے۔ یہ عارضہ بعض اوقات دو جانبی ہوتا ہے۔ اس کا آغاز بالعموم حاد ہوتا ہے جس کے ساتھ مقتدبہ درد ولیکن بہت کم حسی فقدان ہوتا ہے۔ جس کی علامات بسا اوقات شدید ہوتے ہیں، جو مرض کی عام ترین مثال میں شوکیات، دالیہ، ذو راسین، عضدیہ اور باطوطیہ کے فلل اور لاغری کی شکل اختیار کرتے ہیں۔ صحت یابی آہستہ ہوتی ہے لیکن بالعموم کامل ہوتی ہے۔ کمزور شدہ دالیہ کا کھنچاؤ روکنے کے لیے ایک تبعیدی جبیرہ کی ضرورت ہے، اور دلک اور برقی علاج اپنے فوائد رکھتے ہیں۔

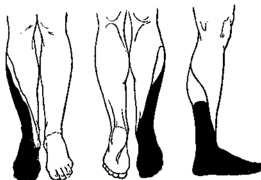
مصلی شلل (serum paralysis)- محیطی اعصاب یا عصبی جڑیں بعض اوقات مصلی بیماری کے دوران میں ماؤف ہو جاتی ہیں۔ پانچویں عنقی جڑ سب سے زیادہ اکثر ماؤف ہوتی ہے۔ اس کا آغاز بالعموم شری طفح کے پہلے پہل نمودار ہونے سے ۲ تا ۸ دن بعد ہوتا ہے اور اس کے ساتھ شانے کے خطہ میں درد واقع ہوتے ہیں۔ بعد ازاں دالیہ کی کمزوری اور لاغری پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات دوسرے عضلات، بالخصوص شوکیات کی بھی۔ چھوٹے اور الیزن جیمز نے براضافی حسی نقص بالعموم پانچویں جڑ کی توزیع میں ملتا ہے۔ ان اصابتوں میں سے کہ جن کی اطلاع دی گئی ہے تقریباً نصف میں دونوں جوارح

ماؤف تھے لیکن عارضہ قشاکل نہیں ہوتا اور ایک جارحہ دوسرے جارحہ سے زیادہ متاثر ہوسکتا ہے۔ شلل سے شفایابی میں کئی مہینے لگتے ہیں لیکن وہ بالعموم مکمل ہوتی ہے۔ اس کا علاج اس وقت جب کہ والیہ کی کمزوری شدید ہو جبیرہ لگا کر اور دلک اور برق کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔

647

عنقی پسلیاں (cervical ribs)۔ کبھی کبھی ساتویں عنقی فقرہ میں مقدم عرضی زائدے کے نمویاب ہونے سے ایک پسلی بن جاتی ہے اور اس سے ایسی علامات کا پیدا ہو جانا ممکن ہے جو آٹھویں عنقی اور پہلی ظہری جڑوں پر دباؤ پڑنے پر محمول کی جاتی ہیں۔ یہ زندگی کے تقریباً ہر زمانے میں ظاہر ہوسکتی ہیں لیکن نہایت عام طور پر زمانۂ بلوغ میں یا ادھیڑ عمر میں دیکھی جاتی ہیں۔ کثیر التعداد مریضوں میں ان کا آغاز ایسے عوامل کی وجہ سے ہوتا ہے جو کہ شغل سے تعلق رکھتے ہیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ مریض پہلے پہل ان کو اس وقت دیکھے جبکہ وہ وائلن بجانا، گولف کھیلنا، یا گھوڑے کی سواری شروع کرتا ہے، یا شادی شدہ عورتوں میں اس وقت دیکھی جائیں جبکہ وہ اپنے بچوں کو گود میں اٹھانے لگتی ہیں۔ مریض عموماً ہاتھ کی کمزوری کی شکایت کرتا ہے اور اس کے ساتھ درد، جھنجھناہٹ اور سن پن کی، بالخصوص پیش بازو کے زندی کنارے کے برابر برابر۔ اس کمزوری کے ساتھ ہاتھ کے چھوٹے عضلات کی لاغری ہوتی ہے، جو دو قسموں میں سے ایک کے ساتھ مطابقت کرتی ہے۔ پہلی قسم میں جو نہایت ممیز ہے یہ لاغری راحی فراز کے دو خاص عضلات تک محدود ہوتی ہے یعنی مبعد ابہام الید اور مقابل ابہام الید عضلات میں۔ اس طرح مقعر ابہام الید کا کعبری کنارا ابھر آتا ہے، اور ابہامی تودہ کے بیرونی حصے کا جس کے پرے بعد رسغی ہڈی بہ آسانی محسوس ہوتی ہے۔ جو حرکات ماؤف ہوتے ہیں وہ انگوٹھے کی تبعید (جو اس مستوی میں واقع ہوتی ہے جو کہ ہتھیلی سے زاویہ قائمہ پر واقع ہے) اور اس کا مقابلہ ہے۔ دوسری قسم میں ہاتھ کے تمام عضلات مساوی طور پر ماؤف ہوتے ہیں، چنانچہ اس حالت کو مترقی عضلی ذبول (progressive muscular atrophy)، نخاعی جوفیت (syringomyelia) اور شلل عصب زندی (ulnar nerve palsy) سے متفرق کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ پیش بازو کے زندی کنارے کے

برابر برابر حس پذیری میں کچھ کمی موجود ہو ۔ لیکن یہ کمی ہمیشہ نہیں ہوتی ۔ ۴۵ فیصدی اصابتوں میں عروقی علامات بھی واقع ہوتی ہیں ۔ ممکن ہے کہ یہ نبض کعبری کی تخفیف یا انطماس



تصویر ۲۴ ۔ عصب نسائی کے ضرر کے بعد احساس کا فقدان ۔ کمل بے حسی درد کے رقبہ جات سیاہ رنگ کے ہیں اور ہلکے چھونے پر عدم حاسیت کے رقبہ جات مسلسل خطوط کے اندر گھرے ہوتے ہیں ۔ (ھیڈ Head: اور شیرن Sherren: کی تقلید میں) ۔

کی شکل اختیار کریں اور زیر ترقوی شریان پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے ہوں ۔ یا ممکن ہے یہ مشارکی ریشوں کی ماؤفیت کی وجہ سے پیدا ہوں اور ایسے وعائی حرکی تغیرات کے طور پر ظاہر ہوں جیسے کہ ہاتھ کی تمتماہٹ، حرارت یا ورم ۔ متعدد اصابتوں میں شریان کعبری کی علقیت کا ہونا مندرج ہے، جو اوپر جارحہ میں زیر ترقوی شریان تک پھیل گئی ۔ ۵ فیصدی اصابتوں میں تشلل یا عدم حسیت کی علامات کے بغیر عروقی تغیرات کا ہونا مندرج ہے ۔ عنقی مشارکی کے ریشوں پر دباؤ پڑنے سے چشمی حدقی علامات بھی پیدا

ہو سکتی ہیں۔

اگر غیر طبعی پسلی بڑی ہے تو وہ حس ہو سکتی ہے اور اس کی موجودگی عموماً لاشعاع سے ظاہر ہو جاتی ہے۔ لاشعاع سے یہ حالت اکثر اوقات دو جانبی ظاہر ہوتی ہے خواہ علامات ایک ہی جانب پر محدود ہوں۔ یہ جاننا اہم ہے کہ پسلی کی ضخامت، جیسی کہ لاشعاع سے ظاہر ہوتی ہے، علامات کی شدت کے ساتھ کوئی نسبت نہیں رکھتی اور علامات اس لیفی بند کے دباؤ کے باعث ہو سکتی ہیں جو ساتویں عنقی فقرہ کے کلاں شدہ ومقدم درنہ سے نکل کر پہلی پسلی کے ساتھ چسپیدہ ہونے کے لئے جاتا ہے۔

648

کبھی کبھی زیر ترقوی شریان گردن میں اتنی بلند اٹھی ہوئی ہوتی ہے کہ ترقوہ سے اوپر ایک نابض ورم پیدا کر دیتی ہے، جس پر ایک انورسما کا دھوکا لگ سکتا ہے۔

شعاع نگاری تجربے سے ظاہر ہوا ہے کہ عنقی پسلیاں ایسے اشخاص میں عام ہیں جن میں کوئی بھی علامات ایسی نہیں ہوتیں جو ان کی موجودگی سے منسوب کی جا سکیں۔ لہٰذا تشخیص میں دوسرے امکانات کو خارج از بحث کرنے کا خیال رکھنا چاہیئے۔

علاج پسلی کا استیصال کرنا ہے، یا آرام لینا اور شغل کا بدل دینا۔

عصب نسائی

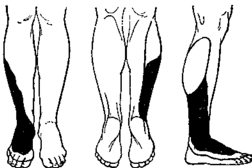
(sciatic nerve)

جارحہ زیرین میں نہایت عام شلل وہ ہے جو جزءً یا کلاً عصب نسائی کے مرض کے باعث ہوتا ہے۔ یہ شلل حوض میں رسولیوں یا مرض زدہ ہڈی کو کولہے کے جوڑ کے خلع، یا ران میں زخموں، رسولیوں یا عصبی سلعہ کے باعث ہو سکتا ہے۔ عصبی التہاب نسبتہً عام ہوتا ہے اور عرق النساء (sciatica) کی تمام نہیں تو بیشتر اصابتیں اسی سے منسوب کی جاتی ہیں۔ ران کی بالائی تہائی سے اوپر عصب نسائیہ کے تنے کے ضرر علاوہ ان عضلات کے جو کہ داخلی شاخوں کے ذریعہ ماؤف ہوتے ہیں، ٹانگ کو ران پر خمیدہ کرنے والے عضلات ماؤف ہوتے ہیں۔

بیرونی مابضی (شظی) عصب

[external popliteal (peroneal) nerve]

جس طرح کہ کہنی کے قریب عصب زندی کھلا ہوا محل وقوع رکھتا ہے، اسی طرح گھٹنے کے قریب یہ عصب بھی کھلا ہوا محل وقوع رکھتا ہے۔ اس کے اجزاء عضلۂ قصبیہ مقدمہ، عضلات شظیہ، پاؤں کی انگلیوں کے باسطاتِ طویلہ اور پاؤں کی پشت پر کے باسطاتِ قصیرہ کا شلل پیدا کر دیتے ہیں۔ جب پاؤں کو زمین سے اٹھایا جائے تو وہ نیچے لٹک پڑتا ہے (سقوط القدم : foot-drop) اور جب مریض بستر پر ہوتا ہے تو پاؤں بسط شدہ رہتا ہے۔ پاؤں اور انگلیوں کی ظہری خمیدگی اور پاؤں کی تبعید اور اس کے بیرونی کنارے کا ارتفاع ناقص یا ناممکن



تصویر ۳۰۸۔ بیرونی مابضی عصب کے ضرر کے بعد احساس کا فقدان۔
(ھیڈ کی تقلید میں)۔

ہوتا ہے۔ مقدم قصبی عضلات اور باسطِ قصیرہ کی لاغری دوسری ٹانگ کے ساتھ

مقابلہ کرنے سے شناخت ہوسکتی ہے ۔ برانی اصابتوں میں بالخصوص جاذبہ کے اثر سے خاص کر جب کہ مریض بستر میں لیٹا ہوتا پاؤں کی مستقل بسط شدگی (کج پائی =talipes) پیدا ہوجاتی ہے ۔ عدم حسیت ٹانگ کے بیرونی نصف اور پاؤں کی پشت کو ماؤف کرتی ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۴۳)۔

اندرونی مابضی عصب

(internal popliteal nerve)

649

پاؤں کی بسط شدگی (اخمصی خمیدگی) اور انگلیوں کی خمیدگی عمل میں نہیں لائی جا سکتی ۔ مریض خود کو اپنی انگلیوں پر اٹھا نہیں سکتا اور نہ پاؤں کی نقریب عمل میں لاسکتا ہے ۔ برانی اصابتوں میں ممکن ہے کہ عقبی کج پائی (talipes calcaneus) اور فرقی سلامیات کی بیش بسط شدگی اور دوسری اور تیسری سلامیات کی خمیدگی کے باعث ایک قسم کا مخلبی قدم (claw-foot) نمو یاب ہو جائے ۔ عدم حسیت تلوے اور اس کے بیرونی کنارے پر بیرونی ٹخنے تک ہوتی ہے (تصویر ۴۴)۔

عرق النسا

(sciatica)

التہاب عصب نسائی (عرق النسا) ۔ عصب نسائی قطنی عجزی ضفیرہ میں اس کا مبداء، اور اس سے اوپر چوتھی اور پانچویں قطنی اور پہلی عجزی جڑیں کہ جن سے وہ ماخوذ ہے، التہاب العصب سے نہایت اکثر متاثر ہوجاتی ہیں۔ ہر حالت میں علامات ایک سی ہوتی ہیں جن کو بالعموم لفظ عرق النسا سے تعبیر کیا جاتا ہے ۔

بحث اسباب ۔ عرق النسا کی تسبیب کے متعلق کسی قدر اختلاف رائے ہے ۔ بالعموم یہ امر تسلیم کیا جاتا ہے کہ عارضہ کی نوعیت التہابی یعنی بارتیتی ہے، لیکن بایں ہمہ اکثر اصابتوں میں سبب غیر واضح ہوتا ہے ۔ یہ نوجوانوں کی نسبت ادھیڑ عمر کے اور معمر اشخاص کو متاثر کرنے کا زیادہ رجحان رکھتا ہے، اور بحیثیت مجموعی

ان لوگوں میں عام تر ہے جن کے پیشے میں جھکنا اور موسم میں تکشف ضروری ہے، مثلاً
باغبانوں میں جیسا کہ التہابی لیفی عوارض میں عام طور پر ہوتا ہے جراثیمی اور تحولی سموم



تصویر ۸۴ ۔ پچھلے قصبتی عصب کے ضرر کے بعد احساس کا فقدان ۔
(ہیڈ کی تقلید میں)۔

بھی اتنے ہی قصوروار قرار دئے گئے ہیں ۔ بعض مثالوں میں عصب کا ناگہانی کھنچاؤ،
جیسا کہ جھکنے اور بھاری وزن اٹھانے میں پیدا ہو سکتا ہے، واحد سبب معلوم ہوتا ہے۔
چونکہ التہاب عصب نسائی ایک سلیم مرض ہے لہذا بعد الموت تفتیش
کے لئے بہت کم مواقع ہیں، لیکن بعض اصابتوں میں جن میں عصب کا معائنہ
دوران زندگی میں کیا گیا ہے یہ سرخ اور متورم نظر آیا ہے، اور ایک اصابت میں
جس کی اطلاع ڈینی براون (Denny-Brown) نے حال ہی میں دی ہے خردبینی
امتحان سے عصبی ریشوں کے درمیان اور عصبی غلاف کے اندر کی فضائیں رشحہ
سے بھری ہوتی ہیں۔
عرق النسا کے کئی ایک مریضوں میں زمانہ ماضی میں درد کمر قطنی التہاب لیفی

(lumbar fibrositis= کے مکرر حملوں کی سرگزشت حاصل ہوتی ہے، اور عرق النسا کے حملے سے ذرا پہلے درد کمر کا حملہ ہونا غیر عام نہیں ہے۔

علامات۔ عرق النسا کی خاص علامت درد ہے، جو عصب کے تنے یا اس کی شاخوں میں محول ہوتا ہے۔ اعظم درد کے مقامات بالعموم نسائی کٹاؤ کا قرب وجوار ران کی پشت اور پنڈلی ہے۔ درد مستمر، سوزشی یا قارض نوعیت کا ہوتا ہے۔ بالعموم یہ ہمیشہ موجود رہتا ہے، لیکن اشتدادات کے ساتھ جن کو درد کی لہروں کے طور پر بیان کیا جاتا ہے اور جو بسا اوقات رات کے وقت اپنی انتہا پر ہوتے ہیں، درد ہر اس چیز سے بڑھ جاتا ہے جو عصب پر کھنچاؤ یا دباؤ پڑنے کا موجب ہو، اور حرکت سے زیادہ شدید ہو جاتا ہے۔ تاہم بعض اوقات یہ اس وقت جب کہ مریض ادھر ادھر چلتا پھرتا رہا ہو کم ہو جاتا ہے، اور آرام کے بعد حرکت کرنے پر اپنی انتہا پر ہوتا ہے۔ جھنجھناہٹ کی شکل میں فسادات حسی ہمیشہ نہیں پائے جاتے، اور جب وہ پائے جاتے ہیں تو وہ بالعموم شظی عصب کی توزیع تک محدود ہوتے ہیں۔

ایلمیت کے نقاط عام طور پر نسائی کٹاؤ پر، خنطبہ کی گردن پر اور پنڈلی میں پائے جاتے ہیں۔

حرکی وظائف شاذ ہی شدت کے ساتھ متاثر ہوتے ہیں۔ بالعموم الویات اور پنڈلی خفیف طور پر لاغر ہوتے ہیں، اور بعض اوقات آخر الذکر میں ریشکی انقباض پایا جاتا ہے۔ شاذ طور پر ان عضلات کا کہ جن کو شظی یا موخر قصبتی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے شلل پایا جاتا ہے۔ اکثر اصابتوں میں کعبی جھٹکا کم ہو جاتا یا زائل ہو جاتا ہے لیکن ایک شدید التہاب عصب نسائی میں بھی ممکن ہے وہ باقی رہے۔ بعض اوقات عصب نسائی کے ساتھ ساتھ متعدمی فخذی عصب یا اس کی جڑیں بھی ماؤف ہو جاتی ہیں اور نتیجتہً درد اسی توزیع میں پھیل جاتا ہے۔ اور رکبی جھٹکا کم ہو جاتا ہے۔ لاسیگ (Lasègue کی امارت جو کہ بسا اوقات نسائی التہاب عصب کے لئے بطور ایک کاشفہ کے استعمال کی جاتی ہے، اس طرح ظاہر ہوتی ہے کہ جب گھٹنے کو بسط رکھ کر نقوضی مفصل کو مجہول طور پر خمیدہ کیا جائے تو عصب کے ممر میں درد کی شکایت کی جاتی ہے۔ اس کاشفہ کو

احتیاط کے ساتھ عمل میں لانا چاہئے کیونکہ اس سے درد کا سخت اشتداد واقع ہونے کا امکان ہے۔

تشخیص: عصب ِ نسا کی جڑوں پر قرب و جوار کے مرض کا دباؤ مثلاً خنازیر، زوحی مفصل حوض یا فقری عمود کا التہاب یا نو بالیدیں عصب یا قطنی عجزی ضفیرہ کے سلعات، ذنب الفرس کو متاثر کرنے والے سلعات یا آتشکی التہاب نخاعی عصب کے مرض ورد پیدا کر سکتے ہیں۔ لہٰذا تاوقتیکہ مریض کا محتاط سریری امتحان مجموعی طور پر نہ کیا جائے کہ جس میں تنقیبی امتحان بھی شامل ہے، عرق النسا کی تشخیص کا فیصلہ نہیں کیا جا سکتا۔ ایک ایسے مریض میں کہ جس کو کسی حصہ میں خبیث نو بالیدہ رہ چکی ہے، نسائی درد کے ہمیشہ ہی معنی ہوں گے کہ شوکہ یا حوض میں اب وہ عود کر رہی ہے، خواہ لا انشعاعیں اس کو پہلے پہل نہ بھی ظاہر کر سکیں۔ عصب یا اس کی جڑوں پر دباؤ پڑنے کی حالت میں بالعموم درد کے ساتھ مناظر توزیع میں حسی فقدان بھی واقع ہوتا ہے، اور عرق النسا سے تمیز کرنے میں یہ ایک مفید نکتہ ہے۔ ذنب الفرس کے اضرار کے نتیجہ کے طور پر دو جانبی توزیع میں درد، حسی نقص اور کبھی جھٹکوں کا نقصان، اور اس کے ساتھ عاصری اقتدار کی کمی پائی جاتی ہے جب ایسے ضرر کا شک گزرے تو قطنی کچوکا عمل میں لانا چاہئے۔ ایک آتشکی اصابت میں سیال میں خلیات کی تعداد میں زیادتی، پروٹین میں بلندی، اور واز رمن مثبت پایا جائے گا۔ ذنب الفرس کے سلعہ کی حالت میں سلعہ سے نیچے کا سیال ہمیشہ پروٹین کی بڑی افراط پر مشتمل ہوتا ہے۔

انذار۔ عرق النسا کا آغاز آہستہ یا حاد ہوتا ہے، اور اس کا مرض تغیر پذیر ہے۔ ایک خفیف حملہ مناسب علاج کرنے پر دو تین ہفتے میں فرو ہو جاتا ہے، اور ایک شدید حملہ چھ یا نو ماہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ صحتیابی ہونا عام ہے، لیکن اسی جانب یا مخالف جانب عود ہونا غیر عام نہیں۔

علاج کا اہم ترین جزو آرام ہے، اور بجز خفیف ترین اصابتوں کے تمام اصابتوں میں بستر پر آرام کرنا مناسب ہے۔ حرکت ربائی کے بہت سے طریقوں کی آزمائش کی گئی ہے مثلاً پلاسٹر آف پیرس کی پٹی (plaster of Paris bandage) یا طویل لسٹنی جبیرہ (long Liston splint)۔ تاہم عام طور پر بہترین یہی ہے کہ مریض کو اپنے تکیے وضع

معلوم کرنے کا موقع دیا جائے کہ جس سے اس کو زیادہ سے زیادہ تسکین حاصل ہوتی ہے، اور بے چینی کو واقعات درد اور مسکنات کے ذریعہ قابو میں لایا جائے۔ اس مقصد کے لیے ایک آمیزہ جس میں ۱۰ - ۱۵ گرین پوٹاسیم برومائیڈ اور ۸ منم تنچر جلسیمائی (tr. gelsemii) شامل ہو دن میں تین مرتبہ دینا چاہئے شدید درد کی تسکین کے لئے ایک برشامہ جس میں اسپرین (aspirin) فینسٹین (phenacetin) اور پیرامیڈان، (pyramidon) ہر ایک کے پانچ پانچ گرین شامل ہوں، عندالضرورت دیا جاسکتا ہے، اور درد کے انتہائی درجوں کے لئے اس کی تکمیل ایک برشامہ سے کرنی چاہئے جس میں اسپرین اور فینسٹین کی وہی خوراک ہو اور اس کے ساتھ ہیروئن ہائیڈرو کلورائیڈ کا ۱/۴ گرین موجود ہو۔ آخر الذکر کو بالعموم ۲۴ گھنٹے میں ایک مرتبہ سے زیادہ نہ دینا چاہئے، اور اس کو بیماری کی شدید ہیئت کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے۔ گاہے گاہے مارفیا کے زیر جلدی اشراب کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

حرارت ایسی شکلوں میں، کہ جن کا استعمال مریض کے آرام میں خلل ڈالے بغیر کیا جاسکے نہایت مفید ہے، مثلاً گرم پانی کی بوتلیں یا برقی طور پر گرم کیا ہوا گدا جو درد ناک مقامات پر مسلسل لگایا جائے۔

مخدش متقابل کے طور پر رائی کا پتا، جو درد کے مقام پر اس طرح لگایا جائے کہ اس کے اور جلد کے درمیان تین چار تہیں رومال کی ہوں، بسا اوقات مفید ہوتا ہے۔ اس طرح کے استعمال پر اگر اس کو چھ یا آٹھ گھنٹے تک اسی جگہ پڑا رہنے دیا جائے تو بھی آبلہ پیدا نہیں ہوتا، اور جونہی کہ جلد کی حالت اس کی اجازت دے اس کا تکرار کیا جاسکتا ہے۔ برقی حرارت رسانی اور گیلوانیت بھی مسکن اثر رکھتے ہیں۔

بالعموم مریض کو بستر سے اتر کر بیت الخلا یا چوکی (commode) تک جانے کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ لیکن اگر اس درجہ کے آرام کے باوجود چند دن کے بعد درد بلا تخفیف جاری رہے تو مریض بستر میں مسلسل رکھ کر کی جاتی ہے۔

لکوئڈ پیرافن (liquid paraffin) کے ذریعے اجابتوں کو نرم رکھنا چاہئے۔

وقتاً فوقتاً مختلف معاون طریقہ ہائے علاج تجویز کئے گئے ہیں جن کا مقصد عصب یا اس کی جڑوں کو کھینچنا اور اس طرح انضمامات کو توڑنا ہے۔ حاد درجہ میں ان سے احتراز کرنا لازم ہے۔ اور آخری درجہ میں جب کہ رفتار صحت تسلی بخش ہو قدرتی طور پر ان سے اجتناب کیا جائے گا۔ تاہم بعض اصابتوں میں ایک نقطہ ایسا آتا ہے کہ مریض درد سے مبرا ہوتا ہے الا حرکت کے دوران میں یا حرکت کے بعد اور یہی وہ اصابتیں ہیں کہ جن میں کھینچاؤ مفید ہو سکتا ہے۔ جو طریقے مستعمل ہیں وہ نسائی کناؤ کے نیچے عصبی تنے میں مائع کا اشراب کرنا، عجزی عصعصی سوراخ کی راہ سے برجا فی فضا (epidural space) کے اندر تناؤ کے تحت مائع کا اشراب کرنا یا عمومی عدم حسیت کے تحت متاثرہ جارحہ اور زیریں پشت کی دست ورزی کرنا ہے۔ راقم الحروف کی رائے میں آخر الذکر طریقہ سب سے زیادہ کامیاب ہوا ہے لیکن اس کو منتخب اصابتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے۔

عرق النسا کے اکثر مریض آرام، حرارت، مسکنات اور دافعات درد کے ذریعہ کامل طور پر صحت یاب ہو جاتے ہیں، بشرطیکہ ان کو اس علاج میں استقامت کی ترغیب دی جا سکے۔ آرام کو سختی کے ساتھ برقرار رکھنا چاہیئے یہاں تک کہ مریض درد سے معقول طور پر مبرا ہو جائے جس کے چند دن بعد حرکت کی آزادی دینی چاہیئے اور پھر یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ حرکت کی وہ قسم جو اسی وقت درد پیدا نہیں کرتی ممکن ہے بعد میں درد پیدا کرے۔ لہٰذا نقاہت کے راستے پر احتیاط سے قدم رکھنے کی ضرورت ہے۔ کچھ مدت تک جھکنے کے حرکات سے احتراز کرنا چاہیئے اور بیٹھنے میں دباؤ سے بچنے کے لئے ایک گدیلہ (cushion) یا ربڑ کا حلقہ استعمال کرنا چاہیئے۔ نقاہت کے آخری درجہ میں جارحہ کے وظیفے کو بحال کرنے اور ناقص وضع کی تصحیح کرنے کے لئے دلک اور ورزش ضروری ہیں۔

عرق النسا کی تسبیب میں ماسکی عفونت کا کیا حصہ ہے، یہ امر مشکوک ہے۔ سرایت زدہ دانتوں یا لوزتین سے کوئی مداخلت اثنائے حملہ میں نہ کرنا چاہیئے لیکن عود کو روکنے کے مقصد سے بعد ازاں ان کا تدارک کیا جا سکتا ہے اور اسی مقصد کو پیش نظر رکھ کر غذا اور نظام غذائی میں ترمیمات کا مشورہ دیا جا سکتا ہے۔

وجع الفخذ فاسد الحس (meralgia paræsthetica)- یہ قطنی ضفیرہ کے بیرونی جلدی عصب کا مرض ہے، جو غالباً التہابی ہوتا ہے۔ علامات حسب ذیل ہوتے ہیں: درد، جو بعض اوقات چلنے سے پیدا ہو جاتا ہے اور کبھی اس وقت جبکہ مریض خاموش لیٹا ہوا یا بیٹھا ہوا ہے، اور غیر طبعی احساسات جیسے کہ سن پن، انتکاک، سردی کا احساس، جکڑ کا، سوزشی احساس، جو ران کے سامنے کے اور بیرونی حصے میں مندرجہ بالا عصب کی توزیع میں محسوس ہوتے ہیں۔ اسی رقبہ پر حس پذیری میں کچھ ترمیم موجود ہوتی ہے یعنی بیش حسیت، یا زیادہ اکثر عدم حسیت، یا درد، حرارت یا برودت کے احساس میں تغیرات۔ بیشتر اصابتوں میں اگلے بالائی حرقفی شوک کے نیچے، جہاں عصب ردائے فخذی میں سے باہر نکلتا ہے، دبانے سے البتہ محسوس ہوتی ہے۔ یہ حالت عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے، اور مختلف اصابتوں میں تضرر اور سمّی اور ساری عوامل کی طرف منسوب کی گئی ہے۔ اس کے علاج کے لئے آرام، گرم غسل اور مخدر شابت متقابل آزمانے چاہئیں۔

مزمن اصابتوں میں ممکن ہے کہ ردائے فخذی میں جو فتحہ ہے اس کے لبی تقبض سے عصب منضغط پایا جائے، اور اس حالت میں ایک خفیف عملیہ کے ذریعے ردائے فخذی میں کے مجری کو چیر کر عصب کو دباؤ سے چھڑا دینے سے آرام حاصل ہو جائے۔

کثیر عصبی التہاب

(multiple neuritis)

(کثیر عصبی التہاب = polyneuritis، التہاب اعصاب محیط = peripheral neuritis)

بحث اسباب۔ یہ صرف اصابتوں کی اقلیت ہی میں ہوتا ہے کہ سبب معین طور پر معلوم ہو سکتا ہے۔ خاص اسباب کی تقسیم حسب ذیل کی جا سکتی ہے:- (۱) مادہ سموم جو جسم کے اندر باہر سے داخل ہو گئے ہوں۔ ان میں الکحل اور سنکھیا سب سے زیادہ معلوم اسباب 652 ہیں۔ کاربن بائی سلفائیڈ، کاربن مان آکسائیڈ اور ڈائی نائٹرو بنزال (dinitro-benzol) بھی سبب مرض ہو سکتے ہیں۔ سیسہ بھی اکثر اسی زمرہ میں شامل کیا جاتا ہے، لیکن وہ زیادہ تر معضل ریشہ، بہ راست اور اگلے قرن کے خلیوں پر اثر کرتا ہے (صفحہ 588)- (۲) وہ سموم

جو جسم کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان میں سب سے زیادہ عام بیش شکر و موت ہے جو ذیابیطس میں پیدا ہو جاتی ہے۔ اس زمرہ میں بیری بیری بھی شامل کیا جا سکتا ہے، اور اسی طرح وہ شاذ شاقیں بھی جن میں کثیر عصبی التہاب اور ہیمیٹو پارفن بولیت (hæmatoporphyrinuria) بھی پائے جاتے ہیں۔ نامعلوم اصل کی متعدد اصابتیں غالباً ان سمیات سے پیدا ہو جاتی ہیں جو ناقص تحول کی وجہ سے جسم کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں، اور ان اصابتوں کو بعض اوقات "نقرسی" ("gouty") یا "رثیتی" ("rheumatic") کہا جاتا ہے۔ (۳) جراثیمی سمیات۔ ان کی عام مثال خناق وبائی ہے، لیکن کثیر عصبی التہاب بہت سے دوسرے ساری حمیات کی شاذ پیچیدگی کے طور پر بھی مندرج ہے۔ (۴) ضعفی حالتوں (cachetic states) میں، جیسی کہ مرض خبیث اور تدرن کے ساتھ دیکھی جاتی ہیں، کثیر عصبی التہاب پیدا ہو جانے کی خاص استعداد معلوم ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ ممیز تصویر یہ ہے کہ عصبی ریشوں میں انحطاطی تغیرات ہوتے ہیں اور عصبی غلافوں کی کوئی ماؤفیت نہیں ہوتی چنانچہ برہنہ آنکھ کو کوئی غیر طبعی امر نہیں نظر آتا لیکن طریقۂ مارچی (Marchi method) سے خردبینی امتحان کرنے پر مائلینی غلاف کی تجزی اور تشحمی انحطاط ظاہر ہوتا ہے۔ محوری اسطوانے کمتر ماؤف ہوتے ہیں۔ انحطاطی تغیرات محیطی عصبی شاخوں میں نہایت نمایاں ہوتے ہیں، اور جوں جوں ہم نخاع سے قریب تر جاتے ہیں یہ تغیرات خفیف تر ہوتے جاتے ہیں، اور اگلی جڑیں عموماً طبعی ہوتی ہیں۔

علامات۔ کثیر عصبی التہاب کی سریری تصویر کارفرما سبب کے لحاظ سے کسی قدر مختلف ہوتی ہے۔ ذیل کے بیان کا اطلاق اصابتوں کی اکثریت پر ہوتا ہے۔

آغاز مرض عموماً تدریجی ہوتا ہے اور اس کے ساتھ ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں میں جھنجھناہٹ، "ماؤف تشنکاک" کی شکایت ہوتی ہے۔ بے آرامی کے یہ موضوعی احساسات بتدریج اوپر کی طرف پھیلتے ہیں لیکن گھٹنوں اور کلائیوں سے اوپر نہیں بڑھتے۔ ان کے ساتھ ہی ٹانگ اور پیش بازو کے عضلات میں کبھی کبھی دردناک "تشنج" ہوتی ہے۔ بالعموم حسی اختلال کے بعد حرکی علامات نمودار ہو جاتے ہیں۔ کمزوری، بالخصوص پاؤں کے ظہری خم کن عضلات

کی موجودہوتی ہے جس کی وجہ سے سقوط القدم ہوتا ہے اور چلنے میں گھٹنے اونچے اٹھائے جاتے ہیں تاکہ پاؤں کی لٹکی ہوئی انگلیاں زمین کو نہ لگنے پائیں (''بلند قدمی چال'' "steppage gait")۔ ہاتھ کی انگلیوں کی حرکت کمزور پڑجاتی ہے چنانچہ ان کی گرفت ڈھیلی پڑجاتی ہے اور نازک حرکات کا عمل میں لانا (مثلاً بٹن لگانا) غیر ممکن ہوجاتا ہے۔ اگر یہ کمزوری ہاتھ میں اوپر پھیلتی ہے تو عموماً اس کے بعد کلائی کے عضلات باسطہ ماؤف ہوجاتے ہیں اور سقوط الرسغ ("wrist-drop") پیدا ہوجاتا ہے۔ ماؤف جوارح میں دوران خون اکثر کمزور ہوکر وہ ٹھنڈے اور نیلے ہوجاتے ہیں۔

امتحان کرنے پر پایا جاتا ہے کہ جن رقبوں میں سن پن اور جھنجھناہٹ کی شکایت ہوتی ہے ان میں جلدی حس پذیری کم ہوجاتی ہے اور یہی جون جون ہم محیط سے اوپر کی طرف بڑھیں کمتر ہوتی جاتی ہے۔ عمیق حس پذیری نسبتہً کم ماؤف ہوتی ہے، اور عضلات دبانے سے اکثر غیر معمولی طور پر الیم ہوتے ہیں کمزور شدہ عضلات ڈھیلے ہوتے ہیں اور اگر مرض دو یا تین ہفتوں سے زائد موجود رہا ہے تو عضلات لاغری ظاہر کرتے ہیں، جو ہاتھ پاؤں کے چھوٹے عضلات اور پنڈلیوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ مرض کے ابتدائی ترین درجہ میں وتری جھٹکے عارضی طور پر زیادہ ہوجاتے ہیں۔ ازاں بعد وہ کم یا غائب ہوجاتے ہیں اور بالعموم سب سے پہلے ٹخنے کے جھٹکے غائب ہوتے ہیں۔ اگر اصابت شدید ہے تو اس کے بعد گھٹنے کے جھٹکے غائب ہوتے ہیں اور اگر بالائی جوارح وسیع طور پر ماؤف ہوئے ہیں تو عضلات بالمقابل کے جھٹکے بھی ماؤف ہوجاتے ہیں۔

علامات عموماً متشاکل ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ ایک جارحہ میں دوسرے سے پہلے شروع ہوجائیں۔ بالعموم بالائی جوارح کے نسبت زیریں جوارح زیادہ شدید طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔

جسمی اعصاب غیر ماؤف ہوتے ہیں اور عاصری اقتدار کا فقدان نہیں ہوتا۔ لیکن بعض اصابتوں میں گو ابتدا میں شکایتیں زیادہ تر متماثل ہوتی ہیں، سریری تصویر مختلف شکل میں نمویاب ہوتی ہے۔ عمیق حس پذیری (جس میں حس وضع اور حرکت مجہول، اور ارتعاشی حس شامل ہے) وسیع طور پر ماؤف ہوجاتی ہے، اور عضلی کمزوری زیادہ وسیع اور زیادہ مساوی طور پر توزیع یافتہ ہوتی ہے ایسی حالت میں

مریض اپنی حرکات کی مقدار اور سمت کا اندازہ کرنے میں دقت محسوس کرتا ہے۔ اسی واسطے وہ اپنی چال میں لڑکھڑاتا ہے اور اپنے زیریں جوارح کو اس طرح ادھر ادھر پھینکتا ہے کہ جس سے ہزال نخاع کی یاد تازہ ہوتی ہے۔ اس سریری قسم کو ہم رجلی کثیر عصبی التہاب (ataxic polyneuritis) کہتے ہیں اور اس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ سمّی اثر نخاع کے پچھلے استوانوں تک پھیل جاتا ہے۔

655

کثیر عصبی التہاب کے ساتھ بعض اوقات ذہن کی ایک عجیب اور مخصوص حالت پیدا ہو جاتی ہے، جو الکحلی کثیر عصبی التہاب میں سب سے زیادہ کثیر الوقوع ہے، لیکن جیسا کہ کورساکاؤ (Korsakow) نے مشاہدہ کیا ہے، وہ اس کثیر عصبی التہاب میں بھی واقع ہوتی ہے جو دوسرے سمّی اسباب (نفاسی عفونت الدم : puerperal septicæmia ، تپ محرقہ، انفلوئنزا) سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی واسطے اس نے اسے کثیر عصبی التہابی داء النفس (psychosis polyneuritica) کے نام سے موسوم کیا اور وہ علاوہ ازیں کورساکاؤ (Korsakow's syndrome) کے نام سے بھی مشہور ہے۔ مریض کو تازہ واقعات کا حافظہ نہیں رہتا، وہ اس سے لاعلم رہتا ہے کہ کہاں اور کس جگہ پر ہے، اس کی یادداشت غلط ہوتی ہے، اور ایسے واقعات بیان کرتا ہے جو کبھی ظہور میں نہیں آئے۔ مثلاً وہ اپنا نام، اپنی عمر، یہ کہ ہفتہ کا کونسا دن ہے، یا وہ کہاں کا باشندہ ہے نہیں بتلا سکتا۔ لیکن اس کے برعکس ممکن ہے کہ واقعات کے صریحاً خلاف، وہ یہ کہے کہ میں ٹہلنے یا سوار ہو کر گیا تھا، یا میں فلاں دوستوں سے ملا۔ ممکن ہے کہ ایک درجہ پرگوئی بلکہ ہذیان کا ہو۔ لیکن ترقی یافتہ اصابتوں میں مریض انتہائی بے حسی اور اپنے ماحول سے قطعی بے پروائی ظاہر کرتے ہیں۔

معلوم سبب کی اصابتوں میں اس بیان سے اختلافات واقع ہوتے ہیں، جو بعض مثالوں میں مخصوص و ممیز ہوتے ہیں۔ ذفتھریائی اور رصاصی قسم کی اصابتیں صفحات 65 اور 588 پر بیان کی گئی ہیں۔

الکحلی عصبی التہاب (alcoholic neuritis) مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ اکثر ہوتا ہے، اور عموماً متواتر خفیف کثرت نوشی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ آج کل یہ اس ملک میں شاذ ہے مزمن الکحلیت کے دوسرے

امارات، مثلاً سوءہضم اور کبدیت جگر (cirrhosis of the liver)، ممکن ہے کہ موجود ہوں یا نہ ہوں۔ بالائی جوارح کے نسبت زیریں جوارح زیادہ شدت کے ساتھ ماؤف ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ تنہا ماؤف ہوں۔

پنڈلیوں میں دردناک اینٹھن کی شکایت اور دبانے سے انہیں حصّوں کی الیمیت نمایاں علامات ہیں۔ جمجمی اعصاب میں عصب تائیہ کے بعض اوقات ماؤف ہونے سے دائمی سرعت قلب اور شاذ اصابتوں میں حنجری شلل پیدا ہوجاتا ہے۔ اکثر کرات چشم کے رقص المقلہ نما جھٹکے (غالباً حرکی اعصاب کی ضعف کمزوری کی وجہ سے) موجود ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ وجہی عضلات بھی ماؤف ہوں۔

سم الفاری عصبی التہاب (arsenical neuritis)۔ یہ بعض اوقات تجہیزات سم الفار کی مسلسل پوری مقداروں کے دوائی استعمال سے پیدا ہوجاتا ہے۔ ۱۹۰۰ء میں مانچسٹر اور شمالی انگلستان کے بعض دوسرے شہروں میں عصبی التہاب کی متعدد اصابتیں، جو ابتداءً الکحل کی وجہ سے ہونا سمجھی گئی تھیں، بیئر (beer) بناتے وقت سنکھیا کی اتفاقی آمیزش کے باعث واقع ہونا ثابت ہوئیں۔

حسی اور حرکی علامات کی توزیع اور صفات بیشتر وہی ہوتے ہیں جو الکحلی عصبی التہاب میں ہوتے ہیں، لیکن سم الفاری قسم میں جلدی بیش حسیت نسبتہً زیادہ، وجہی عضلات اور زیریں بین الاضلاع عضلات کی ماؤفیت زیادہ کثیر الوقوع، ذبول نسبتہً بلند تاہم آہستگی زیادہ کثیر الوقوع، اور ترقی مرض زیادہ سریع ہوتی ہے (Judson Bury)، اور دبانے سے عضلات کی انتہائی حساسیت (Reynolds) پائی جاتی ہے۔

ذیابیطسی عصبی التہاب (diabetic neuritis)۔ اگرچہ اس مرض میں کثیر عصبی التہاب کی پوری سرسری تصویر مل سکتی ہے تاہم زیادہ عام طور پر یہ پایا جاتا ہے کہ ٹخنے اور گھٹنے کے جھٹکے کم یا غائب ہوتے ہیں اور کوئی حسی شکایات یا محدود المقام عضلی کمزوری موجود نہیں ہوتی۔ آخر الذکر حالت میں پچھلے ستونوں کا انحطاط پایا گیا ہے جیسا کہ ہزال نخاع میں پایا جاتا ہے۔

حادحموی یاسمّی کثیر عصبی التہاب (acute febrile polyneuritis)

یہ کسی قدر شاذ مرض ہے جس میں بیتی احتلال کی ابتدائی علامات کے بعد جن کے ساتھ ممکن ہے تپ ہو یا نہ ہو، جلد ہی کثیر عصبی التہاب کے علامات پیدا ہو جاتے ہیں، اور کوئی سبب دریافت نہیں ہو سکتا۔ جمجمی اعصاب اکثر ماؤف ہو جاتے ہیں، بالخصوص ساتواں عصب، اور اگر جیسا کہ اکثر ہوتا ہے یہ مرض دو جانبی ہو تو ایک عجیب طور پر بے اظہار چہرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اوپری حس پذیری متاثر نہیں ہوتی اور نہ درد کوئی نمایاں علامت ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے وضع اور حرکت مجہول کے حواس کا بہت فقدان ہو۔ کمزوری اس سے زیادہ وسیع اور زیادہ مساوی طور پر توزیع یافتہ ہوتی ہے کہ جتنی کثیر عصبی التہاب کی اکثر ایسی اصابتوں میں جو کہ معلوم زہروں سے پیدا ہوتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں محیطی گروہ کے عضلات کی بجائے قربی گروہ کے عضلات ماؤف ہوتے ہیں۔ ابتدائی درجوں میں، اگر عضلات بلع ماؤف ہوں تو شعبی ذات الریہ سے جان کا کچھ خطرہ رہتا ہے، لیکن دو یا تین ہفتوں کے بعد حالت میں برابر اصلاح ہونے لگتی ہے، اور کامل شفا کی توقع کی جا سکتی ہے۔

متلازم حالتیں۔ چونکہ عصبی التہاب اکثر اوقات بیرونی زہروں جیسے کہ الکحل، سم الفار، اور رصاص سے پیدا ہو جاتا ہے، لہٰذا اس کے علامات کے ساتھ اکثر دوسرے علامات پائے جاتے ہیں جو مخصوص متعلقہ سم کے باعث ہوتے ہیں۔ مثلاً الکحلی اصابتوں میں کبدی تشمع (cirrhosis of the liver) موجود ہو سکتی ہے۔ سم الفاری اصابتوں میں جلد کے مختلف امراض یعنی لونیت، سرجلد کی قرنیت (keratosis) یا بیش پرورش، احمرار (erythema) اور نملۂ منطقی (herpes zoster)۔ بیری بیری کے عصبی التہاب میں فشل قلب مع اذیما کے موجود ہوتا ہے، جو کہ سم الفاری، الکحلی اور ڈفتھریائی اصابتوں میں بھی پایا جاتا ہے۔

تشخیص۔ کثیر عصبی التہاب کی ابتدائی علامات تحت الحاد مخلوط انحطاط (subacute combined degeneration) کی علامات سے قریبی طور پر مشابہت رکھتے ہیں یعنی سن پن اور کمزوری، اور ٹخنے اور گھٹنے کے جھٹکوں کا فقدان

دونوں حالتوں میں مشترک ہوتا ہے۔ لیکن مخلوط انحطاط میں عموماً نخاع کے مرض کی علامتیں نطاقی درد، عاصری اختلال، یا باسط اخمصی مجیبتوں کی شکل میں موجود ہوتی ہیں۔ نخاع کی قطنی کلانی یا ذنب الفرس (cauda equina) کے اضرار بعی جوارح زیرین کی کمزوری پیدا کر سکتے ہیں جس کے ساتھ وتری جھٹکے غیر موجود ہوتے ہیں، لیکن یہاں بھی عاصری اختلال اور عدم حسیت کی قطعاتی توزیع امتیازی امور ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں، بالخصوص ہر طلی قسم کے کثیر عصبی التہاب کی اصابتوں کو ہزال نخاع سے متفرق کرنا ضروری ہے۔ لیکن آخر الذکر مرض میں عموماً آلام صاعقہ کی سرگزشت ہوتی ہے جو عصبی التہاب کی حسی شکایتوں سے مختلف ہوتی ہے، ٹانگوں کے ساتھ بازو شاذ ہی ماؤف ہوتے ہیں، اور پنڈلیوں کے عضلات الیم ہونے کے بجائے دبانے پر غیر معمولی طور پر غیر حساس ہوتے ہیں۔ ہزال نخاع کے دوسرے امارات، بالخصوص حدقات آرگائل رابرٹسن (Argyll Robertson pupils) بھی تفریقی تشخیص کے لئے کارآمد ہوتے ہیں۔

ایک بچہ میں حاد حموی التہاب الاعصاب کثیر آسانی سے التہاب رماد الدماغ کا دھوکا لگ سکتا ہے، لیکن اول الذکر مرض میں کمزوری کی توزیع زیادہ تشاکلی، اس کا درجہ زیادہ یکساں، اور اس کا نمو زیادہ آہستہ ہوتا ہے۔ غیر حموی یا سمی قسم کو، خاص طور پر اس وقت جب کہ آغاز نسبتاً آہستہ اور حسی اختلال خفیف ہو، حرکی معصبنی مرض (مترقی عضلی ذبول) سے متفرق کرنے کی ضرورت ہے۔

ایک نکتہ جو کہ تفریقی تشخیص میں اہمیت رکھتا ہے یہ ہے کہ کثیر عصبی التہاب کی اصابتوں میں، خاص طور پر حاد یا بسرعت ترقی کرنے والی شکلوں میں، دماغی نخاعی سیال میں بالعموم پروٹین کی بہت بڑی افراط ہوتی ہے گو کہ خلیات کی تعداد میں کوئی متناظر زیادتی نہیں پائی جاتی۔

اِنذار۔ اکحلی اصابتیں، اس وقت جب کہ سبب مرض کو فوراً دور نہیں کیا جاتے ابتدائی درجوں میں ہی مہلک ہو جاتی ہیں، یا نحول، یا قروح الفراش، یا سل ریوی کے باعث مہینوں کے بعد مہلک ہو سکتی ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں علامات کا نمو بسرعت پہلے چھ یا آٹھ ہفتوں میں ہو جاتا ہے، اور پھر ممکن ہے کہ مریض کی حالت ہفتوں تک

غیر مبدل رہے' یا اس میں نہایت آہستگی کے ساتھ اصلاح ہو جائے۔ ممکن ہے کہ سالہا سال کے بعد بھی شفایابی جزئی ہو لیکن الکحلی اور دوسری اصابتوں میں جہاں مرض حد سے زائد نہ بڑھا ہو' اور جہاں سبب مرض کا کلی ازالہ کیا جا سکتا ہو' انذار نسبتہً زیادہ امیدافزا ہوتا ہے' اور دو ماہ سے لے کر چھ ماہ کے عرصے میں بتدریج شفا ہو جاتی ہے۔ نامعلوم الاصل والی اصابتوں میں عموماً شفا ہو جاتی ہے' اگرچہ ممکن ہے کہ مرض پھر عود کر آئے۔ مرض کی مدت اس کی شدت کے لحاظ سے تغیر پذیر ہوتی ہے۔ جب متسلسل وسیع طور پر پھیلا ہوا اور شدید ہو تو شفایابی ایک سال یا زیادہ سے پہلے مکمل نہیں ہوتی۔

علاج ۔ اگر کوئی بیرونی زہر (مثلاً الکحل یا سنکھیا) سبب مرض ہو تو اسے مریض سے دور رکھنا چاہیئے۔ ذیابیطس کی اصابتوں میں سبب کا علاج کرنا چاہیئے۔ حاد اور شدید اصابتوں میں بعض اوقات کامل آرام ضروری ہے' ابتدائے عضلی دردوں کی وجہ سے۔ جس قدر جلد ممکن ہو ڈلک اور فعال اور مجہول حرکات شروع کر دینی چاہئیں نسبتہً کم شدید اصابتوں میں یہ تدبیریں شروع ہی سے اختیار کرنی چاہئیں۔ نہایت خفیف اصابتوں میں مریض کا بستر میں رہنا ضروری نہیں لیکن اسے متنبہ کر دینا چاہیئے کہ ماؤف جوارح میں تکان نہ ہونے دے۔ اکثر انقباضات کو روکنے کے لئے جبائر کی ضرورت ہوتی ہے۔ شدید اصابتوں میں انھیں مسلسل لگائے رکھنا چاہیئے۔ مرض کے مابعد درجے میں' یا نسبتہً کم شدید اصابتوں میں' یہی کافی ہوگا کہ انھیں صرف رات کے وقت لگا لیا جائے۔ جن عضلات کو بالارادہ ورزش دینا ممکن نہ ہو ان کو متہیج کرنے کے لئے برقی رو استعمال کرنی چاہیئے۔

655

جہاں تک ادویہ کا تعلق ہے' ابتدائی دردوں کے لئے اسپرین (aspirin) مفید ہے: جن اصابتوں میں نقرسی تسبیب کا شبہ ہو ان میں اٹوفان (atophan) دینا چاہیئے: اور دوران نقاہت میں اسٹرکنین (strychnine) کا آمیزہ تجویز کرنا چاہیئے۔ (نیز ملاحظہ ہو التہاب عصبی کا علاج)۔

محدود المقام عضلی تشنج

(LOCALISED MUSCULAR SPASM)

جسم کے کسی حصے کے مرض یا تضرر کی مجیبت کے جزو کے طور پر عضلات کا غیر ارادی تشنج واقع ہو سکتا ہے اور یہ ایک سادہ حفاظتی معکوسہ ہوتا ہے جس کی غایت حرکت کو روکنا اور آرام پہنچانا ہے۔ مختلف الانواع عصبی امراض میں بھی جو اس کتاب کے دوسرے حصوں میں بیان کئے گئے ہیں تنشنی یا رجفی تشنج پایا جا سکتا ہے لیکن بعض مثالوں میں محدود المقام عضلی تشنج ایک منفرد علامت کے طور پر واقع ہو سکتا ہے۔ ان میں سے دو یعنی وجہی تشنج (facial spasm) اور ہچکی (hiccup) کے متعلق یہاں بحث کی جائے گی۔

وجہی تشنج (facial spasm)۔ یہ غیر واضح اصل کی ایک حالت ہے جو بعض اوقات ادھیڑ عمر سے زیادہ عمر والے اشخاص میں دیکھی جاتی ہے۔ تشنج جو بالخصوص رجفی قسم کا ہوتا ہے، پہلے عضلۂ محیط جفنی (orbicularis palpebrarum) کو ماؤف کرتا ہے، لیکن عصب ہفتم سے رسد پانے والے دوسرے عضلات میں رفتہ رفتہ پھیل جانے کا رجحان رکھتا ہے تاہم عضلۂ جبہیہ اور عضلۂ محیط فمیہ عموماً بچے رہتے ہیں۔ آرام کی حالت میں ممکن ہے کہ چہرے کی ماؤف جانب کا کسی قدر تنشنی فرط عمل ظاہر ہو لیکن فرمائش پر جب مریض ارادی حرکت کرتا ہے تو یہ جانب کسی قدر زیادہ کمزور نظر آتی ہے۔ رجفی تشنج وقفہ دار اور غیر منتظم ہوتے ہیں اور تکان اور عصبی اضطراب سے زیادہ ہو جاتے ہیں۔ وہ بالکل بلا درد کے ہوتے ہیں لیکن پریشانی و بے آرامی پیدا کر سکتے ہیں۔ ابتدائی ہیئت میں یہ حالت ہمیشہ یک جانبی ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ بالآخر دوسری جانب کو بھی ماؤف کر دے۔

تشخیص۔ یہ عصب ہفتم کی خراش کے ایسے جلی اسباب سے کرنی چاہئے جیسے کہ جمجمہ کے اندر سلعات یا سحائی التہاب، عظمی مرض، یا بڑھے ہوئے غدود کا دباؤ۔ ان سے حقیقی وجہی تشنج کی تفریق اس کے طولانی بے درد مرسے اور دوسری

طبیعی امارات کی غیر موجودگی سے کی جاسکتی ہے۔

علاج ۔ ابتدائی یا خفیف اصابتوں میں دماغی بار سے اجتناب کرنے اور مُسکنات مثلاً برومائیڈ (bromide) یا لیومینال (luminal) کی خفیف مقداروں کے استعمال سے اس حالت میں تسکین ہوتی ہے ۔ بہت سے اشخاص اس کی پرواہ نہ کرنے کی عادت ڈال لیتے ہیں، گو یہ حالت شدید یا مسلسل ہو ۔ ان اشخاص کے لیے جو وجہی تشنج کے بجائے وجہی شلل (facial palsy) کو گوارا کرلینے پر راضی ہوں، عصب میں اس مقام پر جہاں وہ ابری حلمی سوراخ سے باہر نکلتا ہے الکحل کا اشراب کیا جاسکتا ہے ۔ لیکن اس کا اثر بتدریج کم پڑجاتا ہے اور اشراب ہر چھٹے یا بارہویں مہینے مکرر کرنا پڑتا ہے۔

ہچکی (hiccup) ۔ یہ ڈایافرام کے ایک تشنجی انقباض کی وجہ سے ہوتی ہے، جس سے دفعتہً ایک شہیق واقع ہوجاتا ہے جس کو مزمار کی ناگہانی مسدودی منقطع کردیتی ہے ۔ ہچکی عموماً کسی قابلِ شناخت سبب کے باعث ہوتی ہے، جو حشائی تمدد، ڈایافرام سے نیچے یا اوپر خراشش کی صورت میں ہوتا ہے ۔ نیز یہ عصب حجابی کی خراشش ہے، اور بعض اوقات نخاع یا نخاعِ مستطیل میں عصبی مرکزوں کے مرض یا تسمم سے پیدا ہوسکتی ہے ۔ یہ بہت ہنسنے سے اور بعض اوقات بلا کسی ظاہر سبب کے بھی ہوجاتی ہے ۔ شاذ مثالوں میں یہ کئی کئی دن جاری رہ سکتی ہے۔ اور خود اس کے علاج کی ضرورت پیش آسکتی ہے اکثر ممکن ہے کہ یہ سانس کو روک رکھنے سے موقوف ہوجائے ۔ زیادہ عسیر العلاج اصابتوں میں ممکن ہے کہ ناک میں گدگدی کرکے یا ناس یا سیاہ مرچ کی ایک چٹکی سونگھ کر چھینکیں لانے سے فائدہ ہوجائے ۔ دوسری دوائیں جن کی سفارش کی گئی ہے یہ ہیں :- ایٹروپین (atropine) $\frac{1}{100}$ کا تحت الجلد اشراب، جسے ضرورت ہو تو چار گھنٹوں کے بعد مکرر کرنا چاہیئے، ہیاسین ہائڈروبرومائیڈ (hyoscine hydrobromide) $\frac{1}{100}$ گرین کا تحت الجلد اشراب، امائل نائٹرائیٹ (amyl nitrite) کا خول سونگھانا، یا مارفیا (morphia) کا تحت الجلد اشراب ۔ ایک معدی نلی گزارنے سے، یا ہوا یا آکسیجن کے ساتھ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے آمیزہ کا استنشاق کرنے سے

ایک ہیسپر العلاج حملے کو کامیابی کے ساتھ موقوف کیا جاسکتا ہے۔

امراض نخاع

امراض کے اس گروہ کو ٹھیک ٹھیک سمجھنے کے لیے فعلیات اور تشریح کے اُن اصولوں کی واقفیت ضروری ہے جن کا خلاصہ صفحہ 593 الخ پر درج ہے۔

عصبیوں کے اوّلی امراض۔ نخاع کے عصبیوں کے مختلف گروہ جداجدا انحطاط یا مرض سے ماؤف ہوسکتے ہیں۔ ایسا انحطاط سمیات کا نتیجہ ہوتا ہے، یا حیویت کی پیدائشی کمی کے سبب سے واقع ہوجاتا ہے، یا اس کا سبب بالکل نامعلوم رہتا ہے۔ یہ اضرار خطی امراض (tract diseases) یا نظامی امراض (system diseases) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں، اور مندرجہ ذیل ان کی مثالیں ہیں:۔ ہزال ظہری (tabes dorsalis)، جس میں پچھلے استوانے مرضی ہو جاتے ہیں۔ اوّلی جانبی صلابت (primary lateral sclerosis)، جس میں ہرمی خطے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ تحت الحاد مخلوط انحطاط (subacute combined degeneration) جس میں پچھلے استوانے اور ہرمی خطے ماؤف ہوتے ہیں۔ مرض فریڈرک (Friedreich's disease) جس میں پچھلے استوانے، ہرمی خطے اور نخاعی دُمیغی خطے ماؤف ہوتے ہیں۔ مترقی عضلی ذبول (progressive muscular atrophy) جس میں اگلے قرن کے خلیے ماؤف ہوتے ہیں۔ اور عضلہ ذبولی جانبی صلابت (amyotrophic lateral sclerosis) جس میں اگلے قرن کے خلیے اور ہرمی خطے ماؤف ہوتے ہیں۔

656

عرضی اضرار۔ چونکہ نخاع ایک مستطیل شکل رکھتی ہے، وہ قدرتی طور پر ایسے اضرار سے ماؤف ہونے کا رجحان رکھتی ہے جو اس کی ساری ساخت کو متاثر کرتے ہیں، مثلاً جیسے کہ ضرب، محدود التہاب، بیرونی دباؤ، سلعہ کی بلا امتیاز بالیدگی، التہاب کے منتشر پھیلاؤ، یا عروقی تسدد سے پیدا ہونے والی عدم دمویت سے واقع ہوسکتے ہیں۔ ایسی اصابتوں میں رمادی مادہ اور سفید مادہ دونوں

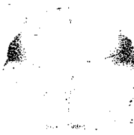
نخاع کی تراشوں کی تلوین مارچی (Marchi) کے طریقے سے کی گئی ہے تاکہ دوسرے اور تیسرے صدری فلقات کے مکمل عرضی ضرر کے اوپر اور نیچے لیفی خطوں کا انحطاط دکھایا جائے۔ اس لیول پر نخاع ان شانوی جماؤوں سے مضغوط ہو گئی ہے جو کہ پستان کے سرطان سے فقرات میں واقع ہوئے ہیں۔ منحط شدہ ریشوں کی تلوین سیاہ ہوتی ہے۔



تصویر ۱۔ ساتواں عنقی فلقہ۔ ضرر سے اوپر صاعد خطوں کے ریشے منحط ہو گئے ہیں۔ موخر ستونوں میں جو شانے جیسے رقبہ جات ہیں وہ ان فضاؤں کو ظاہر کرتے ہیں جنہیں ایتلافی ریشے واقع ہیں نخاعی عرشی خطے نسبتاً طور پر متغیر نہیں ہیں



تصویر ۲۔ پانچواں صدری فلقہ۔ ضرر سے نیچے نازل خطوں کے ریشے منحط شدہ ہیں۔ موخر ستونوں میں جو نقطہ کاری کے رقبہ جات ہیں وہ ان ایتلافی ریشوں کے انحطاط کو ظاہر کرتے ہیں جو ضرر کے لیول کے اوپر سے آ رہے ہیں۔



تصویر ۳۔ قطنی بجری کلانی۔ تقاطع کردہ ہرمی خطوں کے ریشے منحط شدہ ہیں۔ دوسرے نازل خطوں کے ریشے اس لیول پر ختم ہو گئے ہیں۔

(ڈاکٹر جے۔ آر۔ پرڈراؤ Dr. J. R. Perdrau کی بنائی ہوئی عکسی تصاویر سے)

بالمقابل صفحہ 656

مساوی طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔

انضغاطِ نخاع

(compression of the spinal cord)

نخاع بوجہ اپنی نرم کثافت کے متصل حصوں کے مرض یا تضرر کے نتیجے کے طور پر مضغوط ہونے کا امکان رکھتی ہے۔ ایسے حالات میں جو امراضیاتی تغیرات واقع ہوتے ہیں وہ مماثل ہوتے ہیں خواہ حقیقی سبب کچھ بھی ہو۔ علامات یا تو ایک عرضی ضرر کے علامات ہوتے ہیں، قدرتی طور پر ضرر کے لیول کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ دوسرے اختلافات اس امر کا نتیجہ ہوتے ہیں کہ ضاغط قوت کس سرعت کے ساتھ فعل کرتی ہے اور ضاغط سبب کی حقیقی نوعیت کیا ہے۔

اسباب۔ نخاعی انضغاط کے اسباب کی تقسیم حسب ذیل کی جا سکتی ہے۔

(الف) عمود الفقرات کا مرض۔ (ب) برون جافی فضا اور سحایا کا مرض۔

(الف) **عمود الفقرات کا مرض۔** نخاع اکثر اوقات کسر و خلع پیدا کرنے والے تضرر کے باعث ناگہانی طور پر مضغوط ہو جاتی ہے۔ زیادہ تدریجی طور پر عمل کرنے والے اسباب میں عام ترین فقرات کی تدرنی بوسیدگی (tuberculous caries) یا نوبالیدیں ہیں۔

(ب) **برون جافی فضا اور سحایا کا مرض** تضرر کا نتیجہ بعض اوقات سحایا کے اندر نزف ہو سکتا ہے، جس سے بعد میں انداب ہو کر انضغاط واقع ہو سکتا ہے۔ اندابی ضیق کے زیادہ عام اسباب ایک محدود المقام آتشکی التہاب سحایا (syphilitic meningitis) یا ابتق تقیحی التہاب سحایا (suppurative meningitis) ہیں۔

مختلف الاقسام نوبالیدیں برون جافی فضا میں، سحایا میں، یا عصبی جذور پر پیدا ہو سکتی ہیں۔

مرضی تشریح۔ نخاع کا ناگہانی انضغاط، جیسا کہ کسر و خلع یا کسی بالیدہ در ریختہ فقرہ کے ناگہانی ہبوط سے واقع ہوتا ہے، مضغوط شدہ حصہ کا حاد تنخر واقع

کردیتا ہے، جو کہ دموی رسد کے منقطع ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے اس کے ساتھ مشقوق وریدوں اور عروق شعریہ سے نزفات ہوتے ہیں۔ مردہ بافتوں میں بعث شحمی انحطاط واقع ہو کر لینت پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ لینت ضرر کے لیول سے آگے کچھ فاصلہ تک اوپر یا نیچے کی سمت میں پھیل سکتی ہے۔

عرضی ضرر کے بعد ان عصبی ریشوں کا جو اپنے مبدائی خلیات سے بے تعلق ہو جاتے ہیں (ملاحظہ صفحہ ۱۵) ثانوی انحطاط ہو جاتا ہے۔

جب انضغاط زیادہ تدریجی ہوتا ہے تو اس کا اثر ابتداءً میکانی معلوم ہوتا ہے۔ مضغوط شدہ ریشے کے وظیفہ میں نقص واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر دباؤ ہٹا دیا جائے تو وظیفہ بسرعت عود کر آتا ہے۔ ازاں بعد دوران خون میں رکود اور وریدوں کے انضغاط کے باعث اُذیما پیدا ہو جاتا ہے، اور بالآخر شرائین کے تسدد سے تنخر اور لینت پیدا ہو جاتی ہے۔

نخاع کے انضغاط سے، خواہ اس کا سبب کچھ بھی ہو تحت العنکبوتیہ فضاء کا تسدد پیدا ہو جانے کا امکان بھی ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انسداد سے نیچے دماغی نخاعی سیال کا رکود واقع ہوتا ہے، اور ساتھ ہی پروٹین کا اجتماع ہو جاتا ہے، اور اس میں بعض اوقات ایک زرد لون بھی مل جاتا ہے جو غالباً دم آبدار خون سے ماخوذ ہوتا ہے۔

فقرات کی درنی بوسیدگی (tuberculous caries) دو مختلف طریقوں سے انضغاط نخاع پیدا کر سکتی ہے۔ نسبتہً عام طریقہ وہ ہے جس میں سرایتی عمل فقرہ کی پچھلی دیوار میں سے داخل ہو کر ایک جبنی خراج بنا دیتا ہے جو بروں جافی بافتوں کے ذریعہ سحایا سے جدا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے خراج کے بننے میں صرف چند ہی ہفتے درکار ہوں، اور اس کے بننے سے پہلے نہایت عام طور پر مرضی عمود الفقرات کو تضرر لگنے کی سرگذشت پائی جاتی ہے۔

657

درنی انضغاط کی دوسری شکل میں سرایتی عمل براہ راست سحایا تک پھیل کر ایک مزمن محدود المقام سحائی التہاب پیدا کر دیتا ہے، جو رفتہ رفتہ نخاع کو بھینچ دیتا ہے۔ یہ عمل دوسرے عمل کی نسبت بہت آہستہ ہوتا ہے۔

فقرات کی نوبالیدیں عموماً ثانوی اصل کی ہوتی ہیں، اور ان کے ماخذِ منبعے عورتوں میں پستان یا رحم کا اور مردوں میں معدی معوی خط اور غدہ قدامیہ کا سرطان ہوتے ہیں۔ بالید فقرہ کے شبکئی حصے میں پیدا ہو جاتی ہے اور اسے کھالیتی ہے یہاں تک کہ بالآخر وہ ٹھوس خول میں سے پھوٹ نکلتی ہے۔ ہڈی کی لینت بالآخر فقری کنال کی دیواروں کا ہبوط اور ساتھ ہی نخاع پر دباؤ پیدا کر دیتی ہے۔ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ عمود الفقرات اس سے بہت زیادہ وسیع طور پر ماؤف ہوتا ہے جتنا کہ دورانِ زندگی میں علامات سے معلوم ہوتا ہے۔ عمود الفقرات یا اس کے گرد کی ساختوں میں کا لحمی سلعہ (sarcoma) اوّلی یا ثانوی ہو سکتا ہے، اور ویسے ہی تغیرات پیدا کر دیتا ہے جیسے کہ سرطانی سلعہ کے اثر سے ہوتے ہیں۔ فقرات میں کے نقئی سلعات (myelomas) بھی انضغاطِ نخاع پیدا کر سکتے ہیں۔

عظم کا مرض پیجٹ (Paget's disease) بھی نخاع کا انضغاط پیدا کر سکتا ہے۔

فقرات اور اُمِ جافیہ کے درمیان کی فضا کبھی کبھی سلعات کا محلِ وقوع ہو سکتی ہے، جو عموماً لحمی سلعہ کی نوعیت کے ہوتے ہیں، اور یہ فضا کیسیتی ذودیرو (hydatid cysts) کی آرامگاہ ہو سکتی ہے۔ بعض اوقات اس فضا پر مرضِ ہوجکن (Hodgkin's disease) کا یا واسطے میں شروع ہونے والے لمفی لحمی سلعہ (lympho-sarcoma) کا حملہ ہو سکتا ہے۔

مزمن آتشکی التہاب سحایا سے سحایا کی بڑی دبازت پیدا ہو سکتی ہے، جس کے درمیان نخاع مضغوط ہو جاتی ہے۔ اکثر اوقات اس کے ساتھ شرائین کا آتشکی مرض پایا جاتا ہے، جو تنخر کے عمل کو تیز کر دیتا ہے۔

سحایا کی نوبالیدوں میں بیشتر غیر خبیث قسم کی چھوٹی کیسہ رسولیاں ہوتی ہیں، جو اُمِ جافیہ کی اندرونی سطح، عنکبوتیہ یا عصبی جڑوں سے نکلتی ہیں۔ ان کی تقسیم ان کے خردبینی منظر کے لحاظ سے درطلی سلعہ، رطلی سلعہ، لیفی سلعہ، لیفی نخاطی سلعہ، اور عصبی لیفی سلعہ میں کی جاتی ہے۔ یہ ایسے سلعات کا گروہ ہے جن کا جراحی استیصال بہ آسانی انجام دیا جا سکتا ہے۔

دوسری قسم کی بالید جو سحایا میں ملتی ہے منتشر لحمی سلعہ کی نوعیت کی ہوتی ہے

جو پیچھے اور اوپر کی طرف پھیلنے کا رجحان رکھتی ہے، خبیث قسم کی ہوتی ہے اور ناقابل استیصال ہوتی ہے۔

رقیق مصلی التہاب سحایا (meningitis serosa circumscripta) کا خطاب اس حالت کو دیا گیا ہے جس میں سحایا الجھ کر گچھا سا بنے ہوتے ہیں اور ان میں دورہ نما فضائیں شمول ہوتی ہیں جن میں صاف سیال بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ تضرر کا نتیجہ ہو سکتا ہے (اکثر ایک طویل وقفہ خفاء کے بعد) یا تفیقی التہاب سحایا کے آجل نتیجہ کے طور پر ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ بلا کسی صریح سبب کے پایا جائے۔

علامات ۔ نخاعی انضغاط کے علامات وہی ہیں جو قبل ازیں نخاع کے عرضی ضرر کے بیان کئے گئے ہیں، اور یہ ماؤف لیول کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 607)۔ ان پر عصبی جڑوں کے انضغاط کے علامات کا اضافہ کرنا چاہئے جبکہ وہ بھی ماؤف ہو جائیں۔

جب انضغاط ناگہانی طور پر واقع ہو جائے، جیسے کہ کسر و خلع یا ایک مرضی فقرہ کے ہبوط سے، تو حس پذیری، قوت، اور عاصری اختیار کے فقدان کے علاوہ ایک ابتدائی عرصہ نخاعی صدمہ کا ہوتا ہے جس میں ضرر کے لیول سے نیچے تمام منعکسات زائل ہو جاتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی اکثر تپ ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ سریری تصویر ابتداءً حاد التہاب نخاع (acute myelitis) جیسی ہو۔

جب انضغاط بتدریج واقع ہوتا ہے تو ابتدائی علامات اکثر پچھلی عصبی جڑوں پر دباؤ کی وجہ سے ہوتی ہیں۔ یہ درد کی شکل اختیار کر لیتی ہیں، جو عموماً شدید مستمر نوعیت کا ہوتا ہے، اور ماؤف جڑوں کی قطعی توزیع میں محوّل ہوتا ہے۔ بالعموم یہ درد پہلے یک جانبی ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ بعد میں دوسری جانب پر بھی پھیل جائے۔ خراشیدہ جڑوں سے رسد پانے والے رقبے میں بعض اوقات جلدی بیش حسیت بھی پائی جا سکتی ہے۔ اگلی جڑوں پر دباؤ پڑنے سے عضلی ہزال اور کمزوری بھی پیدا ہو جاتی ہے، جو عنقی یا قطنی کلائیوں کے انضغاط میں ایک اہم متعین المقام امارت ہو سکتی ہے۔

لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ صدری خطے میں قطعے کا انتصابی طول اتنا ہوتا ہے

کہ یہ بالکل ممکن ہے کہ نخاع کا انضغاط عصبی جڑوں کی ماؤفیت کے بدوں واقع ہو جائے اور یہ کہ بہر صورت انضغاطی سبب نخاع کی اگلی سطح پر عمل کر سکتا ہے۔ ان اصابتوں میں سرگذشت مرض میں جڑ کے درد کی ممیز علامت غیر موجود ہوتی ہے۔

نخاع کے اندران ساختوں میں سے ہرمی ریشے عموماً پہلے مبتلا ہوتے ہیں، جس کا نتیجہ کمزوری اور تشنجیت، بڑھے ہوئے وتری جھٹکے، گھٹے ہوئے یا غیر موجود شکمی منعکسات، اور باسط اخمصی مجیبتیں ہیں۔ حسی اختلال بالعموم کمزوری محسوس ہونے کے بعد کچھ عرصہ تک ظاہر نہیں ہوتا۔ اس کی شناخت کے لئے ابتداءً بہ احتیاط امتحان کی ضرورت ہوتی ہے۔ ایک لیول ایسا ملے گا جس کے نیچے الپن کا چبھنا نسبتہً کم درد پیدا کرتا ہے، روئی سے چھونے کا احساس کم مستمر طور پر ہوتا ہے، اور گرم اور سرد نلیوں کے درمیان فرق کم یقین کے ساتھ معلوم ہوتا ہے۔

نشت اور مجہول حرکت کی حسوں کا امتحان کیا جائے تو وہ کم صحیح پائی جاتی ہیں اور ممکن ہے کہ شوکہ کے دو شاخے کا احساس ایک خاص لیول سے نیچے کم شدت کے ساتھ ہو۔

جیسے جیسے مرض ترقی کرتا جاتا ہے حسی فقدان زیادہ و زیادہ نمایاں ہوتا جاتا ہے یہاں تک کہ عموماً تندرست اور ماؤف حصوں کے درمیان ایک متعین خطِ حائد شناخت ہو سکتا ہے۔ گو یہ خط عموماً واضح طور پر متعین نہیں ہوتا، تاہم اس سے ضرر کا لیول خاصی صحت کے ساتھ ظاہر ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی نخاع کے بالائی خطے کے ضرر کی حالت میں یہ پایا جائے گا کہ سب سے نیچے کے خلقی رقبوں سے آنے والے ریشے، بالخصوص وہ جو کہ عمیق حس پذیری کا تاثر منتقل کرتے ہیں، بچے رہتے ہیں، چنانچہ عجزی رسد پانے والے رقبوں پر عمیق دباؤ کا احساس محفوظ رہتا ہے۔

جیسے جیسے جوانح زیرین کا شلل بڑھتا ہے عضلات عاصرہ کا اقتدار بھی کم ہوتا جاتا ہے، جس سے ابتدا میں تبوّل معجّل اور عسیر تبرز ہوتا ہے۔

بالآخر اگر انضغاط نہ دور کیا جائے تو وہ کامل حرکی شلل اور حسی فقدان اور ساتھ ہی عاصری اقتدار کا ازالہ واقع کر دے گا۔

سیری تصویر کی تفصیلات لازماً ضرر کے لیول کے لحاظ سے مختلف ہوں گی۔

نخاعی انضغاط کا مزید ثبوت (۱) دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے، اور (۲) لپائڈال (lipiodol) کے دروں غلافی اشراب کے بعد لاشعاعی امتحان سے حاصل ہو سکتا ہے۔

(۱) بالعموم انضغاط کے لیول سے نیچے سے حاصل کردہ دماغی نخاعی سیال میں پروٹین کی معمول سے زائد مقدار موجود ہوتی ہے۔ اور یہ زائد مقدار انضغاط کے درجہ اور مدت کے لحاظ سے طبعی (۲۵. ر. فیصدی) سے اوپر خفیف سی زیادتی سے لے کر ۳ فیصدی کی بلندی تک اختلاف پذیر ہو سکتی ہے۔ جب پروٹینی ماقیہ نہایت بلند ہوتا ہے تو سیال میں اکثر فائبرنوجن موجود ہوتی ہے، اور اسی واسطے وہ امتحانی نلی میں مرتوب ہو سکتا ہے۔ مزید برآں وہ بعض اوقات ایک سنہری زرد جھلک ظاہر کرتا ہے، جو غالباً مسدود وریدوں کی دیواروں میں سے عبور از ترشح کردہ خون کی پاشیدگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔

اگر سیال کے دباؤ کی تسجیل کے لئے ایک ضغط پیما استعمال کیا جائے تو کوئیکن سٹیٹ کے کاشفہ (Queckenstedt's test) سے کام لینا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 631)۔ طبعی حالات میں اگر ایک مددگار وداجی وریدوں کو مضغوط کرے تو ضغط پیما میں دباؤ فی الفور زیادہ ہو جائے گا۔ یہ زیادتی نہ ہونا، تحت العنکبوتیہ فضاء کی مسدودی کی دلیل ہے۔

(۲) بعض اوقات لپائڈال کے اشراب کا وہ عمل جو کہ سیکارڈ (Sicard) نے ایجاد کیا ہے نخاعی انضغاط کی سریری تشخیص کی تصدیق اور ضرر کے بالائی لیول کی تعیین کے لئے کارآمد ہوتا ہے۔ لپائڈال آیوڈین اور چربی کا مرکب ہے، جو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہوتا ہے، جس کی کثافت نوعی دماغی نخاعی سیال کی کثافت نوعی سے بلند تر ہوتی ہے، اور جو بافتوں پر کوئی مضر اثر نہیں رکھتا۔

مریض کو بیٹھی ہوئی وضع میں رکھ کر اس شے کے ایک یا دو سی سی بڑے کبیر میں مشرب کئے جاتے ہیں۔ اشراب کے بعد فوراً ہی، ابھی جب کہ مریض انتصابی وضع میں ہے، اس پر لاشعاعیں ڈالی جاتی ہیں، اور مفروضہ انضغاط کے مقام اور قطنی مجوری شوکہ کے مقام ان دونوں لیولوں پر تصویریں لے لی جاتی ہیں۔ آدھے گھنٹے بعد لاشعاعی امتحان کر کیا جاتا ہے، اور اگر ضرورت ہو تو چند گھنٹوں کے وقفہ کے بعد پھر



تصویر ۱۔

شعاع نگاشت بر کہ کبیرہ میں لپانڈول کا اشراب کے ½ گھنٹہ بعد۔ مریض انتصابی وضع میں ہے۔ لپانڈول غلافی تاپہ کے چندے میں جمع ہوگیا ہے، جس سے ثابت ہوتا ہے کہ زیر عنکبوتی فضا میں کوئی تسدد نہیں ہے۔



تصویر ۲۔

شعاع نگاشت جو لپانڈول کے اشراب کے بعد لی گئی۔ حالات وہی ہیں جو کہ تصویر ۱ میں تھے۔ لپانڈول دوسرے قطنی فقرہ کے بالائی کنارے پر آکر رک گیا ہے۔ بعد ازاں عملیہ کرنے سے اس لیول پر ذنب الفرس کو مشمول کرنے والے سحایا کا لیفی لحمی سلعہ منکشف ہوا جو کہ زیر عنکبوتی فضا کو مطموس کر رہا تھا۔ (ان لاشعاعی صحفوں سے جو کہ مسٹر لنڈسے لاک (Lindsay Lock) اور مسٹر میگنس ریڈنگ (Mr. Magnus Redding) نے لئے ہیں)

بالمقابل صفحہ 659

کیا جاتا ہے۔ طبعی حالات میں لیپائڈال غلافی تاچہ (thecal sac) کے پیندے میں چند منٹ کے اندر ہی گر جاتا ہے، جہاں وہ لاشعاعی صحفہ پر پہلے عجزی فقرہ کے زیریں کنارے پر نظر آتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ لیپائڈال کا خراش آور اثر جڑوں کے دردوں میں اشتداد پیدا کر سکتا ہے، بلکہ ممکن ہے کہ وہ نخاعی انضغاط کی امارات میں ایک عارضی زیادتی بھی پیدا کر دے۔ لہٰذا اس کا استعمال اسی وقت کرنا چاہئے جب کہ سریری وجوہات کی بنا پر تشخیص یا تعیین مقام کا فیصلہ کافی صحت کے ساتھ نہ کیا جا سکے (ملاحظہ صحفہ ۵۲، تصویر ۱)۔ اگر تحت العنکبوتیہ کہفہ مسدود ہے جیسا کہ نخاعی انضغاط کی ترقی یافتہ حالت میں ہونا چاہئے، تو لیپائڈال اوپر رکا ہوا رہے گا۔ دکھلائی ہوئی تصویر میں (صحفہ ۵۲، تصویر ۲) یہ انسداد دوسرے قطنی فقرے کے بالائی کنارے پر ہے۔ ذنب الفرس (cauda equina) اس لیول سے نیچے لیفی نوعیت کے ایک بڑے سحائی سلعہ سے مضغوط تھا۔

لیپائڈال استعمال کرنے کا ایک زیادہ حالیہ زیادہ محفوظ اور بہتر طریقہ وہ ہے کہ جس میں ایک لاشعاعی میز استعمال کی جاتی ہے اور اس پر مریض کو ایک انتصابی وضع میں جھکا دیا جاتا ہے جس سے اس کا سر نیچے کو ہو جاتا ہے۔ لیپائڈال کا اشراب قطنی کچوکے کے ذریعہ کیا جاتا ہے اور اس کا گزر ایک پردہ پر دیکھا جاتا ہے۔ اس طریقے سے جزوی رکاوٹ کا مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔

تحقیقات کے یہ مخصوص طریقے نہایت کارآمد ہیں، لیکن یہ نہیں خیال کر لینا چاہئے کہ ان سے مثبت نتائج حاصل ہوں گے، تاوقتیکہ انضغاط زیادہ درجہ کا نہ ہو۔ اسی واسطے ابتدائے مرض میں ایک ایسا زمانہ ہو سکتا ہے جب کہ اصابت کی نوعیت معلوم کرنے کے لئے صرف سریری سرگذشت اور علامات ہی رہنمائی کرتے ہیں۔

متذکرہ بالا علامات پر، جو انضغاط کی تمام اصابتوں کے لئے مشترک ہوتے ہیں، ان علامات کا اضافہ کیا جا سکتا ہے جو انضغاطی سبب سے متعلق ہیں۔

فقراتی مرض میں عام طور پر، لیکن ہمیشہ نہیں، مقامی درد کی شکایت ہوتی ہے، جس کے ساتھ ہی کرختگی ہوتی ہے، اور یہ درد ورزشی حالت سے بڑھ جاتا ہے

جس میں ماؤف حصوں پر زور یا دھکا پڑنے کا رجحان ہو، مثلاً جھکنے، زینہ سے نیچے کودنے یا موٹر کار میں ناہموار سڑکوں پر ہچکولے لگنے سے۔ بعض اوقات مرضی فقرات کی الیمیت اور تشوّہ موجود ہوتے ہیں۔ بالآخر لاشعاعی صحفہ بالعموم ہڈی کے مرض کی موجودگی ظاہر کرنے میں ممد ہوتا ہے۔

سحایا کا مزمن التہاب بالعموم عصبی جڑوں کی کئی جوڑیوں کو ماؤف کرتا ہے۔ اسی واسطے عموماً جڑوں کا درد ایک نمایاں علامت ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ اکثر عضلاتِ ثیتت کا معکوس تشنج ہوتا ہے جس سے شوکہ کی مقامی کرختگی پیدا ہو جاتی ہے۔

بروں جافی فضا یا سحایا کی نوبالیدیں ممکن ہے کہ سادہ انضغاط کے علامات کے سوا اور کوئی علامتیں نہ پیدا کریں، اور ان کے ساتھ جڑوں کے درد ہوں یا نہ ہوں۔ مگر یہ بالیدیں برافتادہ فقرات کی کسی قدر الیمیت اور عضلات کا معکوس تشنج پیدا کر سکتی ہیں۔

تشخیص۔ اس میں (۱) نخاعی انضغاط کی تفریق مرضی ضرر کی دوسری اصابتوں سے، اور (۲) انضغاط کے اسباب کی تفریقی تشخیص شامل ہے۔

(۱) حاد آغاز کے نخاعی انضغاط کو، جیسا کہ ایک خبیث بالیدگی کی وجہ سے ہو سکتا ہے، **حاد التہاب نخاع** (acute myelitis) سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ یہاں اول الذکر تشخیص کی تائید میں خاص امور یہ ہیں:۔ کسی دوسرے مقام پر خبیث مرض کی موجودگی اور وہ ممیز تغیرات جو دماغی نخاعی سیال میں پیدا ہو جاتے ہیں جن کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔

انضغاط کی زیادہ تدریجی اصابتوں کی تفریق **دروں لبّی سلعہ** (intra-medullary tumour)، **منتشر صلابت** (disseminated sclerosis)، **آتشکی التہاب نخاع** (syphilitic myelitis)، **عضلئی ذبولی جانبی صلابت** (amyotrophic lateral sclerosis)، **نخاعی جوفیت** (syringomyelia)، اور **تحت الحاد مخلوط انحطاط** (subacute combined degenaration) سے کرنی پڑتی ہے۔

ممکن ہے کہ دروں لبی سلعہ سے تفریقی تشخیص صرف عملیہ کے وقت ہو سکے۔
منتشر صلابت میں منتشر اضرار کی موجودگی سے جو آمارات یا سرگذشت مرض سے ظاہر ہوتی ہے، عموماً مرض کا پتہ چل جاتا ہے، لیکن بعض اصابتوں میں تشخیص کا مسئلہ صرف ورقہ برآری سے حل ہو سکتا ہے۔ آتشکی التہاب نخاع کی تشخیص اسوقت ہو جائے گی جب کہ دستور العمل امتحان میں خون اور نخاعی سیّال کے تعاملات واذرمن کو بھی شامل کیا جائے۔ عضلۂ ذبولی جانبی صلابت میں حسّی تغیرات کی عدم موجودگی اور نخاعی جوفیت اور تحت الحاد مخلوط انحطاط میں ممیز حسّی اختلالات کی موجودگی ان حالتوں کی تشخیص میں ممد ہوتی ہے۔ بالآخر دماغی نخاعی سیّال کا امتحان اور لیپائیڈال کے ساتھ لاشعاعی امتحان اکثر تعریقی اہمیت رکھتا ہے۔
(۲) انضغاط کا ٹھیک ٹھیک سبب صرف باقاعدہ امتحان سے معلوم ہو سکتا ہے۔ فقراتی مرض کے سریری یا لاشعاعی ثبوت کی غیر موجودگی میں اور خون اور نخاعی سیّال میں منفی تعاملات واذرمن کی حالت میں استقصائی ورقہ برآری (exploratory laminectomy) کا عملیہ کرنا چاہئے۔

660

انذار۔ خاص کر انضغاط کے سبب پر منحصر ہوتا ہے۔ تضرر کی اصابتوں میں بالعموم نکر کی وجہ سے خود نخاع اس قدر شدت کے ساتھ متضرر ہو جاتی ہے کہ ازالۂ ضغط سے علامات میں کوئی اصلاح نہیں ہوتی۔
درنی بوسیدگی کی بیشتر اصابتوں میں معقول علاج کے ساتھ انذار اچھا ہوتا ہے، بشرطیکہ اور کسی جگہ فاعلی تدرّن موجود نہ ہو۔ تاہم ان اصابتوں میں جن میں بتدریج ترقی پذیر مرض کی سرگذشت مزمن درنی التہاب سحایا پر دلالت کرے مستقبل کم امید افزا ہوتا ہے۔ فقرات کی خبیث بالیدیں مہینوں یا برسوں جاری رہتی ہیں گو کہ بالآخر قروح الفراش اور التہاب مثانہ سے موت واقع ہو جاتی ہے۔
آتشکی التہاب سحایا کی ترقی مناسب علاج سے روکنی ممکن ہے۔
رقبی مصلی التہاب سحایا (meningitis serosa circumscripta) میں انضمامات کو کاٹ دینے سے انضغاط رفع ہو جاتا ہے، لیکن اس حالت کے مکرر پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ غیر خبیث قسم کی دروں قلافی بالیدوں کو مکمل طور پر دور کیا جا سکتا ہے۔

ان تمام اصابتوں میں جن میں انضغاط پیدا کرنے والا سبب دور کیا جاسکتا ہو نخاع اور قرنی مرض میں آرام و سکون سے خواہ عملیہ کے ذریعہ یہ امر کس درجہ کی شفایابی کی توقع کی جاسکتی ہے علامات کی شدت اور مدت پر منحصر ہوتا ہے۔ جوارح زیریں میں قوت اور حس کے کامل فقدان کے باوجود (بشرطیکہ یہ فقدان چند ہفتوں سے زائد مدت تک نہ جاری رہا ہو) وظیفہ کی کامل بحالی ممکن ہے۔ جب عاصرہ اقتدار ایک بار مفقود ہو چکا ہو تو بولی عفونت کے پیچیدہ کن عامل کی وجہ سے شفایابی کے موقعے کم ہو جاتے ہیں۔

علاج۔ علاج تاہم کا مقصد انضغاط کا دور کرنا ہے۔ نو بالیدوں کی حالت میں یہ مقصد صرف جراحی علاج سے حاصل ہو سکتا ہے۔ غیر خبیث سلعات تمام تر دور کئے جاسکتے ہیں اور خبیث مرض کی چند اصابتوں میں ازالۂ ضغط سے درد میں تخفیف ممکن ہے۔

قرنی اوسیدگی کا بہترین علاج کامل آرام ہے جو صحتی ماحول میں دیا جائے۔ مریض کو ایک سخت بستر پر لٹایا جاتا ہے اور پاؤں اور ٹھوڑی پر تجرّ کر کے توسیع قائم کی جاتی ہے۔ یا اس پر ابتدا ہی سے پلستر کا ایک جاکٹ فٹ کر دیا جاتا ہے۔ اُفقی وضع میں کامل آرام کم از کم ایک سال تک قائم رکھنا چاہئے۔ ازاں بعد مریض کو پلستر کے ایک جاکٹ میں جاکر بتدریج انتصابی وضع اختیار کرنے دینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ نخاعی انضغاط کے امارات میں اصلاح ہونے میں کئی ماہ کی تاخیر ہو جائے لیکن بالعموم یہ اصابتیں بالآخر سنبھل جاتی ہیں۔

آتشکی التہاب سحایا کی وجہ سے پیدا ہو جانے والے انضغاط کا علاج دافع آتشک ادویہ سے مستعدی کے ساتھ کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 666) اگر ایک کافی نصاب کے بعد اصلاح نہ پائی جائے تو ندبی نسیج کو قطع کرنے کی توقع سے عملیہ کر سکتے ہیں۔ ضربہ یا تقیح سے پیدا ہو جانے والے سحائی انضمامات کا علاج بھی اسی طریقہ پر عملیہ سے کرنا چاہئے۔

نخاع کے عرضی ضرر کی اصابتوں میں خواہ وہ انضغاط کی وجہ سے ہو یا دوسرے اسباب سے تحقیقی علاج کی غایت یہ ہوتی ہے کہ عدیم الحس جلد کو

تقرح سے محفوظ رکھا جائے، مثانہ کی آبیاری اور مسلیت کی جائے، درد اور تکلیف کو دُور کیا جائے، اور تشنجی عضلات کے تقبض کو روکا جائے یا اس کو درست کیا جائے۔

جلد کے تحفظ کے لئے مریض کو ایک آبی بستر پر لٹایا جاتا ہے۔ صبح اور شام اور جب کبھی گندگی واقع ہو اس کی پشت کو دھو ڈالنا چاہئے اور خشک کرنے کے بعد عظمی اُبھاروں اور ایڑیوں پر کی جلد کی ہتھیلی کے ذریعہ زور سے اور دیر تک مالش کرنا چاہئے۔ پھر چاک اور بورک ایسڈ کا سفوف چھڑک دینا چاہئے۔ بھیگی ہوئی اور شکن دار چادروں سے جن سے انسجاج پیدا ہونے کا امکان ہو بہ احتیاط احتراز کرنا چاہئے، اور دن بھر میں مریض کی وضع کو وقتاً فوقتاً بدلتے رہنا چاہئے تاکہ ہڈیوں کے اُبھاروں پر لگاتار دباؤ نہ پڑنے پائے۔ مریض کو سرکانے کے لئے دو نرسیں ضروری ہیں تاکہ اُسے اٹھا کر کروٹ دی جائے اور وہ گھسیٹا نہ جائے۔

اگر قروح الفراش پیدا ہو جائیں تو ان کا تکمیہ مناسب وقفوں کے ساتھ کرنا چاہئے۔ مہیج غسولات اور مرہم یکے بعد دیگرے استعمال کرنے چاہئیں۔ اوّل الذکر میں یوسال (eusol) (۲۰۰۰ میں ۱) اور غسول احمر (lotio rubra) تشفی بخش ہیں۔ مرخیات میں روغن بیدانجیر (ol. ricini) اور جست کے مرہم (ung. zinci) یا روغن بیدانجیر اور صبغۂ عود مرکب (tinct. benzoni co.) کے مساوی حصے سب سے زیادہ مفید ہیں۔ اگر مثانہ مشلول ہو کر احتباس بول پیدا ہو جائے تو التہاب مثانہ کا ہونا قریباً ناگزیر ہے۔ تاہم اسے مندرجۂ ذیل تدابیر سے روک سکتے ہیں:۔

یا تو ایک قاثاطیر چھ چھ گھنٹوں کے وقفوں سے داخل کرنا چاہئے یا اس آلہ کو اندر باندھ دینا چاہئے اور تین یا چار دن کے وقفوں سے بدلتے رہنا چاہئے۔ قاثاطیر داخل کرنے سے پہلے نہ صرف حشفۃ القضیب کو بخوبی صاف کر لینا چاہئے، بلکہ مقدم مجری البول کو ایک دافع عفونت محلول سے دھو دینا چاہئے۔ مثانہ کی آبیاری بھی صبح و شام ایک دافع عفونت سیال سے کرنی چاہئے۔ آکسی سیانائڈ آف مرکیوری (oxycyanide of mercury) (۴۰۰۰ میں ۱) تشفی بخش ہے،

661

یا اگر پیشاب بہ شدت قلوی ہے تو بورک ایسڈ (boric acid) کا سیر شدہ محلول پانی کی مساوی مقدار کے ساتھ استعمال کیا جا سکتا ہے۔ نیز ایسی حالتوں میں یوروٹروپین (urotropin) اور ایسڈ سوڈیم فاسفیٹ براہ دہن دینا چاہئے۔

مثانہ کی آبیاری میں اس امر کی احتیاط رکھنی چاہیے کہ پانی کا اشراب صرف اس قدر ہو کہ جس سے مثانہ حد سے زیادہ نہ پھول جائے۔ اس کے لئے صحیح مقدار ۶ اونس سے زائد نہیں۔ جب مثانہ کا تخلیہ خود بخود ہونا شروع ہو جائے تو آبیاری کے سیال کو نہایت کم دباؤ کے ساتھ داخل کرنا چاہئے اور اگر معکوسہ پیدا ہو جائے تو مثانہ کو اپنے مافیہ خالی کر لینے دینے چاہئیں۔ لیکن تاوقتیکہ مثانہ بلا نلکی پیشاب چھوڑ کر اپنے مافیہا کو کامل طور پر خالی کرنے کے قابل نہ ہو جائے قثطرت کو ترک کرنا درست نہیں (2)۔ آنتوں کے افراغ کا انتظام حقنہ کے ذریعہ ہر اڑتالیس گھنٹے بعد کرنا چاہئے، جس سے کپڑے کم خراب ہوتے ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو مناسب وقت کا احتیاط سے اندازہ کر کے سنا کی پھلیوں (senna pods) کا منقع پہلے سے دیا جا سکتا ہے۔

جوارح کے معکوس تشنج جو نہ محض خود تکلیف دہ ہوتے ہیں بلکہ رگڑ کی وجہ سے قروح الفراش پیدا کرنے کا رجحان بھی رکھتے ہیں، ایک حد تک اس طرح دُور کئے جا سکتے ہیں کہ زیریں جوارح کے اوپر ایک گہوارہ لگا دیا جائے تاکہ ان سے بستر کے کپڑے نہ چھونے پائیں۔ اس گہوارے کے اندر کی تپش گرم بوتلوں کے ذریعہ سے ایک مستقل لیول پر رکھنی چاہئے۔ اگر یہ تدابیر کارگر نہ ہوں تو مسکنات، جیسے کہ لیومنال (luminal) اگرین کی خوراکوں میں روزانہ تین بار کام میں لا سکتے ہیں، یا رات کے وقت اس سے بڑی مقدار دی جا سکتی ہے۔

تقبض پیدا ہونے کی روک تھام کے لئے روزانہ مجہول حرکتیں اور تدلیک کا استعمال کرنا چاہئے اس وقت تک جب تک کہ بالآخر شفایابی کی کوئی توقع ہو۔ برقی رو کو ایسے عضلات کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے جو اپنے

زیرین عصبیہ کی رسد کی ماؤفیت کی وجہ سے لاغر اور مشلول ہو گئے ہوں)۔

زیادہ پرانی اصابتوں میں جب خود بخود اصلاح کی کوئی امید باقی نہ رہے تو پچھلی عصبی جڑوں کو قطع کرکے جوارح زیرین کی تشنجیت رفع کی جاسکتی ہے (عملیۂ فارسٹر Forster's operation)۔ ورقے برآری انجام دی جاتی ہے اور دوسری قطنی جڑ سے لے کر نیچے کے طرف کو متبادل جڑیں قطع کردی جاتی ہیں۔ یہ عملیہ لازمی طور پر شدید ہے اور اسے بجز مخصوص امید افزا حالات کے نہیں اختیار کرنا چاہئے۔ رانوں کے تشنج عضلات مقربہ (adductor spasm) کا علاج اعصاب ساذہ کے قطع کے سادہ تر عملیہ سے کرنا چاہئے، جس سے بعض اوقات تکلیف میں بہت تخفیف ہو جاتی ہے۔

نخاع کے سلعات

(دروں لبّی سلعات=intramedullary tumours)

گذشتہ صفحات میں سحایا اور عصبی جڑوں سے پیدا ہونے والے سلعات کے متعلق غور کیا گیا ہے کہ یہ نخاع کا انضغاط پیدا کر دیتے ہیں۔ نخاعی جرم کے اندر کے سلعات نسبتۂ غیر عام ہیں۔

امراضیات۔ یہ دوسرے لیولوں کے نسبت عنقی اور قطنی بجزءی کلانیوں میں زیادہ عام طور پر پائے جاتے ہیں۔ معمولی قسم سریشی سلعہ ہے۔ لحمی سلعہ، ورقی سلعہ، اور کصمنیہ بھی ہو سکتا ہے۔

علامات۔ دروں لبّی سلعہ کے علامات نخاع کے ایک بتدریج ترقی پذیر عرضی ضرر کے علامات ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 607)۔ نخاعی انضغاط کی اصابتوں کے برعکس اجڑوں کے درد غیر موجود ہوتے ہیں، اور اسی واسطے ابتدائی علامات اطراف میں سن پن اور کمزوری کی شکایت ہے۔ دوسرے علامات ضرر کے لیول کے لحاظ سے ہوتے ہیں۔ جب یہ عنقی یا قطنی کلانیوں میں واقع ہو تو اگلے قرن کے خلیتوں کے اتلاف کی وجہ سے عضلی ذبول ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔ بعض اوقات درد کا ایصال کرنے والے ریشوں کا تخرّق اتلاف

سلیہ کے لیول سے نیچے حتی فساد کی دردناک شکایت پیدا کر دیتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں تحت العنکبوتیہ فضا غیر ماؤف رہتی ہے، دماغی نخاعی سیال پروٹین کی زیادتی ظاہر نہیں کرتا، اور برکزکیبر کے اندر اشراب کردہ لپائڈال نہیں رکتا۔ لیکن بالآخر ممکن ہے کہ سلیۂ نخاع کا اتنا ورم پیدا کر دے کہ اس سے تسدد پیدا ہو جائے، اور ان امتحانات سے مثبت نتائج حاصل ہو جائیں گے۔

662

تشخیص۔ تفریقی تشخیص بہت کچھ وہی مسئلے پیش کرتی ہے جو نخاعی انضغاط میں پیش آتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 659)۔ ممکن ہے کہ دروں تی سلیہ اور نخالی جوفیت کے درمیان سرسری طور پر امتیاز کرنا غیر ممکن ہو جائے، اور صحیح تشخیص صرف استقصائی ورق برآری سے کی جائے۔

انذار اور علاج۔ ازالۂ انضغاط سے کچھ آرام حاصل ہو سکتا ہے، لیکن چونکہ بالیدہ عموماً دررِیز نوعیت کی ہوتی ہے لہٰذا اسے دور کرنا ناممکن ہوتا ہے اور آخری انذار بُرا ہوتا ہے۔

جب تشخیص ٹھیک ٹھیک ہو جائے تو عمیق لاشعاعی علاج آزمانا چاہئے۔ تخفیفی علاج وہی ہے جیسا کہ عرضی ضرر کی دوسری اصابتوں کے لئے ہوتا ہے، اور پہلے نخاعی انضغاط کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

التہاب نخاع

(myelitis)

جب یہ اصطلاح استعمال کی جاتی ہے تو اس سے وہ التہابی عمل مراد لیا جاتا ہے جو نخاع کے جرم کے اندر ہو، اور حصۂ ماؤف کے تمام اجزاء یعنی عروقی دمویہ، عصبی خلیات اور ریشوں، اور عصبی سرشتی کو متاثر کرتا ہو۔

بحث اسباب۔ یہ فرض کر لیا گیا ہے کہ ہر مثال میں التہابی عمل جرثیمی حالات کی وجہ سے ہوتا ہے، لیکن متعدد اصابتوں میں سببی عضویہ غیر مشخص رہتا ہے۔ تاہم اکثر اصابتوں میں آتشک کا بیج مویہ سبب مرض ہوتا ہے جیسا کہ اولی سرایت کی سرگذشت سے، خون اور دماغی نخاعی سیال میں تعامل واژرمن سے

آخرالذکر کے اندر لمفی خلیوں کی زیادتی سے؛ اور نخاع کے بعدالممات نسیجیاتی امتحان سے ثابت ہوتا ہے۔

آتشک کے علاوہ کئی حاد نوعی حمیات میں التہاب نخاع کے وقوع کی پیچیدگیاں واقع ہوسکتی ہیں، اور اس التہاب کے ساتھ عموماً التہاب دماغ (encephalitis) کے امارات موجود ہوتے ہیں۔ ان حمیات میں خسرہ اور چیچک اور مونیا ستیلا (chicken-pox) نہایت اہم ہیں۔ جلد رین رسانی (vaccination) کے بعد بھی التہاب نخاع مع التہاب دماغ کے واقع ہوسکتا ہے۔

اس قسم کی اصابتوں میں قیاس ہے کہ سرایت رساں عامل نخاع تک جوئے خون کی راہ سے پہنچ جاتے ہیں۔ دوسری مثالوں میں ممکن ہے کہ عفونیہ عفونت کے کسی محیطی ماخذ سے نخاع تک کبھی لمفائی عروق کے راستہ سے پہنچ جاتے ہوں۔

ان پراصابتوں کے اس گروہ کا اضافہ کیا جاسکتا ہے جس میں نخاع پر خود عضویوں کا حملہ سحایا کی ماؤفیت کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔ ایسے مسبداوں کا کم وبیش درجہ کا التہاب نخاع اُس التہاب سحایا میں واقع ہوسکتا ہے جو درنی عقبیہ، یا دوسرے مختلف عضویوں مثلاً نبقہ ریویہ، نبقہ سحیہ، اور نبقہ عقبیہ کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں التہابی عمل متصلہ ساختوں سے براہ راست پھیل سکتا ہے، اور راستہ میں سحایا کو بھی ماؤف کرسکتا ہے، جیسے کہ ایک متقرح قرحۃ الفراش کی حالت میں۔

امراضیاتی نقطۂ نظر سے حاد سرایتی التہاب نخاع (acute infective myelitis) اور آتشکی التہاب نخاع (syphilitic myelitis) کے درمیان تفریق کرنا سہولت بخش ہے۔

مرضی تشریح حاد سرایتی التہاب نخاع (acute infective myelitis) میں نخاع نرم ہوجاتی ہے اور عرضی تراش لینے پر ابھرآتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ بالکل متموہ ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ وہ تراش لینے سے پہلے

محض اس جھلی کی تنیدگی کی وجہ سے جس میں متورم نخاع ملفوف ہوتی ہے، سخت معلوم ہوتا ہے[1]۔ خالی آنکھ سے اس کی تراش منتفی نظر آتی ہے، دقیق عروق نظر آتے ہیں، بالخصوص رمادی مادّے میں، اور یہ خود معمول کے نسبت زیادہ سیاہ ہوتا ہے اور اس کے حدود غیر واضح ہوتے ہیں۔ سفید ستون میں رمادی جھلک کی جھلکیاں موجود ہو سکتی ہیں، یا ساری سطح غلط ملط ہوتی ہے۔ خردبین کے نیچے، ابتدائی درجوں میں، شاید شعری نزفات پائے جاتے ہیں، اور لمفاوی غلافوں میں اور عروق کے گرد سفید خلیے ہوتے ہیں۔ عصبی ریشے اپنے مائیلینی غلافوں کی شکست وریخت کی وجہ سے متاثر ہو جاتے ہیں، اور جا بجا محور دستوانوں میں نکلے نما کلانیاں پیدا ہو جاتی ہیں جو اپنے دبیز ترین حصے میں طبعی ریشے کے قطر سے پانچ یا چھ گنا زیادہ ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ سَیّال کے انجذاب کی وجہ سے ہو۔ عصبی خلیے متورم اور ذراتی ہو جاتے ہیں، اور شاید ان میں شحمی گلو بیچے ہوتے ہیں، اور بعض میں خالیے پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر عصبی خلیوں اور ریشوں دونوں میں شحمی انحطاط واقع ہو جاتا ہے، اور انحطاطی حاصلات کو عصب سریشی یا عروقی مبدا کے جاروب خلیے دور کر دیتے ہیں۔ ساتھ ہی عصب سریشی خلیوں کی بالیدگی زیادہ ہو جاتی ہے چنانچہ آخری نتیجہ ماؤف حصوں کی صلابت ہوتی ہے۔

663

یہ ضرر چند قطعوں تک محدود ہو سکتا ہے (عرضی التہاب نخاع = transverse myelitis)، یا بالکل منتشر ہو سکتا ہے، جس میں نخاع کا بڑا طول ماؤف ہو (وسیع التہاب نخاع = diffuse myelitis)، یا ممکن ہے کہ التہابی لینت کے متعدد رقبے ہوں، جو تندرست بافت کے رقبوں سے ایک دوسرے سے جدا ہوتے ہیں (منتشر التہاب نخاع = disseminated myelitis)۔

آتشکی التہاب نخاع۔ اس حالت میں ممکن ہے کہ نخاع مختلف طریقوں سے

---

[1] یہ نخاع تحلیل ہو جانے کی وجہ سے نرم ہو سکتی ہے، یا اگر اسے عمود الفقرات سے تخریج کرنے میں بدسلیقگی برتی جائے تو ممکن ہے کہ اس کا گودہ بن جائے۔

ماؤف ہو۔ ایک طرف تو ممکن ہے کہ عروق کا آتشکی مرض علقیت پیدا کر کے عصبی جرم کی لینت پیدا کردے، اور دوسری طرف ممکن ہے کہ سحایا کی صمغی دبازت بالآخر نخاع کا انضغاط پیدا کر کے محصور حصہ کا انحطاط پیدا کردے۔ بیشتر اصابتوں میں ایسی حالت پائی جاتی ہے کہ جس میں دونوں اعمال کا اجتماع ہوتا ہے، جسے زیادہ صحیح طور پر آتشکی سحائی التہاب نخاع (syphilitic meningo-myelitis) کہنا چاہیئے۔ غالباً آتشکی قشب کے نوعی سمیات بھی انحطاطی تغیرات پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں۔

یہ عمل عموماً چند فلقوں تک محدود ہوتا ہے، اور اس طرح نخاع کا ایک عرضی ضرر پیدا کردیتا ہے۔ ممکن ہے کہ دموی عروق کے بیرونی غلاف میں خلوی ارتشاح اور بطانہ میں دبازت اتنی ہو کہ جس سے ان کا درونہ مسدود ہو جائے۔ اس حالت میں ان سے رسد پانے والے رقبہ کا کامل تکسر اور اماعت واقع ہو جاتی ہے۔ بایں منظر ایک انتہائی ضرر کے منظر سے متناظر ہو سکتا ہے۔ اس حالت میں ممکن ہے کہ التہاب بطانہ شرائین نہ ہو لیکن عروق خلوی رشحہ سے بالکل گھرے ہوئے ہوتے ہیں، جو گرد و پیش کی بافتوں میں پھیل سکتا ہے اور اس کے ساتھ عصبی عناصر کا انحطاط ہوتا ہے، جو بظاہر سمی نوعیت کا ہوتا ہے۔ سحایائے نحیف یعنی اُم حنونہ و عنکبوتیہ تقریباً تمام اصابتوں میں یک نواتی خلیوں سے دررشحتہ ہوتے ہیں، اور بعض مثالوں میں اُم جافیہ بھی ماؤف ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ بہت موٹا ہو جائے، چنانچہ ساری نخاع ایک کثیف لیفی بند سے محصور ہو جاتی ہے، اور پھر اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دباؤ کے باعث عروق دمویہ کی مسدودی اور اس طرح مرکزی لینت واقع ہو جاتی ہے۔ جہاں سحایا وسیع طور پر ماؤف ہوتی ہیں، عصبی جڑیں بھی التہابی تو دہ میں ماؤف ہو جاتی ہیں اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان کے ریشوں کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔

علامات۔ ان کا انحصار ضرر کی امراضیات پر نہیں بلکہ اس کی مقامیت پر ہوتا ہے۔ تاہم مرض کی حاد اور مزمن شکل میں تفرق کرنا مفید ہے۔

حاد التہاب نخاع یا تو آتشکی یا عمومی سرایتی مبداء کا ہو سکتا ہے۔

حاد التہاب نخاع کی آتشکی قسم عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام طور پر

اور عموماً ان نوعمر بالغوں میں ہوتی ہے، جن میں سابقہ چند سال سے
اوّلی آتشک کی سرگزشت موجود ہوتی ہے۔ علامات بیشتر اصابتوں میں غالباً
دبازت یافتہ عروق کی ناگہانی مسدودی کے باعث ہوتی ہیں، جس کا نتیجہ
نخاع کی لینت ہوتی ہے۔ اسی واسطے حملہ کا آغاز اکثر ناگہانی ہوتا ہے اور شلل
اور عدم حسیت بلا انتباہ اور بلا درد کے واقع ہوجاتی ہے، اِلّا اس وقت
جب کہ جیسا کہ بعض اوقات ہوتا ہے، عروقی مرض کے ساتھ وسیع سحائی
ماؤفیت بھی موجود ہو۔ سحائی ماؤفیت کی موجودگی کی حالت میں غالباً ماؤف پچھلی
جڑوں کی توزیع میں پہلے درد کی شکایت ہوتی ہے۔ بنیئی اختلال کم ہوتا ہے
یا نہیں ہوتا۔ دماغی نخاعی سیّال کے امتحان سے خلیات اور البیومن کی زیادتی
اور مثبت تعامل واز رمن ظاہر ہوتا ہے۔ بالعموم تعامل وزارمن خون میں بھی
مثبت ہوتا ہے۔

حادّ سرایتی التہابِ نخاع (acute infective myelitis)

یہ بلا تخصیصِ صنف واقع ہو سکتا ہے، لیکن بیشتر اوقات نوعمر بالغوں میں
دیکھا جاتا ہے۔ یہ ایک نسبتہً شاذ مرض ہے۔ آغاز مرض میں عموماً بنیئی اختلال
کے ایسے علامات ہوتے ہیں، جیسے کہ دردِ سر، اعضا شکنی، عدم اشتہا اور عام کسلمندی،
اور ساتھ ہی مختلف درجہ کی تپ اور کبھی کبھی قشعریرہ بھی ہوتا ہے۔
عصبی علامات ضرر کے لیول سے نیچے شلل اور عدم حسیت کے ساتھ
ناگہانی طور پر نمویاب ہوسکتی ہیں، لیکن زیادہ اکثر مرض کا بحران واقع ہونے سے
پہلے چند روز گزر جاتے ہیں۔ ابتدائی علامات اطراف میں سن پن اور جھنجھناہٹ
اور خفیف درجہ کی حرکی کمزوری ہیں اور ساتھ ہی عاصری اقتدار کی کمی ہوجاتی ہے۔
بالعموم درد محض خفیف سا ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ پشت میں دھیما مستمر درد،
یا سینہ اور شکم کے گرد ایک نطاقی احساس ہو مرض کے مزید نمو کے ساتھ شلل
اور فقدانِ حس عموماً ضرر کے لیول تک کلّی طور پر ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ
یہ اوپر کی سمت میں ترقی کرے (حادّ صعودی التہابِ نخاع acute ascending
myelitis = عضلاتِ عاصرہ پر اقتدار کا کامل فقدان ہوجاتا ہے، قروح الفراش

664

بہ سرعت پیدا ہوجاتے ہیں، تپ جاری رہتی ہے، اور مرض مختلف عرصہ تک ترقی کرتا ہوا مہلک اختتام تک پہنچ جاتا ہے یا زیادہ شاذ اصابتوں میں ممکن ہے کہ کسی قدر شفا ہوکر مرض رُک جائے۔

حاد منتشر التہاب نخاع (acute disseminated myelitis)

سرایتی شکل کی ایک نسبتہً شاذ اور مہلک قسم ہے، اور اس میں ایسی علامات جو سارے دماغی نخاعی محور میں منتشر اضرار سے منسوب کی جاسکتی ہیں شدید ہیئتی اختلال کی امارات کے ہمراہ ہمزماں طور پر پیدا ہوجاتی ہیں، اور چند اصابتوں میں التہاب عصب بصری، خلف المقلہ التہاب عصب یا التہاب حلیمہ بصری بھی پیدا ہوجاتا ہے۔

سرایتی التہاب نخاع کی تمام شکلوں میں دماغی نخاعی سیّال کے امتحان سے خلیوں کی زیادتی کا ظاہر ہونا ممکن ہے۔ یہ لمفی خلیے، کثیر الاشکال خلیے، یا دونوں کا آمیزہ ہوتے ہیں۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں یہ سیّال حیرتناک طور پر طبیعی ہوتا ہے۔ حاد التہاب نخاع کی اصابت میں **طبیعی امارات**، قدرتی طور پر ضرر کے طول اور اس کی وسعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 607)۔

حاد التہاب نخاع یا لینت کی اصابتوں میں موت اسباب ذیل کی وجہ سے واقع ہوسکتی ہے:۔ (۱) ان ریوی پیچیدگیوں کی وجہ سے جو عضلات تنفس کے شلل کے بعد واقع ہوجائیں۔ (۲) قروح الفراش سے جو خستگی کو زیادہ کردیتے ہیں یا تقیح الدم پیدا کردیتے ہیں۔ (۳) مثانہ کی پیچیدگیوں سے۔ (۴) بین رو امراض مثلاً ذات الریہ یا شعبی التہاب سے۔ مثانہ میں التہاب (cystitis) کا نہایت رجحان ہوتا ہے کچھ تو پرورشی اختلال اور کچھ احتباس بول کے باعث۔ قاثاطیر کے استعمال سے عضویے داخل ہوکر عفونتی التہاب پیدا کرسکتے ہیں۔ جب التہاب مثانہ پیدا ہوجائے تو پیشاب سرعت کے ساتھ تحلیل ہوکر امونیائی ہوجاتا ہے الایہ کہ اس کو قاثاطیر سے بار بار خارج کیا جائے۔ اس میں پیپ یا مخاطی ریم موجود ہوتا ہے اور رکھا رہنے پر جلد امونیم میگنیسیم سلفیٹ کی قلمیں جم جاتی ہیں۔ تقریباً کسی وقت بھی مثانہ کی عفونتی حالت حالبین کے راستے سے اوپر گردوں تک پھیل سکتی ہے،

اور پھر تقیحی التہاب حوض گردہ اور التہاب گردہ پیدا ہو کر ممکن ہے کہ مریض یوریا زہریت کے علامات سے ہلاک ہو جائے۔

جو اصابتیں ان خطرات سے محفوظ رہتی ہیں وہ عموماً ایک مزمن حالت اختیار کر لیتی ہیں جن کی مدت غیر معین رہتی ہے لیکن بعض اوقات کئی مہینوں کے بعد بتدریج شفا ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ ان اصابتوں کی تھوڑی تعداد نسبتہً جلد اچھی ہو جائے، اور یہ التہاب نخاع کی ان خفیف تر اصابتوں میں جو ساری امراض کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں زیادہ عام ہیں۔

آتشکی مبداء کی اصابتیں اکثر مناسب علاج سے شفایاب ہو جاتی ہیں لیکن عموماً کم و بیش خطرناک درجہ کا تغلی شلل موجود ہوتا ہے جس میں عضلاتِ عاصرہ پر نامکمل اقتدار ہوتا ہے۔

مزمن التہاب نخاع تقریباً ہمیشہ آتشکی مبداء کا ہوتا ہے۔ اس عمل میں سحایا کی صفیحتی دبازت سے نخاع اور اس کے عروق کا تدریجی انضغاط واقع ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی آتشکی سم کی وجہ سے عصبی خلیوں اور ریشوں کا کسی قدر ستمی انحطاط ہو جاتا ہے۔ اسی واسطے علامات ایک محدود المقام نخاعی التہاب سحایا کے ہوتے ہیں جس میں عصبی جڑوں کی ماؤفیت ہو اور ساتھ ہی انضغاط نخاع کے علامات مستزاد ہوتے ہیں۔ ان اصابتوں کا بڑا خاصہ ان کے ابتدائی مدارج میں درد ہے جو پچھلی جڑوں کی ماؤفیت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ یہ ٹیس کی نوعیت کا ہوتا ہے اور اگر جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، ضرر وسطی ظہری خطے میں ہو تو بالعموم درد پشت میں شروع ہو کر ایک یا دونوں جانب دھڑ کے گرد شعاع کرتا ہے۔ اگر عنقی خطہ ماؤف ہے تو یہ درد ایک یا دونوں بازوؤں کے طول میں محسوس ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ حرکی عصبی جڑوں کی ماؤفیت کی وجہ سے عضلی تقلص اور ذبول بھی موجود ہوتا ہے (ملاحظہ ہو داخلی التہاب سحایائے ثخینیہ = internal pachymeningitis)۔ ممکن ہے کہ جڑوں کی خراش اور اتلاف کی یہ علامتیں چند ماہ موجود رہیں قبل اس کے کہ نخاع خطرناک طور پر ماؤف ہو۔ نخاع کے عرضی ضرر کے علامات بتدریج نمودار ہوتے ہیں، اور یہ اطراف زیریں کی سریع الزوال کمزوری اور سن پن کے ساتھ شروع ہوتے ہیں؛

665

جس کے ساتھ عضلات عاصرہ پر اقتدار رکھنے میں دقت ہوتی ہے اور چند ہفتوں میں تشنجی پا فالج (spastic paraplegia) کی حالت تک ترقی کر جاتے ہیں جس میں بڑھے ہوئے وتری جھٹکے اور باسط اخمصی مجیبتیں پائی جاتی ہیں۔ بالعموم قوت وحس پذیری کا فقدان کامل نہیں ہوتا۔

اگر ضرر قطنی عجزی کلائی میں واقع ہے تو نمایاں ترین علامات عجزی عصبی جڑوں کی توزیع میں درد اور عاصری اقتدار کا اختلال ہوتے ہیں۔

متذکرۂ بالا قسموں کے حاد اور مزمن آتشکی التہاب نخاع کی اصابتوں کے درمیان سختی کے ساتھ خط فاصل قایم کرنا غیر ممکن ہے: عروقی دیواروں کا مرض تقریباً ایک مستقل خاصہ ہوتا ہے۔ چنانچہ ایک ایسی اصابت میں جو سحائی التہاب سحایا کی علامتوں کے ساتھ شروع ہوئی ہو ممکن ہے کہ علقیتی لینت کی وجہ سے نخاع کے ایک عرضی ضرر کے امارات نمویاب ہو جائیں۔

آتشکی التہاب نخاع کی ایک دوسری کسی قدر شاذ شکل وہ ہے جس میں نوعی سمیات سے صرف ہرمی خطے ماؤف ہوتے ہیں، اس کے نتیجہ کے طور پر جوارح زیرین کا بتدریج ترقی پذیر حرکی شلل پیدا ہو جاتا ہے جس کے ساتھ ہی عمیق معکوسات کی زیادتی، باسط اخمصی مجیبتیں اور تشنجیت واقع ہو جاتی ہے۔ اسے ارب کا آتشکی پا فالج (Erb's syphilitic paraplegia) کہتے ہیں۔

ایک دوسرا شاذ اور مبہم مرض جسے سمی التہاب نخاع (toxic myelitis) کہتے ہیں، بالخصوص حمل کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ اس کے علامات نخاع کے بتدریج ترقی پذیر عرضی ضرر کے ہوتے ہیں جو کہ نامکمل ہوتا ہے، اور خود بخود شفایابی کا رجحان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت زچگی کے بعد بالکل جاتی رہے اور بعد کے حمول کے ساتھ مکرر ہوتی رہے۔

تشخیص۔ تپ اور ذہنی اختلال کی وجہ سے التہاب نخاع کی حاد سرایتی قسم کی تشخیص عموماً مشکل نہیں ہوتی لیکن اس کا اعتراف کرنا چاہئے کہ عمومی مرض کے ایسے امارات فقرات کی درنی بوسیدگی یا خبیث بالیدگی کی اصابتوں میں بھی موجود

ہو سکتے ہیں، جن میں بعض اوقات انضغاط نخاع کے امارات کا آغاز بھی بالکل ناگہانی ہو سکتا ہے۔ بالعموم عمود الفقرات کا بہ احتیاط امتحان اور عظمی کنال کے اس حصہ کی لاشعاعی تصویر جو ماؤف ظلقہ کو محصور کرتا ہو، ان اصابتوں کو تفرق کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ حاد التہاب رمادالنخاع (acute poliomyelitis) اور شلل لینڈری (Landry's paralysis) کی تشخیص حتمی فقدان اور عاصری ماؤفیت کی غیر موجودگی کی وجہ سے کی جاسکتی ہے۔

آتشکی التہاب نخاع کی حاد اور بالخصوص مزمن دونوں قسموں کی تفرق اس انضغاط نخاع سے کرنی پڑتی ہے جو اغشیہ یا فقرات کے سلعات سے، یا عمود الفقرات کی بوسیدگی کے باعث پیدا ہو جائے۔ یہاں بھی لاشعاعی صحفہ فقری مرض کو خارج از بحث کرنے میں مدد دے گا، اور آتشکی اصابتوں میں دماغی نخاعی سیال ہمیشہ خلیوں اور البیومین کی زیادتی، اور مثبت تعامل واژرمن ظاہر کرتا ہے۔ آخرالذکر خون میں بھی مثبت ہوتا ہے۔ بعض اوقات التہاب نخاع التہاب اعصاب محیطی سے بھی خلط ملط ہو سکتا ہے۔ لیکن اس آخرالذکر حالت میں عاصری اقتدار میں کوئی اختلال نہیں ہوتا، کمزوری دھڑ کو ماؤف کرنے سے پہلے بالائی اور زیریں جوارح کو ماؤف کرتی ہے، اور حسی اختلال، جب موجود ہو تو محیطی عصبی توزیع رکھتا ہے۔

منتشر صلابت کی ایک وسیع حکیکی بھی حاد التہاب نخاع کے تمام امارات پیدا کر سکتی ہے، لیکن ایسا کوئی شدید عاصری اختلال نہیں ہوتا جیسا کہ حاد سرایتی اصابتوں میں ہوا کرتا ہے۔ دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے آتشک کے خارج از بحث کرنے میں مدد ملتی ہے۔ اور سرگزشت مرض کے بہ احتیاط تبصرہ سے اور شاید دوسرے امارات جیسے کہ رقص مقلہ کی موجودگی سے تشخیص صاف ہو جائے گی۔

انذار۔ کامل شفایابی مستثنیات سے ہے، بجز ان اصابتوں کے جو خسرہ یا چیچک کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں، جن میں انذار نہایت امید افزا ہوتا ہے۔ بیشتر آتشکی اصابتوں میں معقول علاج سے بہت اصلاح ہو جاتی ہے، لیکن ہمیشہ

شکل کا کچھ حصہ باقی رہ جاتا ہے جس کے ساتھ عموماً عاصری افتقاد میں کمی ہوتی ہے۔ خادسیراتی التہاب نخاع کی بیشتر اصابتیں، یا تو ابتدائی مرض کی شدت کی وجہ سے ابتدائی درجوں میں ہی، یا بولی عفونت یا قروح الفراش کی وجہ سے بعد میں، ہلاکت پر ختم ہوتی ہیں۔

علاج - التہاب نخاع کی اصابت کا عمومی علاج وہی ہے جو نخاع کے عرضی ضرر کی اصابت کا ہوتا ہے، اور اس کا بیان پہلے انضغاطی اضرار کے عنوان کے تحت درج کیا گیا ہے (صفحہ 660)۔ 666

آتشکی التہاب نخاع کا علاج - جو اصابتیں آتشک کی وجہ سے ہوں اُن میں سالورسان (salvarsan) دینا چاہئے، اور مرکیوری (پارہ) اور پوٹاسیئم آیوڈائڈ (potassium iodide) کا ایک نصاب شروع کرکے عرصۂ دراز تک جاری رکھنا چاہئے۔ اس میں کسی قدر اختلاف رائے ہے کہ سالورسان کی کیا مقدار کام میں لانی چاہئے۔ لیکن معلوم ہوتا ہے کہ عصبی نظام کی آتشک کے موثر علاج کے لئے کسی دوسرے مقام کی آتشک کی حالت کے نسبت زیادہ بڑی مقداروں کی ضرورت ہوتی ہے۔ اور یہ کہ مرض کی اس شکل میں مبتلا ہونے والے مریض اس دوا کی نسبتۃً زیادہ برداشت رکھتے ہیں۔

مندرجۂ ذیل نصاب کی سفارش کی جاتی ہے:- ایک بالغ مرد کیلئے نووارسینوبلان (novarsenobillon) کی ابتدائی مقداروں وریدی راہ سے ۰٫۱۵ گرام ہونی چاہئے، جس کے بعد ایک ہفتہ کے وقفے سے ۰٫۳ گرام دینا چاہئے اور بالآخر ایک ایک ہفتہ کے دفعوں سے ۰٫۶ گرام کی چھ مقداریں دینی چاہئیں۔ اس کے بعد مزید نووارسینوبلان دینے سے پہلے آٹھ ہفتوں کا وقفہ گذر جانے دینا چاہئے تاکہ سنکھیا کے آہل تسمم کے خطرات کا حفظ ما تقدم ہو جائے۔ اس مدت کے دوران میں بزمتھ کی ایک ہفتہ واری مقدار مثلاً سٹیبسمال = stabismol ۲ مکعب سمر) درون عضلی اشراب کے ذریعہ دی جاتی ہے۔ اس کے بعد وریدی اشرابات ۰٫۴ گرام کی مقدار سے پھر شروع کر دئے جاتے ہیں، اور ازاں بعد ایک ایک ہفتہ کے وقفہ سے ۰٫۶ گرام کی چھ اور مقداریں دی جاتی ہیں۔ علاج کے اس نصاب کے

دوران میں پارے اور پوٹاسیم آیوڈائیڈ براہ دہن دینے چاہئیں۔ ایک آمیزہ جس میں ایک ڈرام لائکر ہائڈرارجائرائی پرکلورائڈائی (liquor hydrarg. perchlor.) اور ۵ اگرین پوٹاسیم آیوڈائیڈ ہو، دن میں تین مرتبہ دینا مناسب ہے۔ چونکہ پارہ یا بزمتھ استعمال کرنے والے اشخاص میں مسوڑھوں اور منھ میں عفونتی حالتیں پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، لہذا مریض کو ہدایت کر دینی چاہئے کہ اس علاج کے دوران میں اپنے دانتوں کو صاف رکھنے کے لئے خاص احتیاط عمل میں لائے۔ اگر اس قسم کی علامتیں پیدا ہو جائیں تو ان ادویہ کا علاج فی الوقت ملتوی کر دینا چاہئے۔

اس نصاب کے ختم ہونے کے ایک ماہ بعد خون اور دماغی نخاعی سیال میں تعامل واززمن کا امتحان کرنا چاہئے لیکن اگر یہ منفی بھی ہو تو مریض کو شفایاب نہیں سمجھ لینا چاہئے۔ اگر یہ معلوم ہو کہ مرض کی ترقی رک گئی ہے تو مریض کو یہ علاج سر دست موقوف کر دینا چاہئے، لیکن خواہ تعامل واززمن مثبت ہو یا منفی اسے چاہئے کہ ہر سال مزید علاج کا ایک مختصر نصاب استعمال کرے، جس میں ۶۰۔ گرام نووارسینوبلان کے چار ہفتہ واری اشرابات، اور اس کے ساتھ پارہ اور آیوڈائیڈ کا آمیزہ ہمیشہ بھر دن میں تین مرتبہ دینا شامل ہے۔

اگر کسی اصابت میں ابتدائی نصاب کے اختتام پر علامات فاعلی طور پر ترقی پذیر معلوم ہوں تو ایک مناسب وقفہ کے بعد اسی اصول پر علاج دوبارہ شروع کرنا چاہئے، اور سنکھیا کے تسمم کے علامات کو احتیاط کے ساتھ دیکھتے رہنا چاہئے۔ نووارسینوبلان کی متذکرۂ بالا مستاد وہ ہے جس کی سفارش ایک تندرست بالغ مرد کے لئے کی گئی ہے۔ انفرادی اصابتوں کے علاج میں کتنی مستاد کام میں لائی جائے، اس پر مریض کی عام حالت کی مناسبت کے لحاظ سے با احتیاط غور کر لینا چاہئے، اور یاد رکھنا چاہئے کہ بعض اشخاص، جتنی مقداروں کی سفارش کی گئی ہے اس سے بہت کم مقداریں بھی برداشت نہیں کر سکتے۔ تسمم کے ابتدائی امارات جن کو دیکھنا چاہئے حسب ذیل ہیں: ہر اشراب کے بعد چوبیس گھنٹوں کے اندر بخنی، اختلال تسلسل کسلمندی اور معدی معوی خراش پذیری، یرقان

اور ایسے جلدی اختلالات جیسے کہ احمرار اور تسلخی التہاب جلد کسی ایسی علامت کا پیدا ہونا گویا تنبیہ ہے اس امر کی کہ سنکھیا کے علاج کو فی الفور موقوف کر دیا جائے (ملاحظہ ہو صفحہ 117)۔

نخاع کے اندر نزف

(نزف نخاعی =haematomyelia)

یہ ایک نہایت شاذ واقعہ ہے اور دماغی نزف سے حیرتناک تضاد ظاہر کرتا ہے، جو دماغی شلل کا ایک نہایت عام سبب ہے۔

اسباب۔ یہ تقریباً تمام اصابتوں میں ایسے تضرر کا نتیجہ ہوتا ہے، جو یا تو شوکہ کو راست تشدد لگنے سے، یا نسبتہً کم راست طور پر پاؤں یا سر کے بل گرنے سے واقع ہو۔ آخری صورت میں جب کہ یہ ارتجاج دماغ یا کوفتگی دماغ کے ساتھ پایا جاتا ہے، ممکن ہے کہ یہ بآسانی نظر انداز ہو جائے۔ نخاع کا عنقی خطہ وہ حصہ ہے جو کہ نہایت ماخوذ ہوتا ہے اور یہاں نزف عموماً رمادی مادے میں محدود ہوتا ہے۔ "بالذات" نخاعی نزف کی شاذ اصابتیں بھی مرقوم ہیں۔ اور ماسبق نخاعی جوفیت کے کہفہ کے اندر بھی نزف واقع ہو سکتا ہے۔

ضربی اصابتوں کی بہت بڑی اکثریت میں ضرر عنقی کلانی کے زیریں حصہ میں واقع ہوتا ہے اور تضرر سر کی چوٹی پر قوت لگانے اور گردن کی زور دار خمیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اغلب یہ ہے کہ ان اصابتوں میں سے اکثر میں نخاع کو اس طرح نقصان پہنچتا ہے کہ عنقی شوکہ کے کسری خلع سے لمحی انضغاط واقع ہو جاتا ہے۔ کوفتگی جو ایسے تضرر سے پیدا ہوتی ہے اس کا اعظم شقاقی اثر نخاع کے مرکزی رمادی مادہ میں پڑتا ہے۔

علامات۔ شدید نخاعی نزف کی علامتیں ابتدائی درجوں میں نخاع کے عرضی ضرر کی علامتوں سے ناقابل شناخت ہوتی ہیں، کیونکہ گو نزف رمادی مادے تک محدود ہوتا ہے تاہم وہ اس کے گرد کے طولی ریشوں کو مضغوط کر دیتا ہے۔ جب اس کے اثرات رفع ہو جاتے ہیں تو رمادی مادے کی مضرت رسیدگی کے نتائج اس شکل میں ظاہر ہوتے ہیں کہ ماؤف قطعوں کے اگلے قرن کے خلیوں

667

سے رسد پانے والے عضلات کا ہزال اور کمزوری پائی جاتی ہے' اور اس لیول سے نیچے مفترق عدم حسیت ہوتی ہے یعنی لمسی یا وضعی حواس کے فقدان کے بدون درد اور تپش کی حس پذیری متاثر ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ ضربی اصابتوں میں نخاع کے انضغاطی ضرر سے تشخیص کرنی پڑتی ہے اتنے درجہ کے تشوہ کی موجودگی کہ جو انضغاط پیدا کر دینے کے لئے کافی ہو' سریری اور لاشعاعی امتحان سے دریافت ہو سکتی ہے' اور زیر عنکبوتی مسدودی کی شہادت' جو قطنی پچوکے سے حاصل ہو' تشخیص کو متیقن کر دیتی ہے۔ شاذ بالذات اصابتوں میں حملہ کا ناگہانی آغاز اس حالت کو نخاعی جوفیت (syringomyelia) کی حالت سے متفرق کرنے کے لئے' اور حسی فقدان کی مفترق نوعیت عرضی التہاب نخاع سے متفرق کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔

انذار۔ اگر مریض ابتدائی چند گھنٹوں تک زندہ رہ جائے' تو اولی ضرر سے موت شاذ ہی واقع ہوتی ہے۔ ازاں بعد ممکن ہے کہ بولی عفونت یا قروح الفراش ہلاکت کا باعث ہو جائیں۔ تقریباً تمام اصابتوں میں کسی قدر شفایابی کی توقع کی جاتی ہے' اور ابتدائی درجوں میں اصلاح کی رفتار سے ایک حد تک آخری انذار کا اندازہ ہو سکتا ہے۔ اگر ضرر لگنے کے بعد ایک یا دو ہفتوں کے اندر قوت حس پذیری اور عضلاتی اقتدار میں اصلاح نظر آئے تو مستقبل امید افزا نظر آتا ہے۔ اگر تین ماہ کے اختتام پر قوت عود نہ کر آئے تو شلل کے مستقل رہنے کا امکان ہے۔ عنقی کلائی کو ماؤف کرنے والی تمام اصابتوں میں ہاتھوں کا ذبولی شلل جو کہ اگلے قرن کے خلیتوں کے اتلاف کا نتیجہ ہوتا ہے ممکن ہے کسی حد تک ایک مستقل از کار رفتگی کے طور پر باقی رہ جائے۔

علاج۔ کامل آرام کا خیال سب سے مقدم ہونا چاہئے۔ مریض کو چت لٹا دینا چاہئے' اور بہتر یہ ہے کہ اسے ایک آبی توشک پر لٹایا جائے' اور سب سے زیادہ اس امر کی احتیاط چاہئے کہ مریض کو بلاضرورت حرکت نہ دی جائے۔ بےچینی کو رفع کرنے کے لئے ابتدائی اڑتالیس گھنٹوں میں مارفیا کا آزادانہ استعمال کرنا چاہئے' بشرطیکہ وظیفۂ تنفس میں خرابی نہ موجود ہو۔ دلک' ورزش اور برقی علاج کی کم از کم تین ہفتوں تک ممانعت کر دینی چاہئے۔

منتشر صلابت

(disseminated sclerosis)

(صلابت متعدد ده= multiple sclerosis ' جزیری صلابت= insular sclerosis ' صلابت رقعات منتشر sclerose en plaques = disseminees) .

اس مرض کی ممیز خصوصیت یہ ہے کہ اس میں سارے دماغ اور نخاع میں صلابت کی متعدد چکتیاں نمویاب ہوجاتی ہیں ۔

اسباب ۔ یہ مرض مردوں کے نسبت عورتوں میں کسی قدر زیادہ کثیر الوقوع ہے ۔ علامات زیادہ تر نوعمری یا ابتدائی بالغ زندگی میں دیکھی جاتی ہیں ' اور ۷۰ اصابتوں میں سے جو کہ راقم الحروف نے مشاہدہ کیں ' ۶۷ فیصدی میں آغاز بیس اور چالیس سال کی عمروں کے درمیان ہوا ۔ ۵ء۸ فیصدی میں چودہ اور بیس کی عمروں کے درمیان ' اور بقیہ ۵ء۲۴ فیصدی میں چالیس سے اوپر کی عمر میں اور انتہائی عمر پچپن تھی ۔ اگرچہ امراضیاتی اور سریری شہادت اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ مرض کا سبب کوئی سمی یا ساریٰ عامل ہے تاہم اس کی نوعیت کے متعلق جو تجربی تحقیقات کی گئی ہے اس سے اب تک منفی نتائج حاصل ہوئے ہیں ۔ اصابتوں کی ایک تھوڑی سی تعداد میں کسی خاندان کے کئی ایک افراد میں مرض واقع ہوجاتا ہے ' جو اس امر کی دلیل ہے کہ جینی استعداد تسبیب مرض میں حصہ لے سکتی ہے ۔

668

امراضیات ۔ اگرچہ مبداء مرض کے متعلق تیقن کے ساتھ کچھ نہیں کہا جاسکتا ' یہ اغلب ہے کہ وہ سمیات جو کہ خون کے ذریعہ منتقل ہوجاتے ہیں مائلینی غلافوں اور بالآخر محور استوانوں کے انحطاط کا موجب ہوتے ہیں ' اور ہمزبان طور پر یا کچھ عرصہ بعد عصبی سریشی کی بیش تکوین واقع ہوجاتی ہے ' جس کا نتیجہ بالآخر صلابت کا وقوع ہے ۔

مرضی تشریح ۔ نخاع ' نخاع مستطیل ' جسر ' اور قاعدہ دماغ کی سطح گلابی رمادی رنگ کی متعدد بے قاعدہ چکتیاں پیش کرتی ہے جو کسی قدر واضح خاکہ رکھتی ہیں اور نخاع مستطیل جسر اور ساقین کے قدرتی سپید رنگ سے تضاد ظاہر کرتی ہیں ۔

تراشنے پر یہ پایا جاتا ہے کہ بدرنگی اندر کے طرف پھیلی ہوئی ہے جس سے گول یا بیضوی
شکل کے جاؤ بنے ہوئے ہیں۔ ان کی جسامت ایک مٹر سے لے کر فندق کے برابر
ہوتی ہے، اور وہ عموماً طبعی عصبی بافت کے نسبت زیادہ سخت، بلکہ چرمی یا عضروفی،
بعض اوقات تراش کے لبوں سے اوپر ابھری ہوئی اور بعض اوقات اس سے نیچے
ڈوبی ہوئی ہوتی ہیں۔ تازہ چکتیاں سیاہ رمادی اور نسبتہً پرانی چکتیاں زیادہ زرد
رمادی اور نسبتہً کم نیم شفاف ہوتی ہیں۔ وہ رمادی مادے کے نسبت سپید مادے
کو زیادہ ماؤف کرتی ہیں۔ چنانچہ نخاع میں قرنوں کا بیشتر حصہ غیر ماؤف ہوتا ہے اور
دماغ میں وہ نیم کروں کو تراشنے پر بہترین نظر آتی ہیں، جن میں رمادی رقبوں کے نقطے
نظر آتے ہیں، اور جانبی بطینوں کی دیواروں پر اکثر حملہ ہوتا ہے۔ متصیف سکلیروسس عموماً
صلابت کے رقبوں سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ دتیغ میں وہ زیادہ کثیر الوقوع نہیں ہوتیں
مگر ممکن ہے کہ شمی بصلوں اور نخاعی اور جمجمی عصبی جڑوں پر ان کا حملہ ہو۔ خالی آنکھ
کے نسبت خردبین کے نیچے چکتی یا گرہک کا خاکہ نسبتہً بہت کم نمایاں ہوتا ہے۔ مگر یہ
بالخصوص لیفی یا باریک ریشہ دار بافت پر مشتمل ہوتی ہے، جو عصبی سریش کی جوش بالیدگی
سے نمو یاب ہو جاتی ہے۔ اسی رقبے کے اندر عصبی ریشوں کی مائیلینی پوششیں غائب
ہو جاتی ہیں، مگر بہت سے محور استوانے باقی رہ جاتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ اضرار کے
ابتدائی ترین درجے میں مائلین غلافوں کا انحطاط ہوتا ہے، جو متورم ہو جاتے ہیں، اور بالآخر
ٹوٹ پھوٹ کر شحمی قطیرے بن جاتے ہیں۔ مائلینی انحطاط کے حاصلات بطور خراش آور
کے عمل کرتے ہیں، قرب وجوار کے عروق ممتلی ہو جاتے ہیں، اور لمفی خلیوں کثیر الاشکال
نواتی اور پلازمی خلیوں کی گرد عروقی در ریزش واقع ہوتی ہے۔ اگلے درجے میں بڑے
یک نواتی خلئے پیدا ہوتے ہیں جو شحمی قطیروں کو نگل جاتے ہیں اور انہیں وریدوں تک لیجاتے
ہیں۔ ساتھ ہی گرد وپیش کے سریشی خلیوں کا تحایل ہوتا ہے جس کا مقابلہ اتصالی بافت
کے خلیوں کے اس تحایل سے کیا جا سکتا ہے جو جسم میں دوسرے مقامات پر التہابی
ماسکوں کے گرد ہوا کرتا ہے۔ محور استوانے، مائلین کے مقابلے میں کم شدت کے ساتھ
ماؤف ہوتے ہیں لیکن کچھ حد تک ہمیشہ متاثر ہوتے ہیں، اور وہ جو کہ متاثر ہوتے ہیں بے قاعدہ
طور پر متورم ہو کر آخر کار غائب ہو جاتے ہیں۔ بالآخر جب انحلال کے حاصلات کلّی طور پر

منتشر صلابت کی دو دھاتوں سے لی ہوئی تراشیں جن کی تلوین وِیگرٹ پال کے طریقہ سے کی گئی ہے۔ شاحب رقبے انحطاط و صلابت کے جزیرے ظاہر کرتے ہیں۔ تندرست ریشوں کا رنگ سیاہ ہو گیا ہے۔



تصویر ۱۔ جسر کا بالائی لیول × ۳ ½



تصویر ۲۔ پانچواں عنقی فلقہ × ۷
(ڈاکٹر جے۔ آر۔ پرڈ راو کی لی ہوئی عکسی تصاویر سے)

دور ہوجاتے ہیں تو سریشی بیش بالیدگی کی ایک کثیف جلیتی اصلی ضرر کے ندبہ کی قائم مقام ہوتی ہے۔ اگر زیادہ سریشی تحال ہو تو متصلہ ماسکے ایک دوسرے سے مربوط ہو کر مشترک تصلبی رقعہ بنانے کا رجحان رکھتے ہیں جو خالی آنکھ سے نظر آسکتا ہے۔

دیگرٹ پال کے طریقے سے حاصل کی ہوئی تراشوں میں تندرست ریشے سیاہ رنگ قبول کر لیتے ہیں، اور سریشی صلابت کے رقعات جو کہ بے رنگ رہ جاتے ہیں، سیاہ پس منظر کے مقابلے میں واضح تضاد ظاہر کرتے ہیں۔

علامات۔ مرض کے ابتدائی درجوں میں اس کا نہایت ممیز خاصۂ علامات کی گوناگونی اور اکثر سریع الزوال نوعیت ہے، جن کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ مرض کے دقیق ماسکات سارے دماغی نخاعی محور میں جہاں تہاں اور بلا تخصیص مقام توزیع یافتہ ہوتے ہیں اور ان میں سے ہر ایک ماسکہ اپنے ابتدائی درجوں میں وظیفہ کا اس سے زیادہ اختلال پیدا کر دیتا ہے کہ جتنا بالآخر باقی رہتا ہے۔ جوں جوں صلابت کی متواتر جلیتیوں کے اجتماع اور انضمام سے مرض ترقی پذیر ہوتا ہے، مستقل مضرت رسیدگی کا مجموعی رقبہ برابر زیادہ ہوتا جاتا ہے چنانچہ علاماتی تصویر زیادہ یکساں اور زیادہ مستقل ہوجاتی ہے۔

خود آغاز مرض کا طریقہ مختلف ہوتا ہے۔ اکثر و بیشتر وہ کسی قدر ناگہانی ہوتا ہے، اور علامات طولی لیفی خطوں، اعصاب بصری یا ساق دماغ کے جرم کے کسی چھوٹے ضرر سے منسوب کیے جاسکتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ مریض دھڑ یا جوارح کے کسی رقبہ میں سن پن کی، یا ایک پاؤں کے کھنچاؤ کی، یا مثانہ پر اقتدار رکھنے میں کسی خفیف دقت کی، یا دوہری بصارت کی، یا ایک یا دوسری آنکھ کے سامنے دھندلے پن کی شکایت کرے۔ ممکن ہے کہ اس وقت امتحان کرنے پر عضوی مضرت رسیدگی کی خفیف شہادت ظاہر ہو، مثلاً حس پذیری میں کمی، شکمی منعکوسوں کی عدم مساوات یا غیر موجودگی، یا غیر طبعی اخمصی حجیبت، لیکن یہ امارات اور ان کے ساتھ کے علامات عموماً چند دنوں یا ہفتوں کے دوران میں غائب ہوجاتے ہیں، اور سکون کے ایک اختلاف پذیر وقفے کے بعد کسی دوسرے مقام پر نئی شکایات پیدا ہوجاتی ہیں یا پرانی شکایتیں پھر تازہ اور شدید ہوجاتی ہیں۔ دوسری حالتوں میں علامات نسبتۂ زیادہ تدریجی طور پر شروع

ہوتے ہیں شاید ایک یا دونوں ٹانگوں کی ترقی پذیر کمزوری اور اکڑا ہوا یا ہاتھ کے لرزتے ہوئے رعشے کے ساتھ۔ لیکن ان اصابتوں کی اکثریت میں بھی فترات اور اشتدادات ظاہر ہوتے ہیں چنانچہ مرض کا ممر شاذ ہی مسلسل ہوتا ہے۔

ابتدائی ترین علامات کی نوعیت کا انحصار مرض کی ابتدائی تکمیلوں کی مقامیت پر ہوتا ہے اور اسی واسطے وہ نہایت مختلف ہوتی ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مرضی عمل بالخصوص دماغی نخاعی محور کے سپید مادے کو ماؤف کرتا ہے۔ یہ کہ خاص حسی اور حرکی خطوں کے بڑے طول کی وجہ سے انھیں کو زیادہ تر مضرت پہنچنے کا امکان ہوتا ہے۔ اور یہ کہ ان کی وظیفی اہمیت کے باعث ایسی مضرت رسیدگی سے علامات پیدا ہونے کا نہایت امکان ہوتا ہے۔ مزید برآں جوارح زیریں کو جانے والے اور ان سے آنے والے ریشے بوجہ اپنے زیادہ طول کے اس سے زیادہ اثر پذیر ہوتے ہیں کہ جتنے بازوؤں سے متعلق ریشے۔

تاہم بصری اعصاب، سفید مادے کے اندر وہ جس قدر جگہ گھیرتے ہیں اس کے مدنظر بہت زیادہ تواتر کے ساتھ ماؤف ہوتے ہیں، اور وہ بسا اوقات مرض کے ابتدائی درجہ میں ہی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اس ماؤفیت کی سب سے عام شکل خلف المقلہ التہاب العصب کا حملہ ہے، جو بالعموم ایک ہی آنکھ تک محدود رہتا ہے۔ مریض کو دفعتہً نقص بصارت کا شعور ہوتا ہے، اور تندرست آنکھ بند کرنے پر وہ یہ پاتا ہے کہ اس کی بصارت میں شدت کے ساتھ کمی ہو گئی ہے۔ آغاز حملہ کے ساتھ بالعموم آنکھ کے ڈھیلے میں درد ہوتا ہے، بالخصوص حرکت کرنے پر، اور نقص بصارت کئی دن کی مدت تک ترقی کرتا چلا جاتا ہے۔ اس درجہ پر قعر کا امتحان کرنے پر کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی، اِلّا اس صورت میں کہ ضرر سامنے کو حلیمہ تک پھیل گیا ہو، جب کہ اختلاف پذیر درجہ کا تورم (التہاب حلیمہ بصری) مشاہدہ کیا جاتا ہے۔ استبصاری میدانوں کے امتحان سے ایک مرکزی ظلمہ منکشف ہوتا ہے اور اگر یہ بڑا ہو اور تیزی سے قابل قدرت کے ساتھ کم ہو گئی ہو، تو متاثرہ جانب کی پتلی کا تعامل بالنور قلیل الانقباضات ہوتا ہے۔ ایک اختلاف پذیر مدت کے بعد وظیفۂ بصارت میں اصلاح واقع ہو جاتی ہے اور بسا اوقات طبعی حالت عود کر آتی ہے۔ آغاز سے چند ہفتے کے اندر بصری ترحیض

بالخصوص اس کی صدغی جانب میں، ذبول عصب بصری کا امتیازی شحوب دکھائی دیتا ہے۔

منتشر اصابت کی ۱۳۹ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں جس کو راقم الحروف نے جمع کیا خلف المقلۂ التہاب عصب کا ایسا حملہ ۴۰ فیصدی میں کسی نہ کسی وقت واقع ہوا اور ان میں سے دو تہائی اصابتوں میں یہ تنہا یا دوسری علامات کے ہمراہ مرض کی پہلی شہادت تھی۔ تاہم بصری اعصاب کی ماؤفیت دوسرے حصوں کی ماؤفیت کی طرح بتدریج اور غیر محسوس طور پر ہو سکتی ہے، چنانچہ یہ امر شاذ نہیں ہے کہ جب ذبول عصب بصری ایک یا دونوں آنکھوں میں مشاہدہ کیا جائے تو مریض بصارت کے کسی ناگہانی یا شدید اختلال کی کوئی روئداد نہ پیش کر سکتا ہو اور اس امر سے بے خبر ہو کہ یہ ماؤف ہے۔ دونوں آنکھوں میں بصارت کا کسی شدید حد تک مستقل طور پر کم ہو جانا خوش قسمتی سے انتہائی طور پر شاذ ہے۔

ابتدائی علامات اکثر اوقات فساد حسی کی شکل اختیار کرتے ہیں، یعنی سُن پن، جھنجھناہٹ، تنگی، برودت یا حرارت کے احساسات، جو دھڑ یا جوارح کے مختلف رقبوں کی طرف محول کیے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ با احتیاط امتحان کرنے پر جلدی حس پذیری میں کمی معلوم ہو، لیکن پچھلے استوانوں کی مضرت رسیدگی کے امارات کا وقوع نسبتہً زیادہ عام ہوتا ہے، جو وضع اور حرکت مجہول کے حواس کی کمی، ارتعاشی حس کی کمی یا فقدان، اور ہاتھوں میں لمسی شکل ناشناسی سے ظاہر ہوتے ہیں۔ بازوؤں میں اس نوعیت کی وسیع مضرت رسیدگی بعض علامات پیدا کر سکتی ہے، جو کسی قدر ممیز ہوتے ہیں، اور کسی طرح غیر عام نہیں۔ مریض شکایت کرتا ہے کہ ہاتھ بیکار ہے۔ وہ اسے کھانے، کپڑوں میں بٹن لگانے، وغیرہ اغراض کے لئے اچھی طرح کام میں نہیں لا سکتا۔ امتحان کرنے پر فقدان قوت نہیں ظاہر ہوتا، اور بالعموم لمسی حس پذیری میں کوئی کمی نہیں ہوتی، لیکن حس وضع میں بڑا فقدان ہوتا ہے اور اسی وجہ سے ہر جلہ اور لمسی شکل ناشناسی ہوتی ہے۔

670

حرکی اختلال کی عام ترین شکل ایک یا دونوں ٹانگوں کی کمزوری ہے جو اسی قسم کی ہوتی ہے جیسی کہ ہرمی مضرت رسیدگی کے باعث ہوتی ہے۔ چنانچہ عضلات کا وہ گروہ جو سب سے پہلے ماؤف ہوتا ہے تختہ کے ظہری خم کن عضلات کا ہوتا ہے،

جس سے پاؤں زمین کے برابر گھسٹتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ ابتدائی درجوں میں صرف زیادہ ورزش کے بعد محسوس ہو، مثلاً دن بھر چلنے کے بعد شام کے وقت۔ اس کمزوری کے ساتھ جو زیادہ شدید اصابتوں میں گھٹنے اور کولھے کے جوڑوں پر کے تھم کن عضلات کو بھی ماؤف کرتی ہے، باسلات کی تشنجی کرختگی پائی جاتی ہے چنانچہ ممکن ہے کہ مریض شلل کے بجائے اکڑ کی شکایت کرے۔ اسی کے ساتھ بعض اوقات ٹانگوں میں "اینٹھن" کی، یا غیر ارادی خم کن حرکات کی شکایت بھی ہوتی ہے جنھیں جوارح زیرین کا "اوپر کو اچھلنا" کہتے ہیں اور یہ حرکات بالخصوص رات کے وقت بستر میں واقع ہونے کا رجحان رکھتی ہیں۔

جب اس نوعیت کی علامتیں نمایاں ہوتی ہیں تو ان کے ہمراہ ایک ہرمی ضرر کے امارات، یعنی شکمی معکوسوں کا فقدان، گھٹنے اور ٹخنے کے جھٹکوں کی زیادتی، اور باسلی تجمی مجمیت پائے جاتے ہیں، جو اس جانب پر جو مخصوص طور پر ماؤف شدہ ہے نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔

ساق دماغ کی ماؤفیت کے سلسلہ میں دو نظری کا تذکرہ پہلے ہی کیا گیا ہے، جو محرک العین نواتوں یا عصب کی ماؤفیت سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ تقریباً ہمیشہ بالکل سریع الزوال نوعیت کی ہوتی ہے، اور چند گھنٹوں یا چند دنوں تک جاری رہتی ہے، اور تقریباً ایک تہائی اصابتوں میں کسی نہ کسی وقت واقع ہو جاتی ہے۔ اکثر یہ ایک ابتدائی ترین علامت ہوتی ہے، اور تاوقتیکہ مریض کو خاص طور پر یاد نہ دلایا جائے اس وقت ممکن ہے وہ اسے نظر انداز کر دے یا بعد میں ممکن ہے وہ اسے بھول جائے۔

رقص منقلہ ان رشتوں میں مداخلت ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ دہلیزی نواتوں کو محرک العین نواتوں سے ملحق کرتے ہیں۔ اس کا مریض کو شاذ ہی علم ہوتا ہے، گر یہ تین چوتھائی سے زاید اصابتوں میں، اور اکثر ابتدائی درجہ میں ہی موجود ہوتا ہے۔ یہ عموماً صرف آنکھوں کا جانبی انحراف کرنے سے نظر آتا ہے، نہایت عام طور پر یہ دوطرفی ہوتا ہے، اور ابتداءً بے قاعدہ ہوتا ہے، یعنی کبھی کبھی بہت نمایاں اور کبھی مشکل نظر آتا ہے تاہم یہ اس مرض کی ایک نہایت ممیز امارت ہے۔

بعض اوقات وتینی قسم کی حرکی عدم ہم آہنگی ایک ابتدائی علامت ہوتی ہے، جو تقریباً نصف اصابتوں میں کسی نہ کسی وقت موجود ہوتی ہے غالباً یہ فوقانی دمینی

ساقین کے اضرار سے منسوب کی جاسکتی ہے، جو ان کے نقطۂ تقاطع پر یا نقطۂ تقاطع کے قریب واقع ہوں۔ یہ اکثر و بیشتر بازوؤں کے ارادی رعشے اور گفتار کے اختلال کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے، جس کا انحصار نطقی عضلی نظام کی عدم ہم آہنگی پر ہوتا ہے۔ ارادی رعشہ کی وجہ تسمیہ یہ ہے کہ وہ اس وقت جب کہ بازو حالتِ سکون میں بے حرکت ہو عموماً نہیں موجود ہوتا، بلکہ اس وقت دیکھا جاتا ہے جبکہ مریض کسی چیز کو پکڑنے کی کوشش کرے یا جب اصبع انف اصبعی امتحان (finger-nose-finger test) عمل میں لایا جائے۔ ایک جارحہ دائیں اور بائیں جانب گویا اوپر اور نیچے گویا کی ہوئی شے کا لحاظ کیے بغیر اہتزاز کرتا ہے، اور نشانہ سے آگے نکل جانے کا رجحان ہوتا ہے۔ مزید براں سہارے کے بغیر سر کا کبوہ، یا پیش پسی رعشہ اکثر دیکھا جاتا ہے۔ گفتگو کو نطق تقطیعی یا منقطع کلام کا نام دیا گیا ہے، اور وہ اس قسم کی ہوتی ہے جس کا تذکرہ دماغی وظیفہ کے اختلالات کے تحت کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 617)۔

جیسا کہ پہلے تذکرہ کیا گیا ہے، دماغی نیم کرے عام طور پر صلابتی چکتیوں سے چھلنی چھلنی ہوتے ہیں، اور اسی سے اُن ذہنی تغیرات کو منسوب کرنا چاہیے جو ان اماثوں کی اکثریت میں خاتمے سے پہلے موجود ہوتے ہیں، اور کبھی کبھی ابتدائی درجہ میں بھی دیکھے جاتے ہیں۔ وہ اُسی عام قسم کے ہوتے ہیں جو دماغ کے دوسرے عضوی امراض میں واقع ہوتے ہیں، اور جذباتی بے استقلالی اور ضبط کے فقدان، مرض کی خطرناک نوعیت کے متعلق بے پروائی، عملی معاملات میں قوتِ فیصلہ کے فقدان، اور ناقص حافظہ پر مشتمل ہوتے ہیں۔ اس قسم کے خفیف ذہنی تغیرات کم و سریع الزوال کمزوری یا مبہم حسی اختلالات کی سرگزشت کے اجتماع کی بنا پر اکثر ابتدائی درجوں میں ہسٹیریا (hysteria) کی غلط تشخیص کر لی جاتی ہے۔

پہلے بیان کی ہوئی علامتوں کے علاوہ، ممکن ہے کہ یہ مرض کئی قسم کے دوسرے علامات کے ساتھ شروع ہو جائے جو نسبتاً کم عام طور پر واقع ہوتے ہیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ دماغی نیم کروں کے اضرار فالج نصفی پیدا کردیں جو اچانک یا تدریجی آغاز کا ہو، دیلیزی اعصاب کے مرکزی تعلقات کو ماؤف کرنے والی چکتیاں حرکی یا دوار کے حملے پیدا کردیں، یا دمیخ کی نمایاں ماؤفیت خالص دمیغی مرض کی علامتیں پیدا کردے۔ ایسی اصابتیں

بھی ہوتی ہیں جن میں مرضی عمل قطعی تجزی کلانی میں شروع ہوتا ہے، اور عاصرات پر اقتدار کا فقدان ایک نمایاں اور ابتدائی علامت پذیر ہوتا ہے۔

شاذ اصابتوں میں اگلے قرن کا رسادی مادہ بھی ماؤف ہو جاتا ہے جس سے تناظر عضلات کا ذبول پیدا ہو جاتا ہے، عموماً ہاتھوں کے عضلات کا۔

667

حمہ مرض بھی تغیر پذیر ہوتا ہے۔ اصابتوں کی اکثریت میں آغاز مرض تحت الحاد طریقے سے ہوتا ہے (مریض دفعتہً ہاتھوں میں سن پن یا پاؤں میں کھنچاوٹ محسوس کرتا ہے)، اور مرض کا ممیز خاصہ یہ ہوتا ہے کہ وہ پے در پے فترات اور اشتدادات کے ساتھ ترقی کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ آخر الذکر کا ظہور نئے علامات کی صورت میں یا موجودہ علامات کی شدت کی صورت میں ہو۔ فترات کی مدت تغیر پذیر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ مہینوں یا برسوں تک کی ہو۔ راقم الحروف کے پاس ایک مریض کی یادداشت موجود ہے جس میں ایک اشتداد اور دوسرے کے درمیان چوبیس سال کا وقفہ حائل ہوا تھا۔ تاہم بعض اصابتوں میں مرض کا عمر ابتدا سے ہی مزمن اور ترقی معلوم ہوتا ہے۔ یہ امر مشتبہ ہے کہ ہم ایک مزمن قسم کو متفرق قسم سے متفرق کر سکتے ہیں، کیونکہ ایک طرف تو ایک اصابت جو زیادہ معمولی طور پر فترات کے ساتھ شروع ہوئی ہے بالآخر برابر ترقی پذیر ہو جا سکتی ہے، اور دوسری طرف ایک ایسی اصابت کے دوران میں جو کچھ عرصہ تک مزمن مترقی نوعیت ظاہر کر چکی ہے، تحت الحاد اشتدادات ظاہر ہو سکتے ہیں۔

آخری درجوں میں مریض جوارح زیریں کے تشلل سے صاحب فراش ہو جاتا ہے، اور یہ جوارح عموماً خمیدگی کی حالت میں تشنجیت کی وضع اختیار کر لیتے ہیں۔ عاصرات پر اقتدار جاتا رہتا ہے اور اکثر اوقات قروح الفراش پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن اس درجہ میں بھی اکثر لمسی حس پذیری غیر متاثر رہتی ہے، اگرچہ سُرّے کے دوشاخہ سے جوارح زیریں میں اکثر ارتعاشی حس کا فقدان ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اب گھٹنے اور ٹخنے کے جھٹکے زیادہ ہو جائیں یا غائب ہوں، اخمصی جھٹکیں باسطہ ہوتی ہیں اور شکمی ملکو سے غیر موجود ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ کوئی مرض ایسا نہیں ہے جس میں احتیاط کے ساتھ دریافت کی ہوئی سرگذشت اس سے زیادہ مفید ثابت ہوتی ہو کہ جتنی اس مرض میں تشخیص کا انحصا

مرکزی عصبی نظام کے **متعدد** اضرار کے ثبوت پر ہوتا ہے، اور یہ صرف خلط المفلوج التہاب العصب یا سریع الزوال دو نظری تن تپ یا کمزوری کی سرگزشت اور اس کے ساتھ طبیعی امارات پر غور کرنے سے حاصل ہو سکتا ہے۔ ہسٹیریا کی غلط تشخیص کے خطرہ کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ بالعموم عضوی مرض کی کسی خفیف سی امارت، مثلاً رقص متقلہ شکمی تشنجوں کی غیر موجودگی، باسط اخمصی تجبیت، یا اقراص بصری کے شحوب سے تفریقی تشخیص ممکن ہوگی لیکن ابتدائی درجوں میں ایسی اصابتیں بھی ہوتی ہیں جن میں ممکن ہے کہ بعض اوقات آخری فیصلے کو ملتوی رکھنا ہی دانشمندی ہو۔ بازوؤں کی ناہم آہنگی اور رعشے کے ساتھ رقص متقلہ کے اجتماع سے **دماغی سلعہ** کا شبہ پیدا ہو سکتا ہے تاہم اس آخر الذکر حالت میں تمام علامات ایک منفرد ضرر سے منسوب کی جا سکتی ہیں، اور آخری درجوں میں دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی کی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ جوارح زیرین کی تشنجیت اور کمزوری کو ان حائل حالتوں سے تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جو سلعہ یا نخاعی بوسیدگی سے واقع ہونے والے انضغاط نخاع سے پیدا ہو جاتی ہیں۔

مرکزی عصبی نظام کی آتشک اس کی بعض شکلوں میں ایسی تصویر پیدا کر سکتی ہے جو صلابت متعددہ کی تصویر سے قریبی طور پر مشابہ ہوتی ہے اور جب کسی اصابت میں تشخیص کے متعلق شبہ ہو تو خون اور دماغی نخاعی سیال کے ساتھ تعامل واٹزرمن کر لینا چاہیے۔ صلابت منتشرہ میں یہ تعامل بلا استثنا منفی ہوتا ہے، اور دماغی نخاعی سیال اپنے خلوی یا پروٹینی مافیہ میں شاذ ہی کوئی تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ لیکن کولائڈی ذہبی منحنی (colloidal gold curve) اکثر غیر طبعی ہوتا ہے اور عصبی آتشک (neurosyphilis) کے منحنی سے مشابہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) کی بعض اصابتیں جن میں نخاع کی وسیع ماؤفیت ہوتی ہے ابتداءً غلطی سے صلابت متعدد سمجھ لی جائیں۔ یہ غلطی بالخصوص التہاب دماغ کی اس اصابت میں واقع ہو سکتی ہے جس میں مرض نسبتاً طویل فترات کے ساتھ طول عرصہ جاری رہتا ہے۔ ایسی حالت میں تفریقی تشخیص عموماً سرگذشت مرض پر احتیاط کے ساتھ غور کرنے سے کی جا سکتی ہے، بالخصوص آغاز مرض کی نوعیت اور التہاب دماغ

میں تپ یا غنودگی کے وقوع سے۔

انذار ناموافق ہوتا ہے۔ اگر مریض حاد اشتداد کی حالت میں دیکھا گیا ہے تو عام طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ کسی قدر اصلاح واقع ہو جائے گی لیکن زیادہ اغلب یہ ہے کہ مرض کی متواتر چلتیوں کے اجتماع سے وہ بالآخر اپاہج اور صاحب فراش ہو جائے گا۔ فترات جو شفایابی سے مشابہ ہوتے ہیں غیر عام نہیں اور ممکن ہے سالوں تک جاری رہیں لیکن صرف شاذ اصابتوں میں یہ معلوم ہوتا ہے کہ مرض کی ترقی رک گئی ہے۔

علاج۔ زمانہ موجودہ میں اس مرض کا کوئی نوعی علاج موجود نہیں ہے۔ اس کے لیے دوا کی حیثیت سے سنکھیا ایک روایتی شہرت رکھتی ہے اور اس کے استعمال کی عقلی بنیاد اس شبہ سے حاصل ہوتی ہے کہ منتشر صلابت آتشک کی طرح کی ایک مزمن متخرجیوانی سرایت کے باعث ہو سکتی ہے۔ سنکھیا کو براہ دہن یا بذریعہ اشراب دیا جا سکتا ہے اور آخر الذکر طریقہ حاد اشتداد کے لیے منتخب کیا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں جوں ہی کہ علامات کی نوعیت شناخت ہو جائے مریض کو بستر پر لٹا دینا چاہئے اور دو ہفتہ تک یا جب تک کہ علامات میں اصلاح ہونی شروع نہ ہو آرام میں رکھنا چاہئے۔ سٹیبلارسان (stabilarsan) ۰.۳ گرام یا کسی دوسرے مناسب سم الفاری مرکب کی معادل مقدار دروں عضلی اشراب کے ذریعہ ہفتہ واری وقفوں کے ساتھ دی جا سکتی ہے اور اس کے بعد ایک ایسا آمیزہ جس میں ۳ تا ۵ قطرے لائکر ارسنیکیلس (liquor arsenicalis) شامل ہوں براہ دہن روزانہ کھانے کے بعد دینا چاہئے۔ اس کو ۶ ہفتے تک جاری رکھا جا سکتا ہے اور علاج یا حفظ ماتقدم کی تدبیر کے طور پر وقفوں سے اس کا تکرار کیا جا سکتا ہے۔ اگر کسی مریض میں ایک مرتبہ مرض کے علامات ظاہر ہو چکے ہیں تو اس کو ایسی زندگی گذارنی چاہئے کہ جو جسمانی اور ذہنی بار سے اور سردی اور تکشف کے خطرے سے حتی الامکان خالی ہو۔ ایک قعودی پیشہ اختیار کرنے کی ضرورت ہے، اس لیے کہ یہ جسمانی تکان سے خالی ہوتا ہے نیز اس لئے کہ یہ کچھ درجہ کی ناقابلیت کے باوجود کام جاری رکھنے کا موقع بہم پہنچاتا ہے۔ عورتوں میں حمل اور زچگی کا بار اپنے اندر اشتداد کا خطرہ مضمر رکھتا ہے اور منتشر صلابت کی تشخیص اسقاط الحمل کے لیے معقول وجہ

بہم پہنچاتی ہے۔
اس میں شک نہیں کہ ان اصابتوں میں جن میں تصوری حالات حاصل ہوں، فترات بحیثیت مجموعی اس سے طویل تر ہوتے ہیں کہ جتنے دوسری اصابتوں میں، اگرچہ نکسات، جب کہ وہ واقع ہوں، اتنے شدید ہوتے ہیں۔ بہت سے ایسے مریض جن میں مرض جلد ہی شناخت کر لیا جاتا اور اس کا علاج کر لیا جاتا ہے اور جو پرسکون اور قعودی زندگی گزارنے کے قابل اور خواہشمند ہوتے ہیں، بلا عکس کئی کئی سال گزار دیتے ہیں۔ دلک اور تدریجی ورزشیں حرکی علامات کے علاج میں مفید ہیں، خاص طور پر ایک اشتداد سے شفا یابی کے درجہ میں۔ گرم غسل اور ان کے بعد مجہول حرکات، تشنجیت کی تسکین کے لیے مفید ہیں۔ ایک آمیزہ جس میں پانچ گرین پوٹاسیم برومائیڈ اور ۱۰ قطرے صبغیہ لفاح ہوں، دن میں تین مرتبہ دینا مثانہ متبول کے مریضوں کے لیے مفید ہے۔
مرض کے آخری درجوں میں تخفیفی علاج اسی اصول پر کرنا چاہیے جو نخاع کے عرضی اضرار کے لیے پہلے درج کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 660)۔

نخاعی جوفیت

(syringomyelia)

یہ وہ مرض ہے جس میں نوبالیدگی اور انحطاط کے مشترک عمل کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ نخاع کے مرکز میں مستطیل کہفے بن جاتے ہیں۔ ابتدائی درجوں میں علامات کا انحصار رمادی مادے کے ترکیبی اجزاء کے اتلاف پر ہوتا ہے۔ آخری درجوں میں دباؤ کی وجہ سے ریشوں کے خطے بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔
اسباب۔ یہ مرض عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ عام طور پر ہوتا ہے اور بالعموم بارہ اور تیس سال کی عمر کے درمیان شروع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ شوک مشقوق (spina bifida)، عنقی پسلیوں یا دوسرے پیدائشی نقائص کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔
امراضیات۔ اس مرض کا اصلی خاصہ سرشتی بافت کی نوبالیدگی ہے

جس کے بعد انویلیا اور کہفے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ عمل عموماً مرکزی کنال کے قریب رمادی مادے کے ایک پچھلے قرن میں شروع ہو کر اگلے قرنوں میں پھیل جاتا اور مرکزی کنال کو مسدود کر دیتا ہے یا بعض اوقات اس کے ساتھ ربط قایم کر دیتا ہے۔ یہ مرضی عمل نخاع میں اوپر یا نیچے کی طرف پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے لیکن ممکن ہے کہ اس طرح بنی ہوئی نالی کا دروں مختلف لیولوں پر بڑے اختلافات ظاہر کرے (ملاحظہ ہوں تصاویر ۸۵ ، ۸۶)۔ نخاع کے وہ حصے جو خاص طور پر ماؤف ہوتے ہیں عنقی اور بالائی ظہری خطے، قطنی خطہ اور نخاع مستطیل ہیں (بصلی جوفیت -(syringobulbia=

علامات ابتدائی درجوں میں مندرجہ ذیل اجزاء کے آتلاف سے منسوب کیے جا سکتے ہیں:۔ (۱) اگلے قرن کے خلیے (۲) تپش اور درد کے حواس کو منتقل کرنے والے ریشے جو رمادی مادے میں تقاطع کرتے ہیں۔ (۳) رمادی مادے کے جانبی قرن کے خلیے جن سے زنجیر شارکی کے پیش عقودی ریشے نکلتے ہیں۔ چونکہ مرضی عمل عموماً عنقی کلانی کے زیریں سرے میں شروع ہوتا ہے، لہذا علامات حسب ذیل ہوتے ہیں۔

۱۔ مترقی عضلی ذبول، جو ہاتھ کے چھوٹے عضلات میں شروع ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ ماؤف عضلات میں ریشکی رعشہ ہوتا ہے، اکثر تعقق پیدا ہو جاتے ہیں اور رفتہ رفتہ بازو کے عضلات ماؤف ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۸۷)۔

۲۔ تپش اور درد کی حس پذیری کا فقدان۔ بعض اوقات مریض اپنی روزمرہ کی زندگی میں اس طرح معلوم کرتا ہے کہ نہائی سے نکلنے والی گرم چنگاریاں یا ابلتا ہوا پانی یا سگریٹ کا جلتا ہوا سرا جلد کو جلاتا تو ہے مگر درد محسوس نہیں ہوتا، یا ممکن ہے کہ طبیب مریض کے ہاتھوں اور بازوؤں پر بہت سے ندبات دیکھے جو ایسے شناخت نا کردہ تضررات سے پیدا ہو گئے ہوں۔

۳۔ بالائی جوارح میں وتری جھٹکوں کا فقدان۔ یہ ہمیشہ نہیں ہوتا۔ لیکن بسا اوقات ایک عاجل اور مفید علامت ہے۔ یہ ان ریشوں کے آتلاف کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ پچھلے اور اگلے قرنوں کے درمیان منعکسی قوس سے متعلق ہوتے ہیں۔

672

۴ ۔ ماؤف حصوں کے وعاحرکی اور پرورشی اختلالات ۔ یہ زراق ٹھنڈے ہیں، ہاتھ کے احتقان اور اُذیما، آبلوں، قروح، ناخنوں کے جھڑ جانے، بلا درد احساسات (Morvan's disease)، یا مفاصل، بالخصوص شانہ کے جوڑ میں ایسے انحطاطی













تصویر ۹۶ ۔ یہ تصویر ایک ایسی نخاع کی عرضی تراشیں ظاہر کرتی ہے جو کہ نخاعی جوفیت میں مبتلا ہے۔ ا، ب، ج، د منحنی خط ۔ ر، ضمدی خط۔ قطنی خط۔ عدم تشاکل بیماری کے دوران میں پیدا ہو گیا ہے۔



تصویر ۹۵ ۔ ایک شیر خوار بچہ کی نخاع جو کہ نخاعی جوفیت کی حالت میں ایک کہفہ ظاہر کر رہی ہے (خاکہ نما)۔

674

تغیرات کی شکل اختیار کرسکتے ہیں، جیسے کہ ہزال ظہری (tabes dorsalis) میں پائے جاتے ہیں۔

مزید برآں عنقی شار کی کی باؤفیت کے باعث پتلیوں کا انقباض، جسرئی استرخاء الجفن اور غؤور العین پیدا ہوسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 606)۔

ممکن ہے کہ مرض اوپر کے طرف نخاع مستطیل اور جسر میں پھیل کر لقوہ، ہزال زبان، اور بعض اوقات عصب شُشم کے شلل سے دو نظری پیدا کردے۔

کبھی کبھی اس مرض کے ساتھ التواء (scoliosis) کی شکل میں انحناء شوکی بھی ہوتا ہے۔

آخری درجوں میں نخاع کے طولی ریشوں پر دباؤ ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہر دو ماؤفیت کے باعث جوارح زیریں کی کمزوری اور تشنجیت، اور اس کے



تصویر ۸ ۔ ایک نخاعی جوفیت کی اصابت میں عضلی ہزال ظاہر کرتی ہے [ٹرنر (Turner) اور سٹوارٹ (Stewart) کی تقلید میں]۔

ساتھ سکوسوں میں زیادتی اور باسط اخمصی جبیتیں موجود ہوتی ہیں، اور صعودی ریشوں کے اتلاف کی وجہ سے تمام قسموں کے حس کا فقدان ہوتا ہے۔

تاہ قتیکہ تکوین کہفہ قطنی کلائی کو ماؤف نہ کردے عموماً شانہ اور مسام مستقیم

ماؤف نہیں ہوتے۔ اس حالت میں بھی جوارح زیرین میں ذبول، پرورشی تغیرات اور منتشر عدم حسیت پیدا ہو جائے گی۔

تشخیص۔ ابتدائی درجوں میں مرض ذیل کی حالتوں کے ساتھ خلط ملط ہوسکتا ہے:- عنقی پسلیاں، مترقی عضلی ذبول، یا عنقی نخاع کے انضغاط کے اسباب میں سے کوئی سبب، مثلاً رسولی، شوکی بوسیدگی اور مزمن التہاب سحایا۔ احتیاط کے ساتھ حسی امتحان کرنے سے تشخیص عموماً کامل ہو جائے گی، لیکن ممکن ہے کہ درون النخاعی سلعہ (intermedullary tumour) سے تمیز کرنا غیر ممکن ہو۔

انذار۔ یہ مرض نہایت آہستہ آہستہ ترقی کرتا رہتا ہے، اور مریض جو کم وبیش از کار رفتہ ہو جاتے ہیں، برسوں زندہ رہتے ہیں۔

علاج۔ نخاع کے متاثرہ حصوں کا عمیق لاشعاعی علاج، جو ۶ ماہ یا ایک سال کے وقفوں سے کیا جائے اور جس کا تکرار باقاعدگی کے ساتھ کیا جائے، مرض کی ترقی کو شکست کر دینے میں مستند بہ اثر رکھتا معلوم ہوتا ہے، اور بعض اوقات حیرت انگیز درجے کی اصلاح کا موجب ہوتا ہے۔ تاہم علاج مذکورہ مرض بھی خود بخود وقفہ اور اصلاح ظاہر کر سکتا ہے۔ اس سے قطع نظر، علاج محض علاماتی ہوسکتا ہے۔

675

ہزال ظہری

(tabes dorsalis)

(مکان حرکی بے نسقی = locomotor ataxy)

ہزال ظہری دراصل زیرین درآور عصبیوں کا ایک تدریجی مترقی انحطاط ہے، جو سب سے پہلے نخاع کے پچھلے استوانوں میں ظاہر ہوتا ہے۔ اسی کے ساتھ یا اس کے بعد عصبی سرشش کی بیتش یا لیدگی ہو جاتی ہے۔ ایسے ہی تغیرات عصب بصری میں اور درآور جمجمی اعصاب کے مرکزی حصوں میں واقع ہوسکتے ہیں۔ لہٰذا ہزال وہ مرض ہے جس میں حسی عصبیے ماؤف ہو جاتے ہیں، اور مکان حرکیت کی خرابی (جس کی بنا پر ابتداءً اس مرض کا نام رکھا گیا) وضع اور حرکت مجہول کے احساسات کے فقدان کے

باعث واقع ہوتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ چلنے میں حرکات کی ناہم آہنگی پیدا ہو جاتی ہے۔ بعد کے تجربے سے ظاہر ہوتا ہے کہ ہر حلہ (بے نسقی) اکثر ایک نہایت دیر سے پیدا ہونے والا انظہر ہے بلکہ ممکن ہے کہ بالکل غیر موجود ہو۔ اور اقلیم احساس میں دوسرے ایسے اختلالات ہیں جو نسبتہً زیادہ مستقل طور پر واقع ہوتے ہیں اور جا ایسے علامات بہم پہنچاتے ہیں جن کی وجہ سے پہلے پہل مریض مشورے کا طالب ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ امر عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ مرض کا واحد سبب آتشک ہے۔ یہ را ئے جن امور پر مبنی ہے وہ یہ ہیں:۔ مریض کی سابقہ سرگذشت میں اولی سرایت کی شہادت۔ خون اور دماغی نخاعی سیال میں مثبت واذرمنی تعاملات۔ اور مرنے کے بعد جسم میں دوسرے آتشکی اضرار (مثلاً التہاب اور طلی) کی موجودگی۔ ڈھونڈھنے پر ان میں سے ایک یا دوسرا ثبوت ضرور مل جاتا ہے۔ نوگوچی (Nognchi) نے ہزار کے ایک مریض کی نخاع میں پلیپے سلکیڈ شاحب (treponema pallidum) کا سب سے پہلے مظاہرہ کیا اور اس مشاہدہ کا اکثر اوقات تکرار کیا جا چکا ہے۔ سردی اور نمی ٹریٹھ کے تصرفات حد سے زائد محنت ومشقت اور کثرت جماع عام موثرت میں انخفاض پیدا کر کے عمل کرتے ہیں اور اس طرح ایک ایسے شخص میں کہ جس کا نظام عصبی پہلے سرایت زدہ ہو، مرض میں تعجیل کرتے ہیں۔

یہ مرض عموماً آتشکی سرایت کے بعد آٹھ اور بارہ سال کے درمیان پیدا ہو جاتا ہے اور اسی واسطے اوسط عمر میں انتیس اور پچاس سال کے درمیان سب سے زیادہ عام ہوتا ہے۔ یہ امر قابل لحاظ ہے کہ ہزول اشخاص مقابلتہً شاذ ہی آتشک کی دوسری ضمنی علامتیں ظاہر کرتے ہیں۔ یہ مرض عورتوں کی نسبت مردوں میں تقریباً ایک اور دس کی نسبت سے زیادہ کثیر الوقوع ہے لیکن طفولی (juvenile) قسم میں، جو پیدائشی آتشک کے مریضوں کے ایک قلیل تناسب میں زمانۂ ریعان میں ظاہر ہوتی ہے، اس مرض کی توزیع دونوں صنفوں میں زیادہ قریبی طور پر برابر ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ نخاع میں ہمیشہ یہ تغیر پایا جاتا ہے کہ پچھلے استوانوں میں

ہزال نخاع کی اصابت سے لی ہوئی نخاعی تراشیں۔ ویگرٹ پال کے طریقہ سے رنگی ہوئیں۔ پچھلے استوانوں میں جو شاحب رقبہ جات ہیں وہ انحطاط یافتہ خطوں کو ظاہر کرتے ہیں۔ تندرست ریشے سیاہ رنگ کے ہو گئے ہیں۔



تصویر ۱۔ چوتھا عنقی حلقہ



تصویر ۲۔ پانچواں صدری حلقہ



تصویر ۳۔ قطنی عجزی کلائی۔

(ڈاکٹر جے۔ آر۔ پرڈراؤ کی لی ہوئی عکسی تصاویر سے)

بالمقابل صفحہ 675.

صعودی عصبی ریشوں میں انحطاط اور عصبی سرشش میں صلابت واقع ہو جاتی ہے۔
یہ تازہ نمونے کے اندر سپید مادّے کی رنگ رسادی بدرنگی کی صورت میں دیکھی جاتی ہے، اور ویگرٹ پال کے طریقے (Weigert-Pal method) سے رنگی ہوئی تراشوں میں مرضی استوانوں کا شعوب۔ گہرا رنگ قبول کرنے والے تندرست خطوں کے مقابلے میں صریح تضاد ظاہر کرتا ہے (ملاحظہ ہو تصاویر ۲ تا ۴)۔
معمولی اصابتوں میں نخاع کے قطنی مجزی خلیقوں میں داخل ہونے والے ریشے ماؤف ہوتے ہیں، اسی واسطے انحطاط اس خطے میں پچھلے بیرونی استوانوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے (صفحہ ۴۸۵ تصویر ۳)۔ اور عنقی کلانی میں ان ریشوں کے اندر کی طرف ہٹ جانے کی وجہ سے یہ انحطاط پچھلے اندرونی استوانوں میں پایا جاتا ہے۔ ان اصابتوں میں جن میں بازو ماؤف ہوتے ہیں عنقی خطے کے اندر پچھلے بیرونی ریشوں کا انحطاط واقع ہوتا ہے۔ پچھلے استوانوں کے اندر استلائی ریشے صحیح وسالم باقی رہتے ہیں، کیونکہ انحطاطی عمل صرف انھیں ریشوں تک محدود رہتا ہے جو پچھلے جذری عقدوں کے زائدوں کا اوپر کی طرف راست تسلسل ظاہر کرتے ہیں۔ حرد بین کے نیچے عصبی ریشوں کا انحطاط اور فقدان (سرشی بافت کی زیادتی ریشدار ہوتی ہے) زیادتی، اور شرائین کی دیوار کی دبازت دیکھی جاتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں رسادی مادّے کے اندر بھی تغیرات پائے جاتے ہیں، مثلاً پچھلے قرنوں کلارک کے استوانوں، بلکہ اگلے قرنون تک میں عصبی خلیوں اور ریشوں کا ذبول اور انحطاط پچھلے استوانوں پر، یا جانبی استوانوں پر بھی یا نخاع کے گرداگرد ام حنون اکثر دبیز ہو جاتا ہے۔
پچھلی عصبی جڑیں عموماً نیچے کی طرف نخاعی عقدوں تک مذبول ہو جاتی ہیں، گر یہ عقدے بیشتر تندرست ہوتے ہیں اور اسی طرح ان سے آگے کے محیطی اعصاب بھی۔ اعصاب بصری میں، ان اصابتوں میں جن کا تذکرہ کیا گیا ہے، عصبی ریشے مذبول پائے جاتے ہیں اور عصبی سرشش کی بیش بالیدگی دیکھی جاتی ہے۔
تیسرے، چوتھے، پانچویں، چھٹے، آٹھویں اور بارھویں جمجی اعصاب کے نواتوں کا، نیز عقدۂ گیسر (Gasserian ganglion) کا ذبول یا انحطاط

مختلف اصابتوں میں دیکھا گیا ہے لیکن ہزال میں معکوس فالج قزحیہ (iridoplegia) کا ضرر یقینی طور پر معلوم نہیں اگرچہ اغلب ہے کہ وہ درمیانی دماغ کے گرد بطینی جرم کے اندر واقع ہوتا ہے۔

676

امراضیات۔ ہزال ظہری کے امراضیات کے متعلق مطلقاً کچھ معلوم نہیں ہے سوائے اس امر کے (جوکہ اوپر بھی بیان کیا گیا ہے) کہ یہ مرض اولی طور پر پچھلے استوانوں کے عصبی ریشوں کے اتلاف کا عمل ہے جو پیچ سلکیہ شاحب یا اس کے سمیات کی فعالیت کے باعث واقع ہوجاتا ہے۔ چونکہ ہزال ظہری میں اور عمومی شلل مجانین (general paralysis of the insane) میں یہ عمل براہ راست عصبی عناصر پر ہوتا معلوم ہوتا ہے لہٰذا اِن دونوں امراض کو اکثر نظامِ عصبی کی منتخبی آتشک (parenchymatous syphilis) کہتے ہیں تاکہ ان کی تفریق آتشک کی ان قسموں سے ہوجائے جن میں عصبی خلیوں اور ریشوں کا انحطاط سحایا اور عروق دمویہ کے عوارض کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔

چونکہ یہ مرض مزمن نوعیت کا ہوتا ہے لہٰذا اس کے امراضیاتی مطالعہ کے مواقع بالخصوص آخری نتائج تک محدود ہوتے ہیں لیکن ابتدائی اصابتوں میں ابتدائی ضرر کا مقام اس نقطے پر معلوم ہوتا ہے جہاں پچھلے جذری عقدہ سے آنے والے عصبی ریشے نخاع میں داخل ہونے کے لئے ام حنونہ میں سے گزرتے ہیں۔

ابتدائی آتشکی سرایت اور اس مرض کے آغاز کے درمیان جو دیر واقع ہوتی ہے اس کی توجیہہ مختلف طور پر کی گئی ہے۔ غالباً واقعات کی ترتیب زمانی حسب ذیل ہے اور صرف ہزال نخاع ہی پر نہیں بلکہ عصبی آتشک کی دوسری قسموں پر بھی اس کا اطلاق ہوتا ہے۔ جوثے خون میں انتشار کے دوران پیچ ہوئے سحایا میں داخل ہوجاتے ہیں اور خفیف التہابی تعامل پیدا کرتے ہیں۔ اصابتوں کی اکثریت میں اس سے کوئی علامات پیدا نہیں ہوتے لیکن دماغی نخاعی سیال خلیات اور پروٹین کی زیادتی اور بعض اوقات ذہبی منحنی کی غیر طبعی حالت ظاہر کرتا ہے۔ ایک مثبت واز رمینی تعامل ہونا نہایت شاذ ہے۔ ایسے تغیرات علاج ناکردہ ثانوی آتشک کی تمام اصابتوں میں سے ۴۰ تا ۵۰ فیصدی

میں پائے جاتے ہیں۔ یہ فرض کیا جاتا ہے کہ ان اصابتوں میں سے اکثر میں علاج سے یا علاج کے بغیر سحائی سرایت فنا ہو جاتی ہے، لیکن تھوڑی سی تعداد فیصدی میں یہ جاری رہتی ہے اور ایک مزمن لیکن سریری طور پر خاموش التہاب سحایا پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ آخر کار یہ مقامی صمغیتی دبازت کی شکل میں نمو یاب ہو جائے جس کے ساتھ دماغ یا جمجمی اعصاب یا نخاع متضرر ہو جائیں، یا ممکن ہے یہ منتشر التہاب سحایا، نحیف کی حیثیت میں جاری رہے۔ کئی سال گزر جانے کے بعد یہ دماغ کے جرم پر حملہ کرنے لگتی ہے اور منتشر سحائی دماغی التہاب پیدا کرتی ہے، جو کہ عمومی شللِ مجانین کی بنیاد ہے۔ نخاع میں یہ اسی راستہ سے داخل ہوتی ہے جس کو درآرندہ ریشے اس وقت جب کہ وہ ام حنونہ کو چھید تے ہیں اختیار کرتے ہیں، اور ہزال نخاع کے علامات کا باعث ہوتی ہے۔

علامات: جیسا کہ اس کی امراضیاتی تشریح سے توقع کیجا سکتی ہے، ہزال نخاع دراصل حسّی علامات کا مرض ہے، بالخصوص اس کے ابتدائی درجوں میں ان علامات کی اہمیت بہ آسانی نظر انداز ہو جاتی ہے، تاہم چونکہ ہمارے علاج سے زیادہ سے زیادہ توقعات صرف مرض کی ترقی کا رک جانا ہے، لہذا قبل اسکے کہ عضلی اور مفصلی حس پذیری کے بڑے عیبوں کی وجہ سے بے نسقی واقع ہو کر ایک بے بسی اور مجبوری کی حالت پیدا ہو جائے، یہ ضروری ہے کہ ہم مرض کو پہچان لیں۔ ابتدائی (پیش بے نسقی) درجہ میں ممیز علامات یہ ہوتے ہیں: درد جوارح دھڑ یا جوارح کی جلدی بیش حسیت، رکبی جھٹکے کا فقدان، اور حدقی منعکسۂ نور کا فقدان۔ یہ درجہ کئی مہینوں یا سالوں تک رہ سکتا ہے۔

وہ درد جو آلام صاعقہ کے نام سے مشہور ہیں ۹۰ فیصدی اصابتوں میں ہوا کرتے ہیں۔ وہ شدید ٹیس یا ہول جیسے یا دشابی ہوتے ہیں، اور عموماً جوارح زیرین میں ہوتے ہیں، اور بعض اوقات بازوؤں میں۔ وہ یکایک پیدا ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایسی شدت کے ساتھ ہوں کہ جس سے مریض چونک کر بستر میں اٹھ بیٹھے یا چلا اٹھے۔ ہر درد صرف چند ثانیوں تک رہتا ہے، لیکن یہ درد عموماً مکرر ہوتے ہیں اور اسی طرح جوارح کے مختلف حصوں میں کئی گھنٹوں تک آتے

اور جاتے رہتے ہیں۔ پھر ممکن ہے کہ یہ جاتے رہیں اور دوسرے دن تک نہ ہوں یا کئی دنوں یا ہفتوں کے وقفے کے بعد ہوں۔ اس طرح یہ تکرار اور مدت کے لحاظ سے نہایت بے قاعدگی ظاہر کرتے ہیں۔ مریض انھیں اکثر "ریحی" سمجھتا ہے، لیکن اگر اس سے پوچھا جائے تو وہ ان کو اس شرح و بسط کے ساتھ بیان کرتا ہے کہ جس سے مطلق غلطی نہیں ہو سکتی۔

مریض جلد کی بیش حسیت کو، جو عموماً دھڑ کے یا ٹانگوں کے بالائی حصّے پر ہوتی ہے، ابتدا ہی میں محسوس کرتا ہے اور یہ شکایت کرتا ہے کہ آہستہ سے تھپک کر چھونے، مثلاً دروں جامہ کے پہننے اتارنے سے ایک خاص طرح کا ناگوار احساس ہوتا ہے، جو تپش کی انتہاؤں سے بھی پیدا ہو سکتا ہے چنانچہ بھری غسل ناقابلِ برداشت ہوتا ہے اور مریض گرم غسل میں بیٹھنے سے بھی محتاط رہتا ہے۔

677

گھٹنے اور ٹخنے کے جھٹکے، متعلقہ معکوس قوسوں کی حسّی جانب پر اثر انداز ہونے کے باعث اس درجہ میں عموماً ناپید ہو جاتے ہیں۔ اور یہ جان لینا ضروری ہے کہ جھٹکے کی ناپیدی سے پہلے اس میں سُستی یا کمی واقع ہو جاتی ہے اور یہ کہ اکثر ایک جارحہ دوسرے جارحہ سے پہلے ماؤف ہوتا ہے۔ اسی واسطے دونوں جانبوں کے متناظر وتری جھٹکوں کے درمیان نمایاں فرق کی موجودگی تشخیصی اہمیت رکھتی ہے۔

ان اصابتوں کی ۴/۵ سے زائد تعداد میں حدقاتِ آرگائل رابرٹسن (Argyll-Robertson pupils) پائے جاتے ہیں۔ جب یہ حالت کامل طور پر نمو یافتہ ہوتی ہے تو حدقات غیر مساوی، بے قاعدہ خاکے کے، یا منحرف المرکز ہوتے ہیں، اور وہ توفیق کا تعامل ظاہر کرتے ہیں مگر روشنی سے غیر متاثر رہتے ہیں، لیکن یہاں بھی یہ یاد رکھنا چاہیے کہ نوری معکوس کے فقدان سے پہلے اس میں کمی یا سُستی پیدا ہو جاتی ہے۔ عام طور پر آرگائل رابرٹسن کا حدقہ چھوٹا ہوتا ہے۔ یہ اکتسابی ہزال نخاع میں کبھی کبھی طبعی سے بڑا ہوتا ہے اور پیدائشی قسم میں تقریباً ہمیشہ ایسا ہوتا ہے۔

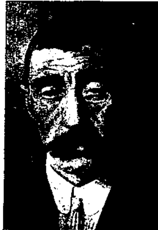
مزید برآں اکثر بالکل ابتدا ہی میں پاؤں اور ٹانگوں کے زیرین حصے میں خفیف سی عدم حسیت اور کبھی کبھی ایک یا زائد عضلات چشم کا عارضی شلل بھی پیدا ہو جاتا ہے جس سے بلحاظ اس امر کے کہ کونسا عضلہ ماؤف ہوا ہے دو نظری یا حول یا استرخاء الجفن پیدا ہو جاتا ہے۔

خفیف درجہ کا دو جانبی استرخاء الجفن جس کے ساتھ ابرو میں نمایاں شکن پڑ جاتے ہیں کیونکہ آنکھوں کو زیادہ کھلا رکھنے کی ایک مستقل کوشش کی جاتی ہے اکثر اوقات چہرے کی ایک کسی قدر ممیز شکل پیدا کر دیتا ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۸۸)۔

دوسرے درجہ میں جو نمو یافتہ مرض یا حقیقی سکان حرکی بے نسقی کا درجہ ہے نمایاں خاصہ جوارح زیرین کی عضلی ناہم آہنگی ہوتی ہے اور اس کے ساتھ عدم حسیت کی زیادتی اور دوسرے حسی عوارض ہوتے ہیں اور مثانہ کے افعال میں خرابی پائی جاتی ہے۔ دوسری حالتیں جو ابتدائی درجہ میں دیکھی جا سکتی ہیں یہ ہیں:۔ نام نہاد معدی اور دوسرے بحرانات، بعض پرورشی اختلالات اور ذبول عصب بصری۔

حرکی بے نسقی (ataxy)، جیسا کہ اس کے خطاب مکان حرکی سے ظاہر ہے، بالخصوص پہلے جوارح زیرین میں دیکھی جاتی ہے اور کثیر التعداد اصابتوں میں انہیں تک محدود ہوتی ہے۔ ابتداءً مریض کی چال میں صرف خفیف سی لڑکھڑاہٹ ہوتی ہے وہ بالکل سیدھا چلنے میں دقت محسوس کرتا ہے، اس دقت کو رفع کرنے کے لئے کسی قدر اپنی ٹانگوں کو علیحدہ کرتا ہے، اس راستہ پر جس پر وہ چل رہا ہے احتیاط کے ساتھ نظر جمائے رکھتا ہے، اور جب مڑنے کی کوشش کرتا ہے تو اپنا توازن بآسانی کھو بیٹھتا ہے۔ اندھیرے میں جب کہ نظر کے احساسات سے رہنمائی حاصل نہیں ہوتی وہ اور بھی زیادہ لڑکھڑانے لگتا ہے اگر کاشف رامبرگ (یعنی ایڑیوں کو قریب رکھ کر اور آنکھیں بند کر کے بلا سہارے کھڑا رہنا) استعمال کیا جائے تو مریض لڑکھڑاتا یا گر جاتا ہے۔

ایک بعد کے درجہ میں وہ اب بھی چلنے پر قادر ہوتا ہے، لیکن ٹانگیں بےترتیبی کے ساتھ اوپر کھینچ لی جاتی یا جھٹکا دے کر اٹھالی جاتی ہیں۔ وہ اکثر تیزی کے ساتھ آگے کو پھینکی جاتی ہیں اور ایڑیاں زور سے نیچے زمین پر لائی جاتی ہیں۔ مڑنا پہلے کے نسبت اور بھی زیادہ مشکل ہوتا ہے اور ایک لکڑی، دیوار یا کسی دوست کی مدد سے بہت احتیاط کے ساتھ انجام دیا جاتا ہے۔ تاہم عضلی طاقت اچھی رہتی ہے۔ جب مریض کرسی پر بیٹھا ہوا اور طبیب اس کی ٹانگ کو خمیدہ کرنے کی کوئی معمولی سی کوشش کرے تو وہ اس کوشش کے مقابلہ میں اپنی ٹانگ سامنے کو بسط شدہ رکھنے پر قادر ہوتا ہے۔ مزید برآں اس کے عضلات معمولی حجم کے ہوتے ہیں اور معمولی برقی تعاملات ظاہر کرتے ہیں۔ ان بےترتیب اور اسی واسطے ناکارگر حرکات میں طاقت بہت رائیگاں جاتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریض جو فاصلہ چل کر طے کرسکتا ہے وہ گھٹ کر ایک یا دو میل رہ جاتا ہے۔ آخر کے درجوں میں بےنسقی ایسی ہوسکتی ہے کہ وہ لکڑیوں، کرسی، یا دونوں طرف ایک دوست کی مدد کے بغیر مطلق نہیں چل سکتا۔ اور بالآخر ممکن ہے کہ وہ بستر سے



تصویر ۸۸۔ ہزال نخاع کی ایک کہنہ اصابت میں چہرہ کا ممیز منظر ظاہر کرتی ہے (مہزول چہرہ) (ٹرنر اور اسٹوارٹ Turner and Steward: کی تقلید میں)۔

نہ اٹھ سکے۔

بعض اوقات مرض میں بہت دیر کے ساتھ بازو بھی ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن ان کی بے نستی عموماً اس بے نستی کے نسبت جو ٹانگوں میں دیکھی جاتی ہے، کم وسیع ہوتی ہے۔ لیکن بعض اصابتوں میں جو کہ نام نہاد عنقی ہزال (cervical tabes) کی ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ مرض بالائی جوارح کے عارضہ کے طور پر شروع ہو۔

معکوس عضلی تنش کے نقصان کا، جو کہ پہلے ہی وتری جھٹکوں کی غیر موجودگی کی حیثیت سے ظاہر ہو چکا ہے، ایک دوسرا نتیجہ کم تنشی (hypotonia) ہے۔ اس حالت میں جوارح کی ایک نمایاں حرکت پذیری موجود ہوتی ہے، چنانچہ مفاصل جھول طور پر نہایت غیر طبعی حد تک خم یا بسط کئے جا سکتے ہیں بلا کسی ایسی مزاحمت یا درد کے جیسے کہ تندرست افراد میں پیدا ہوتے ہیں۔

جلدی عدم حسیت (cutaneous anæsthesia) اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ عام طور پر وہ اس شکل میں ہوتی ہے کہ نرم روئی یا پن چبھنے اور تپش کی حس پذیری میں کمی ہو جاتی ہے، اور یہ کبھی پاؤں اور ٹانگوں کو، بازوؤں کے زندی کناروں کو، اور دھڑ کو بغلیوں کے لیول اور ناف کے لیول کے درمیان ماؤف کرتی ہے۔ نقدانِ حس کا نمایاں ترین مظہر یہ ہے کہ پن چبھنے کے درد کی بے حسی ہوتی ہے، اور یہ بے حسی درد اکثر ناک کے گرد کی جلد میں بھی پائی جاتی ہے۔ پاؤں کی عدم حسیت ایک ایسا احساس پیدا کر دیتی ہے جیسے مریض "نرم روئی پر چلنے جیسا" بیان کرتا ہے۔ مختلف اصابتوں میں احساس کی بہت کسی دوسری ترمیمات دیکھی جاتی ہیں، مثلاً جوارح میں سوزشی یا قارص درد، جو آلام صاعقہ کے نسبت زیادہ مسلسل ہوتے ہیں۔ ٹانگوں، جنگاسوں، اعضائے تناسل یا دھڑ میں ضیق کا احساس (آخر الذکر کو اکثر نطاقی درد" = "girdle pain" کہتے ہیں)۔ جھنجھناہٹ، انشکاک، اور سردی یا گرمی کا احساس۔

زیادہ گہری بافتوں میں بھی بے حسی درد ہوتی ہے، چنانچہ پنڈلی کے عضلات یا وتر اخیلی میں زور سے چٹکی لینے سے درد نہیں ہوتا۔ وضع اور

حرکت مجہول کے حواس کے نقصان کا مظاہرہ اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ جب مریض اپنی آنکھیں بند کرلے تو وہ اپنے جوارح کی وضع سے لاعلم ہوتا ہے، اور شاید ان کو حرکت دے تو مریض کو اس حرکت کی خبر نہیں ہوتی، اور جب کوئی پیچیدہ عضلی افعال انجام دیئے جائیں تو ان میں ناہم آہنگی پائی جاتی ہے۔ ایک اور کارآمد امارت یہ ہے کہ ایک بڑے نثر کے دوشاخے کے ارتعاشات کی حس پذیری مفقود یا کم ہوتی ہے جس کا مظاہرہ عموماً گٹوں، پیش ساق، اور عجز پر کیا جاسکتا ہے۔

حشائی عدم حسیت (visceral anæsthesia) اس شکل میں دیکھی گئی ہے کہ خصیتی احساس غیر موجود ہوتا ہے، اور گھٹنے لگانے پر شراسیف کی حساسیت میں کمی پائی جاتی ہے، اور دبانے پر قصبتہ الریہ کرہ چشم اور پستان کی حساسیت میں کمی پائی جاتی ہے۔

مثانہ حسب ذیل طریقے پر ماؤف ہوتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں خراش ہوتی ہے اور ساتھ ہی پیشاب بار بار آتا ہے، اور خواہش محسوس ہوتے ہی پیشاب کرنا ضروری ہوجاتا ہے۔ بعد میں مخرج بول عضلہ کمزور ہوجاتا ہے اور پیشاب کی دھار سست بہتی ہے، یا وہ صرف قطرہ قطرہ ہوتا ہے۔ بعض اوقات احتباس ہوجاتا ہے اور اس کے ساتھ لب ریزی سے سلس البول ہوجاتا ہے۔ عضلۂ عاصرۃ المبرز (sphincter ani) ممکن ہے کمزور ہوجائے، یا مبرز کی حس ناپذیری کی وجہ سے براز کا اخراج غیر شعوری طور پر ہوجائے۔ تناسلی قوت عموماً مفقود ہوتی ہے، اور نامردی اس مرض کی ایک ابتدائی علامت ہونا ممکن ہے۔

احشاء کے وظیفی اختلالات، جن کو بحرانات (crises) کہتے ہیں تیز تا ½ اصابتوں میں واقع ہوتے ہیں۔ ان سب میں معدی بحران (gastric crisis) (crise gastrique) نہایت کثیر الوقوع ہے۔ ہر حملہ میں شراسیف میں شدید درد ہوتا ہے، جس کے ساتھ قئے ہوتی ہے، اور یہ قئے پہلے صاف سیال کی ہوتی ہے، جس کی مقدار اکثر بڑی ہوتی ہے، اور بعد میں صفراوی بلکہ خون کی قئے ہوتی ہے۔ درد بلا قئے کے اور قئے بلا درد کے ہوسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ ساتھ جلدی بیش حسیت بھی پائی جائے، مگر عضلات شکم

کی کرختگی، جیسی کہ التہاب - بار یطون میں پائی جاتی ہے، ہمیشہ نہیں ہوتی - نیز اکثر اوقات اختلاج یا قلب کی بے قاعدگی ہوتی ہے - یہ حملے سوء ہضم کے اسبق علامات کے بغیر ناگہانی طور پر ہو جاتے ہیں، اور ان کے رفع ہونے کے بعد معدے کے وظائف بالکل طبعی ہو جاتے ہیں - ان کی مدت بالکل مختصر بھی ہے یا ممکن ہے کہ یہ کئی دنوں تک جاری رہیں اور مریض کی حالت شدید خستگی اور ہبوط کی ہو جائے - دوسرے بحرانات جو بیان کئے گئے ہیں یہ ہیں:- 679

مستقیمی بحران (rectal crisis) جس میں مستقیم میں دوری درد اور شدید تاسیر ہوتی ہے - صنفی بحران (sexual crisis) جس میں ایسے احساسات ہوتے ہیں جو اعضائے تناسل سے منسوب کئے جاتے ہیں، معوی بحران (intestinal crisis) جس میں اسہال کے دورے ہوتے ہیں - کلوی بحران (renal crisis) جس میں درد گردہ کے دورے ہوتے ہیں - مثانی یا مجری البولی بحران (vesical or urethral crisis) جس میں مثانہ یا مجری البول میں درد ہوتا ہے - حنجری بحران (laryngeal crisis) جس میں حنجری تشنج اور ساتھ ہی شہیقی اور زفیری صرصرہ، کھانسی اور بہر ہوتا ہے - اور انفی یا شعبی بحران (nasal or bronchial crisis) جس میں چھینکنے یا کھانسنے کے دورے ہوتے ہیں -

ہزال نخاع کا قرحہ ثاقب غالباً ہمیشہ پاؤں کے کسی جزو یا کسی ایک پا انگلی کی عفونتی سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے، جب کہ یہ بوٹ کے دباؤ سے متاثر رہی ہو - التہاب زدہ حصہ بے درد ہونے کی وجہ سے اس کے اور زیادہ رگڑے جانے کا امکان ہوتا ہے اور ایک قرحہ نمو یاب ہو جاتا ہے - اصابتوں کی بہت بڑی اکثریت میں اس شکایت کی ابتدا ایک گوکھرو (corn) سے ہوتی ہے، جو بے درد ہونے کی وجہ سے مریض اس کو کاٹتا یا نوچتا ہے یہاں تک کہ اس سے خون بہنے لگتا ہے جس سے سرایت کو داخل ہونے کا موقع ملتا ہے - یہ قرحات ایک مرتبہ بننے کے بعد پھر مندمل نہیں ہوتے اور اسکی خاص وجہ اس آرام کا فقدان ہے جو مقتضیات در معمولی حالات میں

بہم پہنچا دیتے ہیں، لیکن ممکن ہے جزوی طور پر اس کا انحصار اس وعائی حرکی اعصاب کے تشتّل پر ہو جو کہ مرض کا نتیجہ ہوتا ہے۔

بعض اصابتوں (تقریباً ۶ فیصدی) میں، ہڈیوں اور جوڑوں میں اہم تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، جن کو مرض شارکاٹ (Charcot 's disease) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۹۰)۔ کیفی حیثیت سے یہ تغیرات وہی ہیں جو عظمی مفصلی التہاب (osteo-arthritis) یا رثیت آسا مفصلی التہاب (rheumatoid arthritis) میں واقع ہوتے ہیں، یعنی کرّی کا آکال، ہڈیوں کے سروں کی لاغری، رباطات کا تعظّم اور نئی عظمی برزوں یا لیدگیاں۔ دو خاص قسمیں ہوتی ہیں۔ (۱) ذبولی قسم، جس میں کیسہ زلالی سے بہت متمدّد ہو جاتا ہے، مگر دو پیش کے رباطات تلف ہو جاتے ہیں، ہڈی جذب ہو جاتی ہے، اور زلالی جھلی کے تکاثر سے جھالریں بن جاتی ہیں۔ اس کا نتیجہ ایک کلاں شدہ اور زائد الحرکت مفصل ہوتا ہے جس کی حرکت پذیری غیر معمولی طور پر زیادہ ہوتی ہے، مثلاً ممکن ہے گھٹنے میں جانبی حرکت اور پیش بسط شدگی ظاہر ہونے لگے۔ (۲) بیشی پرورشی قسم جس کا نتیجہ خاصۃً ہڈی کی بیش پرورش ہے جس سے جوڑ کے گرد عظمی گومڑے بن جاتے ہیں۔



تصویر ۹۰۔ ہزال نخاع کی اصابت میں دونوں گھٹنے اور ٹخنے کا دائرالمفصل (مفاصل شارکاٹ) ظاہر کرتی ہے۔ (ٹرنر اور اسٹوارٹ کی تعلیل میں)۔

نیز استسقاء المفصل اور جوڑوں کے دوسرے حصوں میں ذبول کا وقوع۔ یہ بڑے عظمی ترقی زائدے تجبیت پیدا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں، اور حرکت کرنے پر کڑکڑ ظاہر ہوتا ہے۔ مرض شارکٹ کی ابتدا حاد ہو سکتی ہے، جب کہ سریع ورم، درد اور تکلیف پیدا ہو جاتی ہے۔ درد جاتا رہتا ہے مگر ورم باقی رہتا ہے، یا ممکن ہے کہ ورم ابتدا ہی سے بلا درد ہو۔ ممکن ہے کہ وہ خفیف سے ضربہ سے شروع ہو جائے۔ دوسری اصابتوں میں ابتدا غیر محسوس طور پر اور بلا درد کے ہو سکتی ہے۔ تقریباً نصف اصابتوں میں گھٹنے ماؤف ہوتے ہیں، اور اس سے بھی کم عام طور پر کولہا، پاؤں، ٹخنہ، شانہ، کلائی اور کہنی۔ ممکن ہے کہ مفصل کے گرد کی بافتوں میں اُذیما ہو اور اوپری وریدیں متسع ہو جائیں۔ پیچیدگیاں حسب ذیل ہوتی ہیں:۔ خفیف ضربہ کے سبب سے جوڑ کے اندر نزف، خلع، ثانوی سرایت کی وجہ سے تقیح، اور کسر جس کے ساتھ دشبذ کی زیادہ تکوین ہوتی ہے۔ مرض شارکاٹ کا سبب دراصل وہی ہوتا ہے جو رثیت آسا مفصلی التہاب اور عظمی مفصلی التہاب کا ہوتا ہے، اس ترمیم کے ساتھ کہ اس میں پرورشی اثرات کا فقدان ہوتا ہے، اور ایک مزمن طور پر ملتہب مفصل کا زیادہ استعمال کیا جاتا ہے کیونکہ مریض درد کی وہ حس نہیں رکھتا جو معمولاً اس کا استعمال روک دیتی ہے۔

عصب بصری کا اولی ذبول تقریباً ⅓ اصابتوں میں واقع ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ استبصاری میدان کا انقباض محیط سے لے کر اندر کی طرف ہو جاتا ہے۔ عارضہ اکثر اوقات برابر ترقی کرتا ہوا کامل اندھے پن تک پہنچ جاتا ہے۔ آتشکی ذبول عصب بصری ممکن ہے ہزال النخاع کی خفیف شہادت کے ہمراہ پایا جائے، یا عصبی آتشک کے واحد مظہر کے طور پر پایا جائے۔

مرض کا مآل۔ علاج نا کردہ مرض کا مآل بالعموم انتہائی طور پر سست ہوتا ہے۔ آلام صاعقہ یا بحرانات، مدقی یا معکوسی امارات سے دو یا تین سال پہلے واقع ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ قبل اس کے کہ وضعی حس کے فقدان سے بے نسقی پیدا ہو، دس سال یا زیادہ گزر جائیں۔ تاہم بعض مثالوں میں آغاز مرض ہمیشہ ناگہانی اور مآل سریع ہوتا ہے اور ایسی اصابتوں میں بے نسقی آلام صاعقہ ہوئے بغیر واقع ہو سکتی ہے۔

جدید العصر دافع آتشک علاج کے رواج سے پہلے یہ امر تسلیم کیا جاتا تھا کہ

ہزال نخاع ایک اپنے آپ سے محدود رہنے والا مرض ہے، اور ممکن ہے کسی درجہ پر بھی رک جائے، لیکن علاج کے ان طریقوں سے جو کہ اب استعمال کیے جاتے ہیں، بے نسقی کے درجہ تک ترقی کرنے والی اصابتوں کا تناسب پہلے کی بہ نسبت معتد بہ طور پر کم ہے۔

یہ مرض بجائے خود مہلک نہیں ہے، لیکن اس کے مریضوں کی خاصی تعداد مثانہ خالی کرنے میں وقت دیر تک جاری رہنے کی وجہ سے التہاب حوض کلیہ سے مرجاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں مجانین کا عمومی شلل نمویاب ہوجاتا ہے، اور اس حالت کو ھزالی اھتراضا (tabo-paresis) کہتے ہیں۔

تشخیص۔ ہزال نخاع کے ابتدائی درجہ میں اس کے آلائم صاعقہ پر اکثر اوقات رثیتی دردوں کا دھوکا ہوتا ہے، لیکن ہزال نخاع کے دردوں کی امتیازی خصوصیات جو پہلے بیان کی جا چکی ہیں ایسی ہیں کہ اس علامت کا محتاط تجزیہ کرنے سے کوئی غلطی نہ ہونے پائے گی۔ سریع الزوال دو نظری کو، جو کہ ایک عام ابتدائی علامت ہے، دوسرے امراض اور خاص کر منتشر صلابت میں واقع ہونے والی دو نظری سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ حشائی اور خاص کر معدی بحرانات پر التہاب زائدہ (appendicitis)، قرحہ مثقوب (perforated ulcer) یا دوسری حاد حشائی آفت زدگی کا دھوکا ہو سکتا ہے۔ ہزال نخاع کے متلازم امارات مثلاً حدقات یا معکوسات کی غیر طبعی حالت کے علاوہ بحران کا سوء ہضم کی سابقہ سرگذشت کے بغیر اچانک ہونا اسے معدی قرحہ سے متفرق کرنے میں مدد دیتا ہے۔ کسی دوسرے سبب کے بغیر احتباس بول اور نامردی ایسی علامات ہیں کہ جن سے ہمیشہ اس مرض کا شبہ پیدا ہونا چاہیے۔ بے نسقی کے درجہ میں کثیر عصبی التہاب کی بعض شکلوں سے اور نخاع کے تحت الحاد خلوط انحلاط سے تشخیص کرنی پڑتی ہے۔ سب سے زیادہ اہمیت کا نکتہ یہ ہے کہ ان دونوں میں سے کسی میں بھی پتلیاں متاثر نہیں ہوتیں اور نہ آلائم صاعقہ کی سرگذشت ملتی ہے۔ کثیر عصبی التہاب میں آغاز مرض بالعموم حاد ہوتا ہے اور ممکن ہے خوارج کے عضلات میں کمزوری اور لاغری ہو، عضلات بھی بالعموم دبانے پر الیم ہوتے ہیں۔

تحت الحاد مخلوط انحطاطیں اخصی محیتیں بالعموم باسط ہوتی ہیں۔ ایک عجیب و غریب مرض جس کے متعلق ہم کو بہت کم معلومات ہیں اور جس کو بلاشبہ زمانۂ ماضی میں ہزال نخاع کے ساتھ خلط ملط کیا گیا ہے، وہ ہے کہ جس میں ایک یا بعض اوقات دونوں پتلیاں اس طرح متاثر ہو جاتی ہیں کہ وہ روشنی سے نہایت آہستہ منقبض ہوتی ہیں اور سایہ سے اتنی ہی آہستہ متسع ہوتی ہیں۔ متاثرہ پتلی پہلے پہل دوسری سے بڑی ہوتی ہے۔ تعال بالتوفیق بھی اسی انداز سے متاثر ہو جاتا ہے، اور بدنی عضلاتی اکثر اوقات عارضی طور پر متاثر ہو کر قوت ماسکہ جاتی رہتی ہے۔ پتلیوں کی غیر طبعی حالت کے ساتھ ساتھ اکثر اوقات بعض وتری جھٹکے مفقود پائے جاتے ہیں۔ اس میں مبتلا ہونے والے افراد نوجوان اور باقی ہر طرح سے تندرست ہوتے ہیں اور زیادہ تر زنانہ صنف کے ہوتے ہیں۔ ہزال نخاع کے اور کوئی علامات نہیں موجود ہوتے، اور خون اور نخاعی سیال طبعی ہوتے ہیں۔ یہ حالت غالباً کثیر عصبی التہاب کی ایک شکل ہے۔

جب ہزال نخاع کی تشخیص کے متعلق شبہ ہو تو بالعموم خون اور نخاعی سیال کے امتحان کے ذریعہ اس کو رفع کیا جا سکتا ہے۔ بالعموم دونوں میں واز مینی تعامل مثبت ہوتا ہے، اور نخاعی سیال خلیات اور پروٹین کی زیادتی، اور آتشکی قسم کا کولائیڈی منحنی ظاہر کرتا ہے۔ بعض اوقات نخاعی سیال مثبت کشوفات دیتا ہے اگرچہ خون منفی ہوتا ہے، اور ہزال نخاع کی بعض اصابتوں میں، غالباً صرف ایقاف یا سکون کے درجہ میں، خون اور نخاعی سیال دونوں طبعی ہوتے ہیں۔ یا پھر مثبت خون، ایک طبعی سیال کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔

681

تحریز۔ یہ اولاً یہ ہے کہ آتشک کی روک تھام کی جائے۔ اگر آتشک کا مرض لاحق ہو گیا ہے تو جلد اور مستعدی کے ساتھ دافع آتشک تدابیر اختیار کی جائیں۔

علاج۔ اس پر نوعی اور علاماتی، ان دو عنوانوں کے تحت غور کیا جا سکتا ہے۔
نوعی علاج۔ حالیہ سالوں سے آتشک کی تمام شکلوں کے علاج میں سالورسان (salvarsan) یا مماثل مرکبات استعمال کرنے کا عام رواج ہو گیا ہے،

اور ہزال کی اصابتوں کا علاج بھی عموماً ایسے ہی ذرایع سے کیا جاتا ہے۔ جن اصولوں سے کام لیا جائے وہ وہی ہیں جو آتشکی نخاعی التہاب (syphilitic myelitis) کے علاج کے لئے مقرر کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 666)۔ ممکن ہے کہ معقول علاج سے مریضوں کی اکثریت میں علامات میں تخفیف ہوجائے اور رفتارِ مرض سست ہوجائے یا رک جائے۔ ہزال میں بھی پارہ اور آیوڈائڈز (iodides) اسی طرح دیئے جاتے ہیں جس طرح کہ آتشکی نخاعی التہاب میں۔

علاماتی علاج۔ آلامِ صاعقہ کے لیے دافع درد دواؤں میں سے کوئی ایک دوا تنہا یا بحالتِ امتزاج آزمائی جا سکتی ہے۔ ایک سفوف جو پانچ پانچ گرین ایسپرین (aspirin)، فینسٹین (phenacetin) اور ویرامان (veramon) پر مشتمل ہو مفید ہے۔ اگر دوسری تدابیر ناکام رہیں، تو افیون یا اس کے مشتقات کسی شکل میں استعمال کیے جا سکتے ہیں۔ پانچ پانچ گرین ایسپرین اور فینسٹین مع ½ گرین ہیروئن ہائیڈروکلورائیڈ (heroin hydrochloride) ایک مفید برشامہ ہے۔ حرارت بھی بعض اوقات مفید ہوتی ہے، اور بعض حالتوں میں ایک دافع درد مقدار دوا ایسے نہایت گرم غسل کے ساتھ دیجائے کہ جسے مریض برداشت کر سکتا ہو، آلامِ صاعقہ کے حملہ کو روک سکتی ہے۔ مارفیا کے زیر جلدی اشرابات کو صرف ایک آخری چارۂ کار کے طور پر استعمال کرنا چاہئے، لیکن بعض اوقات یہ ضروری ہوتے ہیں۔ بالعموم سوائے ڈاکٹر یا نرس کے ان کو کوئی دوسرا نہ دے اور ان کو درد کے شدید دوروں کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے، کیونکہ عادت پڑ جانے کا معتدبہ خطرہ ہے۔

بعض اوقات مریض کو غسل دینے (جو نہایت گرم ہو کہ جسے مریض برداشت کر سکے) اور پھر گرم پانی کی تھیلیاں رکھ کر اسے بستر میں لٹانے اور ¼ گرین مارفین (morphine) تحت الجلدی راہ سے دینے سے معدی بحران کو روکا جا سکتا ہے۔ حملہ کی شدت کے وقت تخفیفِ درد کے لیے مارفیا کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اگر حملہ طویل مدت تک رہے تو مستقیمی راہ سے غذا دینا ضروری ہے۔

ان اصابتوں میں جن میں متواتر معدی بحرانات کی وجہ سے مریض کی

زندگی تقریباً ناقابل برداشت ہو گئی ہو، ایک جراحی کارروائی جس سے کسی قدر کامیابی حاصل ہوئی ہے یہ ہے کہ نخاع کو منکشف کر کے بالائی صدری خطے میں مقدم جانبی صاعد خطوں کو قطع کر دیا جائے۔

مثانہ پر توجہ دینا نہایت ضروری ہے، اور اگر احتباس بول ہو تو کاتا طیر استعمال کرنا چاہئے۔ اسٹرکنین (strychnine) کے استعمال سے قوت مخرجہ بڑھائی جا سکتی ہے، اور لفاح (belladonna) سے سلسل البول میں کمی کی جا سکتی ہے۔

حنجری بحرانات کے لیے امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کا استنشاق تسکین دیتا ہے۔

بے نسقی کے لیے تدریجی ورزشوں (فرینکل کی ورزشوں Fraenkel's exercises =) کے ذریعہ بہت کچھ کیا جا سکتا ہے۔ یہ دراصل ایک بازتربیت کا عمل ہے، جس میں مریض کو استبصاری احساسات کے ساتھ عضلی حرکات کو ہم آہنگ کر کے اپنی حس وضع کے نقصان کی تلافی کرنا سکھایا جاتا ہے۔ یہ ورزشیں بستر پر شروع کی جا سکتی ہیں، اور مریض کو سادہ ہم آہنگ حرکات کی مشق کرائی جاتی ہے جیسے کہ ٹانگ کو ایک خاص بلندی تک اٹھا کر پھر اُسے نزاکت کے ساتھ کسی ایسی شے کے تماس میں لا کر رکھا جائے جو اسی غرض سے رکھدی گئی ہو۔ پھر بیٹھی اور کھڑی وضع میں حرکات کرانے کے بعد، اس کو بازتربیت چلایا جاتا ہے، اور اس دوران میں استبصاری حس کا پورا استعمال کرایا جاتا ہے۔ چنانچہ اُسے سکھلایا جاتا ہے کہ ایک دیوار کے سامنے کھڑا ہو کر پاؤں اٹھا کر دیوار پر کے مختلف نشانات کو چھوئے، نیز یہ کہ اپنے ہاتھوں کے سہارے سے خود کو سنبھال کر فرش پر بنائے ہوئے نشانات قدم پر اپنے پاؤں ٹھیک ٹھیک رکھتا ہوا آگے بڑھے، اور علی ہذا القیاس۔ اس طریقے سے اکثر ایک صاحب فراش مریض کے لئے کسی قدر نقل و حرکت کی فعالیت حاصل کرنا ممکن ہو جاتا ہے۔

تحت الحاد مخلوط انحطاط

(subacute combined degeneration)

یہ ایک ایسا مرض ہے جس کو کسی زمرے میں شمار نہیں کیا جا سکتا۔ اس کی ممیز خصوصیت نخاع کے پچھلے اور جانبی استوانوں کے ریشوں کا ترقی پذیر وسیع انحطاط ہے، جس کے ساتھ عموماً متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) ہوتی ہے۔ اگر اس کا علاج نہ کیا جائے تو اس کا نتیجہ تین ماہ سے لے کر چار سال میں مہلک اختتام ہوتا ہے۔

682

اسباب۔ یہ مرض پچاس اور ساٹھ سال کی عمروں کے درمیان نہایت عام ہوتا ہے، اور کمترین اور بیشترین عمریں جن میں اس کا حملہ مرقوم ہے چھبیس اور ستر سال ہیں۔ اس کی حقیقی تسبیب کے متعلق کچھ معلوم نہیں ہے۔ اصابتوں کی بڑی اکثریت میں اس کا متلف عدم دمویت کے ہمراہ پایا جانا اور اسی علاج کی مجیبیت کرنا جو کہ اس مرض میں مفید ہے، اس امر کی دلیل ہے کہ نخاع کے تحت الحاد مخلوط انحطاط کا انحصار بہر حال جزوی طور پر غذا سے کوئی ایسی شے جذب نہ ہونے پر ہے جو عصبی ریشوں کی صحت کے لیے ضروری ہے۔

امراضیات۔ اصابتوں کی بہت بڑی اکثریت میں جب نخاعی مرض کے علامات پہلے پہل نمودار ہوتے ہیں، تو متلف عدم دمویت کی شہادت پہلے ہی موجود ہوتی ہے۔ تاہم چند اصابتوں میں نخاعی علامات عدم دمویت کے علامات سے پہلے موجود ہوتے ہیں۔

جیسا کہ متلف عدم دمویت میں ہوتا ہے، معدی بے کیلوسی عام ہے۔ تحت الحاد مخلوط انحطاط سرطان معدہ، پیلاگرا (pellagra) اور ارگٹزم (ergotism) کے ساتھ بھی پایا جاتا ہے۔

مرضی تشریح۔ خردبینی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ نخاع طبعی جسامت کی ہوتی ہے، برخلاف اس حالت کے جو منتشر صلابتی اعجال میں پائی جاتی ہے۔ عرضی تراشش میں سفید مادے کے اندر کے انحطاط یا فقرہ رقبے رمادی مائل جگہوں

نخاع کی تراشیں وئیگرٹ پال کے طریقہ سے رنگی گئی ہیں تاکہ حرکی عصبیوں کے مرض، تحت الحاد مخلوط انحطاط، اور فریڈیک کی بے نسقی میں جو حالتیں پائی جاتی ہیں وہ ظاہر کی جائیں۔ شاحب رقبے انحطاط یافتہ خطوں کو ظاہر کرتے ہیں۔ تندرست ریشے سیاہ رنگ کے ہو گئے ہیں۔



تصویر ۱۔ حرکی عصبیوں کا مرض۔ وسط صدری لیول۔ ہرمی خطوں کے ریشے، اور کسی قدر کمتر حد تک مقدم اور جانبی استوانوں کے دوسرے ریشے انحطاط یافتہ ہیں۔



تصویر ۲۔ تحت الحاد مخلوط انحطاط۔ بوتعاصدری فلقہ۔ پچھلے استوانوں اور تقاطع کردہ ہرمی خطوں کا انحطاط۔



تصویر ۳۔ فریڈیک کی بے نسقی۔ چھٹا عنقی فلقہ۔ پچھلے استوانوں، ظہری نخاعی دمیغی خطوں، اور کمتر حد تک ہرمی خطوں کا انحطاط۔

بالمقابل صفحہ 682.

کی طرح نظر آتے ہیں، جو وسطی ظہری خطے میں عموماً مرکزی رمادی مادّے کے گرد ایک پورا دائرہ بناتی ہیں۔ طولی ریشوں کا انحطاط اس مرض کا اصلی خاصّہ ہے۔ اُن اصابتوں میں جن میں موت ابتدائی درجوں میں واقع ہو گئی ہے، ویگرٹ پال (Weigert-Pal) کے طریقۂ تلوین سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ عمل زیرین صدری خطے کے صاعد پچھلے اور نازل جانبی اُستوانوں کے مرکزوں میں شروع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۵، تصویر ۲) جہاں سے یہ مرکز گریز رُخ میں پھیلتا ہے یہاں تک کہ اُن اصابتوں میں جن میں مہلک اختتام میں تاخیر واقع ہو گئی ہے، کوئی لبِّ پوشش ریشے باقی نہیں رہتے، باستثنائے اُن چھوٹے ایتلافی ریشوں کے جو رمادی مادّے کے گرد واقع ہوتے ہیں۔

انحطاط کی ایسی ہی چکتیاں قطنی اور عنقی کلانیوں میں بھی واقع ہوتی ہیں، اور ان چکتیوں کے تضام سے مرضی عمل طولاً پھیلتا ہے۔ انحطاط کی پہلی اَمارت مائیلینی غلافوں کا ورم ہے، جس کے بعد ان میں شحمی انحطاط واقع ہو کر اُن کے ٹوٹنے سے قطیرے بن جاتے ہیں، جو مارچی (Marchi) کے طریقۂ تلوین سے سیاہ رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی محور اُستوانہ ٹوٹ پھوٹ کر غائب ہو جاتا ہے۔ ازاں بعد انحطاطی حاصلات جذب ہو جاتے ہیں اور عصبی سریش اور اتصالی بافت کے عناصر کا ایک باریک جال باقی رہ جاتا ہے، جس میں تلف شدہ عصبی ریشوں کی جگہ خالی فضائیں موجود ہوتی ہیں۔ عروقِ دمویہ کی دیواروں میں کوئی اہم تغیرات نہیں ہوتے اور عصبی سریش کی بیشِ بالیدگی نسبتاً کم ہوتی ہے۔

عصبی خلیئے صرف اُن کے محوریوں کے انحطاط کے نتیجہ کے طور پر ہی ماؤف ہوتے ہیں۔ چنانچہ اُستوانۂ کلارک کے خلیئے خالیوں کی تکوین اور لون پاشیدگی ظاہر کرتے ہیں، جو نخاعی دُمیغی ریشوں کے انحطاط کا نتیجہ ہوتی ہے، اور پیش مرکزی قشرہ کے خلیاتِ بیٹز (Betz cells) مماثل تغیرات ظاہر کرتے ہیں، جو ہرمی خطوں کے اتلاف کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

شاذ اصابتوں میں نخاع کے اندر چھوٹے چھوٹے نزفات منتشر

پائے جاتے ہیں لیکن یہ غالباً اختتامی واقعات ہیں، اور عصبی ریشوں کے انحطاط کا سبب نہیں سمجھے جا سکتے۔

علامات ۔ اس بیماری کا آغاز عموماً جوارح کے فسادات حسی کے ساتھ ہوتا ہے۔ یہ ہاتھ پاؤں کی انگلیوں کے سُن پن اور جھنجھناہٹ سے شروع ہوتے ہیں، جو ہاتھوں اور پاؤں تک پھیل جاتی ہے اور ان کے بعد جلد ہی اسی توزیع میں جلد کی حس پذیری میں کمی واقع ہو جاتی ہے۔ حسی نقدان کی نوعیت مختلف ہوتی ہے۔ پن چبھنے کی حس پذیری نرم روئی کی حس پذیری کی نسبت عموماً جلد جاتی رہتی ہے، اور جب ماؤف رقبہ کی توسیع ہو جاتی ہے تو درد کی حس پذیری چھونے کی حس پذیری سے پہلے مفقود ہو جاتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں دستانہ جرابی توزیع (the glove and stocking distribution) قائم رہتی ہے، لیکن جب عدم حسیت جوارح زیرین سے بڑھ کر دھڑ پر آتی ہے، تو اس کا بالائی لیول ایک غلطی خطیں ہوتا ہے۔ پچھلے استوانوں کی ماؤفیت کا ثبوت، مرض کے ابتدائی درجوں ہی جوارح میں وضع حرکت مجہول اور ارتعاش کے احساسات کے فقدان کی صورت میں ملتا ہے، اور گھٹنے اور ٹخنے کے جھٹکے مفقود ہو جاتے ہیں۔ دوسرے موضوعی مظاہر جو عام طور پر پائے جاتے ہیں کمر کے گرد جکڑاؤ اور جوارح زیرین میں تنگی یا ورم کے احساسات ہیں۔

ہرمی مرض کے امارات عموماً ان امارات کے بعد واقع ہو جاتے ہیں جن کا تذکرہ اوپر کیا گیا ہے، اور جوارح زیرین میں کمزوری کی شکایت ۔ اور باسط اعصی تہیجیت کے نمودار ہو جانے سے ظاہر ہوتے ہیں۔ دوسری احتمالوں میں ممکن ہے کہ جانبی استوانے پہلے ماؤف ہو جائیں۔ ایسی حالت میں مریض شکایت کرتا ہے کہ اس کے پاؤں بھاری معلوم ہوتے ہیں، اور چلنے میں پاؤں گھسیٹے جاتے ہیں، بالخصوص جب کہ وہ تھکا ہوا ہو۔ ازاں بعد جوارح زیرین اکڑ جاتے ہیں اور چال تشنجی یا فالج کے مریض جیسی ہو جاتی ہے۔ اگرچہ غور کے ساتھ امتحان کرنے پر غالباً ایک لے نسقی کا عنصر ظاہر ہوگا، جو عضلیاتی اور مفصلی حس پذیری کے فقدان کے باعث ہوتا ہے۔ جوں جوں

پچھلے استوانے زیادہ کامل طور پر ماؤف ہوتے جاتے ہیں تشنجی تصویر کے بجائے رخو شلل کی تصویر نمودار ہوتی جاتی ہے اور چال ہزول شخص جیسی ہوتی جاتی ہے۔ اس وقت ممکن ہے کہ مریض اپنی اکڑن میں تخفیف دیکھ کر یہ غلط امید کرنے لگے کہ اس کی حالت میں اصلاح ہو رہی ہے مگر مزید بے نسقی نمودار ہونے کے ساتھ وہ جلد ہی صاحب فراش ہو جاتا ہے۔ بالعموم یہ یا فالج عنقی کلائی سے رسد پانے والے خطوں کی بالائی حدود تک نہیں پہنچتا، اور مرض کے آخری درجوں میں بھی بالائی جوارح کی ماؤفیت محیطی عدم حسیت اور کمزوری تک محدود رہتی ہے۔

مرض کے آخری درجوں میں عضلات عاصرہ ہمیشہ ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ابتداءً تبویل کا فعل شروع کرنے میں دقت ہو جس کے بعد اقتدار کا فقدان واقع ہو جاتا ہے، اور ساتھ ہی کامل سلس البول و البراز بسرعت نمودار ہو جاتا ہے۔ اس وقت التہاب مثانہ واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے جس کا نتیجہ التہاب گردہ و حوض گردہ (pyelonephritis) ہو سکتا ہے جس سے مہلک خاتمہ ہونے کا خطرہ ہے اور قروح الفراش ناگزیر طور پر نمو یاب ہو جاتے ہیں۔

خاتمہ کے قریب مریض کی ذہنی حالت سُبات، غنودگی اور دلچسپی کی ہوتی ہے، جو کہ نمو یاب ہو کر کبھی کبھی خفیف سے ہذیان کی کیفیت میں بدل جاتی ہے۔ مخصوص حواس اور جمجمی اعصاب غیر متاثر رہتے ہیں۔ مرض کے مختلف درجوں میں معکوسات مختلف طور پر متاثر ہوتے ہیں۔ زیادہ عام قسم میں جو کہ حسی اختلال کے ساتھ شروع ہوتی ہے ٹخنے کے جھٹکے جلد ہی مفقود ہو جاتے ہیں، پھر گھٹنے کے جھٹکوں کا فقدان ہو جاتا ہے اور اس وقت تک اخمصی مجیبیت باسط نوعیت کی ہو جاتی ہے۔ اس قسم میں جو تشنجی کمزوری کے ساتھ شروع ہوتی ہے، اخمصی مجیبیت ابتداء ہی سے باسط ہوتی ہے، گھٹنے اور ٹخنے کے جھٹکے ابتداءً مبالغہ آمیز ہوتے ہیں اور بالآخر مفقود ہو جاتے ہیں تشکیلی معکوسات عموماً مرض کے آخری درجہ تک قائم رہتے ہیں۔

عدم دمویت تقریباً نصف اصابتوں میں ابتدائی معائنہ کے وقت ہی شناخت ہوسکتی ہے۔ وہ اس قسم کی ہوتی ہے جو مختلف عدم دمویت میں پائی جاتی ہے ملاحظہ ہو صفحہ 432۔ جلد کی رنگت میں اکثر ایک زردی مائل جھلک ظاہر ہوتی ہے جس کے مقابل میں ایک تیز وجنی تورّد (malar flush) کی موجودگی ممکن ہے چہرے کی ہیئت کو ممیز بنا دے۔

اگرچہ اس قسم کی عدم دمویت موت سے پہلے ان اصابتوں کی بڑی اکثریت میں پیدا ہوجاتی ہے تاہم بعض اصابتیں ایسی بھی ہوتی ہیں جن کا مرض تشیلی طور پر متذکرہ بالا مرض کی طرح ہوتا ہے لیکن کوئی ممیز دموی تصویر پیدا ہوئے بغیر مہلک خاتمہ ہوجاتا ہے۔

معدی بے ترشگی (gastric achlorhydria) ہمیشہ ہوتی ہے اور عدم دمویت کے بغیر بھی موجود ہوسکتی ہے۔

تشخیص ابتدائی درجوں میں اکثر مشکل ہوتی ہے، مگر پچاس اور ساٹھ برس کے درمیان کی عمر والے شخص کا متذکرہ بالا قسم کے محیطی فسادات حسی (peripheral paræsthesiæ) کی شکایت کرنا ہمیشہ تحت الحاد مخلوط انحطاط کا شبہ پیدا کرتا ہے، اور اس بنا پر محسوسات کی بہ احتیاط تفتیش کامل دموی امتحان اور امتحانی غذا کا استعمال کیا جاتا ہے۔

مرض کی رخو قسم (flaccid type) کو جس میں وتری جھٹکے مفقود اور محیطی عدم حسیت موجود ہو، کثیر عصبی التہاب (polyneuritis) سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ دونوں امراض میں پنڈلیاں دبانے پر الیم ہوتی ہیں۔ دونوں میں تفریق کرنے میں سرسری اہمیت کے خاص نکات یہ ہیں کہ تحت الحاد مخلوط انحطاط میں نطاقی احساس اور ناقص عاصری اقتدار کی سرگذشت کی موجودگی، اور امتحان کرنے پر جلدی کے مقابلے میں عمیق حس پذیری کی غالب ماؤفیت اور اخمصی محیبیت باسط پائی جاتی ہیں۔

مرض کی اس قسم کو ہزال نخاع سے بھی تمیز کرنا پڑتا ہے، جس میں گاہے گاہے ہری خطے ماؤف ہوکر باسط اخمصی محیبیت موجود ہوتی ہے۔ اس تعلق میں

سرگذشتِ مرض اور ساتھ ہی وہ حدتک غیر طبعی حالتیں جو ہزال نخاع میں واقع ہوجاتی ہیں، اہم نکات ہیں، اور اکثر خون اور نخاعی سیال کے امتحان سے یہ سوال حل ہوجائے گا۔

تشنجی قسم (spastic type) کو منتشر صلابت (disseminated sclerosis) سے تمیز کرنا چاہئے، جس میں رقص متعلقہ اور ارادی رعشہ کی موجودگی اور حسّ، قوت، یا بصارت کے سریع الزوال اختلالات کی سرگذشت عموماً موجود ہوا کرتی ہے۔

حملہ کس انداز سے شروع ہوتا ہے یہ امر اس مرض کو حاد التہاب نخاع (acute myelitis) یا نخاعی سلعہ سے متفرق کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ دوسرا قابل ذکر مرض جس میں پچھلے اور جانبی استوانہ کا مخلوط انحطاط واقع ہوتا ہے، مرض فریڈریک (Friedrich's disease) ہے، جس سے تحت الحاد مخلوط انحطاط کی تفریق سن حدوث اور دوسرے امارات کی بنا پر بہ آسانی ہوجاتی ہے۔

684

معدی رس میں آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ کی عدم موجودگی، اور کلاں خلوی عدم دمویت، جو کہ تحت الحاد مخلوط انحطاط کی اکثر اصابتوں کی امتیازی خصوصیت ہیں، اس قسم کی ثبت شہادت بہم پہنچاتے ہیں جو بالعموم ایک مشتبہ اصابت میں تشخیص کا فیصلہ کرنے کے لیے کافی ہوتی ہے۔

انذار۔ اب سے چند روز ہی پہلے تک انذار تقریباً ہمیشہ بُرا سمجھا جاتا تھا، کیونکہ آغاز مرض سے دو یا تین سال ہی کے اندر التہاب مثانہ یا قروح الفراش کے باعث مہلک خاتمہ کا رجحان ہوتا تھا، گو شاذ اصابتوں میں فترات بھی واقع ہوسکتے تھے۔ لیکن متلف عدم دمویت کے لئے علاج بالکبد کے رواج کے ساتھ تحت الحاد مخلوط انحطاط میں مستقبل زیادہ امید افزا نظر آنے لگا، اور اب یہ امر ظاہر ہو ہوا ہے کہ متلف عدم دمویت کی اصابتوں میں جب علامات ابھی ظاہر نہ ہوئے ہوں تو ان کو روکا جاسکتا ہے۔ یہ کہ جب نخاع کا انحطاط پہلے ہی شروع ہوچکا ہو، تو اُس کی ترقی کو موقوف کیا جاسکتا ہے۔ اور یہ کہ بہتسی

اصابتوں میں تحت الحاد مخلوط انحطاط کے علامات اور آثارات میں معتد بہ اصلاح کی جاسکتی ہے۔ تاہم یہ نتائج صرف پورے طور پر اور استقامت کے ساتھ علاج کرنے سے ہی حاصل ہوسکتے ہیں۔

علاج - علاج وہی ہے جو متلف عدم دمویت میں کیا جاتا ہے اور یہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ تحت الحاد مخلوط انحطاط کے علاج کے لیے یہ ضروری ہے کہ خلاصہ جگر، مجفف معدہ، اور لوہا اتنی مقداروں میں دیئے جائیں کہ طبیعی دموی تصویر پیدا کرکے اس کو قائم رکھ سکیں، اور اس کے علاوہ اس قائم رکھنے والی مقدار سے کچھ زائد مقدار دی جائے تاکہ مرض نخاع کا علاج ہو۔ ان اصابتوں میں جن میں علاج کے ذریعہ مرض کی ترقی تو رک گئی ہو مگر پچھلے استوانہ کو مضرت پہنچ چکی ہو، فزیکل کی ورزشوں سے (جن کی ہزال نخاع کے لیے سفارش کی گئی ہے) بڑی مدد مل سکتی ہے۔

فریڈرک کی بے نسقی

(Friedreich's ataxia)

اس مرض کا ممیز خاصہ اس کا پیدائشی رجحان اور ایک ہی خاندان کے کئی افراد میں اس کا ظاہر ہونا ہے۔ چنانچہ ایک شخص اسے اپنے بچوں میں منتقل کرسکتا ہے، یا والدین کے ماؤف ہوئے بغیر یہ مرض دو یا زائد بھائیوں اور بہنوں میں ظاہر ہوسکتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں صرف قدرے زیادہ کثیر الوقوع ہے، اگرچہ یہ ہوسکتا ہے کہ ایک خاندان میں مرد خاص طور پر ماؤف ہوں اور دوسرے خاندان میں عورتیں۔ اور یہ عموماً پہلے ابتدائی عمر میں ساتویں یا آٹھویں سال کے قریب دیکھا جاتا ہے، یا سن بلوغ میں۔ غیر خاندانی اصابتیں بھی ہوتی ہیں۔

امراضیاتی تشریح - انحطاط پچھلے استوانوں میں نخاعی دماغی خطوں میں اور ہرمی خطوں میں پایا جاتا ہے (صفحہ ۵ تصویر ۳)۔ نخاع کی دونوں جانبیں متشاکل طور پر ماؤف ہوتی ہیں، اور انحطاط وسطی صدری لیول پر سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ نخاعی دماغی ریشوں کے انحطاط کے ساتھ ساتھ استوانہ کلارک کے خلیوں اور بیضی عل

یں تغیرات پائے جاتے ہیں۔ بالعموم ذبیح کوئی امراضیاتی تغیرات نہیں ظاہر کرتا۔
مرض کا سبب یہ معلوم ہوتا ہے کہ ماؤف ہونے والے عصبی نظامات یا خلیوں میں حیویت کی ایک پیدائشی کمی ہوتی ہے۔

علامات۔ مرض کا حملہ عموماً بتدریج ہوتا ہے، اور وہ پہلے اس طرح ظاہر ہوتا ہے کہ چال بے ڈھنگی ہوتی ہے، اور کھیلتے وقت یا ایسے افعال کو انجام دیتے وقت جن میں نازک توازن کی ضرورت ہو بچہ گر جانے کا رجحان رکھتا ہے۔ ان علامات کا انحصار ناہم آہنگی پر ہوتا ہے، جو دمیغی قسم سے مطابقت رکھتی ہے اور جس کا مظاہرہ امتحان کے اُن مختلف طریقوں سے کیا جاسکتا ہے جو پہلے بیان کیے گئے ہیں (اصبع انف اصبعی اور ایڑی گھٹنا امتحان، تواتر حرکات = diadochokinesis)۔ بالعموم ٹانگوں کے نسبت بازو کسی قدر بعد میں ماؤف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض بحالتِ سکونِ جوارح کی بے قاعدہ جھٹکے دار حرکات ظاہر کرے جو داءالرقص کی حرکات سے کسی قدر مشابہ ہوتی ہیں، اور خاص کر سر کا کبوی رعشہ دیکھنے میں آتا ہے۔

یہ ناہم آہنگی جوارح تک محدود نہیں ہوتی، بلکہ گویائی کے عضلی نظام کو بھی ماؤف کردیتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نطق رک رک کر اور دھکا کے کے ساتھ ہوتا ہے۔ رقص مقلہ عموماً موجود ہوتا ہے مگر اس مرض کا نمایاں خاصہ نہیں ہوتا۔ پچھلے اُستوانوں کی ماؤفیت کی وجہ سے گھٹنے اور ٹخنے کے جھٹکے مقابلۃً ابتدا ہی میں مفقود ہوجاتے ہیں، اور جوں ہی کہ ہرمی خطے ماؤف ہوتے ہیں اخمصی منعکسات باسط ہوجاتے ہیں۔

اس مرض کا ایک مخصوص خاصہ یہ ہے کہ تقریباً ہمیشہ ڈھانچہ کے بعض تشوہات موجود ہوتے ہیں۔ ان میں سے ممیز ترین قدم مکھف (pes cavus) ہے۔ یہ وہ حالت ہے جس میں پاؤں کی محراب بہت زیادہ نمایاں ہوجاتی ہے، پاؤں کی انگلیاں بعد مشطی سلامی مفصل پر بیش بسط شدہ اور بین سلامیاتی مفصل پر خمیدہ ہوتی ہیں۔ دوسرا ممیز خاصہ التواء (scoliosis) ہے یعنی عمود الفقرات کا جانبی انحنا جو ظہری خطے میں ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ

685

عموماً کسی قدر تستنقر (kyphosis) یعنی انحنائے پیشیں موجود ہوتا ہے۔
ان تشوہات کے اسباب ناکمل طور پر سمجھے گئے ہیں۔
عموماً حس پذیری کسی اہم حد تک ماؤف نہیں ہوتی، مگر بعض اصابتوں میں احتیاط کے ساتھ امتحان کرنے پر اوپری اور عمیق دونوں قسم کی حس میں کمی پائی جاسکتی ہے۔ عضلات عاصرہ غیر ماؤف ہوتے ہیں۔ اُن مریضوں میں جو سن بلوغ سے پہلے ہی آمارات مرض ظاہر کرتے ہیں، نمو عموماً رُک جاتا ہے اور ذہنیت بھی کسی قدر طفلانہ ہوتی ہے۔ یہ مرض سالہا سال تک آہستہ آہستہ ترقی کرتا رہتا ہے مگر براہ راست مہلک نہیں ہوتا۔

تشخیص۔ تشخیص طفولی ہزال (juvenile tabes) سے کرنی پڑتی ہے جس میں حدقات آرگائل رابرٹسن، ڈبول عصب بصری اور بالتشّی آتشک کے متلازم امارات، اور ساتھ ہی خون اور نخاعی سیال میں تعامل واسّرمن کی موجودگی، تفریقی تشخیص کو یقینی کرنے کے لئے کارآمد ہیں۔ فریڈریک کی بےنسقی منتشر صلابت (disseminated sclerosis) سے بھی مشابہ ہوسکتی ہے لیکن آخرالذکر ایسی چھوٹی عمر میں شاذ ہی کامل طور پر نمو یافتہ ہوتی ہے، اور اس میں وتری جھٹکے مفقود نہیں ہوتے بلکہ زیادہ ہوجاتے ہیں۔ دماغی سلعہ میں دَرون جمجمی دباؤ کی زیادتی کے امارات عموماً صریح ہوتے ہیں، لیکن اس کے علاوہ موروثی دُمَیغی بےنسقی (hereditary cerebellar ataxy) کی بعض اصابتیں ایسی ہیں جو مرض فریڈرک سے کسی قدر دقت کے ساتھ تمیز کی جاسکتی ہیں۔

انذار۔ یہ ناموافق ہوتا ہے۔ مریض دس یا پندرہ سال کے عرصہ کے بعد بالآخر صاحب فراش ہوجانے کا رجحان رکھتا ہے، اور عموماً مقابلتہً نوعمری میں کسی بین رَو مرض کا شکار ہوجاتا ہے۔

علاج سے زیادہ فائدہ نہیں ہوتا، لیکن اس نوعیت کی ورزشوں سے جو ہزال نخاع کے لئے استعمال کی جاتی ہیں اگر باقاعدگی کے ساتھ تربیت جاری رکھی جائے تو ممکن ہے کہ کسی قدر اصلاح ہوجائے۔

شظوی عضلی ذبول

(peroneal muscular atrophy)

(شارکو ماری ٹوتھ کا مرض=Charcot-Marie-Tooth disease)

اس مرض کے بڑے بڑے خصائص یہ ہیں کہ اس میں عضلی لاغری خاص توزیع رکھتی ہے، اور ترقی سست رفتار کے ساتھ ہوتی ہے، اور یہ اکثر و بیشتر اوقات ایک موروثی رجحان ظاہر کرتا ہے جس کی وجہ سے یہ خون کا رشتہ رکھنے والے افراد میں لاحق ہوا کرتا ہے۔ وہ اشخاص جو اس میں مبتلا ہوتے ہیں مرض کو آئندہ نسلوں میں بلاواسطہ منتقل کر دیتے ہیں۔ گو انفرادی اصابتیں مرقوم ہیں، تاہم احتیاط کے ساتھ تحقیق و جستجو کی جائے تو خاندان کے وہ افراد بھی جو غیر متاثر سمجھے جاتے ہیں اکثر مرض کے غیر مشتبہ امارات ظاہر کرتے ہیں۔

امراضیاتی تشریح۔ اگلے قرن کے اُن خلیوں میں جو لاغر شدہ عضلات سے متناظر ہیں، نیز محیطی اعصاب میں اور پچھلے استوانوں میں انحطاط پایا جاتا ہے (3)۔

علامات۔ یہ عموماً بچپن میں شروع ہو جاتے ہیں، لیکن استثنائی اصابتوں میں پہلے پہل ادھیڑ عمر میں ظاہر ہو سکتے ہیں۔ جو مرض بتدریج ہوتا ہے اور پاؤں کے چھوٹے عضلات میں اور اگلے کعبیتی گروہ کے عضلات بالخصوص عضلاتِ شظیہ میں لاغری اور کمزوری پیدا ہو جاتی ہے۔ اس سے ایک مخصوص و جیز تشوہ اور چلنے میں دقت پیدا ہو جاتی ہے۔ بعد مشطی سلامی مفصل پر بیش بسط شدگی اور بین سلامیاتی مفصل پر بیش خمیدگی واقع ہو جانے کے باعث پاؤں کی انگلیاں اوپر کو مڑ جاتی ہیں۔ اخمصی محراب بلند اور کوتاہ ہو جاتی ہے، جس کی وجہ سے قدم مکھف (pes cavus) پیدا ہو جاتا ہے، اور پاؤں ٹخنے کے جوڑ پر ساقط اور درگردیدہ ہوتا ہے۔ اسی واسطے مریض کو زمین سے اپنا پاؤں ہٹانے میں دقت ہوتی ہے۔

686

اور ممکن ہے وہ انگلیوں پر ٹھوکر کھا کر گر جائے خاص کر جلدی کرنے میں۔
جیسے جیسے مرض ترقی کرتا جاتا ہے اس کے بعد اکثر ہاتھوں کے چھوٹے عضلات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مرض کی رفتار اکثر نہایت سست ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ وہ اس سے آگے ترقی نہ کرے۔ مگر جب وہ آگے ترقی کرتا ہے تو لاغری بتدریج جوارح زیرین سے اوپر کی طرف کسی قدر عمیز طرز پر پھیلتی ہے یعنی وہ پنڈلیوں کو ماؤف کرتی ہے اور پھر رانوں کے اسفل حصوں کو۔ ممکن ہے کہ لاغر ہونے والے عضلات میں ریشکی جھٹکے ہونے لگیں اور بیشتر اصابتوں میں برقی تعاملات حت ارتعال (انحطاط) ظاہر کرتے ہیں۔
ممکن ہے کہ آغاز مرض میں پاؤں میں سن پن اور جھنجھناہٹ کی شکایت ہو لیکن کوئی معروضی حسی اختلال نہیں ہوتا۔
بالعموم عضلی لاغری سے پہلے وتری جھٹکوں کا فقدان واقع ہو جاتا ہے، چنانچہ اس درجہ میں جب کہ لاغری پاؤں تک محدود ہوتی ہے، ممکن ہے کہ بالائی اور زیرین جوارح کے تمام وتری جھٹکے مفقود ہوں۔ لیکن اس کلیہ کے مستثنیات بھی ہیں اور عملاً یہ پایا جاتا ہے کہ ان مریضوں کا ہر خاندانی گروہ اپنی خصوصیات قائم رکھتا ہے تاہم دوسرے خاندانی گروہوں سے اختلافات ظاہر کرتا ہے۔ ذہنی یا دماغی حالت، مخصوص حواس، جمجمی اعصاب اور عضلات عاصرہ غیر ماؤف رہتے ہیں۔

تشخیص ۔ تفریقی تشخیص مرض فریڈرک سے کرنی پڑتی ہے۔ ان دونوں میں قدم مکھف (pes cavus) اور مفقود وتری جھٹکے پائے جاتے ہیں اور ساتھ ہی مرض کی خاندانی سرگذشت موجود ہوتی ہے، مگر فریڈرک بے نسقی میں دماغی اور حرمی ریشوں کی مضرت رسیدگی کے آمارات موجود ہوتے ہیں۔ خطوی عضلی ذبول میں ایسے آمارات کی غیر موجودگی، اور ساتھ ہی عضلات کے اگلے قصبیتی گروہ کی لاغری کی بنا پر عموماً دونوں میں فرق کرنا آسان ہوتا ہے۔

مترقی عضلی سوءِ تغذیہ (progressive muscular dystrophy)

بعدی قسم اس قدر آسانی کے ساتھ نہیں متفرق کی جا سکتی۔ شظوی ذبول کی تائید حسب ذیل امور سے ہوتی ہے۔ ریشکی جھٹکوں کا وقوع، وتری جھٹکوں کا عاجل فقدان، اور ماؤف عضلات میں انحطاطی تعامل کا ہونا۔

انذار ۔ رفتار مرض اس قدر سست ہوتی ہے کہ از کار رفتگی بہت سی اصابتوں میں خفیف ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ مریض خاص قسم کے جوتوں اور تقویم الاعضائی آلات (orthopædic apparatus) کی مدد سے نقل و حرکت کر سکتا ہے۔ بعض اصابتوں میں، پانچ سال سے لے کر سات سال کے عرصہ کے بعد، یہ عارضہ خود بخود رک جاتا ہے۔

علاج ۔ تشوہات کی درستی کے لئے خاص قسم کے جوتے، شبانہ جبائر (night-splints)، اور بعض اصابتوں میں چلنے کے آلات کی ضرورت ہوتی ہے۔ دلک اور حرکات مجہول بھی مفید ہیں۔

حرکی عصبیوں کا مرض

(motor neuron disease)

یہ لقب ان امراض کو جمع کرنے کے لیے اختیار کیا گیا ہے جو پہلے اس کتاب میں مترقی عضلی ذبول (progressive muscular atrophy)، عضلہ ذبولی جانبی صلابت (amyotrophic lateral sclerosis)، مترقی بصلی شلل (progressive bulbar paralysis) اور اوّلی جانبی صلابت (primary lateral sclerosis) کے جداگانہ عنوانات کے تحت بیان کیے گئے تھے۔ جہاں تک معلوم ہے ان تمام عوارض میں امراضیاتی عمل ایک ہی قسم کا ہوتا ہے جس کا ممیز خاصہ بالائی یا زیرین حرکی عصبیہ کا یا عموماً بیک وقت ان دونوں کا اوّلی انحطاط ہوتا ہے۔ بالائی یا زیرین عصبیہ کی ماؤفیت کے غلبہ کے لحاظ سے اور دماغی نخاعی محور کے مخصوص طور پر ماؤف شدہ لیول کے لحاظ سے اصلی سریری تصویر مختلف ہوتی ہے۔

اسباب ۔ اس مرض کے مبداء کے متعلق ہمارا علم بہت

ناکل ہے۔ یہ ادھیڑ اور آخری عمر کا مرض ہے اور عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ ان اصابتوں کا ایک خفیف سا تناسب آتشک کے باعث ہوتا معلوم ہوتا ہے، جیسا کہ خون یا نخاعی سیال کے تعامل واز رمین سے ثابت ہوتا ہے، لیکن ان کی بڑی اکثریت میں انحطاط کا کوئی سبب معلوم نہیں ہو سکتا۔

مرضی تشریح۔ خردبینی تغیرات غیر ممیز ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ نخاع عنقی اور قطنی کلانیوں میں سکڑی اور ٹھٹھری ہوئی معلوم ہو، اور دماغ کی پیش مرکزی تلفیفوں میں بھی ایسا ہی ذبول ظاہر ہو۔ خردبین کے نیچے نخاع میں ہرمی ریشوں کا اولی انحطاط نظر آتا ہے جو اکثر اندرونی کیسہ اور دماغی قشرہ تک اوپر کو پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ نخاع میں متقدم جانبی خطوں کے ریشے بھی پتلے نظر آتے ہیں، چنانچہ ویگرٹ پال کے طریقے سے رنگی ہوئی تراشوں میں (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۵ تصویر ا) تندرست پچھلے اور موخر جانبی استوانے ماؤف رقبوں کے مقابلے میں نمایاں تضاد ظاہر کرتے ہیں۔ طریقۂ نسل سے رنگی ہوئی تراشیں اگلے قرنوں میں حرکی خلیوں کی بڑی قلت ظاہر کرتی ہیں۔ وہ خلیات جو باقی رہتے ہیں اکثر ٹھٹھرے اور سکڑے ہوئے اور انحطاط پذیر ہوتے ہیں۔ ایسے ہی تغیرات ساق دماغ اور بالخصوص بارھویں عصب کے نواتوں اور عصب تائیہ کے حرکی نواتوں، اور حرکی قشرہ کے خلیات بیٹز (Betz cells) میں نظر آسکتے ہیں۔

687

ماؤف عضلات انحطاط اور ذبول، اور ساتھ ہی لحم غلافوں کے نواتوں کا تکاثر، اور کسی قدر بدل لیفیت ظاہر کرتے ہیں، لیکن چربی کا ویسا جماؤ نہیں ہوتا جیسا کہ عضلی امراض (myopathies) میں دیکھا جاتا ہے۔

علامات۔ ان خلیوں اور ریشوں کی متفاوتیت کے لحاظ سے جو کہ خاص طور پر متاثر ہوتے ہیں سریری تصویر مختلف ہوتی ہے۔ عام ترین قسم (مترقی عضلی ذبول = progressive muscular atrophy) میں بالائی جوارح کی کمزوری اور لاغری ابتدائی علامت ہوتی ہے۔ یہ عموماً ہاتھوں کے چھوٹے عضلات میں شروع ہوتی ہے، اور دونوں ہاتھ ایک ساتھ یا ایک ہاتھ دوسرے

کے بعد ماؤف ہوتا ہے۔ فرازات ابہام چپٹے ہوجاتے ہیں، ہتھیلی کا گڑھا زیادہ گہرا ہوجاتا ہے اور ہاتھ کے زندی کنارے کے خط کا ڈول زیرابہامی عضلات کی لاغری کے باعث مفقود ہوجاتا ہے۔ ہاتھ کی ظہری سطح پر ظہری بین العظام عضلات کے غائب ہوجانے کی وجہ سے بعدرسغی ہڈیوں کے درمیان گڑھے یا "میزاب" پیدا ہوجاتے ہیں۔ اور شہادت کی انگلی اور انگوٹھے کے درمیان کا گڑھا نمایاں ہوجاتا ہے۔ اگر پیش بازو کے عضلات میں قوت باقی رہتی ہے تو انگلیاں "مخلبی وضع" ("claw" position) میں واقع ہونے کا رجحان رکھتی ہیں، یعنی طویل باسط اور خم کن عضلات کے بے روک فعل کی وجہ سے وہ بعدرسغی سلامی مفاصل پر ربط شدہ اور انتہائی مفاصل پر خمیدہ ہوتی ہیں۔ انگوٹھا اپنے دروتی عضلات کی کمزوری کی وجہ سے پیچھے گر کر انگلیو کی صف میں آجاتا ہے اور اس کی گدی سامنے کے طرف ہوتی ہے (قردی ہاتھ = ape-hand)۔ بالائی جوارح کے دوسرے عضلات میں مرض کے پھیلاؤ کی کوئی خاص ترتیب نہیں ہوتی، لیکن پیش بازو اور شانہ کے عضلات اکثر ماؤف ہوجاتے ہیں، اور ذو راسین اور مثلث الروس اب بھی بچے رہتے ہیں۔ گردن، دھڑ اور جوارح زیرین کے عضلات بالآخر ماؤف ہوجاتے ہیں۔ آخرالذکر میں پہلے عموماً رانوں کے عضلات ماؤف ہوتے ہیں۔ مرض کا بصلی نواتوں میں پھیل جانا بھی شاذ نہیں۔ دوسری اصابتوں میں مرض اسی حصہ میں شروع ہوتا ہے (ترقی بصلی شلل 'progressive bulbar paralysis =' اور مریض خود کو عسر الکلام عسر البلع یا زیادہ شاذ اصابتوں میں بھرائی ہوئی آواز کی وجہ سے طبیب کے سامنے پیش کرتا ہے۔ زبان سب سے پہلے اور خاص طور پر ماؤف ہوتی ہے اور ریشکی جھٹکے (جو دوسرے ماؤف عضلات کی لاغری کا ایک ممیز گر غیر مستمر خاصہ ہیں) اس عضو میں شاید ہی کبھی غیرموجود ہوتے ہیں۔ غلاف بنانے والی مخاطی جھلی میں شکنیں اور گڑھے پیدا ہوجانے سے عضلی ذبول کا راز بھی جلد آشکار ہوجاتا ہے۔ زبان کے ساتھ ساتھ لبوں کے عضلات بھی عموماً ماؤف ہوکر نطق کی دقت کو اور زیادہ کر دیتے ہیں، چنانچہ اکثر

اس سے پہلے کہ خارجی منظر میں کوئی نمایاں غیر طبعی حالت موجود ہو، گفتار مونی ناقابل فہم ہوجاتی ہے۔ تالو اور حلقوم کی ماؤفیت سے عسر البلع، اور اجبال الصوت کی ماؤفیت سے آواز بھرائی ہوئی ہوجاتی ہے۔ مضغی عضلات اور چہرے کے بالائی عضلات اکثر ماؤف نہیں ہوتے، اور عضلات چشم تو شاید ہی کبھی ماؤف ہوتے ہوں۔ شاذ مثالوں میں مرض قطنی کلائی میں شروع ہوکر جوارح زیرین کی کمزوری اور ذبول پیدا ہوجاتا ہے، اور یہ دونوں پہلے عموماً رانوں میں ظاہر ہوتے ہیں۔

بالعموم لاغری اور کمزوری دونوں ساتھ ساتھ بڑھتے جاتے ہیں لیکن ایسی اصابتیں بھی ہوتی ہیں (خاص کر اس وقت جب کہ مرض بسرعت ترقی پذیر ہو) جن میں بہت بڑے حجم کے عضلات تقریباً ناطاقت پائے جاتے ہیں۔ ذبولی شکل کے ساتھ ساتھ تقریباً ہمیشہ بالائی عصبیتی ماؤفیت کا کچھ ثبوت موجود ہوتا ہے۔ باوجود ذبول کے ابتدائی درجوں میں وتری معکوسات اکثر تیز بلکہ مبالغہ کے ساتھ ہوتے ہیں، اور صرف خود عضلات کے ساتھ غائب ہوتے ہیں۔ مبالغہ آمیز شدتی جھٹکا (jaw-jerk) ان اصابتوں کے لئے ممیز ہوتا ہے جن میں بصلی ماؤفیت ہو۔ احمصی محیبیت جلد یا بہ دیر باسط شکل اختیار کرلیتی ہے۔

بعض اوقات، لیکن شاذ صورتوں میں بالائی عصبیتی ماؤفیت دوسری ماؤفیت سے پہلے واقع ہوتی ہے یا اس کو ماند کردیتی ہے، اور مرض کی ممیز خصوصیت تشنجی کمزوری ہوتی ہے، بالخصوص جوارح زیرین کی۔ اس کے ساتھ ہاتھوں یا بصلی عضلات کی ذبولی کمزوری موجود ہوسکتی ہے (عضلہ ذبولی جانبی صلابت=amyotrophic lateral sclerosis)، یا ممکن ہے کہ انحطاط ہرمی ریشوں تک محدود رہے (اوّلی جانبی صلابت=primary lateral sclerosis)۔

حسّی وظیفہ کی کوئی معروضی خرابی نہیں ہوتی، لیکن بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ عضلی ذبول سے پہلے جوارح میں ٹیس کے ساتھ درد اور جھنجھناہٹ کی شکایت ہو۔ ریشکی جھٹکے اگر شدید ہوں تو تکلیف دہ ہوسکتے ہیں تا وقتیکہ ہرمی ریشے بحیثیت

ماؤف نہ ہوں عاصری اقتدار طبعی حالت میں رہتا ہے۔ دماغی حالت عموماً غیر ماؤف ہوتی ہے لیکن جن اصابتوں میں ہرمی خطوں کی زیادہ ماؤفیت بصلی لیول سے اوپر ظاہر ہو، ان میں بعض اوقات جذبات کے اظہار پر اقتدار کا کسی قدر فقدان ہوتا ہے، چنانچہ مریض غیر معمولی آسانی کے ساتھ ہنسنے لگتا یا زیادہ عام طور پر رونے لگتا ہے۔

688

انذار ۔ مرض کا مر بتدریج ترقی پذیر ہوتا ہے۔ ترقی کی رفتار مختلف ہوتی ہے۔ اس کی دو انتہائیں ہیں: ایک طرف تو ممکن ہے کہ آغاز مرض سے ایک سال کے اندر موت واقع ہو جائے، اور دوسری طرف یہ کہ مریض پندرہ سال کے خاتمہ پر بھی زندہ پایا جائے۔ انفرادی اصابت میں ترقی کی رفتار برابر رہنے کا رجحان رکھتی ہے، چنانچہ کچھ عرصے تک مشاہدہ کرنے کے بعد انذار کا کسی قدر اندازہ ہو سکتا ہے۔ جن اصابتوں میں بصلی یا تنفسی عضلات کی ماؤفیت جلد واقع ہو جاتی ہے ان میں عمر کے کوتاہ ہونے کا سب سے زیادہ رجحان ہوتا ہے۔ وہ اصابتیں جن میں لاغری ہاتھوں اور پیش بازوؤں تک محدود رہتی ہے (مترقی عضلی ذبول=progressive muscular atrophy)، بہت سست رفتاری کے ساتھ ترقی کرتی ہیں، اور یہی کیفیت ان اصابتوں کی ہوتی ہے جن میں صرف ہرمی خطے ماؤف ہوتے ہیں۔ موت عموماً تنفسی خطے کی بیماری و سرایت کے باعث واقع ہوا کرتی ہے۔ بصلی ماؤفیت ایک اختصاصی شعبتی ذات الریہ (aspiration broncho-pneumonia) کے لئے راستہ صاف کر دیتی ہے۔

تشخیص ۔ جس قسم میں ہاتھوں کا عاجل ذبول ایک عنصر خاصہ ہوتا ہے (مترقی عضلی ذبول) اس کی تفریق نخاع کی عنقی کلائی کے کسی بائی ضرر (مثلاً سلعہ یا مزمن التہاب سحایا، یا مرضی ہڈی کے دباؤ) سے کرنی پڑتی ہے۔ ضرر کے فلقی لیول سے نیچے حسی فقدان کی موجودگی، اور نخاعی سیال کے مافیہ یا دباؤ میں تغیرات کے وقوع سے عموماً ان دونوں میں امتیاز کیا جا سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ نخاعی جوفیت (syringomyelia)

سے تمیز کرنا وقت طلب ہوتا ہے کیونکہ دونوں امراض میں بصلی عضلات اور ہاتھ کے عضلات کا ہیرمی خلقوں کے ساتھ ساتھ ہمز ماں طور پر ماؤف ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے۔ اس شبہ کو رفع کرنے کے لئے احتیاط کے ساتھ حسی امتحان کی ضرورت ہوسکتی ہے۔

رصاصی شلل (lead palsy) کی شناخت شلل کی مخصوص و ممیز توزیع اور رصاصی تسمم کے دوسرے ثبوت سے ہوسکتی ہے۔

عنقی پسلیاں (cervical ribs) ہاتھ کے عضلات کا ذبول پیدا کر سکتی ہیں اور دو جانبی ہوسکتی ہیں۔ لیکن ان اصابتوں میں لاغری سختی کے ساتھ ہاتھوں تک محدود ہوتی ہے۔ اس مسئلہ کے فیصلے میں لاشعاع سے مدد لینے کی ضرورت ہے۔ عصب زندی یا عصب وسطی کے التہاب (ulnar or median neuritis) کی لاغری اپنے مخصوص حسی فقدان کے ساتھ ہوگی۔ شظوی عضلی ذبول (peroneal muscular atrophy) میں ہاتھ ماؤف ہوسکتے ہیں لیکن پاؤں کے بعد۔

بصلی آغاز والی اصابتوں (متر قی بصلی شلل progressive bulbar paralysis=) کو اس کا ذب بصلی شلل (pseudo-bulbar paralysis) (ملاحظہ ہو صفحہ 702) سے متفرق کرنا پڑتا ہے جو عروقی اضرار کے باعث ہو۔ آخر الذکر میں لاغری کی عدم موجودگی اور ناگہانی حملے کی سرگذشت ممیز خصائص ہوتے ہیں۔

جوارح زیرین کی تشنجی کمزوری کے ساتھ شروع ہونے والی اصابتوں کو نخاع کے مختلف عرضی اضرار سے تشخیص کرنا پڑتا ہے جو ایک مماثل تصویر پیدا کر سکتے ہیں مثلاً منتشر صلابت (disseminated sclerosis)، نخاعی سلعہ، نخاعی آتشکی سحائی التہاب، اور تحت الحاد مخلوط انحطاط (subacute combined degeneration)۔ ان اصابتوں میں ممکن ہے کہ صرف عرصہ دراز تک مشاہدہ کے بعد قطعی فیصلہ کیا جا سکے۔

علاج۔ بہ استثناء ان شاذ اصابتوں کے جن میں آتشکی مبداء

ثابت کیا جا سکے، ایسا کوئی علاج نہیں ہے جو مرض کی ترقی کو روک دے کی کوئی طاقت رکھتا ہو۔ ہر ایک اصابت میں خون اور نخاعی سیال کا امتحان کرنا چاہئے اور اگر ان دونوں میں سے کسی کا امتحان ثبت تعامل و آزرمن ظاہر کرے تو وافع آتشک علاج کا نصاب شروع کر دینا چاہئے۔ ورنہ علاج تخفیفی ہوتا ہے۔ عمدہ تقویت بخش غذا دینی چاہئے، ورزش ایسی کرانا چاہئے جس سے بار نہ پڑے، اور دماغی تکان سے احتراز لازم ہے۔ مقامی علاج، جو دلک کی صورت میں ہو سکتا ہے، دوران خون کو قائم رکھ کر عضلات کو مصوؤن رکھنے میں مدد ہوتا ہے۔ گرمی پہنچانے سے ماؤف عضلات کے فعل میں اصلاح ہو سکتی ہے، چنانچہ کسی قسم کی مشتق حرارت مفید ہو سکتی ہے۔

گو برقی ہیجیج کے فوائد کے متعلق عوام کی خوش عقیدگی طبیب کو اس قسم کا علاج اختیار کرنے پر مجبور کرے، گر اس کا اثر غالباً مضر ہی ہوتا ہے۔

شلل لنڈری

(Landry's paralysis)

۱۸۵۹ء میں لنڈری نے ایسے شلل کی اصابتیں بیان کیں جو جوارح اسفل میں شروع ہو کر بہ سرعت اوپر صعود کرتا ہے، اور جلد مہلک ہو جاتا ہے، اور امتحان کرنے پر اس کا کوئی امراضیاتی سبب نہیں معلوم ہوتا۔ اب بھی اس قسم کی اصابتیں ہوتی ہیں جن میں نخاعی التہاب اور لینٹ کے موٹے اضرار بالکل غیر موجود ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ یہ مرض عورتوں کے نسبت مردوں کو زیادہ ماؤف کرتا ہے، اور بیس اور چالیس کی عمروں کے درمیان نہایت کثیر الوقوع ہے۔ یہ سردی میں تکشف کے بعد، حاد امراض کی نقیہیت میں، اور شراب کے عادی مریضوں میں واقع ہو گیا ہے۔ چند اصابتیں التہاب شانہ یا بولی عفونت کے دوسرے اقسام کے بعد ہونا مرقوم ہیں لیکن شاذونادر کی اکثریت میں کوئی کافی اسباب تہدہ نہیں پائے جاتے۔

امراضیات ۔ بعض ایسی اصابتوں میں جو بہ سرعت مہلک ثابت ہوئیں، نخاع، اعصاب، اور عضلات مرض سے بالکل مبرا پائے گئے۔ دوسری اصابتوں میں نخاع کے خلیتوں میں، بالخصوص اگلے قرنوں کے اور استوانہائے کلارک کے خلیتوں میں مختلف درجوں کا انحطاطی تغیر (لون پاشیدگی اور نواۃ کی غیر وضعیت) واقع ہوا ہے، اور ساتھ ہی کم و بیش عروقی امتلا ہوتا ہے لیکن نزف یا سپید خلیتوں کی گرد عروقی دربرزش نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ اگلی جڑوں کی اور نخاع کے سپید استوانوں کی ہائیلین میں تغیرات ہوں، لیکن محیطی اعصاب میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ کبھی کبھی جب کہ مہلک خاتمہ میں تاخیر ہوگئی ہو طریقۂ مارچی سے محیطی اعصاب میں انحطاطی تغیرات کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے جو غالباً اگلے قرن کے انحطاطی تغیرات کا ثانوی نتیجہ ہوتے ہیں۔ مندرجۂ بالا بیان سے صاف ظاہر ہے کہ شلل لنڈری میں نسیجیاتی تصویر اس تصویر سے بالکل مختلف ہوتی ہے جو صعودی التہاب نخاع (ascending myelitis) محیطی عصبی التہاب یا مقدم التہاب رمادالنخاع (anterior poliomyelitis) میں پائی جاتی ہے۔ اعصاب، نخاع، سحایا، اور خون میں مختلف مشاہدین کو خرد عضویے ملے ہیں، اگرچہ ہمیشہ ایک جیسے نہیں تھے۔

علامات ۔ بعض اصابتوں میں تنبیہی علامات ہوتے ہیں، جیسے کہ کسلمندی، دردِ سر، دردِ کمر، اور سن پن اور جھنجھناہٹ، لیکن عموماً مرض کا آغاز ٹانگوں کی کمزوری سے ہوتا ہے، جو اکثر ایک ٹانگ میں دوسری ٹانگ سے پہلے محسوس ہوتی ہے۔ یہ جلد ہی بڑھ کر واضح شلل بن جاتی ہے، اور چند ہی دنوں میں (یا حاد اصابتوں میں چند ہی گھنٹوں) کے اندر یکے بعد دیگر رانوں، دھڑ، شکم اور بازوؤں پر حملہ آور ہوتی ہے، اور ٹانگوں کی طرح یہ بھی ہمیشہ یک وقت ماؤف نہیں ہوتے۔ اس کے بعد ڈایافرام اور گردن اور تالو کے عضلات، اور وہ عضلات جو نطق میں کام آتے ہیں، ماؤف ہو جاتے ہیں۔ نہایت شاذ اصابتوں میں دوسرے جمجمی اعصاب بھی ماؤف ہوتے ہیں۔ چنانچہ دونظری، توفیق کا شلل، ایک پتلی کا اتساع، اور وجہی شلل

دیکھے گئے ہیں۔ بالعموم جلدی حس پذیری طبعی رہتی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ جوارح کے محیطی رقبوں میں ہلکے طور پر چھونے کی حس کا کسی قدر فقدان ہو۔ حرکات مجہول اور وضع کے احساسات غیر ماؤف رہتے ہیں۔ بہ سرعت مہلک ہونے والی اصابتوں میں عضلات مذبول نہیں ہوتے، اور برقی تعاملات طبعی معلوم ہوتے ہیں۔ لیکن بعض نسبتۃً زیادہ مدت والی اصابتوں میں عضلات کا ذبول اور برقی خواص میں ترمیمات، دونوں دیکھے گئے ہیں۔ بولی اور مستقیمی عاصرات پر اقتدار کا فقدان نہیں ہوتا، اور قروح الفراش پیدا ہونے کا کوئی رجحان نہیں ہوتا۔ دماغی افعال کامل طور پر صحیح ہوتے ہیں، اور یہ استثنا چند اصابتوں کی ابتدا کے، مریض کوئی خوف نہیں ظاہر کرتا۔ وتری جھٹکے اور جلدی معکوسات متناظر عضلات کا شلل پیدا ہونے پر مفقود ہو جاتے ہیں۔

تشخیص۔ یہ حاد صاعد التہاب نخاع (acute ascending myelitis)، ساری التہاب رمادا النخاع (infective poliomyelitis)، اور کثیر عصبی التہاب (multipleneuritis) سے کرنی پڑتی ہے۔ ان میں سے پہلا مرض نمایاں فقدانِ حس اور مثانہ کی عاجل ماؤفیت کی وجہ سے تمیز کر لیا جاتا ہے۔ التہاب رمادا النخاع میں عام اختلال (تپ، دردِ سر، درد، شاید تشنجات) نسبتۃً زیادہ ہوتا ہے، اور شلل شاذ ہی بالکل یکساں یا متشاکل ہوتا ہے۔ کثیر عصبی التہاب میں علامات بتدریج پیدا ہوتے ہیں، شلل بازوؤں اور ٹانگوں کے محیطی حصوں میں تقریباً ایک ہی وقت میں ظاہر ہوتا ہے، اور اعصاب و عضلات الیم ہوتے ہیں۔

شرحِ اموات بہت زیادہ ہوتی ہے، مثلاً راس (Ross) کی جمع کردہ واردات میں یہ ۸۰ فیصدی تھی، لیکن ان میں غالباً التہابِ اعصاب محیطی (peripheral neuritis) کی بعض اصابتیں بھی شامل تھیں۔ مہلک اصابتوں میں مرض کی مدت دو دن سے لے کر دو یا تین ہفتوں تک ہوتی ہے۔ اور موت بیشتر ڈایا فرام اور بین ضلعی عضلات کے شلل سے واقع ہوتی ہے۔ اس کے برعکس ان اصابتوں میں جو شفایاب ہو جاتی ہیں، علامات دو ماہ سے لے کر چھ یا سات مہینوں تک جاری رہتے ہیں، مگر شفا عموماً کامل ہوتی ہے۔

علاج۔ یہ وہی ہو سکتا ہے جو کثیر عصبی التہاب یا حاد التہاب نخاع میں ہوتا ہے۔

پیرانہ پا فالج

عمر رسیدہ اشخاص میں انحطاع کے متذکرہ بالا امراض کے کسی مخصوص و تیز طبعی امارات کے بغیر ممکن ہے کہ جوارح زیریں کمزور ہو جائیں اور مریض جم کر کھڑا نہ رہ سکے۔ پیرانہ پا فالج کی اصطلاح جو بعض اوقات ایسی اصابتوں کے لیے استعمال کی جاتی ہے، غالباً متعدد و مختلف حالتوں پر حاوی ہوتی ہے جن میں ایسے علامات واقع ہوتے ہیں۔ ان کی اکثریت میں ضرر سحائے نخاعی ہونے کے زیادہ تر دماغی ہوتا ہے اور وہ شریانی دبازت اور اس کی وجہ سے پیدا ہو جانے والی دماغی جرم کی لینت کے باعث ہوتا ہے۔ امراضیاتی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ دماغی لینت کے ایسے رقبے متشاکل ہوتے کا رجحان رکھتے ہیں اور قاعدی عقود اکثر ماؤف ہوتے ہیں، اگرچہ دوسرے حصوں کا ماؤف ہو جانا بھی ممکن ہے۔ احتیاط کے ساتھ عصبیاتی امتحان کیا جائے تو ایسی اصابتوں میں پارکنسنی ہری یا دُمنیئی قسم کا کوئی نقص وظیفہ ظاہر ہوگا جو اگرچہ بالخصوص جوارح زیریں کو ماؤف کرتا ہے، تاہم بازوؤں اور دھڑ کو بھی ماؤف کر دیتا ہے۔ یہ حالت بتدریج ترقی پذیر ہوتی ہے۔ کافی آرام اور ساتھ ہی ذرا سی حرکات مجہول اور تربیتی ورزشیں کسی حد تک مفید ہو سکتی ہیں۔

690

سحائی التہاب

(MENINGITIS)

نخاعی سحایا اور دماغی سحایا دونوں صورتوں میں ہمیں اُم جافیہ کے التہاب یعنی التہاب سحایائے ثخینہ (pachymeningitis) اور غشائے عنکبوتیہ و اُم حنونہ کے التہاب یعنی التہاب سحایائے نحیف (leptomeningitis) کی تفریق کرنی پڑتی ہے۔

معلوم ہوتا ہے کہ خرد عضویوں کا اثر اُم جافیہ کے بہ نسبت اُم حنونہ پر زیادہ ہوتا ہے اور التہاب سحایائے نحیف کی تقریباً تمام قسمیں در اصل انہیں عضویوں

کی طرف منسوب کی جاسکتی ہیں۔

اکثر مندرجۂ ذیل عضویات یا التہاب پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں:۔

۱۔ سمّیم ساز عضویے (نبتات سبحیہ اور نبتات عنبیہ) جن کا حملہ سحایا پر امراض ذیل میں ہوسکتا ہے:۔ تقیح الدم (pyaemia) اور عفونت الدم (septicaemia) ہڈیوں کے تفرّر اور اعمالِ جراحیہ کے بعد اور کان، ناک، اور جیبی اجواف کے امراض میں۔ یہ ایک تقیحی التہاب سحایا (suppurative meningitis) پیدا کردیتے ہیں۔

۲۔ درنی عُصَیّے (tubercle bacilli)، ایک درنی ماسکہ کے بعد ثانوی طور پر جو خود دماغ میں یا جسم کے کسی دوسرے حصّے میں ہو۔

۳۔ نبقۂ رئویہ (pneumococcus) اکثر ذات الریہ کے ہمراہ، خبیث التہاب درونِ قلب (malignant endocarditis) کے جزو کے طور پر یا ایک اوّلی عارضہ کی حیثیت سے۔

۴۔ نبقۂ سحائیہ (meningococcus)، یا ویشل بام کا درون خلوی دونبقیہ (diplococcus intracellularis of Weichselbaum)، جو دماغی نخاعی تپ یا وبائی دماغی نخاعی التہاب سحایا کو بشمول اس کی مؤخر قاعدی قسم کے پیدا کردیتا ہے۔

۵۔ آتشک بھی التہاب سحایا کا ایک کثیر الوقوع سبب ہے اگر یہ عموماً نیم مزمن تحت الحاد یا مزمن ہوتا ہے۔

۶۔ بعض اصابتوں میں انفلوئنزا اور تپ محرقہ کے عصیّے، نبقاتِ سوزاکیہ (gonococcus)، عصیۂ قولونی عمومی (bacillus coli communis) اور دوسرے عضویے پائے گئے ہیں۔

جراثیمی حملے کے نتائج دماغ کی سطح پر لمف یا پیپ کے انصباب کی صورت میں نظر آتے ہیں، جس کے ساتھ ہی اکثر دماغی نخاعی سیال کی مقدار میں زیادتی ہوجاتی ہے۔

ایک عام مشابہت اس حالت سے پائی جاتی ہے جو کہ دماغی نخاعی تپ

اور درنی التہاب سحایا کے عنوان کے تحت پیشتر بیان کی جاچکی ہے۔

تقیحی التہاب سحایا

(suppurative meningitis)

اسباب۔ اگر ہم دماغی نخاعی تپ کی اصابتوں کو بحث سے خارج کردیں تو ریمی التہاب سحایا کی اصابتوں کی اکثریت میں ریم ساز یا عفونتی عضویوں کے حملہ کا نتیجہ ہوتا ہے، اور ویسے ہی حالات میں پیدا ہوجاتا ہے جیسے کہ دماغ کا پھوڑا پیدا کردیتے ہیں، یعنی اس کا عام سبب عین قرب وجوار میں اسکے مرض کی موجودگی ہے۔ چنانچہ وہ سر کے تضررات کے بعد پیدا ہوجاتا ہے، یا متصل حصوں کے التہاب کی توسیع سے پیدا ہوسکتا ہے، مثلاً درمیانی گوش کے التہاب، تقیح قلمیہ، اجواف انفی کے مرض، کھوپری کی آتشکی بوسیدگی یا تخثّر تقیحی وریدی التہاب، یا دماغ کے پھوڑے سے۔ لیکن وہ بعض حاد حمّوی یا ساری نوعیت کے عمومی امراض (تقیح الدم، عفونت الدم، ذات الریہ، خبیث التہاب دروں قلبیہ) کی پیچیدگی کے طور پر بھی واقع ہوجاتا ہے۔

امراضیات۔ اس میں التہاب بالخصوص اُم حنونہ اور عنکبوتیہ کو ماؤف کرتا ہے (التہاب سحایائے خفیف : leptomeningitis)۔ جب وہ کھوپری کی کسی مرضی ہڈی سے پھیل آتا ہے، تو ممکن ہے کہ خود اُم جافیہ میں ایک محدود والتقام التہاب نظر آئے، لیکن دماغ پر مرض کی توسیع دوسری جھلیوں کی وساطت سے واقع ہوتی ہے۔ عموماً دماغ کی محدب سطح نیز زرد یا سبز رنگ کی پیپ کی ایک کم و بیش وسیع تہہ پیش کرتی ہے، جو ممکن ہے کہ دونوں جانبوں پر ہو، یا ایک ہی جانب (ثانوی اصابتوں میں ضرر والی جانب) میں محدود ہو۔ پیپ اکثر بڑے عروق کا عمر اختیار کرتی اور ام حنونہ کے ساتھ ساتھ تجاویف دماغ کے اندر غوطہ زن ہوتی ہے۔ اگرچہ التہاب سحایا بیشتر دماغی نیم کروں کی بالائی سطح کو ماؤف کرتا ہے (تحدابی سحائی التہاب)، تاہم اکثر وہ قاعدۂ دماغ میں اور نخاعی کنال کے اندر تک پھیل جاتا ہے۔ اس کے

691

نیچے کی دماغی بافت عموماً نرم ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ لدغات یا دقیق خراجات پیش کرے۔

علامات۔ اگرچہ درنی التہاب سحایا کے علامات سے ایک عام مشابہت پائی جاتی ہے تاہم حاد التہاب سحایا کا عمر عموماً نسبتہً بہت زیادہ سریع ہوتا ہے، اور مخصوص علامات اپنے درجۂ امتیاز میں بہت اختلاف ظاہر کرتی ہیں۔ جب التہاب سحایا دوسرے حاد امراض پر مستزاد ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ اس کے ممتاز خصائص کم و بیش چھپے ہوئے رہیں۔ ان اصابتوں میں جن میں کوئی ظاہر سبب نہ ہو، اور ان میں جو مزمن التہابی اضرار جیسے کہ التہاب الاذن سے پیدا ہو گئی ہوں، علامات اکثر جاڑے یا قشعریرہ اور حاد دردِ سر کے ساتھ شروع ہوتے ہیں۔ یہ عموماً نہایت شدید اور مسلسل ہوتا ہے، اور وقتاً فوقتاً زیادہ ہو جاتا ہے۔ مریض کوتب ہو جاتی ہے، وہ روشنی اور شور و غل سے گریز کرتا ہے، اور ممکن ہے بستر میں سکڑا ہوا پڑا رہے، اور مداخلت سے ناراض ہو، جس طرح کہ درنی اصابتوں میں دیکھی جاتا ہے۔ اکثر اوقات ابتدا میں قے ہوتی ہے۔ گردن کی گدی کے عضلات میں کرختگی ہو سکتی ہے، اور سر پیچھے کو کھنچا ہوا ہوتا ہے۔ پتلیاں اکثر سکڑی ہوئی ہوتی ہیں۔ امارت کرنگ عموماً موجود ہوتی ہے۔ تشنجات کبھی بالکل ابتداً واقع ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ازاں بعد فاعلی ہذیان یا غنودگی ہذیان کے ساتھ واقع ہو جائے۔ اور بعد کے درجوں میں اکثر شلل ہوتا ہے، جو عموماً دوجانبی ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ تشنج کے متواتر حملے ہوتے ہیں۔ یہ شلل نہایت ہی تغیر پذیر ہوتا ہے، اور انصباب کے مقام سے متناظر ہوتا ہے چونکہ آخر الذکر اکثر اوقات قمۃ الراس پر واقع ہوتا ہے لہٰذا درنی سحائی التہاب کے نسبت یہ جمجمی اعصاب کو کم متاثر کرتا ہے، اگرچہ حول موجود ہو سکتا ہے۔ لیکن اکثر ایک بازو یا ٹانگ مشلول ہو سکتی ہے، یا کامل فالج نصفی ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات مشلول جوارح کی یا ان کے رفیق جوارح کی کرختگی ہوتی ہے پتلیاں متسع ہو جاتی ہیں اور چشم بین سے بعض اوقات التہاب قرص بصری ظاہر ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ جلد ہی دوران مشاہدہ میں نمویاب ہو جائے۔ تپش بلند ہوتی ہے، اور ۱۰۲ درجہ سے

لیکر ۱۰۴ درجہ تک منکشف ہوتی ہے، نبض بیشتر سریع ہوتی ہے، تنفس آہی غیر منظم یا چین اسٹوکس کی نوعیت کا ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں شکم باز کشیدہ ہوتا ہے۔ غنودگی بڑھ کر گہرے کوما کی حد تک پہنچ جاتی ہے اور بالآخر افراغات غیر ارادی طور پر واقع ہوجاتے ہیں، تنفس اور دوران خون کا فشل ہوجاتا ہے، سینہ میں مخاط کا اجتماع ہوجاتا ہے، اور موت اس منظر کا خاتمہ کر دیتی ہے۔ مرض اکثر پہلی علامت کے بعد دو یا تین دن کے اندر اور بعض اوقات اس سے بھی کم عرصے میں مہلک ہوجاتا ہے۔ اس وقت تک جب کہ سریری شبہات کے باعث قطنی کچو کا عمل میں لایا جائے دماغی نخاعی سیال گندلا ہوجاتا ہے، لیکن حاد التہاب سحایا کے ابتدائی درجوں میں یہ سیال خالی آنکھ کو صاف نظر آتا ہے۔ امتحان کرنے پر اس میں خلیوں کی زیادتی پائی جاتی ہے، جس کی اکثریت کثیر الاشکال خلیات کی ہوتی ہے۔ نیز پروٹین بھی زیادہ ہوجاتا ہے اور بالعموم خلوی زیادتی کے لحاظ سے کلورائڈز کم ہوجاتے ہیں۔ خردبینی امتحان اور کاشت کرنے سے اکثر تسببی عضویہ معلوم ہوجائے گا۔

تشخیص۔ جب کوئی اولی سرچشمۂ مرض، مثلاً درمیانی کان کا التہاب موجود ہوتا ہے تو تشخیص عموماً آسان ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ ابتدائی علامات کسی حاد سرایت کے علامات سے مشابہ ہوں۔ لیکن درد سر بالعموم ایک نمایاں علامت ہوتا ہے، یا جب نخاع پہلے ماؤف ہوجائے تو درد پشت نمایاں علامات ہوتا ہے۔ مبہم ارتفاع حرارت کی تمام اصابتوں میں گردن کی کرختگی اور امارت کرنگ کے لیے امتحانات کو ہمیشہ دستور العمل کے طور پر کام میں لانے سے تشخیص عموماً ابتدا ہی میں یقینی ہوجائے گی۔ بایں ہمہ بعض اصابتوں میں، جن میں دماغی سحایا کے اگلے حصے بالخصوص ماؤف ہوتے ہیں [مثلاً اس سحائی التہاب میں جو جبہی جوفی التہاب (frontal sinusitis) سے ثانوی طور پر پیدا ہوجاتا ہے] ممکن ہے کہ گردن کی کرختگی تاخیر کے ساتھ پیدا ہو، لیکن شدید اور مسلسل درد سر ایک نمایاں علامت ہوتا ہے قطنی کچو کا ایک آخری امتحان ہے اور اس کی وساطت سے التہاب سحایا کی تشخیص اکثر مریض کے بستر

کے پاس ہی کی جاسکتی ہے اور جب حالی آنکھ سے سیال کا معائنہ کیا جاتا ہے تو یہ دھندلا یا گندلایا پایا جاتا ہے۔ التہاب سحایا کی نوعیت کی تعیین صرف جرثومیاتی امتحان سے ہو سکتی ہے۔

انذار۔ تقیحی التہاب سحایا کی اصابتیں غالب تعداد میں مہلک ہی ہوتی ہیں لیکن خفیف اصابتوں جیسی کہ درمیانی گوشں کے التہاب میں بطور پیچیدگی کے دیکھی جاتی ہیں ایک خاصے تناسب میں شفا ہو جاتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان اصابتوں میں اہم ترین معیار نخاعی سیال کے اندر جراثیم کی موجودگی یا عدم موجودگی ہے۔ اگر تسبیبی عضویہ راست آلودوں میں دیکھا جا سکے یا کاشت کرنے پر بآسانی اگایا جا سکے تو انذار تقریباً ہمیشہ خراب ہوتا ہے۔ 692

علاج۔ جہاں اولی ماسکہ جیسے کہ التہاب حلمیہ یا جبہی جوفی التہاب موجود ہو اس کا تدارک حتی الامکان جلد از جلد جراحی طریقہ سے کرنا چاہئے۔ قطنی کچوکا روزانہ عمل میں لانا چاہئے اور نخاعی سیال کو جو اکثر بڑے دباؤ کے نیچے ہوتا ہے بہنے دینا چاہئے یہاں تک کہ اس کے بہاؤ کی شرح طبعی نظر آنے لگے۔ اس طریقۂ عمل سے اکثر درد سر اور گردن کی کرختگی کی تخفیف میں کامیابی حاصل ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ ان خفیف اصابتوں میں جنکا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے کامل شفا ہو جائے اور سیال بتدریج طبعی ہو جائے تخفیف درد اور رفع خراش پذیری کے لئے اکثر مارفیا (morphia) کی ضرورت ہوتی ہے۔ آتشک زدہ اصابتوں میں علاج بذریعہ نیوسالورسان (neo-salvarsan) فوراً شروع کر دینا چاہئے اگر نبقۂ سبحیہ تسبیبی عضویہ کی حیثیت سے شناخت ہو جائے تو ضد نبقی سبحی مصل (antistreptococcal serum) ستہمت الجلدیاً یا وروں وریدی استعمال کرنا چاہئے۔

آتشکی التہاب سحایا

(syphilitic meningitis)

شاذ و مثالوں میں آتشکی تفشب ایک حاد التہاب سحایا سے تحیف

(acute leptomeningitis) کے علامات پیدا کرسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 690)۔
یہ اصابتیں اوّلی سرایت کے تھوڑے ہی عرصہ بعد پیچ ثانویوں کے عام انتشار کے درجوں کے دوران میں پیدا ہوجاتی ہیں۔ اِس سے بہت زیادہ عام آتشکی مبداء کا ایک مزمن التہابی عمل ہے، جو ابتدائی سرایت کے بعد ایک تا پانچ سال بلکہ اور بھی بعد کے زمانے میں واقع ہوجاتا ہے، اور جو حنونی عنکبوتیہ اور جافی اغشیہ دونوں کو وسیع طور پر ماؤف کرکے جمجمی اعصاب کی جڑوں کی تخنیق اور اندرون جمجمی دباؤ کی زیادتی پیدا کرکے اِن دونوں طریقوں سے علامات پیدا کردیتا ہے۔

مرضی تشریح۔ اِس کے مناظر اُن مناظر سے بہت مشابہ ہوتے ہیں جو پہلے آتشکی سحائی نخاعی التہاب (syphilitic meningomyelitis) کے تعلق میں بیان کئے گئے ہیں (جو ملاحظہ ہو)۔ بالعموم حنونی عنکبوتیہ اور جافی اغشیہ ایک ساتھ ماؤف ہوکر ایک کثیف لیفی گوندے کی صورت میں باہم جڑجاتی ہیں، جس کی دبازت ½ انچ تک ہوسکتی ہے، اور جو ایک یا دونوں دماغی نیم کروں کو پورا ملفوف کرسکتا ہے۔ قاعدۂ دماغ میں ممکن ہے کہ محض سحایائے نحیف ہی ماؤف ہوں، اگرچہ عموماً اُم جافیہ سے چپکے ہوئے ہوتے ہیں۔ بین ثُرَیقی فضا اس قسم کے التہاب سحایا کے لئے ایک عام محلِ وقوع ہے، جس سے بالائی جمجمی اعصاب (بالخصوص تیسرے یا چوتھے جوڑوں) کا انضغاط، نیز دائرۂ ویلس کی شریانی شاخوں میں مداخلت پیدا ہوجاتا ممکن ہے۔ جیسا کہ نخاعی سحایا کی آتشکی ماؤفیت کی حالت میں ہوتا ہے، اِس التہاب سحایا کے ساتھ بھی ہمیشہ کسی قدر عروقی مرض موجود ہوتا ہے، جو التہاب بطانۂ شریان کی اور لمف خلیوں کے ذریعہ گرد عروقی اغلاف کی شکل اختیار کرتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی زیرافادہ عصبی جسم کا کچھ انحطاط بھی موجود ہوتا ہے۔ تنگ شدہ عروق کی علقیتی مسدودی ایک مزید خصوصیت یعنی دماغی لینت کی چکتیاں پیدا کردیتی ہے۔

علامات۔ حاد آتشکی التہاب سحایا کی شاذ قسم کے علامات جو مرض کے ابتدائی درجوں میں پیدا ہوجاتے ہیں، اُن علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو سحایائے نحیف کے دوسرے حاد التہابی عوارض میں پائے

جاتے ہیں اور جن کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔

مزمن قسم کے خاص سریری خصائص شدید دردِ سر (جس کے ساتھ قے) اور بڑھتے ہوئے دروں جمجی دباؤ کے دوسرے امارات ہوتے ہیں، اور جمجی اعصاب کے متعدد شللات ہیں۔ ابتدائی درجوں میں علامات اکثر اوقات وقفہ دار ہوتے ہیں۔ چنانچہ جمجی اعصاب کے شللات (اور اکثر اوقات عصب سویم اور عصب ششم ہی ماؤف ہوتے ہیں) عام طور پر سریع الزوال ہوتے ہیں۔ اور ممکن ہے کہ دردِ سر کے حملے دورہ کے ساتھ ہو کر چند گھنٹوں یا چند روز تک جاری رہیں جن کے بعد سکون کے نسبتاً طویل وقفے ہوں۔ اُذیما سے حلیمۂ بصری موجود ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ ایک صمغیتی تودہ تقاطع بصری پر دباؤ ڈال کر ذبول عصب بصری اور ساتھ ہی انتیصاری میدان میں ویسے ہی تغیرات پیدا کر دے جیسے کہ نخامی سلعہ (pituitary tumour) کی حالت میں پائے جاتے ہیں۔

جمجی اعصاب انکل پچو طور پر منتخب کر لیے جاتے ہیں، جو التہابی عمل کی وسیع توزیع کی دلالت ہے۔ دماغی نیم کروں کی سطح پر دبازت کی محدود المقام ملتہابی جیکسنی صرع (Jacksonian epilepsy) (جو ملاحظہ ہو) کے حملے پیدا کر سکتی ہیں، اور پھر ان سے یک عضوی فالج یا فالج نصفی کی سی توزیع والے شللات پیدا ہو سکتے ہیں۔ جوں جوں مرض آگے بڑھتا ہے دردِ سر زیادہ مسلسل اور جمجی اعصاب کے شللات زیادہ مستمر ہوتے جاتے ہیں۔

ذہنی خرابی ایک اکثر الوقوع علامت ہے، جو دروں جمجی دباؤ کی زیادتی اور عروق دمویہ کے آتشکی مرض کے اجتماع سے پیدا ہو جاتی ہے۔ آتشکی التہاب نطائی شریان سے بھی دماغی علقیت (cerebral thrombosis) کے مزید علامات پیدا ہو کر ایک یا زائد جوارح

693

کا ناگہانی شکل واقع ہوسکتا ہے۔

تشخیص۔ آتشکی التہاب سحایا کی مزمن قسم کو ان دوسری حالتوں سے تمیز کرنا پڑتا ہے جو دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی کے امارات کے ساتھ جمجمی اعصاب کا فالج پیدا کر دیتی ہیں۔ ان میں سب سے زیادہ اہم دماغی سلعہ ہے۔ رجعانِ نکس اور جمجمی اعصاب کے منتشر شکل کے امور آتشکی مبدار کی تائید میں ہیں۔ بالعموم دماغی آتشکی التہاب سحایا (cerebral syphilitic meningitis) میں خون اور دماغی نخاعی سیال کے اندر واززمن کا تعامل قوی طور پر مثبت ہوتا ہے لیکن گاہے ایک میں منفی اور دوسرے میں مثبت ہوتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ ایک مشتبہ اصابت میں آتشک کو خارج از بحث کرنے کے لئے ان دونوں کا امتحان کرنا ضروری ہے۔ دماغی نخاعی سیال میں اکثر اوقات خلیات اور پروٹین کی افزائش ہوتی ہے۔ دماغی سلعہ کی حالت میں یہ تعامل خون اور دماغی نخاعی سیال دونوں کے اندر منفی ہوتا ہے۔

آتشکی التہاب سحایا کی بعض اصابتیں جن میں ذہنی خرابی اور دورے کے ساتھ صرعی حملے بھی ہوں، عمومی شلل مجانین (general paralysis of the insane) سے قریبی طور پر مشابہ ہوسکتی ہیں، بالخصوص اس وقت جب کہ تعامل واززمن دماغی نخاعی سیال کے اندر مثبت ہو۔ ایسی حالت میں تشخیص کا فیصلہ عموماً دافع آتشک علاج کے نتائج کا مشاہدہ کرنے سے ہوسکتا ہے۔ جب مرض بالخصوص سحایا تک محدود ہوتا ہے تو بالعموم علاج کے اثر سے علامات غائب ہوجاتے ہیں، اور تعامل واززمن اکثر منفی ہوجاتا ہے۔ مگر عمومی شلل کی حالت میں ان دونوں میں سے کوئی بھی نتیجہ حاصل نہیں ہوتا۔

انذار۔ ان اصابتوں میں اچھا ہوتا ہے جن کی تشخیص اور معقول علاج ابتدائی درجوں میں ہوجائے، لیکن (جیسا کہ جسم میں دوسرے مقامات پر آتشکی مرض کی حالت میں ہوتا ہے) نکس کا رجحان ہوتا ہے، لہٰذا مریض کے لیے بہتر ہے کہ وہ نکس کے حفظ ماتقدم کی غرض سے سالانہ علاج کا ایک مختصر نصاب استعمال کرلے۔

علاج۔ یہ وہی ہے جو دوسرے مقام کی آتشک کے لئے ہوتا ہے، اس شرط کے ساتھ کہ سیکھیا کے مرکبات کے دروں وریدی اشرابات کے ساتھ ابتدا کرنا سب سے بہتر ہے، کیونکہ ایسے علاج سے بعض اصابتوں میں التہابی بافت کے اندر ایک ابتدائی ردّعمل کی تحریک ہو جاتی ہے جس کا امکان ہوتا ہے جس کے ساتھ دروں جمجمی تناؤ کے علامات میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ لہٰذا مصلحت یہ ہے کہ پوٹاسیم آیوڈائڈ سے علاج شروع کر کے پہلے دو ہفتوں تک اس کی بڑی مقداریں (روزانہ ۲۰ تا ۹۰ گرین) دی جائیں، اور اس کے بعد پہلے بیان کئے ہوئے اصول پر علاج جاری رکھنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 666)۔

اندرونی نزفی التہاب سحایائے ثخینہ

(pachymeningitis interna hæmorrhagica)

یہ وہ حالت ہے جس میں سطح دماغ پر ام جافیہ اور غشائے عنکبوتی کے درمیان خون کا اور جزءً تعضیہ یافتہ دموی تھکے کا ایک تودہ پایا جاتا ہے۔ یہ عموماً انضمامات سے گھرا ہوا ہوتا ہے جو اسے کیسہ بند کر دیتے ہیں۔

بحث اسباب۔ یہ حالت نہایت عام طور پر مزمن الکحلیت اور مزمن جنون کے ہمراہ اور بوڑھے اشخاص میں پائی جاتی ہے۔ اس کی تسبیب کے متعلق دو رائیں پیش کی گئی ہیں:۔ (۱) یہ کہ ابتدائی عمل التہابی (یعنی مبداء کا) ہوتا ہے جس کے ساتھ بعد میں تحقق عروق شعریہ میں سے خون کی وعاء بری واقع ہو جاتی ہے۔ (۲) یہ کہ انصباب خون ضربی مبداء کا ہوتا ہے، اور یہ کہ مابعد دیوارہ بندی سحایا کے اس ردّعمل سے پیدا ہو جاتی ہے جو خون کے تھکے کے تودہ کے مقابل میں واقع ہوتا ہے۔ دوسری توجیہ کی تائید میں ٹراٹر (Trotter) نے یہ دلائل پیش کئے ہیں کہ یہ حالت اس حالت سے کسی طرح مختلف نہیں جس کا سر کے تضرر کے نتیجۂ آجل کے طور پر واقع ہونا معلوم ہے، اور یہ کہ مجنون یا شرابی شخص میں سر کو تضرر پہنچنے اور ازاں بعد اس کے وقوع کے فراموش کر دیئے جانے کا خاصہ امکان ہوتا ہے۔ چنانچہ ٹراٹر کی رائے ہے کہ یہ انصباب ان وریدوں سے رساؤ کی وجہ سے ہے

جو سطح دماغ سے جوفِ طولی کو جاتی ہیں؛ اور ان عروق کی وریدگی سر کے ایسے تغیر کی وجہ سے ہوتی ہے جس کو شناخت نہ کیا گیا ہو۔ یہ سمجھ لیا جا سکتا ہے کہ ایسی وریدگی دماغ کی ناگہانی غیر وضعیت (بالخصوص آگے یا پیچھے کے رُخ میں) سے واقع ہو سکتی ہے جو ممکن ہے کہ ایک خفیف چوٹ سے پیدا ہو جائے۔ اگر یہ رائے صحیح ہے تو یہ حالت وہی ہے جو جراحی درسی کتب میں مزمن تحت الجافی دموی سلعہ (chronic subdural hæmatoma) کے نام سے بیان کی گئی ہے۔

مرضی تشریح۔ اُم جافیہ کی اندرونی سطح جھلی کی ایک یا زائد تہوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جو تازہ حالت میں نرم اور خستہ، اور پرانی حالت میں لچدار اور زیادہ لیفی، کسی قدر بھورے سرخ، بھورے، یا کسی قدر بھورے رماری زرد بلکہ سفید رنگ کی ہوتی ہے؛ اور اکثر نقطہ نما کدمات پیش کرتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ تہوں کے درمیان خون کے تھکّے کی بڑی مقداریں ہوں جو عمر کی وجہ سے کم بیش تغیر شدہ ہوں، یا مصل کے اجتماعات ہوں جن میں کولیسٹرین (cholestrin) کی قلمیں موجود ہوں۔ یہ جھاؤ عموماً خط جداری پر خط وسطی کے قریب واقع ہوتے ہیں۔ اور تقریباً نصف اصابتوں میں دوجانبی ہوتے ہیں۔ ممکن ہے یہ جھاؤ محض جھلیاں ہوں یا اُن کی دبازت دو یا تین ملی میٹر ہو؛ اور اگر زیادہ خون کی دعابدری ہو گئی ہے، تو دماغ کی سطح منخفض ہوتی ہے۔ خرد عضویوں کی تلاش کی گئی ہے، لیکن وہ نہیں پائے گئے ہیں۔

علامات نہایت مختلف ہوتے ہیں۔ اکثر اوقات یہ حالت بعد الممات پائی گئی ہے، حالانکہ کوئی ایسی علامت، جس کی یہ توجیہ کر سکے موجود نہیں تھی۔ اس کے برعکس بعض اوقات غشائی تہوں کے درمیان بڑے نزف سے دماغ کا انضغاط پیدا ہو کر مہلک نتیجہ پیدا ہو سکتا ہے۔ علامات بڑھتے ہوئے دروں جمجمی دباؤ کی ہوتی ہیں، یعنی دردِ سر، غنودگی، اذیمائے حلیمہ بصری اور ذہنی خرابی؛ نیز وہ دماغی نیم کرہ پر دباؤ کی ہوتی ہیں، یعنی یک جانبی کمزوری مع تشنجیت کے، بڑھتے ہوئے وتری جھٹکے اور باسط اخمصی تجیبیت۔ اگر انصباب بائیں جانب پر ہے، تو حبسہ ایک نمایاں علامت ہو سکتی ہے، اور دوجانبی اصابتوں میں ایک متفرق دوہرا انشکل نصفی موجود ہوتا ہے۔ اس حالت کا کسی قدر ممیز خاصہ

یہ ہے کہ دباؤ اور شکل دونوں کے علامات روز بروز متغیر ہوتے رہتے ہیں۔ مریض ایک یا دو روز تو ایسی تبلارہ کر پھر اچھا ہوجاتا ہے اور یہ عمل بار بار واقع ہوتا ہے اور اسی طرح استرخائی امارت بھی دن بدن گھٹتے بڑھتے رہتے ہیں۔ جواح جھٹکے کھا سکتے ہیں لیکن صادق دیرِ تما تشنجات غیر عام ہیں۔ دماغی نخاعی سیال کا دباؤ بڑھ سکتا ہے اسی طرح جس طرح کہ دماغی سلعہ میں لیکن بعض اوقات طبعی ہوتا ہے۔ اس کے اجزائے ترکیبی کوئی غیر طبعی حالت نہیں ظاہر کرتے، لیکن ممکن ہے وہ تبدیل شدہ، موی لون پر مشتمل ہوں۔

تشخیص۔ یہ دماغی علقیت سے اور بڑھے ہوئے دروں جمجمی دباؤ کے اسباب (مثلاً سلعہ اور آتشک) سے کرنی پڑتی ہے۔ سر کے تقرر کے بعد علامات کے بتدریج نمودار ہونے کی سرگذشت نہایت کارآمد ہے لیکن وقفۂ اخفا ہفتوں یا دو تین مہینوں کا ہوسکتا ہے نیز ممکن ہے خفیف ہوا ہو اور ایک الکحلی یا شیخوخی مریض میں ممکن ہے یہ فراموش ہوگیا ہو۔ علامات کی رفتار دماغی علقیت کی بہ نسبت بالعموم بہت سست اور زیادہ ناہموار ہوتی ہے۔ خون اور دماغی نخاعی سیال کا امتحان کرکے آتشک کو خارج از بحث کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ دماغی سلعہ سے امتیاز کرنا زیادہ مشکل ہے اور اکثر ایک استقصائی جمجمہ شگافی کے ذریعہ ہی ایسا کرنا ممکن ہوتا ہے۔ درا صل بہت سی اصابتوں میں ایسے عملیے سے کہ جس سے دماغی سلعہ دریافت کرنا مقصود تھا ایک سلعہ دموی منکشف ہوگیا جس کا کوئی شبہ نہیں ہوا تھا۔

علاج۔ اگر تشخیص صحیح ہوسکے تو معقول علاج یہ ہے کہ جراحی ازالۂ ضغطہ عمل میں لاکر تودے کو خارج کردیا جائے۔

نخاعی التہاب سحایا

(spinal meningitis)

کسی بھی سبب سے واقع ہونے والے حاد التہاب سحایا میں، دماغ کو ملفوف کرنے والی جھلیوں کے ساتھ نخاع کی جھلیاں بھی ماؤف ہوسکتی ہیں۔ اس حالت کے امراضیاتی مظاہر اور علامات اس کتاب میں دوسری جگہ بیان کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو التہاب سحایا meningitis:)— التہابی تغیرات جو آتشک (صفحہ 108) اور تدرن (صفحہ 88) کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں ان کا تذکرہ بھی کیا جاچکا ہے۔

695

ایک حالت اور ہے جو جداگانہ تذکرہ کی مستحق ہے۔ رقبی مصلی التہاب سحایا (meningitis serosa circumscripta) کا نام اس حالت کو دیا گیا ہے جس میں ایک محدود رقبہ پر نخاع، سحایائے سخیف، اور ام جافیہ کے درمیان التصاقات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس نو ساختہ بافت کی جالیوں کے اندر دماغی نخاعی سیال محصور ہو کر ایک دویرہ نما منظر پیدا کردے۔ اس کی تسبیب بعض اصابتوں میں غیر واضح ہوتی ہے لیکن کثیر التعداد اصابتوں میں آغاز مرض، جیسا کہ سرگذشت سے معلوم ہوتا ہے، ضربہ کی وجہ سے ہوتا ہے اگرچہ اس حالت کی التصاقات کی توجیہ ابھی تک تشفی بخش طور پر نہیں ہوئی ہے۔ اس کی علامات عصبی جڑوں اور نخاع کے انضغاط کے باعث ہوتی ہیں اور ممکن ہے یہ ان علامات کے بعد واقع ہوں جو نخاع کی کسی متعین ضربی ضرر کا یا بحران نخاعی علامات ہوئے بغیر پشت کے تضرر کا نتیجہ ہوتی ہیں اور ایسی صورت میں یہ ہفتوں یا مہینوں کے وقفہ اخفاء کے بعد نمویاب ہوتی ہیں۔ ان کی نوعیت کا انحصار ماؤف نیول پر اور جڑوں یا خود نخاع کے اضافی درجۂ ماؤفیت پر ہوتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ ابتدائی علامات جڑوں کے دردوں اور عضلی جھٹکوں کی صورت میں ظاہر ہوں کہ جن کے بعد طبقی توزیع رکھنے والا حسی فقدان اور لاغری واقع ہو، اور نخاعی انضغاط کے آثار صرف دیر سے نمودار ہوں، یا ممکن ہے کہ سریری تصویر ابتدا ہی سے نخاع کے ایک بتدریج ترقی پذیر عرضی ضرر کی ہو جس میں جذری ماؤفیت نہ پائی جائے۔ تشخیص ایسے دوسرے عوضی اضرار سے بھی کرنی پڑتی ہے جیسے کہ سلعۂ آتشک یا تشتر صلابت سے واقع ہو سکتے ہیں۔ اس وقت جب کہ ضربہ کی سرگذشت مشکوک ہو عمود الفقرات کے ماسبق تضرر کی لاشعاعی شہادت ایک مفید نکتہ ہے۔ تشخیص کا فیصلہ کرنے کے لیے استقصائی ورق براری کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔ جھلیوں میں شگاف دے کر سیال کے محدود المقام اجتماع کو خارج کر دینے سے علامات کو تسکین دی جا سکتی ہے، لیکن یہ حالت مکرر پیدا ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے۔

امراض دماغ

دماغی نزف

(cerebral hæmorrhage)

امراض دماغ کی بحث میں عروقی اضرار کو نمایاں جگہ دینا چاہئے جو کہ دماغی خلل کی اکثر اصابتوں کا سبب ہوتے ہیں۔ حاد عروقی ضرر کی وہ شکلیں جن پر ہمیں غور کرنا ہے یہ ہیں: ۔ عروق کا انشقاق ہو کر دماغ کے اندر خون کا نکل آنا (نزف=hæmorrhage) اور سدادیت (embolism) سے یا علقیت (thrombosis) سے شرائین کا مسدود ہو جانا۔

اسباب۔ دماغی نزف عورتوں کی نسبت مردوں میں اور نوعمری کی نسبت بڑھاپے میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ بالعموم اس کا سبب شریانی مرض ہوتا ہے جس کے ساتھ تقریباً ہمیشہ خون کا دباؤ بلند ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ منتشر بیش تکوینی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis) اور مزمن مرض برائٹ میں ایک عام حادثہ ہے، لیکن یہ شیخوخی شریانی انحطاط (senile arterial degeneration) کی اصابتوں میں بھی واقع ہو سکتا ہے جن میں خون کا دباؤ طبعی ہوتا ہے۔ آتشکی شریانی التہاب (syphilitic arteritis) اگرچہ عموماً علقیت پیدا کرتا ہے، تاہم وہ دماغی نزف کا بھی ایک شاذ سبب ہوتا ہے۔ ان امراض خون میں سے جن میں دمی کا رجحان ہوتا ہے کسی کا بھی مرض میں (مثلاً داء الحفر، پرپیورا اور نزفیت: hæmophilia میں) دماغ کے اندر نزف واقع ہو سکتا ہے۔ کبھی کبھی ایسا اتفاق بھی ہوتا ہے کہ دماغی شرائین میں سے کسی ایک شریان کا پیدائشی انورسما بچائے تحت العنکبوتیہ فضا (subarachnoid space) کے اندر پھٹنے کے (جو زیادہ عام صورت ہے)، جرم دماغ کے اندر پھٹتا ہے۔ یاد رکھنا چاہئے کہ نوعمر شخصوں میں جن کی شرائین اور خون کا دباؤ طبعی ہوتے ہیں دماغی نزف کا یہ ایک ممکن سبب ہو سکتا ہے۔

دماغ کے ایک عروقی سلعہ مثلاً وعائی سلعہ میں بھی نزف واقع ہو سکتا ہے۔

نزف کے محلِ وقوع - یوں تو دماغ کا کوئی حصہ شاذ ہی نزف کے خطرے سے مبرا ہے، لیکن نزف کا وقوع زیادہ تر قاعدۂ دماغ میں جسم مخطط اور رعشۂ بصری کے قرب و جوار میں ہوا کرتا ہے جنکی رسد خاص کر وسطی دماغی شریان کی شاخوں سے حاصل ہوتی ہے، جس کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 605)- جانبی بطینوں میں بھی عروق پھٹ سکتی ہیں (بطینی نزف = ventricular hæmorrhage) یا دماغ کی سطح پر (سحائی نزف = meningeal hæmorrhage) بھی۔ لیکن اِن مقامات پر پایا جانے والا خون اکثر ایسے نزف سے آیا ہوتا ہے جو اوّلاً جرم دماغ میں واقع ہوا ہو۔

مرضی تشریح - مختلف حالات میں ممکن ہے وہ خون جس کا انصباب ہوا ہے مقدار میں تھوڑا ہو یا کئی اونس تک پہنچے۔ آخر الذکر حالت میں وہ دماغی بافت کو پھاڑ دیتا ہے، مثلاً وہ بڑے عقود اور داخلی کیپ تک کو تلف کرکے وہاں سے مرکز بیضوی کے اندر پھیل جاتا ہے، یا ممکن ہے وہ عرشۂ بصری یا نواۃ ذنبی میں سے ہوتا ہوا جانبی بطین کے اندر جا پہنچے۔ یہاں سے یہ خون ممکن ہے سلویئس کی راہ سے بطین چہارم کے اندر بہہ آتا ہے۔ ایسی اصابتیں بسرعت مہلک ہوتی ہیں، اور ان کے امتحان بعد الممات میں ایک گہرے سرخ رنگ کے منجمد خون کا تھکا پایا جاتا ہے جو بطین اور نیم کرۂ دماغ کے بیشتر حصے کو پُر کرتا ہے، اور اسکے گرد دماغی جرم ہوتا ہے جو کھرورا اور خون سے بدرنگ ہوتا ہے۔ اُن اصابتوں میں جو چند روز تک جاری رہی ہوں وہی سیاہ سرخ رنگ کا تھکا ہوتا ہے، اور اُسکے گرد کی بافت نرم ہوتی ہے جس کا رنگ ہیموگلوبین کے جذب ہو جانے کے باعث متغیر ہو کر زرد ہوتا ہے۔ دماغ کے اُن حصوں پر جو نزف سے فی الفور تلف نہیں ہو گئے ہیں، انصبابی خون کی مقدار کے لحاظ سے مختلف اثر ہوتا ہے، اور یہ اثر گرد و پیش کے حصوں پر دباؤ پڑنے کا اور اس سے پیدا شدہ عدم دمویت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ابتداءً یہ اثر مقامی ہوتا ہے لیکن ایک بڑے انصباب کی حالت میں یہ بسرعت پھیل کر عمومی ہو جاتا ہے، اور اس سے تالیف چھٹے اور تبعی وظیفہ معطوس ہو جاتے ہیں۔ جانبر ہونے والے مریضوں میں منجمد خون کا تھکا بتدریج سُکڑ کر نرم اور زرد ہو جاتا ہے۔

(یہ تغیر محیط سے شروع ہو کر اندر کی طرف بڑھتا ہے) اور بالآخر جذب ہو جاتا ہے۔ ساتھ ہی ساتھ گرد و پیش کی دماغی بافت کے تلف شدہ عصبی عناصر کو جاروب خلیے توڑ پھوڑ کر تلف کر دیتے ہیں، اور عصبی سریش کا تکاثر ہو کر ایک دیوار بنجاتی ہے جو اس کہفہ کو محصور کر لیتی ہے یا ایسے ڈورے بنجاتے ہیں جو کہفہ کا تقاطع کرتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ ایک شکن دار عصب سریشی ندبہ بنجانے سے کہفہ بالآخر مطموس ہو جائے، یا ممکن ہے کہ وہ ایک منفرد یا کثیر البیوتات و ویرہ کی صورت میں باقی رہے جس میں مصلی سیّال بھرا ہوا ہو۔ اکثر اوقات متغیر شدہ دموی لون کے باعث ندبی بافت کی زرد رنگی باقی رہتی ہے۔ نازل عصبی ریشوں یا اُن کے مبدائی خلیتوں کے تلف ہو جانے سے ثانوی انحطاط واقع ہو جاتا ہے، جس کا تعاقب ہری خطوں کے مریں نہایت آسانی سے کیا جا سکتا ہے۔

علامات۔ ممکن ہے کہ دماغی نزف سے چند دنوں یا ہفتوں پہلے گاہ بگاہ دوران سر، انگلیوں میں سن پن یا جھٹکے، دردِ سر، بیخوابی، یا ذہنی قابلیت میں کچھ کمی محسوس ہونے لگے۔ لیکن یہ سب علامات آنیوالے شدید حملہ پر اس قدر دلالت نہیں کرتیں جسقدر کہ عروق کے اس مرض کو ظاہر کرتی ہیں جو کہ موجود ہے، اور شائد یہ خود خفیف نزفات کی وجہ سے ہوں۔ اسکے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ دماغی نزف بلا کسی قسم کے انتباہ کے واقع ہو جائے۔ بعض اوقات یہ ظاہرا اُسے کسی معین سبب، مثلاً جذباتی جوش و ہیجان، عضلی محنت، زور کی کھانسی، یا پاخانہ پھرتے وقت کانکھنے سے منسوب کیا جا سکتا ہے۔ لیکن دوسرے اوقات میں وہ اس وقت واقع ہو جاتا ہے جبکہ مریض کامل طور پر پُرسکون ہوتا ہے، یا اُسوقت جبکہ وہ سو رہا ہوتا ہے۔ بہت سی اصابتوں میں دماغی نزف سے علامات کا ایک گروہ پیدا ہو جاتا ہے جسکو سکتہ (apoplexy) کہتے ہیں۔ اس سے یہ مراد ہے کہ مریض بے ہوش ہو کر ناگہانی طور پر گر پڑتا ہے، یا جلد بیہوش ہو جاتا ہے (آپاپلکسی = زمین پر گرا دینا)۔ ایسا بھی ہوا ہے کہ پہلی علامت کے بعد مریض پانچ یا دس منٹوں میں ہلاک ہو گئے۔ زیادہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ علامات بتدریج نمودار ہوتے ہیں۔ مریض شدید دردِ سر میں مبتلا ہو جاتا ہے، اُسے غش آجاتا ہے یا وہ قدرے مبہوط ہو جاتا ہے، ممکن ہے کہ اُسے قے ہو جائے یا خفیف تشنج ہو، اور

پھر نصف گھنٹے یا زائد کے بعد اُس پر بتدریج قوما کی حالت طاری ہوجاتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ پہلے علامات کا ظہور حرکی نظام میں ہو۔ مریض منہ میں بولتا ہے یا اُس کا ہاتھ بے طاقت ہوکر گر پڑتا ہے، اور وہ بتدریج ایک جانب کو جھک جاتا ہے، اور اگر اُسے نہ سنبھالا جائے تو گر جاتا ہے، اور پھر بتدریج اُس پر قوما طاری ہوجاتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ بڑھتی ہوئی غنودگی کے مدارج طے ہوکر چند گھنٹوں میں قوما نمو یاب ہوجائے۔ یا حملہ کا آغاز تشنج کے ساتھ ہو۔ بعض اصابتوں میں ہبوط انتہائی ہوتا ہے اور نبض بمشکل محسوس ہوتی ہے۔ لیکن ایک یا دو گھنٹوں کے بعد نبض کی حالت بہتر ہوکر وہ ممتلی اور مشرف ہوجاتی ہے، اور ساتھ ہی مریض کی حالت وہ ہوجاتی ہے جو کہ نیچے بیان کی گئی ہے جس میں کامل قوما اور شلل ہوتا ہے۔ اُن اصابتوں کو جن میں کامل قوما طاری ہونے سے پہلے چند گھنٹے گذر جاتے ہیں، سکتۂ متزائدہ (ingravescent apoplexy) کہتے ہیں۔ اس میں شک نہیں کہ جب دوستوں نے مریض کو تنہا پایا ہو، یا جب وہ بے ہوش حالت میں راستہ سے اُٹھا کر لایا گیا ہو، یا جب علی الصباح اُسے نیند سے جگایا نہ جا سکے تو یہ کہنا ناممکن ہے کہ آغازِ حملہ کس طرح ہوا تھا۔ لیکن اس میں شک نہیں کہ دماغی نزف بلا سکتہ کے بھی واقع ہونا ممکن ہے۔ صرف حرکی خطّے میں نہایت خفیف سا دمی ہو تو اس سے بدوں بے ہوشی شلل پیدا ہو سکتا ہے لیکن یہ غیر عام ہے۔

نزفی قوما کا مریض بالکل بے ہوش پڑا رہتا ہے اور اُسے چلانے یا جلد کی کسی قسم کی تہییج سے بیدار نہیں کیا جا سکتا۔ اُس کا چہرہ تمتمایا ہوا، نبض ممتلی اور تنیدہ، اور تنفس شخیری ہوتا ہے، تالو یا زبان پیچھے گر جانے کی وجہ سے اور اس سے سینہ کے اندر ہوا کے جانے میں رکاوٹ ہونے کی وجہ سے بلند خراٹے جیسی آواز پیدا ہوجاتی ہے۔ جوارح کی حالت مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ دونوں ٹانگیں اور بازو بالکل رِخو ہوں اور اٹھانے پر فوراً گر جائیں، یا یہ ظاہر ہو کہ ایک جانب کی ٹانگ اور بازو دوسری جانب کی ٹانگ اور بازو کے نسبت زیادہ رِخو ہیں۔ جبڑے کے عضلات بھی شلل میں حصہ لیتے ہیں اور تنفسی اعمال کے ساتھ گال پھول کر اُبھرتے اور اندر کو پچکتے ہیں۔ یہ بھی ایک ہی جانب پر ہو سکتا ہے۔ لیکن بعض اوقات ایک یا دونوں جانب کے جوارح کرختگی کی حالت (ابتدائی کرختگی) میں ہوتے ہیں،

697

عضلات منقبض شدہ ہوتے ہیں اور وہ بسط شدگی یا خم شدگی کی مدافعت کرتے ہیں۔ عمیق معکو سے عموماً زیادہ ہو جاتے ہیں اور جلدی معکوسے غائب ہوتے ہیں۔ آنکھیں بجیبیت سب سے پہلے واپس ہوتی ہے اور پھر عموماً باسط ہوتی ہے۔ پتلیاں مختلف ہوتی ہیں یعنے بعض اوقات سکڑی ہوئی اور بعض اوقات پھیلی ہوئی یا غیر مساوی۔ انحراف مزدوج کا وقوع ممکن ہے۔ تپش میں قدرے کمی ظاہر ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ یہ کمی موت واقع ہونے تک جاری رہے، یا اگر زندگی کی مدت بڑھ جاتی ہے تو تپش معمول سے قدرے زائد ہو جاتی ہے۔ تپش کا زیادہ یا لگاتار گرتے رہنا یا تپش کا جلد یا بے انتہا بلند ہو جانا ایک خطرناک علامت ہے۔ آخر الذکر واقعہ اکثر جانبی بطینوں کے اندر انشقاق ہونے کی حالت میں ہوا کرتا ہے۔ کبھی کبھی نخاع مستطیل پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے پیشاب میں شکر پائی جاتی ہے۔ اولی منقبض گردوں (primary contracted kidneys) کے ساتھ عموماً البیومین کی خفیف سی مقدار بھی موجود ہوتی ہے۔ نہایت شدید اصابتوں میں نبض اور تنفس سریع ہوتے ہیں، پسینہ بکثرت آتا ہے اور چہرہ اور جلد عام طور پر نہایت تمتائے ہوئے ہوتے ہیں۔ پھر کچھ عرصہ، دو یا تین یا زائد گھنٹوں کے بعد مریض نیلا پڑ جاتا ہے، نسبتہً بڑے شعبات اور قصبتہ الریہ میں لغطات پیدا ہو جاتے ہیں، نبض زیادہ کمزور پڑ جاتی ہے، تنفس سست ہو جاتا ہے اور بالآخر موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ یہ ہلاکت خیز اختتام کئی دن تک ملتوی رہے، اور ان ایام میں پھیپھڑوں میں اذیمایا ذات الریہ سے ماؤف ہو جانے کا بہت رجحان ہوتا ہے۔ اور غالباً مزمار میں سے کبھی کبھی غذا کے ریزوں یا سیالات کا گزرنا ان اعضا کے التہاب میں ممد ہوتا ہے۔ زیادہ ایسد اترا اصابتوں میں مریض صرف تھوڑا زدہ پڑا رہتا ہے، اس کی نبض یا تنفس میں بمشکل خفیف سا اختلال ہوتا ہے، اور چند گھنٹوں یا دو تین دن کے اندر بتدریج اس کے حواس بجا ہو جاتے ہیں۔ پھر ان اصابتوں کی بڑی تعداد میں مریض فالج نصفی میں مبتلا پایا جاتا ہے، جو ممکن ہے کہ خود بتدریج درست ہو جائے یا مستقل طور پر قائم رہے۔

تشخیص ان دوسری حالتوں سے کرنی پڑتی ہے جن میں یا تو یکایک توما طاری ہو جاتا ہے یا دماغی ضرر کے امارات پیدا ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ تہیہ ہوگا کہ ابرہٹ

دماغی علقیت (embolism) اور سدادیت (cerebral thrombosis) کے بیان کے بعد کی جائے۔

انجام - یہ عموماً جس حد تک ابتدائی علامات شدید ہوں اسی نسبت سے ناموافق ہوتا ہے یہ تو عام طور پر معلوم ہے کہ سکتہ اکثر مہلک ہوتا ہے اور اُنکے حملے کے بعد مختلف عرصوں میں ہلاکت کا واقع ہو جانا ممکن ہے۔ جن اصابتوں میں تو بازیادہ شدید، شخیر زیادہ زوردار، چہرہ تمتمایا ہوا یا ممتلی، نبض ممتلی اور مشرف ہوا اور ساتھ ہی تمام جوارح کا کامل ارتخا موجود ہو وہ اصابتیں خطرناک ہوتی ہیں۔ اگر تپش پہلے چھتیس گھنٹوں میں برابر بڑھتی رہے تو یہ عموماً اس کی آمارت ہے کہ نزف بطینوں کے اندر ہوا ہے اور نتیجہ مہلک ہوگا۔

اگر ابتدائی تو ماسے شفا ہونے کے بعد دردِ سر جاری رہے، اور مریض پر دوبارہ غنودگی طاری ہو جائے تو نتیجہ خطرناک ہونے کا امکان ہے۔

علاج - اگر مریض کو ابتدا ہی میں دیکھا گیا ہے اور تشخیص یقینی ہے تو فصد نظری طور پر صحیح علاج ہے، کیونکہ اس سے خون کے دباؤ میں کمی واقع ہوتی ہے جو شقوق رگ سے خون کا بہنا روک دیتی ہے اور ترویب کا موقع دیتی ہے۔ لیکن عملی تجربہ سے ظاہر ہوا ہے کہ ایک ایسے شخص میں جس میں خون کا دباؤ زیادہ بلند اور قلب بیش پرور دہ ہو، دماغی علقیت کے وقوع کا اتنا ہی امکان ہے جتنا دماغی نزف کا، اور تفریقی تشخیص بڑی حد تک ایک قیاسی امر ہے۔ شاید علقیت میں فصد سے نقصان پہنچنے کا احتمال ہے اسی قدر جسقدر کہ اس سے نزف میں مدد ملتی ہے۔ لہذا شائد یہی قاعدہ بہتر ہے کہ اس سے احتراز کیا جائے۔ لیکن ایک ادھیڑ عمر والے شخص کی حالت میں، جس کا انکماشی دباؤ پہلے سے ۲۰۰ ملی میٹر پارہ سے اوپر ہونا معلوم ہے، اور جس میں فشلِ قلب کے علامات موجود نہوں، علقیت کے مقابلے میں نزف کے وقوع کے زیادہ امکانات ہیں، اور ایک پائنٹ خون فوراً خارج کر دینا صحیح طریق عمل ہے۔

تمام اصابتوں میں علاج کا ضروری جزو کامل سکون و آرام ہے جو اتنے عرصہ تک جاری رکھا جائے کہ جس میں شقوق رگ کے مندمل ہو جانے کا یقین ہو جائے۔ مریض کو حتی الامکان زیادہ ہل جل کے بغیر بستر میں لٹا دینا چاہیئے۔ اگر وہ بے ہوش ہے تو اُسے کروٹ سے لٹانا چاہیئے،

اور اس امر کی احتیاط رکھنی چاہیے کہ اس کا سر آگے کو نہ گر نے مبادا گردن کی بڑی وریدوں
کے دوران خون میں رکاوٹ ہو جائے ۔ جلد کی بہ احتیاط خبر گیری کرنی چاہیے ۔ مریض کو ایک
ہی کروٹ پر زیادہ عرصہ تک نہیں رہنے دینا چاہیے اور اگر وہ بھاری بدن کا ہے تو ایک
آبی بستر کا استعمال مناسب ہے ۔ ممکن ہے کہ مریض کو سلس البول ہو، مگر اگر اسے احتباس
بول ہو تو قثطرت کی ضرورت ہوتی ہے ۔ ابتدائی چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں میں مسہلات
سے احتراز کرنا ہی بہتر ہے ۔ ایک بے ہوش مریض کو ان کا استعمال کرانا مشکل ہوتا ہے
اور ان کا فعل بھی اختلال پیدا کرتا ہے ۔ اگر یہ معلوم ہو کہ مریض کو حال میں کوئی اجابت
نہیں ہوئی تو چوبیس گھنٹے کے بعد حقنہ دیدیا جائے ۔ اگر وہ بے چین اور نیم ہوشی کی حالت
میں ہو تو مسکنات دینے چاہئیں ۔ کلورل ہائیڈریٹ ۵ گرین اور اسکے ساتھ پوٹاسیم
برومائیڈ ۲۰ گرین ایک ہی خوراک میں براہ دہن دیدینا مناسب ہے اور اسے حسب
ضرورت مکرر دیا جا سکتا ہے ۔ اگر مریض پی نہ سکے اور اسے ہیجان ہو تو مارفیا دیدینا
چاہیئے ۔ کیونکہ تنفسی مرکزوں پر اس کا ضعف اثر پڑتا ہے تاہم آرام و سکون نہایت
ضروری ہے اور ہیجان بذاتہ اس امر کی دلالت ہے کہ حیوی مرکزوں پر دباؤ خطرناک
درجہ کا نہیں ہے ۔ اگر مریض کو ہوش ہے تو اسے پیٹھ کے بل لٹا کر سر اور کندھوں کو تکیہ
کے سہارے رکھ دینا چاہیے ۔ کمرہ میں اندھیرا کر دینا چاہیئے اور خاموشی رکھنا چاہیے
اور ملاقاتیوں کے آنے کی ممانعت کر دینی چاہیئے ۔ غالباً ابتدائی چوبیس گھنٹوں میں
مریض کو فاقہ سے رکھنا ہی مصلحت ہے لیکن ایک نلکی پیالہ سے پانی جرعہ جرعہ
دیتے رہنا چاہیئے ۔ اسکے بعد اگر وہ ہوش میں ہے تو منہ کی راہ سے رقیق غذا دینا
شروع کر سکتے ہیں یا آنت کو صاف کرنے کے لئے پہلے ایک حقنہ دیکر پھر معاء مستقیم کی
راہ سے رقیق غذا دے سکتے ہیں ۔ چند دنوں یا ہفتوں تک ہلکی غذا ہی دینا ضروری
ہے ۔ ایک شدید اصابت میں لازم ہے کہ آغاز حملہ سے ایک ماہ تک مریض کو بستر میں
رکھا جائے اور ایک خفیف اصابت میں بھی پندرہ دن تک بستر میں آرام سے
رکھنا قرین مصلحت ہے مشلول جوارح کی حالت میں جب تک کہ تین ہفتے نہ گذر جائیں
دلک اور حرکات شروع نہیں کرنی چاہئیں، البتہ صبح و شام جوڑوں کو نہایت
آہستہ مجہول حرکت دے سکتے ہیں تاکہ انقباضات نہ بننے پائیں ۔ اس مدت کے اختتام

پر ذلک، مجہول حرکات اور خاصکر فاعلی حرکت روزانہ عمل میں لانا چاہئے۔ فالج نصفی کی حالت میں برقی علاج سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ دماغی نزف کے حملہ کے بعد مریض کی طرز زندگی کو بسبب مرض کے لحاظ سے منظم کر دینا چاہئے (ملاحظہ ہو ارتفاع الضغط : hyperpiesia)۔

دماغی سدادیت و علقیت

(cerebral embolism and thrombosis)

سدادیت کا معمولی سبب، التہاب دروں قلب ہے۔ تقرحی یا ساری التہاب دروں قلب میں یہ سداد ایک ایسے ریزہ سے بنتا ہے جو مصراعات پر کی روئید گیوں میں سے ایک روئیدگی سے جدا ہو گیا ہو۔ مزمن مطرانی ضیق میں جسکے ساتھ ایک تسمع بایاں اذینی ہو، اذینی زائدہ میں تھکا بن سکتا ہے، اور اس کا کوئی ٹکڑا الگ ہو جاتا ہے اور جوئے خون میں داخل ہو کر سداد بنا دیتا ہے۔ مطرانی ضیق سے واقع ہونے والی سدادیت اکثر اذینی ریشکی انقباض کے ہمراہ واقع ہوتی ہے، اسی کثرت سے اسکے بغیر بھی واقع ہو سکتی ہے۔ مرکزی سدادیت کا ایک دوسرا اور نسبتہً بہت کم کثیر الوقوع سبب یہ ہے کہ نظامی وریدوں میں سے کسی ورید (مثلاً صافن، فخذی یا حوضی) سے تھکا نکلکر ایک مفتوح سوراخ بیضوی میں سے گذر جائے۔ گاہے اکلیلی علقیت کے بعد باطن بطین میں تھکا بن جاتا ہے جس کا ایک جزو جدا ہو کر سدادیت کا باعث ہوتا ہے۔

درمیانی دماغی شریان دوسری شریانوں کی بہ نسبت سدادیت سے زیادہ کثرت کے ساتھ ماؤف ہوتی ہے، اور بائیں شریان دائیں شریان کی بہ نسبت زیادہ کثرت کے ساتھ۔

علقیت بیشتر اوقات عروقی دیوار کے مرض، مثلاً اتھیروما (atheroma) سے پیدا ہو جاتی ہے، جس سے سطح ناہموار یا کھردری ہو کر بالآخر اس پر فائبرن جم جاتی ہے۔ شریانی کا آتشکی مرض ان کے مجریات میں بڑی تنگی پیدا کر دیتا ہے، اور اس طرح علقیت پیدا کرنے میں مد ہوتا ہے۔ اسکے علاوہ علقیت اُن متعدد حالتوں سے پیدا ہو سکتی ہے جو دوران خون کو کمزور کر دیتی ہیں، جیسے کہ وہ حالتیں جو تپ معویہ، ٹائفس، سرطان، سل ریوی، اور دوسری شدید بیماریوں سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ احمرہ مویت میں بھی واقع ہو سکتی ہے۔

سدادیت اور علقیت دونوں دوران خون میں تسدد پیدا کر دیتی ہیں اور اسطح دماغ کے اُن خطّوں میں جوان عروق کے ساتھ متناظر ہیں لینت (softening) پیدا کردیتی ہیں۔ البتہ اگر تفمّمات کے ذریعہ سے عروقی رسد قائم رہے تو لینت نہیں پیدا ہوتی۔ دماغی عروق کی حالت میں ایسے تفمّمات وافر نہیں ہوتے، اور فی الحقیقت مرکزی عضو کو جانے والے عروق دراصل انتہائی عروق ہوتے ہیں، گو کہ قشرۂ دماغ کو جانے والے عروق میں کم و بیش تفمّم واقع ہوتا ہے۔ کم از کم وسطی دماغی شریان کی تزریع کا تو یہی حال ہے، اور یہی وہ رگ ہے جو بیشتر اوقات مسدود ہوتی ہے۔ دماغ کا وہ حصّہ جس میں لینت واقع ہو گئی ہو وہی چکنی اور چمکدار سطح نہیں رکھتا جیسی کہ ایک طبعی دماغی تراش میں ہوتی ہے۔ وہ زیادہ غیر شفاف، یا بادی، یا چپتی دار ہوتا ہے۔ وہ پانی کی دھار کے نیچے آسانی کے ساتھ ٹوٹ جاتا ہے۔ یا وہ دودھ جیسا یا مثلوہ ہوتا ہے۔ اس میں خوردبین کے نیچے مائیلین (myelin) کے قطرے، عصبی ریشوں کے حصّے، بڑے یک نواتی اکال خلیے (جن میں ذراتی طبا موجود ہوتا ہے) اور آزاد شحمی گلو نیچے نظر آتے ہیں۔ بعض اوقات متغیر دموی لون کی وجہ سے اس کا رنگ زردی مائل یا بھورا سا ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ ناگہانی تسدد کی اصابتوں میں خون کی رقیق وعائدریاں موجود ہوں، جس سے ایک قسم کی سرخ لینت (red softening) پیدا ہو جاتی ہے۔ سدادیت کے بعد سریع موت کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ دماغی جرم بالکل تندرست نظر آئے کیونکہ اتنا کافی وقت نہیں گذرا ہے کہ جس میں خالی آنکھ سے نظر آسکنے والے تغیرات واقع ہو سکیں۔ کبھی کبھی سداد اپنے قرب و جوار میں التہابی تغیرات پیدا کر دیتا ہے۔ کبھیؔ نو رسا اور دماغی نزف پیدا کر دیتا ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ شاذ اصابتوں میں حقیقی منفعات بنجاتے ہیں۔ لینت کے آخری درجے ٹوٹی ہوئی بافت کا انجذاب اور دیرہ کا بننا ہیں۔ یا اگر لینت چھوٹی سی ہے تو ممکن ہے کہ ایک ندبہ پیدا ہو جائے۔

یہ علقیت یا سدادیت جب حرکی خطّے کو ماؤف کرتی ہے تو اس کے بعد وہی ثانوی تغیرات واقع ہوتے ہیں جو نزفی اضرار سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

علامات ۔ سدادیت کے نتائج نزف کے نتائج سے زیادہ مختلف نہیں ہوتے۔ لیکن وہ نزف کی نسبت زیادہ اکثر بلا بے ہوشی کے ناگہانی فالج نصفی پیدا کر دیتی ہے۔

کسی بڑی رگ کے تسدد سے ناگہانی بے ہوشی طاری ہوجائے گی، اور اسکے بعد ممکن ہے کہ جلد ہی موت واقع ہوجائے۔ چونکہ لینت صرف انھیں رقبوں میں واقع ہوتی ہے جو محل تسدد سے آگے اس رگ سے رسد پانے والے ہوتے ہیں، لہٰذا علامات اس شریان کی توزیع کے ساتھ متناظر ہونے کا اس سے زیادہ امکان رکھتی ہیں کہ جتنا نزف کی حالت میں جس میں دھابدخون دماغ کو بلا امتیاز کھود کر تلف وبرباد کردیتا ہے۔ اگر وسطی دماغی شریان اپنے مبدا کے قریب مسدود ہوجائے تو مقابل جانب کا فالج نصفی پیدا ہوجائے گا، اور اگر یہ ضرر بائیں جانب پر ہے تو حبسہ (aphasia) بھی ہوگا، کیونکہ یہ شریان داخلی کیسہ، لطیف نرم کا، قشرے کے حرکی رقبہ کے بیشتر حصے، پہلی اور دوسری صدغی تلفیفات اور زاویئی تلفیف کو رسد پہنچاتی ہے۔ دائمی فالج نصفی کے ساتھ وہ حالتیں پائی جاتی ہیں جنکا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 607)۔

علقیت اپنے اثرات میں عموماً کم سریع ہوتی ہے، گو اسکے نتائج بھی وہی ہوتے ہیں یعنے سکتہ اور فالج نصفی۔ لیکن بعض اوقات سریع تو ما پیدا ہوجاتا ہے جو نزف کے تو ما سے ناقابلِ تمیز ہوتا ہے۔ اکثر تنبیہی علامات موجود ہوتے ہیں، جیسے دردِ سر، دورانِ سر، نسیان، غنودگی، سُن پن، یا ایک بازو یا ٹانگ کا، یا جسم کی ایک جانب کا تشنج۔

دماغی عروقی اضرار کی تشخیص۔ اس کو دو عنوانوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ (۱) سکتہ (apoplexy) کی تشخیص دوسری مشابہ حالتوں سے، اور (۲) سکتہ یا فالج نصفی کے مختلف اسباب کی تشخیص ایک دوسرے سے۔

۱۔ اول الذکر میں سرگذشت مرض نہایت اہم ہوتی ہے۔ شدید علالتوں مثلاً التہابِ سحایا، دماغی خراج، دماغی سلعہ، تپ محرقہ وغیرہ کے دوران میں واقع ہونے والے تو ما کے اسباب کو سرگذشت مرض پر سے بآسانی خارج از بحث کیا جاسکتا ہے۔ سکتہ کے ساتھ وہی تو ما غلط ملط کیا جاسکتا ہے جو ناگہانی طور پر یا بسرعت طاری ہوجائے۔ بعض اوقات تقیح الدم (pyemia) میں ناگہانی تو ما واقع ہوگیا ہے جو سکتہ کے تو ما سے مشابہ تھا۔ زیادہ عام طور پر جن حالتوں کو اس سے تمیز کرنا پڑتا ہے وہ یہ ہیں:- وہ تو ما جو غشی، افیونی تسمم، الکحلی تسمم، یوریا دمویت، ذیابیطس، صرع اور قلبی سددگی (heart-block) کے باعث ہو۔ گرم ملکوں میں یہ یاد رکھنا ضروری ہوگا کہ ضربۃ الحرارت (heat-stroke)

اور متسلف ملیریا (pernicious malaria) سے بھی توما پیدا ہو جاتا ہے ۔
تضرر کی اصابتیں ممکن ہے کہ سرگذشت کی عدم موجودگی میں نہایت سخت مشکلات پیش کریں کیونکہ تضرر کی بیرونی شہادت کے باوجود یہ امر غیر یقینی رہ سکتا ہے کہ آیا مریض سکتہ کی وجہ سے گر پڑا ہے یا گرنے کی وجہ سے اُس کا دماغ متضرر ہو گیا ہے ۔ ممکن ہے کہ موت کے بعد بھی یہ مسئلہ لاینحل رہے ۔ بعض اوقات جبکہ شلل شناخت کیا جا سکے، اس امر سے کہ کمزور جانب کے لحاظ سے جلد الراس کے زخم کا محلِ وقوع کیا ہے، تشخیص میں مدد مل سکتی ہے اور مریض کی عمر، یا اُس کی جسمانی صحت کے دیگر حالات سے دماغ کے خونخیز ضرر کا کم و بیش امکان ہو سکتا ہے ۔ ارتجاج دماغ (cerebral concussion) کی حالت میں مریض کا رنگ شاحب، پتلیاں پھیلی ہوئی اور خون کا دباؤ پست ہوتا ہے ۔ اُس کے جوارح ڈھیلے ہوتے ہیں ۔ نَے عموماً شفایابی کا پیش خیمہ ہوتی ہے ۔ تحت الجافیہ نزف (sub-dural hæmorrhage) میں انضغاط کے علامات ہوتے ہیں جیکے ساتھ نبض سست ہوتی ہے ۔ توما بتدریج زیادہ گہرا ہوتا جاتا ہے، ایسے فترات کے ساتھ جنکے دوران میں مریض کو پورا ہوش ہوتا ہے ۔

تسمم افیون کی شناخت عموماً خوب سکڑی ہوئی پتلیوں، آہستہ نبض، اور آہستہ تنفس سے کیجاتی ہے ۔ لیکن جسرِ فارولی (pons Varolii) کے اندر وقوع نزف سے بھی اس کی قریبی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے ۔ یک جانبی ضرر کی ایسی شہادت، جیسے کہ ایک جانب پر جوارح کی نسبتہً زیادہ رخوت یا کرختگی، یا پتلیوں کا غیر مساوی ہونا نزف کی تائید میں ہے ۔ دوسری منوّم ادویہ مثلاً کلورل (chloral) یا باربٹ یوریٹز (barbiturates) کے تسمم میں تنفس کی شرح اور عمق بسا اوقات بڑھے ہوئے ہوتے ہیں، پتلیاں پھیلی ہوئی ہوتی ہیں اور روشنی سے سست تعامل کرتی ہیں ۔ الکحلی تسمم کے متعلق بھی یہی بیان صادق آتا ہے ۔ یہ حالت گہرے توما کی ہوتی ہے، جس میں کوئی یک جانبی علامات نہیں ہوتے ۔ اس میں شک نہیں کہ الکحل کا ثبوت سانس سے، یا قے آور ادویہ یا معدی انبوبہ کے ذریعہ معدے سے حاصل ہو سکتا ہے ۔ لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ مریض نے سکتہ کے حملے سے ذرا ہی پہلے بافراط یا کافی مقدار میں شراب پی ہو، یا اگر حملہ بتدریج ہوا ہے تو اُس نے روح شراب

کا ایک جام علاج کے طور پہ لیا ہو ۔

نھاکتی یوریا دمویت (asthenic uræmia) کے ساتھ البیومین بولیت موجود ہوتی ہے' لیکن پیشاب کے اندر البیومین کا ملنا دماغی نزف کے امکان کو خارج از بحث نہیں کرتا' کیونکہ اوّل تو نزف اکثر ایسے لوگوں میں ہوتا ہے جنکے گردے ذراتی ہوتے ہیں۔ دوئم اُن لوگوں میں جنکے گردے تندرست ہوں خود نزف ہی البیومین بولیت پیدا کرسکتا ہے ۔یوریا دمویت میں بعض اوقات قوما کم گہرا ہوتا ہے۔چلانے سے مریض کچھ وقت کے لئے نسبتہً زیادہ آسانی کے ساتھ ہوشیار کئے جاسکتے ہیں' اور اُن پر پھر قوما طاری ہوجاتا ہے ۔کوئی شللی کمزوری' یا دعاحر کی اختلال' یا استلائی تشناہٹ نہیں پائی جاتی جیسی کہ سکتہ کی بعض اصابتوں میں ہوتی ہے ۔آیڈ تیین سانس کی سسکاری جیسی نوعیت کی طرف متوجہ کیا کرتا تھا۔خون کے اندر یوریا کی بڑی زیادتی بھی یوریا دمویت پر دلالت کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 603)-

ذیابیطسی قوما (diabetic coma)- ذیابیطس کا قوما نہایت آہستہ آہستہ نمویاب ہوتا ہے' اور خاتمہ کے قریب تک گہرا نہیں ہوتا۔اِس سے پہلے اکثر دردِ شکم ہوا کرتا ہے' جو بعض اوقات اسقدر شدید ہوتا ہے کہ انتقاب معائی تشخیص کرلی جاتی ہے ۔نبض سریع اور ضعیف' تنفس اکثر آہستہ' گہرا اور آہی ہوتا ہے' اور سانس میں ایک میٹھی بو محسوس ہوتی ہے ۔پیشاب میں شکر اور ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ (aceto-acetic acid) موجود ہوتے ہیں۔لیکن یہاں بھی غلطی کا امکان ہوسکتا ہے' کیونکہ بطین چہارم کو ماؤف کرنے والا نزف بھی شکر بولیت پیدا کرسکتا ہے ۔

ایک مکیفیہ صرعی حملہ کے بعد اکثر اوقات قوما طاری ہوجاتا ہے' جو قدرتی نیند سے اس سے زیادہ مشابہ ہوتا ہے کہ جتنا سکتہ کا قوما ۔یک جانبی علامات بالکل نہیں ہوتے لیکن دونوں جانب کی جھیتیں باسط ہوتی ہیں۔صرع کی سابقہ سرگذشت سے قطع نظر' حال میں کٹی ہوئی زبان' جلد' ملتحمہ یا غشاء مخاطی کے نیچے دقیق نزفات تشخیصی اہمیت رکھتے ہیں۔اگر آغاز حملہ کو مریض کے دوستوں نے مشاہدہ کیا ہے' تو آغاز حملہ پر تشنجی یا رجعی تشنجات کی سرگذشت ملتی ہے' جو کہ فیصلہ کن ہوتی ہے ۔

قلیل شکر دمویتی قوما' جیسے ہمراہ صرعی حملے واقع ہوسکتے ہیں' بالعموم انسولین

کی بیش معتاد کا نتیجہ ہوتا ہے لیکن دوسرے مرض کے نتیجہ کے طور پر بھی واقع ہوسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)۔ کبھی کبھی ہسٹریائی مریض طویل عرصوں تک بے ہوش پڑے رہتے ہیں، لیکن یہ اصابتیں عموماً دوسری ممیز علامات سے شناخت کرلی جاتی ہیں۔

قلبی مسدودی (heart-block) کا خاص خاصہ سست نبض ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 232)۔ ممکن ہے کہ تشنج بھی ہو، اور سانس گہری اور تیز ہوتی ہے۔

زیرعنکبوتی نزف کو بعض اوقات ایک درون دماغی عروقی نزف سے بمشکل تمیز کیا جاسکتا ہے۔ دونوں صورتوں میں حملہ کا آغاز سکتہ کے ساتھ ہوتا ہے، لیکن زیرعنکبوتی نزف میں تاوقتیکہ الصباب دماغ کو پھاڑ کر اندر نہ گھس گیا ہو، کوئی یک جانبی امارت نہیں پائی جاتی، اور جیسے جیسے مریض توما سے سنبھال ہوتا ہے، گردن کی کرختگی اور کرنگ کی امارت (Kernig's sign) دریافت کی جاسکتی ہے، اور قطنی کچوکے کے ذریعہ حاصل کردہ دماغی نخاعی سیال میں وافر خون پایا جاتا ہے۔

۲۔ سکتہ کے اسباب کی تشخیص میں ہمیں حملہ کی نوعیت اور مریض کی مختلف حالت پر غور کرنا پڑتا ہے۔ معلوم ہوگا کہ حملہ کی نوعیت سے اکثر بہت کم مدد ملتی ہے۔ نزف، سدادیت، اور علقیت یہ سب ناگہانی یا سریع توما پیدا کرسکتے ہیں۔ توما جسقدر زیادہ شدید اور طویل ہو اسی قدر نزف کا احتمال زیادہ ہوتا ہے، لیکن نمایاں فالج نصفی کے متعلق جو توما کے بغیر یا نہایت سریع الزوال بے ہوشی کے ساتھ واقع ہو زیادہ اغلب امکان یہ ہے کہ وہ سدادیت یا علقیت کے باعث واقع ہوتا ہے۔ عمر کی زیادتی نزف کی موئید ہوتی ہے، اور نوعمری اُسکے امکان کو تقریباً خارج از بحث کردیتی ہے، باستثناء اس صورت کے کہ یہ ایک پیدائشی اینورسما سے واقع ہو۔ لیکن پینتالیس سال اور ساٹھ سال کے درمیان والے اشخاص میں ایک یا دوسری حالت کی قطعی دلالتیں اکثر غیر موجود ہوتی ہیں۔ بطینی نزف کی حالت میں قطنی کچوکے سے نکالے ہوئے مائع کے اندر خون کی موجودگی ثابت ہوگی۔

نزف کے ساتھ جو حالتیں موجود ہوتی ہیں وہ یہ ہیں: البیوُمین بولیت اور مرض گردہ کی دوسری شہادتیں، یا شریانی انحطاط جس میں شریانیں تمتدہ اور کرخت یا دبیز ہوجاتی ہیں اور خون کے دباؤ کی زیادتی، اور بیش پروردہ قلب پایا جاتا ہے۔ علقیت کی بہت

اصابتوں میں شرائین میں تشنجی تغیرات بھی پائے جاتے ہیں۔ نوعمر مریضوں میں جنکو مرض قلب نہ ہو فالج نصفی کی موجودگی اکثر آتشکی التہاب شریان کے باعث ہوتی ہے، جس کا مزید ثبوت سرگزشت مرض سے یا امتحانِ وازرمن سے مل سکتا ہے۔ سدادیت میں عموماً ایک مطرانی یا اورطی خرخرہ یا قلب کے بائیں کھنوں کے اتساع کا کوئی ثبوت موجود ہوتا ہے، جو سداد کے منبع کا کام دیتا ہے، یا ممکن ہے کہ جسم کے دوسرے حصوں میں سدادیت کے امارات موجود ہوں، جیسے کہ طحال کی کلانی یا البیت، بیشاب میں خونِ شبکیہ کے اندر مخصوص و ممیز مظاہر، یا جوارح میں سے کسی ایک جارحہ میں شریان کا تسدد۔ فالج نصفی کے ساتھ واقع ہونے والے سکتہ کے دوسرے نسبتۃً کم عام اسباب یہ ہیں: عمومی شلل مجانین، کسی دماغی سلعہ کے اندر نزف، ساری التہاب دماغ اور جرم دماغ کے اندر کسی دروں جمجمی انیورسما کا انشقاق۔

علاج۔ اگر دماغی سدادیت یا علقیت یقینی طور پر شناخت کی جا سکے تو علاج دماغی نزف کے علاج سے مماثل ہے۔ لیکن فصد کا خیال بھی دل میں نہیں لانا چاہیئے۔ کامل سکون و آرام، دودھ کی غذا، اگر درد ہو تو سر پر برف، اور اگر قبض ہو تو ہلکے تلیینات یا حقنوں کا استعمال ہی خاص متقاضیات علاج ہیں۔
ان سے پیدا ہو جانے والے فالج نصفی کا علاج بھی یہی ہے۔

مزمن دماغی لینت

(chronic cerebral softening)

دماغی شرائین کا مرض، ایسے نسبتۃً شدید اور ناگہانی علامات پیدا کرنے کے علاوہ جو پہلے بیان کیئے جا چکے ہیں، بلا کسی ظاہری حملہ کے دماغی وظیفہ میں تدریجی ابتری پیدا کر سکتا ہے۔ یہ متواتر چھوٹے عروقی اضرار کے جمع ہونے سے یا بوسیدگی کے تدریجی اور منتشر عمل سے پیدا ہو سکتی ہے۔

امراضیات۔ پہلے بیان کی ہوئی اقسام کی شریانی دبانت اور بوسیدگی اس مرضی حالت کی بنیاد ہے۔ خالی آنکھ سے دماغ میں لینت کے متعدد رقبے نظر آ سکتے ہیں، یا ممکن ہے کہ دماغ محض سکڑا ہوا دکھلائی دے۔ خردبین کے نیچے لینت

کے نسبتہً چھوٹے رقبے نظر آتے ہیں۔ ماؤف رقبوں میں عصبی خلیے اور ریشے انحطاط یافتہ ہوتے ہیں۔ مائیلین کی شکست و ریخت سے شحمی قطیرے پیدا ہو جاتے ہیں، جنکو جاروب خلیے دور کر دیتے ہیں، اور عصب سریشی تعامل مختلف مقدار میں موجود ہوتا ہے۔

علامات۔ دماغ کے ان رقبوں کے لحاظ سے جو کہ خاص طور پر متاثر ہوتے ہیں علامات مختلف ہوتے ہیں، لیکن چونکہ بوسیدگی کا عمل عموماً وسیع طور پر پھیلا ہوا ہوتا ہے لہذا ذہنی ابتری اکثر نمایاں ہوتی ہے۔ یہ نقص حافظہ کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے جو بالخصوص تازہ واقعات کے متعلق ہوتا ہے، اور خیالات کو یکسو کرنے میں دقت ہوتی ہے۔ یہ علامات عموماً مریض کو معلوم ہوتی ہیں اور وہ اکثر ان کے متعلق شکایت کرتا ہے۔

دوسرے علامات یہ ہیں:۔ جذبات پر قابو نہ ہونا، افسردگی، تندمزاجی اور زیادہ شاذ اصابتوں میں فرحانیت کی قلیل المدت مزاجی کیفیات، اور پراگندہ خوابی۔ صرعی حملے واقع ہو سکتے ہیں اور وہ عمومی یا مقامی قسم کے ہو سکتے ہیں۔ عصب بصری کا ذبول واقع ہو سکتا ہے، جسمیں خاص شکایت فشل بصارت ہوتی ہے۔ دماغ کے دونوں جانبوں پر ہرمی ریشوں کی ماؤفیت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اکثر اُن عضلات پر ارادی اقتدار قائم نہیں رہتا جنکو مجمی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے، اور ان میں سے تالو، زبان اور بلعوم زیادہ اکثر ماؤف ہوتے ہیں جس سے عسر الکلام اور عسر البلع ہوتا ہے۔ اس حالت کو بصلی شلل کی اُس قسم سے متفرق کرنے کے لئے جو زیرین حرکی عصبیوں کے مرض کے باعث ہوتی ہے اور پہلے بیان کی جا چکی ہے، کاذب بصلی شلل (pseudo-bulbar paralysis) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے (نیز ملاحظہ ہو کاذب یوریا دمویت: pseudo-uræmia)۔

حسّی علامات غیر عام ہوتے ہیں، لیکن حرکی نظام میں مختلف طریقوں سے مداخلت ہو سکتی ہے۔ اگر، جیسا کہ عام طور پر ہوتا ہے، ہرمی ریشے خاص طور پر ماؤف ہیں تو وہ تصویر پیدا ہو جاتی ہے جو منتزقی دوہرے فالج نصفی کی ہوتی ہے جس میں تشنجیت اور کمزوری بالائی جوارح کی نسبت زیرین جوارح میں عموماً زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ قاعدی عقود ماؤف ہوں جس کا نتیجہ اس قسم کی کرختگی، کمزوری اور رعشہ ہو سکتا ہے جیسی کہ شلل اہتزازی (paralysis agitans)

میں دیکھا جاتا ہے ۔ ذہنی وظائف بھی ماؤف ہوسکتے ہیں ۔ بعض ماؤفیت کی حالت میں عمیق سکتہ سے زیادہ ہو جاتے ہیں (کاذب بصلی شلل کی اصابتوں میں نگلی جھٹکا بھی) اور انحصی بھینیس بالسط ہوتی ہیں ۔ سرگذشت غیر محسوس آغاز مرض کی ہوسکتی ہے لیکن احتیاط کے ساتھ دریافت کیا جائے تو دوران سرپا غشی کے حملوں کی روداد اکثر ہوگی، جو غالباً دقیق عروقی اضرار کی آئینہ دار ہوتی ہے ۔

تشخیص ۔ بالعموم مریض کی عمر اور اس کی شرائین کی حالت صحیح تشخیص کی طرف رہنمائی کرتی ہے ۔ ادھیڑ عمر والے مریض میں خون کے دباؤ کی زیادتی ایک اہم سراغ ہے اور چشم بین کے ذریعے شبکیہ کے عروق کے امتحان سے اکثر شریانی مرض کی موجودگی کی یقینی شہادت حاصل ہوگی ۔

تفریقی تشخیص بتدریج ترقی پذیر دماغی مرض کے دوسرے اسباب، مثلاً آتشک اور سلعہ سے اور معصبا نیتوں سے کرنی پڑتی ہے ۔

انذار ۔ یہ لازمی طور پر بُرا ہوتا ہے، علامات بتدریج ترقی کرنے کا رجحان رکھتی ہیں، اور دماغی لینت کے مریض میں ہمیشہ دماغی نزف یا علقیت کے سریع حملہ کا امکان ہوتا ہے ۔

علاج ۔ یہ بڑی حد تک علامات کے لحاظ سے ہونا چاہئے ۔ عام تجویز وہی ہونا چاہئے جو صلابت شریان (arteriosclerosis) کے مریضوں کے لئے مقرر کیا گیا ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 301, 304) ۔ خاصکر دماغی تکان سے احتراز لازم ہے، اور مریض کو مشورہ دیا جائے کہ دوپہر کے وقت ایک گھنٹہ کے لئے اپنے بستر پر آرام کرے ۔ چڑچڑے پن اور بےخوابی کے تدارک کے لئے تسکنات اور منومات دئے جائیں ۔

دماغی جوفوں کی علقیت

(thrombosis of the cerebral sinuses)

دماغی جوفوں کے اندر خون کی ترویب یا تو کسی شدید ضعف (cachexia) کا نتیجہ ہوتی ہے یا متصل جسموں کے اضرار سے سرایت پہنچنے کا ۔

اول الذکر سے بیشتر ایک انسدادی علقیت پیدا ہوجاتی ہے اور جوف ایک ورقہ دار جھلکے سے مسدود ہوجاتا ہے مگر نظام جسم کی کوئی عام سرایت نہیں واقع ہوتی ۔ یہ علقیت اکثر اوقات شیر خواروں میں واقع ہوا کرتی ہے بالخصوص اُن میں جو ضمور یا مزمن اسہال میں مبتلا ہوتے ہیں ۔ یہ زیادہ تر جوف طولی کو ماؤف کرتی ہے ۔ تو ماپشت، گردن دھڑ یا جوارح کی اکڑ، جوارح کا جھٹکے کھانا اور صرعی حملے خاص علامات ہیں اور اگر صحتیابی ہوجائے تو دوجانبی تشنجی کمزوری پیدا ہوجاتی ہے جو زیریں جوارح میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے ۔

طولی جوف کی علقیت کے ہمراہ جو مرضی مناظر پائے جاتے ہیں نہایت مخصوص و ممیز ہوتے ہیں ۔ جنونہ عنکبوتیہ میں بڑی وریدوں کی علقیت واقع ہوتی ہے اور وہ سیاہ احبال کی طرح نمایاں ہوجاتی ہیں ۔ اُم جافیہ کی اندرونی سطح پر کی وریدیں بھی جہاں وہ جوف کے اندر داخل ہوتی ہیں متمدد ہوجاتی ہیں ۔

مقامی سرایت سے علقیت بالخصوص کان کے مرض کی توسیع کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ سرایت کا مبدا وچشم خانہ، ناک، دہن، بلعوم یا کسی دوسرے حصے میں ہو جہاں سے وہ جانبی یا کہفکی جوف تک رسائی حاصل کرلے ۔

جانبی جوفی علقیت (lateral sinus thrombosis) بالعموم التہاب اذن وسطی اور التہاب حلمیہ کا نتیجہ ہوتی ہے ۔ آغاز مرض کو بالعموم ایک قشعریرہ ممیز کرتا ہے جو ایک لہراتی ہوئی تپش کی چوٹیوں پر عود کرتا ہے ۔ علقیت وداجی ورید کے اندر پھیل سکتی ہے اور پھر گردن میں حلمیہ کے نیچے ایک سخت ورم کی طرح محسوس ہوتی ہے ۔

کہفکی جوف کی علقیت ممکن ہے ناک، گال، آنکھ یا انفی اجوف کی سرایت کا ثانوی نتیجہ ہو ۔ قشعریرات اور تپ اس سے کم مستقل اور نمایاں خصوصیات ہیں کہ جتنی جانبی جوفی علقیت میں ہوتی ہیں ۔ آنکھ کا تہدل، ملتحمہ اور پپوٹوں کا اذیما، اور تیسرے، چوتھے چھٹے دماغی اعصاب کی ماؤفیت کے باعث بسا اوقات عینی عضلات کا شلل موجود ہوتا ہے ۔ اذیمائے حلیمہ (papillœdema) ممکن ہے موجود ہو لیکن ہمیشہ نہیں ہوتا ۔ یہ حالت بالعموم دوجانبی اور مہلک ہوتی ہے ۔

703

ان مراتب اصابتوں میں عفونتی ذرات دائیں قلب کے اندر اور وہاں سے پھیپھڑوں کے اندر منتقل ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ مہلک تقیح الدم ہوتا ہے۔

علاج ۔ اس علقیت میں جو کہ عام خرابی صحت پر منحصر ہو، اس حالت کا علاج کرنا چاہیئے۔ اگر مقامی اضرار سبب مرض ہیں تو ان کا جراحی تدارک کرنا چاہیئے۔ وداجی ورید کی راہ سے سرایت رساں علقہ کی پیچھے کی طرف توسیع کو روکنے کے لیے اس ورید کو جھکنے کے پیچھے باندھ دینا چاہیئے اور اس کے مافیہ کو اور اگر ضرورت ہو تو جانبی جوف کے مافیہ کو بھی خارج کر دینا چاہیئے۔

تحت العنکبوتیہ نزف

(subarachnoid hæmorrhage)

دماغی جھلیوں سے تعلق رکھنے والا نزف کھوپری کی ہڈیوں اور اُم جافیہ کے درمیان واقع ہو سکتا ہے (بیرون جافی = extra-dural)، یا اُم جافیہ کے اندر لیکن غشائے عنکبوتیہ سے باہر کو (تحت الجافی = sub-dural) یا تحت العنکبوتیہ فضاء کے اندر (تحت العنکبوتیہ = sub-arachnoid)۔

پہلی دو قسمیں تقریباً ہمیشہ ضربی ہوتی ہیں اور ان کا بیان علم الجراحت کی کتابوں میں درج ہے۔ مزمن تحت الجافی دموی سلعہ (chronic sub-dural hæmatoma) کے علامات جو طبی تشخیص میں بڑی مشکلات پیش کر سکتا ہے، داخلی نزفی التہاب سحایائے ثخینہ (pachymeningitis interna hæmorrhagica) کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 693)۔

اسباب ۔ کسی بھی سبب سے کسی اوپری عرق کے انشقاق سے تحت العنکبوتیہ نزف خود رو طور پر واقع ہو سکتا ہے۔ زیادہ عمر والے اشخاص میں عام سبب شرائین کا مرض ہوتا ہے، جس میں نزف یا تو براہ راست ہو سکتا ہے یا پہلے ایک چھوٹا انورسما بن کر پھر نزف ہوتا ہے۔ نوعمر اشخاص میں جن کی شرائین تندرست ہوتی ہیں، نزف کا سبب عموماً کسی پیدائشی انورسما کا انشقاق ہوتا ہے۔ ایسے انورسما کسی طرح غیر عام نہیں، اور غالباً نمو کے کسی نقص کے باعث دائرۂ ویلیس کے

(circle of Willis) کے مقاماتِ اتصال پر یا اُس کی خاص شاخوں کے تشعب کے مقام پر پائے جاتے ہیں ۔ یہ اکثر و قیق ابعاد کے ہوتے ہیں، اور ایک تحت العنکبوتیہ نزف کی اصابت میں امتحان بعد الممات میں تاوقتیکہ ان کو خاص طور پر تلاش نہ کیا جائے یہ اکثر آسانی نظر انداز ہو جاتے ہیں ۔ دماغی شرائین کا انورسما اور پھر اُس کا انشقاق ساری التہاب دروں قلب (infective endocarditis) میں سداد یت سے بھی پیدا ہو سکتا ہے، اور یہ تحت العنکبوتیہ نزف کا ایک دوسرا سبب ہے ۔ تحت العنکبوتیہ نزف اُن مختلف حالتوں میں بھی ہو سکتا ہے (اگرچہ شاذ طور پر) جن میں دمی خود بخود واقع ہو جاتا ہے، جیسے کہ نزیفیت اور پرپورا میں ۔

مرضی تشریح ۔ ایک مہلک اصابت میں ساری تحت العنکبوتیہ فضا رخون سے پُر ہوتی ہے، جو ایک پتلی چادر کی صورت میں دماغ کے نیم کروں پر پھیلا ہوا ہوتا ہے، قاعدی برکوں (basal cisterns) میں زیادہ گہرا واقع ہوتا ہے، اور جب دماغ کو نکالا جائے تو نخاعی تحت العنکبوتیہ فضا سے اُبل کر نکلنے لگتا ہے ۔ مستقل مزاجی کے ساتھ تلاش جاری رکھی جائے تو انورسما کی حالت میں نزف کا منبع عموماً ظاہر ہو جاتا ہے، لیکن تاوقتیکہ انورسما کو خاص طور پر تلاش نہ کیا جائے ممکن ہے کہ وہ نظر انداز ہو جائے ۔

علامات ۔ زیادہ عمر والے اشخاص میں جنھیں دماغی شرائین کا مرض ہو اکثر ابتدائی علامات اس قسم کی ہوتی ہیں جیسی کہ دماغی نزف میں پائی جاتی ہیں (جو ملاحظہ ہوں) ۔ دوسروں میں اور کم عمر اشخاص میں جنھیں پیدائشی انورسما ہوں آغاز مرض ناگہانی ہوتا ہے ۔ اگر انشقاق بڑا ہے تو ممکن ہے کہ مریض دفعتاً بے ہوش ہو کر زمین پر گر پڑے ۔ زیادہ عام طور پر دردِ سر یا گردن کی پشت میں درد کی شکایت یکایک پیدا ہو کر پھر بے ہوشی طاری ہو جاتی ہے ۔ قوماکی مدت اور گہرائی انصباب کی جسامت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے ۔ اگر شقاق بڑا ہے تو ممکن ہے کہ مریض کو ہوش نہ آئے اور وہ چند ہی گھنٹوں میں مر جائے ۔ نسبتہً چھوٹا رساؤ ہونے کی حالت میں

مریض کو ہوش آجاتا ہے اور پُشتِ گردن میں درد اور اکڑ اور مثبت امارتِ کرنگ کی شکل میں سحائی خراشش کے امارات ظاہر ہوتے ہیں۔ اِس مرحلہ میں وتری معکوسے اکثر اوقات مفقود ہوجاتے ہیں اور اخمصی مجیبیتیں باسط ہوتی ہیں۔ بارہا دیکھنے میں آتا ہے کہ اقراضِ بصری محقق ہوتے ہیں اور بعض اوقات بڑے شبکیتی اور تحت الزجاجی نزفات ظاہر کرتے ہیں۔ اگر مریض کی حالت میں اصلاح جاری رہی تو سحائی خراشش کے یہ امارات دو یا تین ہفتوں کے دوران میں بتدریج رفع ہوجاتے ہیں۔ اِس زمانہ کے ابتدائی درجوں میں بیقاعدہ تپ اور عموماً کسیقدر ہذیان موجود ہوتا ہے۔ ایک چھوٹے سے نزف کی حالت میں ممکن ہے آغازِ حملہ میں بے ہوشی بالکل نہ ہو، اور شروع ہی سے درد سر اور سحائی خراشش کی شہادت خاص علامات ہوں۔

704

حملۂ مرض کے آغاز سے چند گھنٹوں کے اندر قطنی کچوکے سے ایسا نخاعی سیّال حاصل ہوگا جس میں تازہ خون مخلوط پایا جائے گا، اور اگر اسے امتحانی نلی کے اندر رکھا رہنے دیا جائے تو یہ اُس کے اندر جم جائے گا، اور اِس کے اوپر ایک صاف اور بے رنگ سیّال باقی رہ جائے گا۔ چوبیس گھنٹوں کے اختتام تک نزف کے مقام پر ترویب واقع ہونا شروع ہوجاتی ہے اور سرخ خلیے ٹوٹنے پھوٹنے لگتے ہیں۔ اگر اِس درجہ میں نخاعی سیّال کو نلی میں رکھا رہنے دیا جائے تو اِس میں تھکا نظر نہیں آتا مگر سرخ خلیوں کا ایک ثفل پایا جاتا ہے، جس کے ساتھ ایک قدرے سنہری زرد رنگ کا بالائی سیّال ہوتا ہے۔ بعد کے چند دنوں میں یہ سنہری زرد جھلک اور زیادہ نمایاں ہوجاتی ہے۔

تشخیص۔ ایک شدید اصابت میں جس میں طویل قوبا ہو، دماغی نزف اور اِس سے مشابہ حالتوں سے تشخیص کرنی پڑتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 696)، اور خفیف تر اصابتوں میں جن میں سحائی خراشش کی امارات کا غلبہ ہو التہاب سحایا سے تشخیص کرنی پڑتی ہے۔ لیکن التہاب سحایا میں حملہ کا آغاز بمشکل کبھی اتنا حاد ہوتا ہے۔ اگر شبہ رہے تو اِس سوال کا تصفیہ قطنی کچوکے کے ذریعہ کرلینا چاہیے۔

انذار - ایک چھوٹے سے رساؤ سے شفایابی غیر عام نہیں - پیدائشی انورسما سے سالہا سال کے عرصہ میں کئی بار رساؤ واقع ہونا ممکن ہے، لیکن بالآخریہ غالباً ہمیشہ مہلک ثابت ہوتا ہے - دوسرے اسباب سے نزف واقع ہو تو انذار کا انحصار زیادہ تر تسبیبی حالت پر ہوتا ہے -

علاج - یہ وہی ہے جو دماغی نزف کے لئے ہوتا ہے، بہ استثناء اسکے کہ قطنی کچو کا انصباب کی تسلیت کا موقع بہم پہنچاتا ہے - لیکن اس عمل سے ایک اندمال پذیر شقاق سے پھر تازہ رساؤ شروع ہوجانے کا خطرہ ہوتا ہے، لہذا اسے صرف اسی وقت اختیار کرنا چاہئیے جب کہ مسلسل اور زیادہ گہرے قوما سے ایک بڑے اور ترقی پذیر انصباب کی موجودگی ظاہر ہوتی ہو، جس میں دماغی انضغاط کے باعث زندگی کے لیئے خطرہ ہوتا ہے - ایک ضغط پیما استعمال کرنا چاہئیے، اور نخاعی سیال کے دباؤ کو پانی کے ۱۰۰ ملی میٹر سے نیچے نہیں گرنے دینا چاہئیے -

التہابِ دماغ

(encephalitis)

دوسرے اعضا کی طرح دماغ میں بھی دقیق عضویوں کے حملہ یا ان کے سمیات کی وجہ سے التہاب پیدا ہوجاتا ہے، اور اس حالت کو التہابِ دماغ (encephalitis) کہتے ہیں - ریم زا عضویات کی صورت میں اس التہاب سے بہ سرعت دماغی خراج بن جاتا ہے - دوسری مثالوں میں ممکن ہے کہ یہ التہابی عمل بغیر تقیح کے جاری رہے یہاں تک کہ حیوی عصبی مرکزوں کی ماؤفیت سے مہلک نتیجہ پیدا کردے - قشیب (virus) ممکن ہے دماغ پر ایک انتخابی اثر رکھتا ہو مثلاً سُباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) میں یا ممکن ہے کہ التہاب دماغ ایک نسبتہً زیادہ عام سرایت کی پیچیدگی یا نتیجہ کے طور پر واقع ہوجائے، مثلاً کھسرہ کا التہاب دماغ (measles encephalitis) - دماغ تنہا ماؤف ہوسکتا ہے، یا اس کے ساتھ نخاع بھی ماؤف ہوجاتی ہے (التہاب دماغ و نخاع

= encephalomyelitis)۔

جن مختلف امراض میں التہابِ دماغ واقع ہوسکتا ہے، اُن میں سے بعض پہلے بیان کئے گئے ہیں۔ مثلاً ایسا اتفاق ہوسکتا ہے (اگرچہ شاذ صورتوں میں) کہ التہاب رمادالنخاع (poliomyelitis) کی حالت میں دماغ بھی ماؤف ہوجاتا ہے، اور منتشر صلابت (disseminated sclerosis) میں تو وہ ہمیشہ ماؤف ہوتا ہے۔ ذیل کے پیراگرافوں میں التہاب دماغ کی نسبتہً کم عام قسمیں مختصر طور پر بیان کی جائینگی۔ سباتی التہاب دماغ بعد میں بیان کیا جائے گا۔

خسرہ کا دماغی نخاعی التہاب (encephalomyelitis of measles)۔ یہ ایک شاذ پیچیدگی ہے۔ اس کا آغاز بالعموم خسرہ کے چوتھے دن سے لے کر چھٹے دن تک ہوتا ہے، جب کہ بخار کم ہوکر طفح ماند پڑنا شروع ہوجاتا ہے۔ آغاز مرض کے معمولی علامات غنودگی، دردِ سر، جھٹکے اور تشنج ہیں۔ اِن کے ساتھ تپ پھر عود کر آتی ہے، اور ممکن ہے کہ مرض اتنا بڑھے کہ شلل پیدا کر دے، جس کی عام ترین شکل فالجِ نصفی ہے۔ نخاعی سیّال میں عموماً لمفی خلیوں کی معتدل زیادتی پائی جاتی ہے۔ اموات کی تعداد ۱۰ فی صدی تک ہوتی ہے، اور زندہ بچنے والوں میں نصف سے زائد مریض کمزوری، بے نسقی، ذہنی تغیّر یا صرع کی شکل میں علامات باقیہ ظاہر کرتے ہیں۔ امراضیاتی امتحان سے یہ پایا جاتا ہے کہ چھوٹی وریدوں کے گرد لبّ ربودگی کے منطقے ایک ممیز خاصّہ ہیں۔ ممکن ہے کہ اسکے ساتھ لمفی خلیوں اور بلازمائی خلیّوں کا گرد عروقی ارتشاح بھی ہو۔

ایسا ہی دماغی نخاعی التہاب جدیری (chicken-pox) کی ایک آجل پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے۔ اِن اصابتوں میں اِنذار اچھا معلوم ہوتا ہے، اور امراضیاتی امتحان کے اندراجات ہمیں میسر نہیں ہیں۔

جدریں رسانی کا دماغی نخاعی التہاب (vaccinal encephalomyelitis)۔ گذشتہ چند سالوں میں اِس ملک میں اور یورپ کے

برِاعظم پر اِس مرض کی متعدد اصابتوں کی روئداد شائع کی گئی ہے ۔ سرسری سرگذشت عموماً یہ ہوتی ہے کہ ایک کامیاب اور غیر پیچیدہ گدری رسائی ہوئی ہے جس کے تقریباً چودہ دن بعد عصبی مرض کے آثارات ناگہانی طور پر نمویاب ہوگئے ہیں ۔ یہ سحائی، دماغی اور نخاعی ہوتے ہیں اور خاص حدوث جسرِ دماغ اور قطنی نخاعی کلافی پر ہوتا ہے ۔ مرض عموماً دردِ سر، تپ، قئے اور غنودگی کے ساتھ شروع ہوتا ہے ۔ پھر دو نظری اور وہ علامات جو دوسرے قسم کے اعصاب کے شلل کے باعث ہوتے ہیں نمویاب ہو جاتے ہیں، اور اکثر اس کے ساتھ ہی جوارحِ زیرین کا شلل اور عاصری اقتدار کا فقدان ہوتا ہے ۔ دماغی نخاعی سیال معتدل درجہ کی لمفی خلویت ظاہر کرتا ہے ۔ اموات کی تعداد زیادہ ہوتی ہے، اور اکثر مریض آغازِ مرض کے بعد چند روز کے اندر توما زدہ ہو کر مرجاتا ہے، لیکن جب شفا ہوتی ہے تو عموماً کامل ہوتی ہے ۔ مہلک اصابتوں میں مرضیاتی امتحان سے نخاع، ساقِ دماغ اور دماغ میں ہر جگہ گرد عروقی لُبِ رلودگی کے منتشر رقبوں کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے ۔

دماغی نخاعی التہاب کی دوسری قسمیں ۔ التہابِ دماغ یا دماغی نخاعی التہاب کی متعدد دوسری قسمیں بیان کی گئی ہیں اور ان کا نام اُس نامور طبیب کے نام پر رکھا گیا ہے جس نے اُنھیں بیان کیا (مثلاً اسٹرمپیلی دماغی التہاب Strumpell's encephalitis)، یا عصبی نظام کے اُس حصے کی رعایت سے رکھا گیا ہے جس پر بالخصوص حملہ ہوا ہو (مثلاً حاد تحتانی رمادی دماغی التہاب = polio-encephalitis acuta inferior)۔ لیکن اِن امتیازات کی کوئی حقیقی اہمیت نہیں معلوم ہوتی، اور ہمارے معلومات کی موجودہ حالت میں ہمیں یہ تسلیم کرنا چاہئے کہ وہ حالت جسے حاد سحائی دماغی نخاعی التہاب (acute meningo-encephalitis) کہتے ہیں، انفرادی اصابتوں کی صورت میں، یا وقتاً فوقتاً چھوٹی چھوٹی وباؤں کی صورت میں واقع ہوسکتی ہے ۔ ایسی بیماری شاید بچوں میں زیادہ عام ہے مگر ہر عمر میں دیکھی جاسکتی ہے ۔ نمایاں علامات سحائی التہاب، دماغی التہاب یا نخاعی التہاب

کے ہو سکتے ہیں' اور تشخیص کا تعین صرف عمل طرز کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے' جس میں اکثر اوقات طویل مشاہدہ کا عرصہ درکار ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں دماغی نخاعی سیّال میں لمفی خلیات کی معتدل کثرت پائی جائے' لیکن اکثر یہ سیال طبعی ہوتا ہے۔ مجموعی حیثیت سے انذار اچھا ہوتا ہے' لیکن شیر خواروں اور نوعمر بچوں میں دیر پا فالج نصفی غیر عام نہیں' جس کے ساتھ بعض اوقات صرع بھی موجود ہوتی ہے۔

سُباتی التہابِ دماغ

(encephalitis lethargica)

(وبائی التہابِ دماغ = epidemic encephalitis)

یہ ایک حاد یا تحت الحاد غیر تقیحی التہابی عمل ہے جو عصبی نظام اور نخاع کو وسیع اور منتشر طور پر ماؤف کر دیتا ہے۔ یہ نہایت عام طور پر درمیانی دماغ کی ساختوں کو ماؤف کرتا ہے' اور اولاً سُبات کے علامات اور محرک العین اعصاب کا شلل پیدا کرتا ہے' اور بعد کے درجہ میں اسی طرز کی کمزوری' رعشہ اور کرختگی' جیسے ابتداءً پارکنسن (Parkinson) نے شلل اہتزازی (paralysis agitans) میں بیان کیا۔ ان اصابتوں کی بڑی تعداد میں التہابی عمل مزمن ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ وہ بتدریج سالہا سال تک ترقی کرتا رہے۔

یہ مرض پہلے وبائی شکل میں ۱۹۱۷ء میں وائنا (Vienna) میں نمودار ہوا۔ ایک سال کے بعد یہ سارے یورپ کے طول و عرض میں وسیع طور پر پھیل گیا' اور دوسرے سال امریکہ میں پھیل گیا۔

ہر عمر کے اشخاص میں اس کی سرایت کا امکان ہے۔ آبادی پر اس کا حملہ وسیع اور بے قاعدہ طرز سے ہوتا ہے۔ صرف شاذ ہی مثالوں میں ایک ہی گھرانے سے ایک سے زیادہ واردات کی اطلاع ملی ہے' اور تاحال یہ ظاہر کرنے کے لئے کوئی شہادت نہیں موجود ہے کہ یہ مرض ایک شخص سے دوسرے میں براہِ راست منتقل ہو سکتا ہے۔ اس وقت سے لے کر جب کہ یہ پہلے پہل ظاہر

ہوا ہر سال موسم سرما اور موسم بہار میں اس کے خفیف حملے و بائی صورت میں ہوتے رہے' اور درمیانی وقفوں میں انفرادی واردا تیں ہوتی رہیں۔ اس ملک میں وارداتوں کی سب سے بڑی تعداد ۱۹۲۴ء کے موسم بہار میں واقع ہوئی۔ ۱۹۲۵ء سے صرف انفرادی وارداتوں کی اطلاع ملی ہے' اور معلوم ہوتا ہے کہ موجودہ زمانہ (۱۹۳۵ء) میں مرض حاد شکل میں ناپید ہو چکا ہے۔

اگرچہ ۱۹۱۷ء تک اس مرض کی کوئی مخصوص حیثیت تسلیم نہیں کی گئی تاہم ۱۸۹۰ء میں انفلوئنزا کی وبا کے بعد مرکزی یورپ میں اسی قسم کی چھوٹی چھوٹی وباؤں کی اطلاع مندرج ہوئی تھی' اور اغلب ہے کہ اس زمانہ کے بعد کی انفرادی واردا تیں شناخت نہ ہو سکی ہوں۔

متعدد محققین نے' فرانس میں لیواڈٹی (Levadity) اور ہاروِیر (Harvier) نے' اس ملک (انگلستان) میں میکنٹاش (Mackintosh) اور پرڈراؤ (Perdrau) نے' اور امریکہ میں اسٹراؤس (Strauss) اور لوئی وی (Loewe) نے' ہلاک شدہ انسانی مریضوں کے دماغوں کے مادہ کا اشراب کر کے' جانوروں میں اس مرض کی کامیاب تطعیم کی ہے۔ لیواڈٹی اور ہارونیر کو ایک حادواصابت میں ناک کی مخاطی جھلی کے تحیاروں سے بھی مثبت نتائج حاصل ہوئے۔ ان ہر دو ذرائع سے جانوروں میں جو مرض پیدا کیا گیا اس کو ماہ بماہ جانوروں کے ایک سلسلہ میں سے بذریعہ تطعیم منتقل کیا جا سکا۔ اس کے عضویہ کی کاشت نہیں ہوئی ہے مگر معلوم ہوتا ہے کہ وہ انقطیر پذیر قسمِ سمیات کے گروہ سے تعلق رکھتا ہے۔

مرضی تشریح۔ مجرد نظر امتحان کرنے پر دماغ اور نخاع اور ان اصابتوں کی اکثریت میں عروق شعریہ کے امتلا کے علاوہ کوئی غیر معمولی حالت ظاہر نہیں کرتے۔ یہ امتلا عموماً قاعدی عقود' درمیانی دماغ اور دماغی قشرہ کے رمادی مادے میں بہترین طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں خون کی رعابڈی بھی دیکھی جاتی ہے' جو یا تو تحت الجافیہ یا تحت العنکبوتیہ فضاؤں میں یا درمیانی دماغ کے جرم میں ہوتی ہے۔

706

خردبین کے نیچے کسی ایسی اصابت میں جو آغاز مرض کے بعد دس دن کے اندر مہلک ثابت ہوئی ہو ممکن ہے کہ شدید شعری امتلاء کے علاوہ اور کچھ نظر نہ آئے۔ دوران سرایت میں ازاں بعد امتلاء کے علاوہ دوسرے تغیرات بھی نمودار ہوجاتے ہیں جو اِس مرض کا ممیز خاصہ ہوتے ہیں۔ نسبتۃً چھوٹے عروق کی دیواریں چھوٹے گول خلیوں سے دررسیختہ نظر آتی ہیں اور گرد عروقی فضائیں اُن سے پُر ہوتی ہیں، چنانچہ ایک شعری عرق کو عرضاً تراشنے پر عرق کے گرد لمفی خلیوں کے ایک کف کا منظر پیدا ہوجاتا ہے۔ اِن چھوٹے خلیوں کے درمیان کہیں کہیں بڑے خلیے بھی نظر آجاتے ہیں جن میں ذراتی لون موجود ہوتا ہے۔ بیشتر اصابتوں میں عصبی خلیے انحطاط کی شہادت پیش کرتے ہیں، لیکن ان پر کسی قدر بے ترتیبی کے ساتھ حملہ ہوتا ہے، چنانچہ رمادی مادے کے ایک منفرد نواتہ میں خلیوں کی محض تھوڑی ہی تعداد ماؤف پائی جاتی ہے۔ تغیرات جو نظر آتے ہیں حسب ذیل ہیں :— نواتہ کا ورم اور اس کی منحرف مرکزیت، ذرات نسل کی شکست وریخت (لون پاشیدگی = chromatolysis)، اور چھوٹے گول خلیوں کا حملہ (عصبیہ خوری = neurophagia)۔ یہ تغیرات درمیانی دماغ اور جسر اور قاعدی عقود کے رمادی مادے میں نہایت مستمر طور پر پائے جاتے ہیں، لیکن دماغی قشرہ اور نخاع میں بھی دیکھنے میں آسکتے ہیں۔ جمجمی اور نخاعی اعصاب کی جڑوں میں بھی شعری امتلاء اور گول خلیوں کی دررریزش بیان کی گئی ہے۔ جسم کے دوسرے اعضا میں کوئی مستمر تغیرات نہیں ہوتے۔

مزمن ترقی پذیر قسم کی اصابتوں میں جو علامتیہ پارکنسن (Parkinsonian syndrome) ظاہر کرتی ہیں اعظم اِتلاف درمیانی دماغ کے جرم اسود میں پایا جاتا ہے، جہاں ایک فاعلی التہابی عمل کے شائبات اب بھی نظر آسکتے ہیں۔

علامات ۔ ۱۔ ابتدائی درجہ ۔ اِن کی تقسیم اِس طرح کی جاسکتی ہے :— وہ علامتیں جو عام قسم کی ہوتی ہیں، اور وہ علامتیں جو مرکزی عصبی نظام کے محدودالمقام اضرار سے منسوب کی جاسکتی ہیں۔ اول الذکر

سُرخی کے تحت ارتفاعِ حرارت، کسلمندی، عدمِ اشتہا، قئے، اعضا شکنی، اور کبھی کبھی احمراری طفح شامل کئے جاتے ہیں۔ عصبی علامات نہایت اختلاف پذیر ہیں، کیونکہ اُن کا انحصار قشر کے تحیّز پر ہوتا ہے، جو عصبی نظام یا اسکے غلافوں کے کسی حصّے کو ماؤف کر سکتا ہے۔ لیکن اصابتوں کی بڑی اکثریت میں خاص حدوث درمیانی دماغ پر ہوتا ہے، اور ممیز و مخصوص علامات پیدا کر دیتا ہے۔ مرض عموماً غیر محسوس طور پر اور سُستی اور غنودگی کے احساس کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ اِس کے ساتھ اکثر اوقات سحائی خراش کے خفیف تر امارات موجود ہوتے ہیں، جیسے کہ دردِ سر (جو اکثر تحت القذالی subocccipital: ہوتا ہے)، اور گردن کی اکڑ۔ ایک دو دن کے عرصہ میں اعصابِ سویم کے نواتے ماؤف ہوجاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قریبی اشیاء کے لئے نظر کا دھندلا پن (جو توفیق کے مشلول ہوجانے کی وجہ سے ہوتا ہے)، استرخاءُ الجفن اور حرکاتِ چشم کی کمزوری پیدا ہوجاتی ہے۔ اِس درجہ میں بعض اوقات دُو نظری کی شکایت بھی کی جاتی ہے۔ ازاں بعد غنودگی میں ترقی ہوجاتی ہے، یہاں تک کہ مریض ایک مسلسل خوابی حالت میں معلوم ہوتا ہے، چنانچہ غذا لینے کے لئے اُسے اِس حالت سے بیدار کرنا پڑتا ہے۔ لیکن بیدار کئے جانے پر اس کی ذہنی حالت بالکل صاف پائی جاتی ہے، اور وہ سوالات کے جواب سمجھ کے ساتھ دیتا ہے۔ مرض کے اِس زمانہ کی تصویر نہایت مؤثر اور جاذبِ توجہ ہوتی ہے: چہرہ بے شکن اور بے اظہار معلوم ہوتا ہے، اور اِس کے ساتھ استرخاءُ الجفن مل کر ایک بے جان حماقت کا منظر پیدا ہوجاتا ہے جس کے مقابلہ میں ذہنی حالت کا وضوح ایک نمایاں تضاد ظاہر کرتا ہے۔ غور کے ساتھ مشاہدہ کیا جائے تو اس درجہ میں اکثر بے قاعدہ جھٹکوں کا واقع ہونا ظاہر ہوگا، جو انفرادی عضلات یا اُن کے حزمات کو بلا ترتیب ماؤف کر دیتے ہیں لیکن شاذ ہی اس قدر کافی قوی ہوتے ہیں کہ جوارح کو حرکت میں لاسکیں۔ یہ عضلی نظام کے کسی بھی حصّے کو بشمول دھڑ اور چہرے کے عضلات کے ماؤف کر سکتے ہیں۔

707

زبان خشک اور پیڑی دار اور اکثر اوقات مرتعش ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کبھی کبھی دردِ جوارح کی شکایت کرے۔

آغاز حملہ میں تپش زیادہ ہو جاتی ہے اور بے قاعدہ طریقہ سے ۹۹ درجہ اور ۱۰۱ درجہ کے درمیان متحوّل پذیر ہوتی ہے' اور اس کے ساتھ شرح نبض میں متناظر تبدیلیاں ہوتی رہتی ہیں۔ بالعموم ایک مہلک اصابت میں تپش بلند ہو جاتی ہے' ذہول گہرا ہو کر قوما طاری ہو جاتا ہے' اور اس کے بعد سلس البول والبراز واقع ہو جاتا ہے' اور آغاز حملہ سے دس تا اکیس دن کے عرصہ میں موت واقع ہو جاتی ہے۔

جب مرض خوب نمو یافتہ ہو تو طبیبی امتحان سے مزید امارات کا ظاہر ہونا ممکن ہے۔ مثلاً اکثر اوقات پتلیاں غیر مساوی ہوتی ہیں اور روشنی کی محجیبت سستی کے ساتھ ظاہر کرتی ہیں۔ اگر مریض کو اس امتحان میں تعاون پر راضی کیا جا سکے تو عام طور پر پایا جاتا ہے کہ توفیق میں حدقی تعامل اور ساتھ ہی استدقاق کی قوت غیر موجود ہے۔ اکثر اوقات دوسری حرکاتِ چشم کا شلل بھی ہوتا ہے۔ رقصِ مقلہ اکثر پایا جاتا ہے۔ حدقۂ آرگائل رابرٹسن کا وقوع بھی ممکن ہے۔

بالعموم دوسرے مُخّی اعصاب نہیں ماؤف ہوتے۔ درد کی شکایتوں کے علاوہ جن کا تذکرہ ہو چکا ہے' احساس کی کوئی دوسری خلاف قاعدگی نہیں پائی جاتی۔ حرکی نظام کے امتحان سے عام عضلی کمزوری' اور اس کے ساتھ بعض اوقات تکوینی کرختگی ظاہر ہوتی ہے' چنانچہ جارحہ کو جس کسی وضع میں رکھ دیا جائے (خواہ وہ کتنی ہی عجیب و غریب اور مضحکہ خیز ہو) وہ تقریباً غیر متعین عرصہ تک اسی ہیئت میں رہے گا (زوال ذہنی = catatonia)۔ معکوسات کی حالت ہر اصابت میں جداگانہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ وتری معکوسات غیر متاثر رہیں یا زیادہ ہو جائیں' مگر زیادہ تر وہ ناپید ہو جاتے ہیں۔ شکلی معکوسات شاذ ہی کوئی غیر طبیعی حالت ظاہر کرتے ہیں۔ اخمصی مجیبتیں عموماً خم کن ہوتی ہیں۔

جب شفا ہوتی ہے تو ابتداء مرض سے تیسرے ہفتے میں تپش کم ہونا شروع ہوتی ہے اور مریض بتدریج اپنی ذہنی حالت سے بیدار ہو جاتا ہے۔ تیسرے ہفتے کے اختتام کے ساتھ تپ کا زمانہ ختم ہو جاتا ہے، لیکن ایک شدید اصابت میں سبات بدستور جاری رہتا ہے، جسمی اعصاب کے شلل بتدریج زائل ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ عصبی نظام کے طبعی وظائف کے کامل طور پر بحال ہونے میں (یعنی اس صورتیں جب کہ کامل شفا ہو) تین ماہ کا یا اس سے بھی زائد عرصہ درکار ہو۔

چونکہ عصبی مرض کی حالت میں علامات کا انحصار تقریباً تمام تر ساری عمل کے تحیز پر ہوتا ہے، اور چونکہ زیر بحث مرض میں تشنج کی توزیع وسیع ہو سکتی ہے، لہٰذا ہمیں دوران وبا میں آثارات و علامات کا تقریباً بہرامتزاج دیکھنے کے لئے تیار رہنا چاہئے۔ التہابی عمل کے ایک حصے سے دوسرے میں پھیلنے کے ساتھ ممکن ہے کہ ایک منفرد اصابت کی شکل وقتاً فوقتاً بدلتی رہے، اور نصف درجن اصابتوں میں کوئی ایسی نمایاں عصبی علامت نہ ہو جو سب میں مشترک طور پر پائی جائے۔ چنانچہ جہاں تک آغاز مرض کا تعلق ہے پہلے بیان کی ہوئی معمولی قسم کے علاوہ ایسی مثالیں مل سکتی ہیں کہ جن میں ابتداء میں سحائی علامتیں غالب ہوتی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں اس سبات کے بجائے جو زیادہ عام طور پر پایا جاتا ہے، اضطراب و بے چینی، ہیجان، بلکہ پرشور ہذیان ہو سکتا ہے، یا مرض کی ابتداء حاد طور پر سکتہ نما حملہ کے ساتھ ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ عضلی جھٹکوں کی موجودگی کا رنگ تصویر میں غالب ہو (نام نہاد عضلی رجفی قسم = (myoclonic type)، جن کے ساتھ اکثر ہذیان بھی ہوتا ہے۔ اصابتوں کے ایک دوسرے گروہ میں ممکن ہے کہ ابتداء مرض ایسے شدید عصبی دردوں کے ساتھ ہو جو محیطی عصب یا جڑ کی توزیع رکھتے ہوں، اور ان کے بعد عضلات کے جُداگانہ گروہوں کی لاغری اور کمزوری پیدا ہو جائے۔ یا پھر بعض مثالوں میں وتری جھٹکوں کی غیر موجودگی اور جوارح میں سُن پن کے موضوعی احساسات کثیر عصبی التہاب (polyneuritis) کا منظر پیدا

کر سکتے ہیں۔

یہ بیان اس مرض کی علامات کی فہرست کو ہرگز ختم نہیں کرتا۔ نسبتہً کم اہمیت رکھنے والے علامات میں سے عسرالکلام، عسرالبلع، تہر کے دوروں، ہچکی، کثرت رقیق، کثرت پسینہ، گلا گھٹنے یا دم رکنے، احتباس بول اور کبھی کبھی جبڑے کے عضلات کے تشنج تقبض کا ذکر کیا جاسکتا ہے۔

ارتفاع تپش کا درجہ اور مدّت مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے تپش ابتدائی درجوں میں بڑھی ہوئی ہو لیکن جس وقت مریض کا معائنہ کیا جائے اس وقت بوجہ آغاز مرض کی غیر محسوس نوعیت کے پہلے ہی کم ہو چکی ہو۔ خفیف اصابتوں میں عصبی نظام کی ماؤفیت کے امارات اکثر سریع الزوال ہوتے ہیں، اور ناپائدار دو نظری، عارضی شلل توفیق، پشت، گردن کا درد اور اکثر وجع العصبی دردوں یا عضلی جھٹکوں کی سرگزشت معلوم کرنے کے لئے خاص تحقیقات ضروری ہوتی ہے۔ بہت سے ایسے مریضوں میں جو مزمن متفرق قسم کے غیر مشکوک اور یقینی علامات پیش کرتے ہیں، آغاز مرض کی کوئی روداد نہیں حاصل کی جاسکتی۔

دماغی نخاعی سیال ہمیشہ صاف ہوتا ہے۔ تقریباً نصف اصابتوں میں جس وقت امتحان کیا جاتا ہے اس وقت تک اس میں کوئی غیر طبعی چیز نہیں ظاہر ہوتی، لیکن دوسرے نصف میں لمفی خلیوں کی تعداد میں زیادتی پائی جاتی ہے، جو فی مکعب ملی میٹر دس تا اسّی خلیات کے درمیان مختلف ہوتی ہے۔ لمفی خلیوں کی یہ کثرت عام طور پر اُن مریضوں میں دیکھنے میں آتی ہے جن میں دوران مرض میں لمفی کچھ کا جلد عمل میں لایا گیا ہو۔ بالعموم پروٹینی مافیہ میں کوئی زیادتی نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ کولائڈی ذہبی کا شغفہ سے تشکلی یا آتشکی قسم کے منحنی حاصل ہوں۔ خون اور دماغی نخاعی سیال میں واز رمینی تعامل منفی ہوتا ہے۔

۲۔ درجۂ متاخر۔ مریضوں کے ایک بڑے تناسب میں حاد درجہ رفع ہو جانے کے بعد مزید علامات نمودار ہو سکتے ہیں، اور یہ سرایت کے اس عمل کا نتیجہ ہوتے ہیں جو اندر ہی اندر سلگتا رہتا ہے اور ابتداء مرض سے

708

مہینوں بلکہ برسوں بعد تک دماغ کے تازہ بتازہ اور نو بنو رقبوں کو ماؤف کرتا رہتا ہے۔ بعض اصابتوں میں مریض مرض کے ابتدائی درجہ سے راست متاخر درجہ میں پہنچ جاتا ہے، لیکن زیادہ اکثر اِن دونوں درجوں کے درمیان ایک مخفی وقفہ ہوتا ہے جس کے دوران میں ممکن ہے کہ یہ معلوم ہو کہ مریض تشفی بخش طریقہ پر شفایاب ہوا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ درمیانی وقفہ کئی مہینوں کا بلکہ کئی سالوں کا ہو۔ مریض کے متاخر علامات کی شدت ابتدائی درجہ کی شدت سے کوئی نسبت نہیں رکھتی؛ چنانچہ خفیف یا اِتفاقی نوعیت کی اصابتیں، جو ممکن ہے کہ ابتداءً شناخت نہ ہوئی ہوں، اکثر بالآخر تشویشناک جسمانی یا دماغی ازکار رفتگی کا شکار ہوتی ہیں۔ متاخر درجہ کے عام تر علامات کی گروہ بندی حسب ذیل عنوانات کے تحت کی جاسکتی ہے:— (۱) شلل اہتزازی (paralysis agitans) کی قسم کی کمزوری، کرختگی اور رعشہ (۲) غیر ارادی حرکات (۳) ذہنی تغیرات۔

(۱) شلل اہتزازی کے علامات سے مشابہ علامات، غالباً اِس مرض کے ابتدائی درجہ کے بعد زندہ بچنے والے مریضوں کے ایک بڑے تناسب میں نمویاب ہو جاتے ہیں اور جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، ممکن ہے کہ اِن اصابتوں میں کسی ابتدائی سرایت کی روئداد نہ معلوم ہو۔ نمایاں ترین خاصہ عموماً وجہی عضلات کی سختی اور اکڑ ہے، جس کی وجہ سے چہرہ بے اظہار ہو جاتا ہے۔ اکثر یہ کرختگی دھڑ اور جوارح کے عضلات کو بھی ماؤف کر دیتی ہے۔ ایسی صورت میں رفتار سست اور خلط ملط اور کمر خمیدہ اور سر جھکا ہوا ہوتا ہے، اور بازو سخت اور کہنیاں جسم سے کسیقدر تبعید شدہ اور اُنگلیاں نیم خمیدہ ہوتی ہیں۔ خود بخود واقع ہونے والی حرکات کم یا مفقود ہو جاتی ہیں، اور مریض اپنے مرکز جاذبہ کو درست رکھنے میں دقت محسوس کرتا ہے اور اِسواسطے اُس کا توازن بہ آسانی تہ وبالا ہو جاتا ہے۔ رمشی معکوسہ کے امتناع سے چہرہ زیادہ گھورتا ہوا ظاہر ہوتا ہے، اور معکوسۂ ابتلاع کے امتناع کی وجہ سے مُنہ سے رال ٹپکتی رہتی ہے۔ آواز اکثر اوقات یک لہجہ اور گفتار آہستہ آہستہ ہوتی ہے۔ شلل اہتزازی کی

کی قسم کا رعشہ بھی موجود ہو سکتا ہے، لیکن کرنختگی کے مقابلہ میں یہ اکثر خفیف سا ہی ہوتا ہے۔

(۲) تمام اقسام کی غیر ارادی حرکتیں واقع ہو سکتی ہیں، لیکن جن اصابتوں میں یہ ایک نمایاں خاصہ ہوتی ہیں اُن کا تناسب تھوڑا ہوتا ہے۔ شکلِ اہتزازی کی قسم کے رعشہ کا پہلے ذکر کیا گیا ہے۔ زفنی الشکل اور کنج حرکات بھی دیکھی جاتی ہیں۔ لیکن شاید عام ترین قسم وہ ہے جس میں قریبی مفاصل (شانہ اور کولھے) کے نظامِ عضلی میں نسبتہً بڑی سخت اور سست شرح کی متوازن حرکات ہوتی ہیں جو اکثر ایک منفرد جارحہ کو یا جسم کے ایک جانب کے بازو اور ٹانگ کو ماؤف کرتی ہیں۔ ایک دوسرا نمایاں اور عموماً بدیر واقع ہونے والا نتیجہ کُرات چشم کی جبری اوپر کے طرف کو حرکت ہے (چشم گردشی بحرانات (oculogyric crises)۔ یہ حرکتیں دَوری اور عموماً بلا اشتباہ ہوتی ہیں اور ایک وقت میں کئی منٹوں یا گھنٹوں تک جاری رہتی ہیں۔ چونکہ یہ ارادی قابو سے باہر ہوتی ہیں، لہذا مریض فی الوقت کارآمد بصارت کے قابل نہیں رہتا۔

(۳) کسی درجہ کی ذہنی خرابی اِس مرض کا تقریباً ہمیشہ واقع ہونیوالا نتیجہ ہے۔ بالغوں میں یہ خفیف اصابتوں میں تکان کے رجحان کی زیادتی اور جذبات پر قابو کی کمی کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں نہاکت اعصاب جیسی نوعیت کی علامتیں نمودار ہو جاتی ہیں، اور ہمیشہ دردِ سر کی شکایت عدم قابلیت کے ساتھ ناقابلیت کے احساسات اور مرضی تشویش ہوتی ہے۔ اِس کے برعکس شللِ اہتزازی کی قسم کی اصابتوں میں اکثر شدید بےحسی موجود ہوتی ہے۔ بچے اکثر زیادہ خطرناک طور پر ماؤف ہوتے ہیں، اور اُن میں اِس مرض کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُن کے کردار میں تنزل واقع ہو جاتا ہے لیکن عقل میں کوئی تناظر کمی نہیں ہوتی۔ اسی واسطے اُن میں جھوٹ بولنے، چوری اور سینہ زوری کی عادتیں پیدا ہو جاتی ہیں، جن کی وجہ سے نہ صرف گھر میں اُن کی روک تھام مشکل ہوتی ہے بلکہ بار ہا پولیس کی عدالت تک ان کے پہنچنے کی نوبت آتی ہے۔

709

ہر عمر میں بے خوابی اِس کا ایک عام اور تکلیف دہ نتیجہ ہوتا ہے۔ مریض دن کے وقت غنودہ اور بے حس ہوتا ہے لیکن رات کے وقت بے چین اور مضطرب ہوکر اکثر جوش و ہیجان کی حالت میں ہوتا ہے، اور صرف علی الصباح اس کو نیند آتی ہے۔

تشخیص۔ یہ معمولی قسم کی اصابتوں میں جو غنودگی، ہلکے بخار، اور چشمی شللوں کے ساتھ غیر محسوس طور پر شروع ہوں، نسبتہً آسان ہوتی ہے لیکن سرایت کا حدوث زیادہ وسیع ہو تو تشخیص ممکن ہے کہ نہایت مشکل امر ہو۔ دماغی خراج (cerebral abscess) کی تشخیص پر غور کرنا پڑتا ہے، اور اس امکان پر نظر رکھکر تقیحی التہاب الاُذن (suppurative otitis) کے اَمارات کے لئے کانوں کا امتحان کرنا چاہیے۔ دماغی سلعات (cerebral tumours) بھی، خصوصاً جبکہ وہ دماغ کے کسی خاموش رقبہ میں واقع ہوں، سُباتی التہاب دماغ سے مماثل اَمارات پیدا کرسکتے ہیں، لیکن اِس حالت میں اقراصِ بصری کے امتحان سے تشخیص صاف اور واضح ہوسکتی ہے، چنانچہ اُذیمائے حلیمۂ بصری سلعہ کی حالت میں شاذ ہی غیر موجود ہوتا ہے اور التہاب دماغ کی حالت میں شاذ ہی موجود ہوتا ہے۔

ممکن ہے کہ اُن اصابتوں میں جن میں بیماری کی ابتدا سحائی علامات کیساتھ ہوتی ہے، سحائی تبقاتی (meningococcal) یا دَرنی (tuberculous) التہاب سحایا سے مشابہت پیدا ہوجائے، لیکن گردن کی اکڑ التہاب دماغ کا اتنا اہم خاصّہ نہیں جتنا کہ اِن دونوں بیماریوں کا ہے۔ شاذ مثالوں میں جن میں مرض کا آغاز سکتہ آسا ہو، اِس حالت کو دماغی نزف (cerebral hæmorrhage) یا علقیت (thrombosis) سے پیدا ہونے والی حالت سے بمشکل تمیز کیا جاسکتا ہے۔

آخری درجوں میں، تپ اُتر جانے کے بعد، عصبی نظام کی وسیع ماؤفیت کے امارات کی موجودگی آتشک کے اِمکان پر دلالت کرسکتی ہے، چنانچہ اِس امر کا فیصلہ کرنے کے لئے خون اور دماغی نخاعی سیّال میں تعامل وآزرمن کارآمد ہوگا۔ تفریقی تشخیص کرنے میں دماغی نخاعی سیّال کا خلویاتی اور جرثومیاتی امتحان ہمیشہ مفید ہوتا ہے۔ آخری درجوں میں اُن اصابتوں کو جو علامئیہ پارکنسن ظاہر کرتی ہوں شلل اہتزازی (paralysis agitans) سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ اگر

بار کفتنی علامات سے مدتوں پہلے ایک عمومی علالت' سریع الزوال دو نظری' یا نا گہانی سبات یا بے خوابی کی سرگذشت احتیاط کے ساتھ دریافت کی جائے تو تشخیص کا فیصلہ ہو جانا ممکن ہے۔ اُن اصابتوں میں جن میں ایسی سرگذشت نہ ملے ممکن ہے کہ مریض کی عمر اس سوال کو طے کر دے' کیونکہ شلل اہتزازی ادھیڑ عمر اور زندگی کے آخری حصے کا مرض ہے' اور سباتی التہاب دماغ چھوٹے اور بڑے سب پر حملہ آور ہوتا ہے۔ جب یہ طریقہ تفریق کارآمد نہ ہو تو حدقی تعاملات اور حرکات چشم کی بے قاعدگیاں سے (بالخصوص استدقاق واقع نہ ہونے اور استدقاق کی کوشش کرنے پر پتلیوں کا انقباض واقع نہ ہونے سے) تشخیص کا فیصلہ سباتی التہاب دماغ کے حق میں ہو سکتا ہے۔

انذار۔ اگر تمام اصابتوں کو بھی نوٹ کیا جائے تو شرح اموات تقریباً ۲۰ فی صدی معلوم ہوتی ہے۔ اطلاعی اعداد کے نقشے (notification returns) نسبتاً بہت زیادہ شرح اموات ظاہر کرتے ہیں۔ اموات کی بڑی اکثریت بیماری کے پہلے تین ہفتوں میں واقع ہوتی ہے' اور اس زمانہ کے بعد جہاں تک زندگی کا تعلق ہے انذار اچھا ہوتا ہے۔

منحوس علامات یہ ہیں :- بڑھتی ہوئی تپش (۱۰۲٫۵ درجہ سے اوپر) ذہول کا گہرا ہو کر قوما ہو جانا' یا پُرشور ہذیان جس کے ساتھ وسیع عضلی جھٹکے ہوں (حاد عضلی رجفی قسم = acute myoclonic form)۔

جو اصابتیں شفایاب ہو جاتی ہیں' اُن میں عموماً حجمی اعصاب کے شلل نسبتاً جلد زائل ہو جاتے ہیں' اور اُن میں شاید پتلیوں کی عدم مساوات باقی رہ جاتی ہے جس کے ساتھ دوران توفیق میں پتلیوں کا انقباض سست ہوتا ہے۔ سباتی حرکت کی کمزوری اور سستی کئی ہفتے جاری رہ کر ممکن ہے کہ بتدریج شلل اہتزازی کی سرسری شباہت پیدا ہو جائے۔

ممکن ہے کہ اس نوعیت کی علامتیں جن کو پہلے متاخر درجہ سے تعلق رکھنے والی علامتوں کی حیثیت سے بیان کیا گیا ہے آغاز مرض کے بعد دو یا تین سال تک نمودار ہوتی رہیں' لیکن بطور ایک کلیہ کے کہا جا سکتا ہے کہ ایک

ایسے مریض کے لئے جو ابتدائی حملہ سے شفا پا چکا ہو اور اُس کے بعد چھ ماہ تک تازہ علامات سے کلی طور پر مبرا رہا ہو' پھر کسی مزید شکایت میں مبتلا ہونے کا امکان نہیں ہوتا۔

متاخر علامات میں سے تشنّجِ اہتزازی والے گروہ میں آہستہ آہستہ ترقی پذیر ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ وہ بالآخر رک جاتی ہیں' اور ممکن ہے کہ خفیف سی اصلاح نظر آئے' مگر مریض بہت ازکار رفتہ ہوجاتا ہے۔ غیر ارادی حرکات بتدریج (مہینوں میں) نمویاب ہوکر اپنے عروج کو پہنچ جاتے ہیں اور ویسی ہی تدریج کے ساتھ کم ہوجاتے ہیں' اور اکثر اُن کے باقیات محض خفیف ہوتے ہیں۔ ذہنی تغیرات' بچوں اور بالغوں دونوں میں' بیشتر مستقل نوعیت کے معلوم ہوتے ہیں' اگرچہ اُن میں کسیقدر رفترہ ہوسکتا ہے۔

علاج ۔ اِس مرض کا کوئی تو ملی علاج نہیں ہے۔ یوروٹرپین (urotropin) اُس کے ممکنہ دافع عفونت فعل کی بنا پر پوری مقداروں میں یجاسکتی ہے' اور جیسے جیسے کہ علامات پیدا ہوں ان کی طرف توجہ دینی چاہئے۔ بیشتر اصابتوں میں مریض کو غذا دینے کے لئے جگانا چاہئے' اور غذا ہلکی اور آسانی تمثل پذیر قسم تک محدود رکھنی چاہئے' جس میں سیالات کی افراط ہو۔ کبھی کبھی ذہول اِسقدر گہرا ہوتا ہے کہ انبوبی غذا رسانی اختیار کرنی پڑتی ہے' اور قطع نظر ذہول کے اِس کی ضرورت عسر البلع کی وجہ سے بھی لاحق ہوسکتی ہے' جو لسانی بلعومی عصب کے شلل کے باعث پیدا ہوجاتا ہے۔ پسندیدہ طریقہ وہ ہے جو کہ انفی انبوبہ کے ذریعہ ہے' جس میں دودھ' پھینٹے ہوئے انڈوں' مالٹ اور عرقِ نارنگی کی صورت میں بکثرت غذا دیجاسکتی ہے۔ مثانہ کی حالت پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھنی چاہئے' کیونکہ احتباس بول لبریزی کے ساتھ واقع ہوسکتا ہے' اور اِس میں غفلت کرنے سے التہاب مثانہ پیدا ہوجانے کا اندیشہ ہے۔ طویل اصابتوں میں عموماً بہت نحول کے ساتھ قروح الفراش پیدا ہوجانے کا احتمال ہے' چنانچہ اگر مرض کا مرطویل ہونے کا امکان ہو تو مریض کو آبی بستر پر رکھنا مناسب ہے۔ بے خوابی کے لئے' جو بعض اوقات ایک تکلیف دہ نتیجہ

710

ہوتا ہے، گرم غسل (سونے کے وقت سے ایک گھنٹہ پہلے) اور مختلف ادویہ کا استعمال کیا جاسکتا ہے، جن میں سے پیرالڈیہائیڈ (paraldehyde) پوری مقداروں میں اور ویرونال کے مرکبات (veronal compounds) مفید ترین ہیں۔ حاد درجہ میں تخفیف ہوجانے کے بعد جوارح کی کرختگی کے لئے حرکاتِ مجہول روزانہ عمل میں لانی چاہئیں (بہتر ہے کہ گرم غسل کے بعد)۔

چونکہ ایک اندر ہی اندر سلگنے والی سرایت سے مزید علامات پیدا ہوجانے کا سخت خطرہ ہوتا ہے، لہٰذا جہاں کہیں ممکن ہو نقیہیت کو زیادہ طول دینا چاہیئے، اور علامات کی ترقی موقوف ہوجانے کے بعد مریض کو ہدایت کردینی چاہیئے کہ چھ ماہ کے عرصہ تک اپنی سرگرمیوں کے پورے دائرہ کو اختیار کرنے سے محترز رہے۔ اِس دوران میں دماغ اور جسم دونوں کے لئے باقاعدہ ورزش تجویز کردینی چاہیئے، لیکن یہ اِسی حد تک ہو کہ جس سے تکان نہ ہونے پائے۔

متاخر درجوں کی پارکنسنی گروہ والی علامات کے علاج میں لفاح (belladonna) کے گروہ کی ادویہ بہت نفع بخش ہیں۔ اِن کے اثر سے کرختگی کم ہوکر حرکت کی ممکنہ جولانی اور شرح زیادہ ہوجاتی ہے۔ اِس کے لئے بڑی مقداروں کی ضرورت ہوتی ہے، اور نتیجہ کا انحصار بہت کچھ اُس مقدار پر ہوتا ہے جو مریض سستی علامات کے بغیر لے سکے صبغۂ جوز ماثل (tinct. of stramonium) نہایت کارگر تجویز معلوم ہوتی ہے، اور ایک بالغ کی حالت میں ابتداً اِس کے ۵ اقطرے دن میں تین بار بعد غذا ½ اونس کلوروفارم واٹر میں ملا کر دینے چاہئیں۔ چند روز کے بعد یہ مقدار بڑھا کر ۳۰ قطرے کردی جاتی ہے، اور اِس کے بعد مماثل وقفوں کے بعد ۵۔ ۵ قطرے بڑھا دئے جاتے ہیں یہاں تک کہ مریض کی برداشت کی حد تک پہنچ جائیں، جو کہ توفیق میں کمزوری، منھ کی خشکی، اختلاج اور سرعتِ ضرباتِ قلب کی شکایت سے ظاہر ہوجاتی ہے۔ اِن میں پہلی علامت عموماً سب سے پہلے ظاہر ہوتی ہے، اور ایسیرین سلفیٹ (eserine sulphate) کے ½ فی صدی محلول کے استعمال سے رفع ہوسکتی ہے، جس کا ایک

قطرہ ہر آنکھ میں روزانہ علی الصباح ٹپکا دینا چاہئے۔ منہ کی خشکی میں ترشی قطروں سے تسکین ہو سکتی ہے۔ اس طرح مریض زیادہ مقدار کی معتادیں جاری رکھنے کے قابل ہو سکتا ہے۔ ایک متبادل ترکیب یہ ہے کہ آمیزہ میں پائلوکارپن نائٹریٹ اس تناسب میں ملا دیا جائے کہ اس کا ½ گرین صبغۂ جوز ماثل (tincture of stramonium) کے ۳۰ قطروں میں موجود ہو۔ اگر ہم قطرے دن میں تین بار لئے جا سکیں تو بہت کچھ فائدہ حاصل ہو سکتا ہے، چنانچہ ایک مریض جو اس دوا کے بغیر خود کھانا کھانے یا کپڑے پہننے کے قابل نہیں ہوتا، اس دوا کی مدد سے ان کاموں کو کرنے کے قابل ہو جاتا ہے۔ بدقسمتی سے یہ اثر دوا کے مسلسل استعمال سے زائل ہو جانے کا امکان رکھتا ہے، لیکن اس میں طوالت اس طرح حاصل کی جاتی ہے کہ ہر چھ ہفتوں میں ایک ہفتہ یا ہفتہ میں ایک دن اس دوا کا استعمال ترک کر دیا جائے، اور اس وقفہ میں لقاح کے مشتقات میں سے کسی کا استعمال نہ کیا جائے۔

تحریز۔ وزارتِ صحت نے مندرجۂ ذیل امور کی سفارش کی ہے (۱۹۲۴ء):—

"جس مکان میں ساری التہاب دماغ کی کوئی واردات واقع ہو گئی ہو، یا اس کے کسی مریض کا علاج کیا جا رہا ہو، اس کے دوسرے مکینوں کو اطمینان دلا دینا چاہئے کہ مرض کی قوت سرایت پست ہے، اور مریض سے ملنے جلنے میں بہت کم خطرہ ہے۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی مناسب ہے کہ اس قسم کا میل جول صرف اسی حد تک ہونا چاہئے جو مریض کی معقول نگہداشت اور تیمارداری کیلئے ضروری ہو، اور مریض کو ایک جداگانہ کمرے میں علیحدہ رکھ دینا چاہئے۔

7B

"ایک احتیاطی تدبیر یہ ہے کہ متاثر گھرانے کے ان بچوں کو جو مدرسے جاتے ہیں مریض کی تفرید کے بعد سے تین ہفتے تک مدرسہ نہیں جانے دینا چاہئے۔ دوسرے مکینوں کی نقل و حرکت میں روک ٹوک ضروری نہیں، بشرطیکہ ان کا امتحان بار بار کیا جاتا ہو اور وہ تندرست رہیں۔ لیکن مریض کے پاس والوں کو دافع عفونت انفی رشاشات یا غلولات استعمال کرنے اور ایسے محلولات سے

حلق کا غرارہ کرنے کی ہدایت دینی چاہئے جیسے کہ انفلوئنزا کے لئے تجویز کئے جاتے ہیں۔

"مثلاً مندرجۂ ذیل میں سے کوئی ایک :۔

(۱) پر آکسائڈ آف ہائڈروجن (peroxide of hydrogen) کا ایک فی صدی محلول۔

(۲) پرمینگنیٹ آف پوٹاش کا محلول ... ۵ میں ا کی طاقت والا معمولی نمک (سوڈیم کلورائڈ) کے ۹ء ۰ فی صدی محلول میں۔

(۳) لائکر سوڈی کلورینیٹی (liquor sodæ chlorinatæ) ۵ء ۰ فی صدی طاقت کا۔

"یہ محلولات حلق کے معمولی غراروں کے طور پر استعمال کئے جاسکتے ہیں یا تھنوں کی راہ سے سُڑکے جاسکتے ہیں، یا ایک کارگر برشہ سے لگائے جاسکتے ہیں۔

"اگر سرایت زدہ گھرانے میں کوئی شخص خراشِ حلق یا ایسے دوسرے علامات میں مبتلا ہو جو مرض کے تمام حملہ پر دلالت کریں، تو اُس کا علاج بھی اسی نقطۂ نظر سے کرنا چاہئے اور حتی الامکان اُسے شفا ہونے تک علٰحدہ رکھدینا چاہئے۔

"مرض کے خاتمہ پر بیمار کے کمرے کی کامل تطہیر اور دفعِ عفونت ضروری ہے۔"

خراجِ دماغ

اصابتوں کی بڑی اکثریت میں بتلایا جاسکتا ہے کہ خراج ریم ساز عضویوں کی راست سرایت کا نتیجہ ہے۔ سب سے زیادہ عام سبب درمیانی گوش کا تقیحی التہاب (suppurative otitis media) ہوتا ہے۔ جبہی اور مصفاتی ہوائی جوفوں کی سرایت اور کھوپری کے مُرکب کسور کے بعد بھی دماغ کا پھوڑا پیدا ہوسکتا ہے۔ جوئے خون کی راہ سے بالواسطہ سرایت شاذ ہے، لیکن تقیح الدموی اصابتوں،

اور بالخصوص سینہ کے اندر مزمن تقیح کی اصابتوں (مثلاً شعبی تمدد bronchiectasis=' یا دُبیلہ = empyema) میں دماغ کا پھوڑا پیدا کرسکتی ہے۔ ان آخرالذکر اصابتوں میں پھوڑے کا سبب غالباً ایک سرایت زدہ علقہ کا علیحدہ ہوجانا اور دماغ میں پھنس جانا ہے۔

امراضیاتی منظر پھوڑے کی مدت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ پہلا درجہ حاد تقیحی التہابِ دماغ کا ہوتا ہے۔ یہ وسیع طور پر پھیل سکتا ہے' اور جب ایسا ہوتا ہے تو اس کا نتیجہ مہلک ہوتا ہے۔ اس حالت میں خراجی کہفہ کھردرا اور ناہموار پایا جاتا ہے اور گردوپیش کے دماغی جرم میں ریمی درریزش ہوتی ہے۔ لیکن عموماً گردوپیش کی بافتوں میں کافی تعامل واقع ہوکر ایک مقابلتہً سخت اور چکنی دیوار بن جاتی ہے' جو سرایتی عمل کے پھیلاؤ کو محدود کردیتی ہے' اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک مزمن کیسہ بند خراج پیدا ہوجاتا ہے۔ درمیانی گوش سے پیدا ہوجانے والے پھوڑے عموماً یا تو دُمیغ میں یا صُدغی لختہ میں واقع ہوتے ہیں۔ دماغی خراج کے ہمراہ ایک بُرون جافی خراج موجود ہوسکتا ہے' یا ممکن ہے کہ اُمّ جافیہ اور سحایائے نحیف کے درمیان انضمامات ہوں' جن سے سرایت کا راستہ ظاہر ہوتا ہے' یا جیسا کہ بہت سی اصابتوں میں ہوتا ہے' ممکن ہے کہ پھوڑے پر کے سحایا تندرست معلوم ہوں اور داخلہ کے راستے کی کوئی شہادت موجود نہ ہو۔ نقۂ سبحیہ بیشتر اوقات ملنے والا عضویہ ہے' لیکن التہابِ گوش والی اصابتوں میں بعض اوقات عصیہ قولونی عمومی ملتا ہے' جس سے پیپ میں ایک مخصوص و ممیز بدبو پیدا ہوجاتی ہے۔ تقیح الدموی اصابتوں میں بعض اوقات نقۂ عنبیہ سبب ہوتا ہے۔

علامات ۔ ان کا انحصار کچھ تو اس حالت کی سرایت رساں نوعیت پر ہوتا ہے' اور کچھ پھوڑے کے محل وقوع پر۔ التہابِ گوش سے پیدا ہوجانے والی اصابتوں میں ابتدائی علامات اکثر خفیف ہوتے ہیں اور درمیانی گوش کے تقیحی التہاب یا التہابِ حلمیہ (mastoiditis) کے دوران میں نظر انداز ہوجاتے ہیں۔ یہ علامات تپ اور دردِ سر ہیں' جن کے ساتھ اکثر قے اور غنودگی

ہوتی ہے۔ اگر یہ تقیحی عمل بے روک پھیلتا جاتا ہے تو علامات میں بسرعت ترقی ہوجاتی ہے، تپش بلند درجہ پر رہتی ہے، دمیتی یا دماغی اتلاف کے امارات نمودار ہوجاتے ہیں، اور مریض ایک یا دو ہفتے میں ہلاک ہوجاتا ہے۔ لیکن نسبتًہ بہت زیادہ بار یہ ہوتا ہے کہ پھوڑا کیسہ بند ہوجاتا ہے، ابتدائی علامات، جو ممکن ہے کہ خفیف رہے ہوں، زائل ہوجاتے ہیں، اور ایک مزمن خراج پیدا ہوجاتا ہے، جس کے علامات کا انحصار تقریبًا تمامتر اس کے محل و قوع پر ہوتا ہے۔ چنانچہ وہ مریض جسے ایک مزمن دماغی خراج ہے ممکن ہے ہفتوں یا مہینوں اپنا کام جاری رکھ سکے اور اس کو چند ہی علامات ہوں اور وہ مخدوش طور پر بیمار بھی نہ نظر آئے۔

انفجاری یا انشقاقی نوعیت کا دردِ سر مزمن خراج کے ابتدائی درجوں کی ایک نہایت مستقل علامت ہے، لیکن ممکن ہے کہ یہ درد دو قفوں کے ساتھ ہو۔ دمیتی خراج کسی جانب بھی ہو اس کے اہم امارات حسب ذیل ہیں:۔ ضرر کی جانب کو دیکھنے پر رقص مقلہ، اسی جانب کے جوارح کی عدم ہم آہنگی جیسی کہ بالخصوص عصبی انفی اصبعی امتحان سے ظاہر ہوتی ہے، اور چلنے میں اسی جانب کو لڑکھڑانے کا رجحان۔ ایک ایمن شخص میں بائیں صدغی خراج کی حالت میں، جبکہ ایک نہایت اہم ممیز امارت ہے جو لفظی نسیان کی شکل میں ہوتا ہے، چنانچہ محتاط امتحان سے ظاہر ہوگا کہ اگر مریض کے سامنے چند اشیا رکھ دی جائیں تو ان کا نام بتلانے کی کوشش میں کبھی کبھی اسے صحیح لفظ یاد نہیں آتا۔

712

کسی ایک صدغی لختہ میں پھوڑا ہونے کے مزید امارات یہ ہیں:۔

مقابل جانب پر چہرے کے زیریں حصے میں کمزوری، اور استبصاری میدان میں نقص۔ آخرالذکر عمومًا بالائی ربع دائرہ کے نقص کی صورت میں ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اشعاع بصری کا زیرین بنڈل اس جگہ جہاں وہ صدغی لختہ کے پچھلے حصے میں سے جاتا ہے ماؤف ہوجاتا ہے۔ جیسے جیسے یہ پھوڑا جسامت میں بڑھتا جاتا ہے، درون جمجمی خراج کے امارات، دردِ سر، قے، غنودگی اور بطء النبض زیادہ واضح ہوتے جاتے ہیں، اور اذیمائے حلیمۂ بصری نمویاب ہوجاتا ہے۔ بالعموم تپش طبیعی یا تحت الطبعی رہتی ہے۔

دماغی نخاعی سیال پر زیادہ دباؤ ہوجاتا ہے، اور اس میں خلیوں کی معتدل زیادتی پائی جاتی ہے، جو خاص کر لمفی خلیوں کی اور نسبتہً کم تناسب میں کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی کثرت کی وجہ سے ہوتی ہے، اور پروٹین بھی زیادہ ہوجاتا ہے۔ اس سیال میں کثیر الاشکال خلیوں کی کسی بڑی تعداد کا ملنا اس امر کی دلالت ہے کہ یا تو پھوڑا ایکٹین کے اندر یا تحت العنکبوتی فضا کے اندر ترشح کر رہا ہے۔

تشخیص ۔ درمیانی گوش کے التہاب کے دوران میں بالخصوص جبکہ اس التہاب کے ساتھ حلمیہ کی سرایت (mastoid infection) بھی ایک پیچیدگی کے طور پر پیدا ہوگئی ہو، دماغی علامات کے نمودار ہونے سے ہمیشہ خراج کا سوال پیدا ہوجائے گا۔ لیکن اس کی شناخت دوسری پیچیدگیوں جیسے کہ جانبی جوف کی علقیت (lateral sinus thrombosis) بیرون جافی خراج (extra dural abscess) اور التہاب سحایا سے کرنی پڑتی ہے، جو علیحدہ پیدا ہوسکتے ہیں یا دماغی خراج کے ساتھ ہمزماں طور پر موجود ہوسکتے ہیں۔ دُمینی اور صدغی لختہ کی متذکرہ بالا امارات کی محتاط تلاش ممکن ہے کہ اس سوال کا فیصلہ کردے، مگر دائیں جانب کا صدغی خراج بالخصوص کم امارات پیدا کرتا ہے۔ نخاعی سیال کے امتحان سے مدد ملنا ممکن ہے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ قطنی کچوکے سے سرایت کے پھیلنے کا خطرہ ہے۔ لہٰذا اس سیال کا فوراً امتحان کرنا چاہئے، اور اگر شہادت مثبت ہو تو بلا مزید تاخیر جراحی عملیہ کردینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ ایک مزمن خراج کی تشخیص میں بڑی مشکلات پیش آئیں۔ جب کسی ایسے شخص میں جس کا کان بہہ رہا ہو شدید دردِ سر کی مسلسل شکایت ہو تو پھوڑا ہونے کے امکان پر غور کرنا چاہئے اور مریض کا امتحان اس طریقہ سے کرنا چاہئے جو پہلے بیان کیا گیا ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مزمن سیلان الاذن ایک عام شکایت ہے جو دماغی آتشک یا دماغی سلعہ کے ساتھ ساتھ موجود ہوسکتی ہے۔

انذار ۔ خراج کی تفریغ سے بہت سی اصابتوں کو شفا حاصل ہوئی ہے۔ جراحیات کی مدد کے بغیر شفا کی توقع نہیں ہوسکتی ہے۔

علاج ۔ جب پھوڑے کی شناخت معقول یقین کے ساتھ ہوسکے

اور اس کے محل و توع کا تعین ٹھیک ٹھیک ہوگیا ہو تو پیپ کو خارج کرنے کی کوشش کرنی چاہئے۔

قطع نظر جراحی مداخلت کے، دماغ کے پھوڑے کا علاج خالصاً علاماتی ہونا چاہئے۔ تخفیف درد کی کوشش مقامی دافع درد ادویہ کے استعمال سے، سر پر برف رکھنے اور ایسپرین (aspirin) یا مارفیا (morphia) سے کی جاسکتی ہے۔

دماغ کی کوفتگی

(cerebral contusion)

سر پر بلا واسطہ یا بالواسطہ تشدد ہونے سے جرم دماغ میں ورید گی اور کوفتگی واقع ہوسکتی ہے۔ دماغ کی ایسی مضرت رسیدگی اگرچہ عموماً جلد الراس یا جمجمہ کے بیرونی تضرر کی شہادت کے ساتھ پائی جاتی ہے، تاہم اس کے بغیر بھی واقع ہوسکتی ہے۔ بہرحال ایک سرایت زدہ مرکب کسر (compound fracture) یا شریانی نزف ایسی پیچیدگیوں سے قطع نظر اس کے اہم علامات بھی مضرت رسیدگی کے نہیں بلکہ زیادہ تر دماغی مضرت رسیدگی کے ہوتے ہیں۔

امراضیات - تشریحی تغیرات جو آگے بیان کی جانے والی علامات کا بنیادی سبب ہیں، مہلک اصابتوں میں دماغ کے معائنہ سے مستنبط کئے جاسکتے ہیں۔ تضرر کی اصلی خصوصیت عروق شعریہ اور چھوٹی وریدوں کا انشقاق ہے، جس سے خون کی عابدری واقع ہوجاتی ہے۔ یہ متعدد نقشی نزفات کی شکل اختیار کرلیتی ہے، جو سارے دماغ میں منتشر ہوتے ہیں، یا نسبتہً بڑی وعابدریوں کی شکل اختیار کرلیتی ہے جو بلاواسطہ تضرر کی حالت میں عموماً نقطۂ تصادم یا نقطۂ ضرب متقابل (contre coup) کے پاس واقع ہوتی ہیں۔ تضرر کے ان بڑے رقبوں میں دماغی جرم اکثر اوقات اس خارج ہونے والے خون کی وجہ سے پھٹ کر پارہ پارہ ہوجاتا ہے۔ بالواسطہ تشدد سے صدغی اور جبہی لختوں کے اگلے قطب اور تحتانی سطح بالخصوص متضرر ہوجانے کا امکان رکھتے ہیں جس کی وجہ جیسا کہ سب سے پہلے ہلٹن (Hilton) نے بتلایا، غالباً یہ ہے کہ ان مقامات میں دماغی تخاعی

713

ستیال کا آبی مہاد غیر عمیق ہوتا ہے' اور دماغی قشرہ کی بے قاعدگیاں ہڈی کے ماثل ڈولوں کے ساتھ زیادہ قریبی طور پر لگی ہوئی ہوتی ہیں ۔

علامات ۔ اگر تضرر زیادہ شدید پہنچا ہے تو غالباً ارتجاج (یعنی حادثہ کے فی الفور بعد کامل بے ہوشی) کی سرگذشت پائی جائے گی ۔ چونکہ ارتجاج کے علامات سریع الزوال دماغی عدم دمویت کے باعث ہوتے ہیں جس کے ساتھ ساخت کی کوئی مضرت رسیدگی نہیں ہوتی' لہذا وہ خود سریع الزوال ہوتے ہیں ۔ دماغی عدم دمویت کی اس ہئیت کے بعد ممکن ہے کہ اُزیماکی ہیئت ہو' جس کا نتیجہ دردِ سر' قئے اور غنودگی ہوتی ہے' لیکن یہ علامات ایک سادہ ارتجاج کی حالت میں' جس میں ساخت کی مضرت رسیدگی کی کوئی پیچیدگی نہیں ہوتی' چوبیس گھنٹے ختم ہونے کے بعد غائب ہوجانے چاہئیں ۔ اس سے یہ لازم آتا ہے کہ دماغی اختلال کی ہر اس علامت کو جو اس عرصہ کے بعد جاری رہے' عضوی مضرت رسیدگی سے منسوب کرنا چاہئے ۔ یہ مضرت رسیدگی (قطع نظر سرایت اور سحائی نزف کے امکانات کے) دماغی کوفتگی پر مشتمل ہوگی جو تضرر کے وقت واقع ہوئی تھی ۔

دماغی کوفتگی کے علامات' دو انتہاؤں کے درمیان اختلاف پذیر ہوتے ہیں' یعنی ایک انتہا پر مسلسل ذہول یا ہذیان کی حالت اور دوسری انتہا پر کا ہے گاہے دردِ سر کا ہونا ۔ لہذا' دماغی کوفتگی کے درجۂ اکبر اور درجۂ اصغر کے درمیان امتیاز کرنا سرسری بیان کی غرض سے فائدہ مند ہے بشرطیکہ یہ یاد رکھا جائے کہ یہ خط امتیاز اختیاری ہے ۔ سب سے زیادہ سہولت بخش طریقۂ امتیاز یہ ہے کہ ان تمام اصابتوں کو جن میں تیرگئ شعور یا ذہول ظاہر ہو کوفتگئ اکبر کے زمرہ میں شامل کیا جائے' اور باقی ماندہ تمام اصابتوں کو کوفتگئ اصغر کے گروہ میں ۔

کوفتگئ اکبر (major contusion) ۔ اس میں تضرر تقریباً ہمیشہ ایسی نوعیت اور درجہ کا ہوتا ہے جس سے فوری ارتجاج ہوجاتا ہے ۔ اس کے بعد مریض کے حواس کسیقدر بجا ہوجاتے ہیں' لیکن بجائے اس کے کہ سریع اور کامل شفا ہوکر طبعی حالت عود کر آئے جو ایک سادہ ارتجاج کا ممیز خاصہ ہے' یہ پایا جاتا ہے کہ

مریض چوبیس گھنٹے کے خاتمہ پر کسی حد تک ذہنی تیرگی ظاہر کرتا ہے۔ ایک شدید اصابت میں یہ حالت ذہول تک پہنچ گئی، جس میں مریض کو عموماً بے ہوش بیان کیا جاتا ہے۔ تاہم وہ زوردار تہیج کی کیفیت ظاہر کرے گا، جس میں اکثر خفگی کا مظاہرہ ہوگا، اور بالخصوص رات کے وقت اُس کے شور و غل مچانے اور برانگیختہ ہونے کا امکان ہوتا ہے، اور ساتھ ہی اُسے باصرہ اور سامعہ کے توہمات ہوتے ہیں۔ تپش اور شرح نبض عموماً زیادہ ہو جاتی ہے۔ یہ حالت، جسے دماغی خراش یا ضربی ہذیان (traumatic delirium) کا نام دیا گیا ہے، وسیع دماغی کوفتگی کی علامت ہے۔ نسبتاً خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ تیرگیٔ شعور ظاہر نہ ہو، تاوقتیکہ اُس کے متعلق احتیاط کے ساتھ دریافت نہ کیا جائے۔ ممکن ہے کہ مریض کا برتاؤ معمولی ہو مگر وہ اپنے ماحول کے متعلق کامل طور پر باخبر نہیں ہوتا، اُس دن کے واقعات کا حافظہ ناقص ہوتا ہے اور بعد میں معلوم ہوتا ہے کہ اُسے اپنی بیماری کی اس ہیئت کی یاد نہیں ہوتی یا کم ہوتی ہے۔ مقامی دماغی مضرت رسیدگی کے طبیعی امارات اس سریری تصویر کی لازمی خصوصیت نہیں ہوتے، لیکن ایک شدید اصابت کے ابتدائی درجوں میں انخصمی کیفیت عموماً باسط ہوتی ہے۔ قطنی کچوکے سے ایسا سیال حاصل ہوتا ہے جو اوپری عروق کے انشقاق کے باعث اکثر خون آلود ہوتا ہے، اور بعض اوقات دباؤ کی زیادتی ظاہر کرتا ہے۔ شدید ترین اصابتوں میں ہذیان کی خستگی کے باعث یا نخاع مستطیل کے مرکزوں کی ماؤفیت کے باعث پہلے ہفتہ کے دوران میں موت واقع ہو جانا ممکن ہے۔ عام میلان شفایابی کی طرف ہوتا ہے، لیکن یہ اکثر نامکمل ہوتی ہے۔ ذہنی تنزل اتنے درجہ کا کہ جو ادارتی نگہداشت کی ضرورت لاحق کرے، نہایت غیر عام ہے (ملاحظہ ہو ذہنی امراض کی "عضوی تعاملی قسم" = "organic reaction type"، صفحہ 769)۔ لیکن خفیف تر تغیرات اکثر واضح ہوتے ہیں۔ یہ حافظہ اور اجتماع خیالات کے نقص، جذبات پر قابو کے فقدان، اور شخصیت میں تغیرات کی شکل اختیار کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ داء النفسی یا داء النفسی عصابیتی نوعیت کے مابعق رجحانات

تیز ہو جائیں، اور اقتناع عام طور پر ناقص ہوتا ہے۔ درجۂ شفایابی کے دوسرے علامات اُس قسم کا دردِ سر اور دورانِ سر ہیں، جو ابھی کوفتگیٔ اصغر کے ممیز خصائص کے طور پر بیان کیے جائیں گے۔ مناسب حالات میں ممکن ہے کہ ایک سال یا اٹھارہ ماہ تک اصلاح جاری رہے، لیکن راقم الحروف کے جمع کردہ تضرراتِ سر کے گروہ میں انتہائی نتائج کے تجزیہ سے ظاہر ہوا کہ کوفتگیٔ اکبر کے مریضوں میں سے وہ اشخاص جو حادثہ کے ایک سال کے بعد پورے کام پر واپس آئے $\frac{1}{4}$ سے زائد نہ تھے۔

دماغ کی کوفتگیٔ اکبر کا **علاج** ابتدائی درجوں میں آرام وسکون ہے۔ محتاط تیارداری ضروری چیز ہے۔ ابتدائً ہیجان کی روک تھام کیلئے مارفیا، یا مارفیا اور ہیاسین (hyoscine) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ ازاں بعد کلورل (chloral) اور برومائڈ (bromide) اور پیرالڈی ھائڈ (paraldehyde) کا استعمال براہ دہن یا دُگنی مقداروں میں براہ مستقیم بہترین ہے، جس سے یہ غرض ہوتی ہے کہ ذہول پیدا کیے بغیر بے چینی اور ہیجان کی حتی الامکان روک تھام کی جائے۔ غذا دہی کی تنظیم مریض کے ذائقہ اور مقتضیاتِ وقت کے لحاظ سے کرنی چاہیئے۔ الکحل سے پرہیز کرانا چاہیئے۔ قطنی کچو کا انجام دینا چاہیئے اور دماغی نخاعی سیال کا دباؤ ایک ضغط پیما کے ذریعہ ناپنا چاہیئے۔ اگر یہ بلند ہو تو اتنا سیال نکال لینا چاہیئے کہ جو دباؤ کو گرا کر درجۂ طبعی تک لے آئے (۱۲۰ ملی میٹر پانی کے)، مریض کو فولر (Fowler) کی وضع میں سہارا دے کر لیٹا دینا چاہیئے، اور براہ دہن میگنیسیم سلفیٹ اس حد تک دینا چاہیئے کہ دست آنے لگیں، یا اسے براہ مستقیم ایک محلول کی صورت میں دینا چاہیئے جس میں چھ اونس پانی میں تین اونس میگنیسیم سلفیٹ موجود ہو۔ تاہم بہت سی اصابتوں میں دباؤ طبعی پایا جاتا ہے۔ ان میں دماغی نخاعی سیال بالکل نہیں نکالنا چاہیئے اور میگنیسیم سلفیٹ کے ذریعہ آب ربائی کرنا غیر ضروری ہے۔

درجۂ نقیہت میں علاج وہی ہے جو کوفتگیٔ اصغر کے لئے ہوتا ہے۔

کوفتگیٔ اصغر۔ اس زمرہ کے علامات ارتجاج کے علامات کے بعد واقع ہوسکتے ہیں، یا ممکن ہے کہ بلاکسی ایسی تمہید کے ایسے تفرر کے بعد واقع ہوجائیں جو ہرگز اُس وقت قابل اعتنا نہیں معلوم ہوا۔ علامات نمودار ہونے سے پہلے عموماً ایک یا دو دن کا وقفہ ہوتا ہے، جس کے دوران میں مریض سمجھتا ہے کہ وہ پیش آمدہ حادثہ سے کامل طور پر شفایاب ہوگیا ہے۔ خاص شکایات یہ ہوتے ہیں و۔۔ دردِ سر، چکر اور بلند تر دماغی افعال کا رک جانا جو فقدانِ اعتماد، معصوبیت، اور اجتماعِ خیالات میں دقت کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔

دردِ سر دو قسموں کا ہوسکتا ہے۔ وہ جو سب سے زیادہ ممیز و مخصوص طرز کا ہوتا ہے، وقفہ دار تپک اور انفجاری درد ہے، جو کھانسنے، جھکنے یا زور لگانے سے، یا کسی غیر معمولی جسمانی یا دماغی جد و جہد سے پیدا ہوجاتا یا بڑھ جاتا ہے۔ یہ اکثر تفرر کے مقام سے یا نقطۂ ضرب متقابل سے منسوب کیا جاتا ہے، لیکن جبہی یا عمومی بھی ہوسکتا ہے۔ مریض سے سوال کیا جائے تو وہ اکثر وضع سے درد کا تعلق ہونے کا اعتراف کرے گا، اور بالعموم یہ دردِ سر مریض کی اُفقی وضع میں سب سے زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے۔ اِس قسم کا دردِ سر اُس دردِ سر سے مشابہ ہوتا ہے جو دروں جمجمی دباؤ کی معلوم اصابتوں میں پایا جاتا ہے اور غالباً اِسی سبب سے ہوتا ہے۔ دوسری قسم کے ساتھ ہمیشہ کوئی نہ کوئی ذہنی علامات ہوتے ہیں، جن کا بیان آگے آئے گا۔ اِسکو درد کے نام کے بجائے زیادہ تر احساسِ تکلیف کے نام سے بیان کیا جاتا ہے (مثلاً دباؤ، گرمی یا تن پن کا احساس جو سَر کو گھیرے ہوئے ہے)، یہ مسلسل ہونے کے بجائے وقفہ دار ہوتا ہے، اور دماغی جد و جہد یا تکلیف سے زیادہ ہوجاتا ہے۔

ذہنی علامات یہ ہوتے ہیں:۔۔ قویٰ عقلیہ کی سستی جس کی نہ صرف مریض شکایت کرتا ہے بلکہ جو اُس کی گفتگو اور افعال میں بھی نظر آتی ہے۔ تذبذب، بزدلی اور ناقص جذباتی قابو۔

چکر آنے کو عموماً ڈگمگانے کے عام احساس کی حیثیت سے بیان کیا

جاتا ہے، جس میں گرنے کا ڈر ہوتا ہے، اور جو سریع الزوال ہوتا ہے اور جھکنے یا سر کی تیز حرکت سے پیدا ہو جاتا ہے۔

یہ ثلاثۂ علامات (جب یہ ایک ساتھ موجود ہوں) ایک ایسی سریری تصویر پیدا کر دیتا ہے جو بآسانی شناخت ہو جاتی ہے۔ لیکن یہ ممکن ہے کہ ان میں سے کسی ایک علامت کا غلبہ ہو۔ طبیعی آثارات عموماً غیر موجود ہوتے ہیں، اگرچہ محتاط عصبیاتی امتحان پر کبھی کبھی باسط اخمصی بجیبیت (جس کا پہلے شبہ نہیں ہوا) غیر موجود شکمی معکوسہ یا رقصِ متقلہ پایا جاتا ہے جو دماغی مضرت رسیدگی کی شہادت بہم پہنچاتا ہے۔

معقول انصرام سے کوفتگیٔ اصغر کی بیشتر اصابتوں میں کلی شفا ہو جاتی ہے۔ ان کی اقلیت میں بعض علامات غیر متعین طور پر جاری رہتے ہیں، اور ہیشش تغشی قسم کے دردِ سر کا امکان سب سے زیادہ ہٹیلا ہوتا ہے۔

کوفتگیٔ اصغر کے علاج میں طویل آرام اور معقول طور پر تدریجی تقہیت اہم نکات ہیں۔ پہلے مریض کو بستر میں لٹا دینا چاہئے۔ بیٹھی ہوئی وضع میں نظری اور عملی طور پر درونِ جمجمی دباؤ کم ہونے کا امکان ہوتا ہے، لیکن مریض کو ترغیب دینی چاہئے کہ وہ اپنے لئے بہترین وضع خود تلاش کر لے۔

حتی الامکان تیز روشنی اور شور و غل نہ ہونے دینا چاہئے، ملاقاتیوں کی ممانعت اور قطعی خاموشی کی تاکید کر دینی چاہئے۔ تفریحی کتب بینی کی اجازت دی جا سکتی ہے اور تمبا کو قابل منظوری ہے، لیکن الکحل ممنوع ہے۔ ارتخا پیدا کرنے کی غرض سے ایک آمیزہ، جس میں پوٹاس برومائڈ ۱۰ تا ۱۵ اگرین شامل ہو، دن میں ۳ بار استعمال کرانا چاہئے اور مریض کو جھپکی لینے کی ترغیب دینا چاہئے۔ دردِ سر کے لئے حسبِ ضرورت ایسپرن (aspirin) اور فیناسیٹین (phenacetin) اور بیخوابی کے لئے، اگر ضرورت ہو تو، میڈینال (medinal) ۵ تا ۱۰ اگرین رات کے وقت دے سکتے ہیں۔ میگنیشیا سلفاس کی ضروری مقدار کے استعمال سے روزانہ نرم اجابتیں لائی جائیں۔ یہ حمیّہ (regime) جاری رکھنا چاہئے حتیٰ کہ مریض کو تین چار دن تک دردِ سر نہ ہو۔ پھر اُسے قدم بہ قدم بڑھ کر زیادہ آزادی

دینا چاہئے، اِس طرح کہ پہلے پاخانہ اور غسل خانہ تک چل کر جانے کی اجازت دیں اور پھر دُو دُو دن کے وقفوں سے جسمانی اور ذہنی فعلیت کو بڑھاتے رہیں۔ دردِ سر یا بیخوابی ایسی علامات کا عکس اِس امر کا اشارہ ہے کہ ایک قدم پیچھے ہٹیں اور نقیہیت کے راستہ پر از سرِ نو گامزن ہوں۔ بالخصوص آخری درجہ کا انصرام خوش اسلوبی کے ساتھ ہونا ضروری ہے اور کام پر واپس آنے سے پہلے مریض کو ایک تعطیل کی صورت میں، اپنی ذہنی اور جسمانی قابلیت برداشت کو جانچنے کا موقع دینا چاہئے۔ مرض کے ابتدائی درجوں میں مدّت مرض کے متعلق پیشین گوئی ناممکن ہے، کیونکہ اِس کا انحصار علاج کے نتائج پر ہونا چاہئے۔

تفریقی تشخیص۔ دماغی کوفتگی کے علامات اُس کے آخری درجوں یا درجۂ اصغر میں تشویشی عصابیت (anxiety neurosis) کے علامات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ "ضربی عصبی نہاکت" "traumatic neurasthenia" کی اصطلاح اسیطرح ایجاد ہوئی ہے، اور اکثر اِس کا اطلاق ہلکی ذہنی خرابی کی اُن تمام اصابتوں پر کیا جاتا ہے جو تضرر پہنچنے کے بعد پیدا ہوجائیں، اگرچہ عضوی اور دارالنفسی عصبی عناصر کے درمیان تفریق نہیں کی جاتی۔ لیکن یہ تفریق علاجی اور طبّی قانونی دونوں نقطۂ نظر سے اہم ہے۔ سر اور جسم کے کسی دوسرے حصّے کے حادثہ کے بعد ایک عصابنیت واقع ہو سکتی جو بالعموم معاوضہ وصول کرنے کی غرض سے مرض کو آڑ بنانے کی خواہش سے پیدا ہوتی ہے۔ اِس کا علاج نفسی (psycho-therapy) ہونا چاہئے، اور اِس کے معاوضہ کا تخمینہ ایک ایسی حالت کے طور پر کرنا چاہئے جو کامل طور پر شفایاب ہو سکتی ہے۔ کوفتگی کے وہ ذہنی علامات جن کا انحصار عضوی دماغی مضرت رسیدگی پر ہو مختلف علاج کے متقاضی ہوتے ہیں، علاوہ ازیں اِن میں مزدوری کمانے کی قابلیت میں بھی مستقل کمی واقع ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ طبیعی امارات کی غیر موجودگی میں تفریقی تشخیص بہت مشکل ہو۔

دماغی کوفتگی کی تائید امورِ ذیل سے ہوتی ہے: اجتماعِ خیالات میں معترضی دِقّت، حافظہ میں نقص، اور عقلی اعمال کی سُستی۔ اِس کے ساتھ کوفتگی کے

دوسرے ایسے علامات کا پایا جانا جیسے کہ بیش تشنجی قسم کا درد سر اور چکر آنا۔ تفرر کے بعد طویل عرصہ تک تیرگئ شعور ہونے کی سرگذشت۔ سب سے زیادہ دقت طلب وہ اصابتیں ہیں جن میں حقیقی دماغی کوفتگی کے علامات پر تشویشی عصبانیت کے علامات مستزاد ہوجاتے ہیں کہ جن کا ایک از کار رفتہ مزدور میں نمویاب ہوجانا ایک قدرتی امر ہے۔

رضیعی دماغی دُوجانبی فالج

(infantile cerebral diplegia)

(رضیعی شنجی یا فالج 'infantile apastie

= paraplegia شنجی دُوجانبی فالج = 'diplegia spastica

پیدائشی شنجی یا فالج = 'congenital spastic

= paraplegia ولادتی شلل = birth palsy)۔

اس نام میں جوارح کی دو جانبی شنجی کمزوری کی وہ تمام اصابتیں شامل ہیں جن کا مبداء دماغی ہو اور جو شیر خواری یا ابتدائی طفلی کے زمانہ میں واقع ہوں۔

امراضیاتی اور سریری خصائص کے لحاظ سے اِن اصابتوں کو دو گروہوں میں مزید تقسیم کیا جاسکتا ہے (6)۔

پہلا گروہ اُن اصابتوں پر مشتمل ہے جن کے علامات دونوں دماغی نیم کروں کے ایسے اضرار سے پیدا ہوجاتے ہیں جو پیدائش کے وقت یا بعد میں تفرر یا سرایت کا نتیجہ ہوں۔ ایسے اسباب میں سے عام ترین سحائی یا دماغی نزفات ہیں جو پیدائشی تفرر کا نتیجہ ہوں، نیز حاد التہاب دماغ (ملاحظہ ہو صفحہ 780) ہے۔

ایسی مثالوں میں امتحان بعد الممات سے دماغ میں تفرر یا التہاب کا ثبوت ملتا ہے، جو حزبی اصابتوں میں سحائی انداب اور دُویری تکوین کی شکل میں ہوتا ہے، اور ساری مبداء والی اصابتوں میں گرد عروقی انداب کی شکل میں ہوتا ہے۔

ممکن ہے سربری طور پر بہت سی اصابتوں میں تضرر یا سرایت کی کوئی متعین سرگذشت حاصل نہ ہو لیکن پیدائش کے تھوڑے عرصہ بعد تشنجات کے سلسلہ کا وقوع سحائی نزف پر دلالت کرتا ہے' یا ممکن ہے کہ دوران شیرخواری میں ایک حادحموی مرض کی سرگذشت پائی جائے ۔

بالعموم علامات غیر تشاکل ہوتے ہیں' اور ایک جارحہ یا جسم کی ایک جانب دوسری کے نسبت زیادہ ماؤف ہوتی ہے ۔ حقیقۃً شلل اکثر نظرانداز ہوجاتا ہے' اور اُس وقت معلوم ہوتا ہے جب کہ بچہ اُٹھ کر بیٹھنے' چلنے اور بولنے میں پھسڈی ثابت ہوتا ہے ۔

ایسی اصابتوں میں مضرت رسیدگی ناقابل تلافی نوعیت کی ہوتی ہے' لیکن محتاط طور پر مرتب کردہ علاجی ورزشوں اور قواعد (drill) کے ذریعہ ان بچوں کے لئے بہت کچھ کیا جاسکتا ہے ۔ تقریباً ہمیشہ کسیقدر ذہنی خرابی ہوتی ہے' جو لاعلاج ہے ۔ تاہم یہ بچے اس سے بہت زیادہ تربیت پذیر ہوتے ہیں کہ جتنا بادی النظر میں سمجھا جاسکتا ہے' اور صبر کے ساتھ تربیت دی جائے تو وہ عموماً بیکار نہیں ثابت ہوتی ۔

دوسرا گروہ ۔ دماغی دو جانبی فالج کی اصابتوں کی اکثریت سے بنتا ہے' اور اُن اصابتوں پر مشتمل ہے جن میں عموماً رحم کے اندر (لیکن بعض اوقات پیدائش کے بعد) فعل کرنے والے کسی تخمی اور غیرواضح سبب سے' قشری خلیوں کا نو مسدود یا سُست ہوجاتا ہے ۔

اس قسم کی شدید اصابت میں دماغ چھوٹا اور مذبول ہوتا ہے' اُسکی تجاویف چوڑی اور تلافیف جھُرّی دار ہوتی ہیں' اور اُسے بعض اوقات اخروٹ کے گودے سے تشبیہ دی جاتی ہے ۔ خردبینی امتحان سے قشری عصبی خلیوں کی تعداد میں کمی پائی جاتی ہے جس کے ساتھ عصبی سریش کی ثانوی بیش بالیدگی ہوتی ہے۔ یہ عمل دونوں نیم کُروں میں تشاکل ہوتا ہے اور بعض اوقات دُمیغ کو بھی شامل کرلیتا ہے ۔ اکثر اوقات اعصاب بصری بھی انحطاط یافتہ ہوتے ہیں ۔

سربری طور پر ان اصابتوں کو کشخیت اور کمزوری کا حیرت انگیز تشاکل

ممتاز کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیدائش کے وقت کوئی چیز نہ معلوم ہو، اگرچہ اکثر قبل از میعاد ست یا معجل وضع حمل کی سرگذشت پائی جاتی ہے، غالباً اس لئے کہ وہی سبب جو بچے میں مرض پیدا کرتا ہے ماں کے میکانیۂ تناسل (reproductive mechanism) کو بھی ماؤف کرتا ہے۔ پیدائش کے بعد ممکن ہے کہ بچہ کمزوری کے ساتھ دودھ چوسے، لیکن اکثر کوئی چیز نہیں معلوم ہوتی یہاں تک کہ وہ جوارح زیریں کی اکڑ کی وجہ سے اٹھ کر بیٹھنے میں چھدڑی اور چلنا سیکھنے میں سست پایا جاتا ہے۔ بالآخر حالت بہت کچھ ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ بالغوں کے شنجی یا فالج میں دیکھی جاتی ہے۔ جوارح بسط شدہ اور کرخت ہوتے ہیں، اور وتری جھٹکے بڑھے ہوئے اور اخمصی مجیبیت مستقل طور پر باسط ہوتی ہے۔ بعض اوقات عضلات مقربہ کا تشنج انتہائی درجہ کا ہوتا ہے اور ٹانگیں ایک دوسری پر صلیبی شکل میں چڑھی ہوئی ہوتی ہیں، اور اس کے باوجود بچہ کسی نہ کسی طرح چل ہی لیتا ہے (متقاطع الساقین رفتار crossed-leg progression)۔ بازو ٹانگوں کی طرح کبھی کرخت نہیں ہوتے اور ممکن ہے کہ بالکل غیر ماؤف رہیں یہ تصویر دُمیغی بے فعلی اور رقص مقلد کے اضافہ سے پیچیدہ ہو سکتی ہے، اور ذہولِ عصبِ بصری اکثر واقع ہو جاتا ہے۔ ذہنی خرابی کسی حد تک عموماً موجود ہوتی ہے۔

خلقی میداء رکھنے والی اصابتوں میں (اور یہ اکثریت میں ہوتی ہیں) اگرچہ بعض عصبی خلیات کا نمو رک جاتا ہے، تاہم بعض خلیات میں یہ محض سست ہو جاتا ہے، اور علاجی ورزشوں اور باستقامت تربیت کے ذریعہ مناسب علاج کرنے سے معتد بہ اصلاح کی توقع کی جا سکتی ہے۔

علاج ۔ دونوں گروہوں کی اصابتوں میں علاج مماثل ہوتا ہے یعنی قواعد (drill) اور ورزشیں باقاعدگی کے ساتھ ہوں اور تربیت کی مناسب تدابیر کی جائیں تشنج کا علاج دست دوزی تجربہ اور جب ضرورت ہو تو تر شکافی کے ذریعہ کرنا چاہئے۔ دوسرے گروہ کی اصابتوں کا ایک تفصیلی تناسب آتشکی میداء کا ہوتا ہے چنانچہ اس کا علاج اسی لحاظ سے ہونا چاہئے۔

خاندانی کمنتی ابلہی (amaurotic family idiocy)

(مرض ٹے ساک = Tay-Sach's disease)- یہ زمانۂ شیرخواری کا ایک
خاندانی مرض ہے، جو بالخصوص یہودی نسل میں ہوا کرتا ہے اور اِس کا انحصار شبکیہ
اور سارے عصبی نظام میں عصبی خلیوں کے مترقی انحطاط پر ہوتا ہے۔ ماؤف خلیے
متورّم ہو کر انحطاط یافتہ اور بالآخر جذب ہو جاتے ہیں۔ علامات عموماً زندگی کے
پہلے سال کے اندر ہی شروع ہوتے ہیں، اور ذہنی کمزوری، تشنجات، تشنجی کمزوری
اور بصارت کے فشل پر مشتمل ہوتے ہیں۔ چشم بینی تصویر ممیّز ہوتی ہے۔
شبکیتی انحطاط لطخہ کے مقام پر اعظم ہوتا ہے، اور شبکیہ اُس کے آر پار اِسی خطے
میں ایک شاہدانہ جیسے سرخ دھبے کی طرح نظر آتا ہے۔ قرص بصری اوّلی
ذبول ظاہر کرتا ہے۔ یہ مرض برابر ترقی کرتا ہے اور زمانۂ آغاز سے عموماً ایک سال
کے اندر مہلک خاتمہ کو پہنچتا ہے۔ آخری درجوں میں مشلول جوارح لجلجے ہو جاتے
ہیں۔

717

دماغی لطخی انحطاط (cerebro-macular degeneration)

(مرض ٹے ساک کی طفولی قسم = juvenile form of Tay-Sach's disease)
(واٹ اسپائیل مے یر کا مرض = Vogt Spielmeyer's disease)- یہ مرض ایک خاندانی حدوث رکھنے میں اور دماغ اور شبکیہ کے عصبی
خلیوں کے ہمزماں انحطاط پر منحصر ہونے میں خاندانی کنتی البلہی سے مشابہت رکھتا ہے۔
لیکن یہ عموماً غیر یہودی اقوام میں پایا جاتا ہے، اور اِس کا آغاز شیرخواری کی عمر کے
بجائے زیادہ تر بچپن میں ہوتا ہے۔ چشم بینی منظر بھی کنتی البلہی کے منظر سے
مختلف ہوتا ہے۔ ابتدائی ترین تغیر لطخی رقبہ میں ایک سپید دائرہ ہوتا ہے
جس کا حاشیہ سرخ ہوتا ہے۔ ازاں بعد اِسی رقبہ میں دقیق سپید دھبے اور لون
کے چھینٹے نمودار ہو کر فلفل نمکی منظر پیدا کر دیتے ہیں۔ اقراص بصری مومی شحوب
ظاہر کرتے ہیں۔ شبکیہ کا انحطاط بالآخر وسیع طور پر پھیل جاتا ہے۔ سریری
طور پر بصارت کا ترقی پذیر فشل اور اُس کے ساتھ ذہنی تنزل اور صرعی حملے
واقع ہوتے ہیں، اور دماغی اور دُمیغی مرض کے طبیعی امارات ہوتے ہیں۔ مرض کی
ترقی اس کے نسبت زیادہ سُست ہوتی ہے کہ جتنی کنتی البلہی میں ہوتی ہے،

لیکن موت عموماً پندرہ سال کی عمر سے پہلے واقع ہو جاتی ہے۔

عمر کہ جس میں حملۂ مرض ہوتا ہے، نیز چشم بینی منظر، اِس مرض کو خاندانی گُمشُتی ابلہی سے ممیّز کرتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، رضیعی دماغی دوجانبی فالج سے اِس کی شناخت، اِس کے علامات کی ترقی پذیر نوعیت اور شبکیتی ماؤفیت کی بنا پر کیجا سکتی ہے۔

شِلڈری التہابِ دماغ (Schilder's encephalitis) (گرد محوری منتشر التہاب دماغ = encephalitis periaxialis diffusa)۔

یہ مرض ۱۹۱۲ء میں پہلے شِلڈر نے بیان کیا، اگرچہ اِس کی ایک غیر شائع شدہ اصابت ۱۹۰۲ء میں کولیئر (Collier) نے نیشنل ہاسپٹل، کوئین اسکوئر (National Hospital, Queen Square) میں بھی شناخت کی تھی۔ معلوم ہوتا ہے کہ کم از کم یہ اُتنا ہی عام ہوتا ہے جتنے کہ ابھی بیان کئے ہوئے دُو مرض اور اِس سے بچوں اور نو عمر بالغوں میں مترقی دُوجانبی فالج کی چند اصابتوں کی توجیہ ہوتی ہے۔ امراضیاتی نقطۂ نظر سے اِس کی ممیّز خصوصیت دماغی نیم کروں کے سپید مادّے کا انحطاط ہے، جس سے صرف تحت القشری یا محوابی ریشے بچے رہتے ہیں۔ یہ انحطاط دماغ کے کسی بھی حصّے میں شروع ہو سکتا ہے اور عموماً متشاکل ہوتا ہے۔ اعصاب بصری کی ماؤفیت بھی شاذ نہیں۔ اِس انحطاط کا سبب ابھی تک واضح نہیں۔ بعض اصابتیں خاندانی حدوث کی بھی مرقوم ہیں۔ عمر جس پر حملۂ مرض ہوتا ہے مختلف ہوتی ہے، لیکن عموماً شیرخواری یا طفولیت میں حملہ ہوتا ہے۔ علامات کا انحصار دماغ کے اُس حصّے پر ہوتا ہے جو بالخصوص ماؤف ہو۔ کئی مریضوں میں قذالی لختوں کی ماؤفیت کی وجہ سے بتدریج کوری پیدا ہو گئی جس کے ساتھ پتلیاں طبعی تعامل ظاہر کرتی رہیں اور قعر چشم طبعی حالت میں پایا گیا۔ ممکن ہے کہ مقدمی لختوں کی دُوجانبی ماؤفیت ترقی پذیر بہرا پن، جداری لختوں کی ماؤفیت جسّی فقدان، اور ہرمی ریشوں کی ماؤفیت دُوحصہ انتصفی فالج (double hemiplegia) پیدا کر دے۔ ذہنی تنزل سریری تصویر کا ایک حصّہ ہے، صرعی حملے واقع ہو سکتے ہیں اور اولی ذبول عصب بصری غیر عام نہیں۔

ترقیٔ مرض کی شرح مختلف ہوتی ہے، بلکہ ایک ہی خاندان میں مختلف ہوسکتی ہے۔ چنانچہ راقم الحروف نے ایک چھ سال کے لڑکے کی اصابت کا اندراج کیا ہے، جو آغازِ مرض سے ایک سال کے اندر فوت ہوگیا۔ ایک بہن، جس میں ابتدائی علامات شیرخواری کی عمر میں نمودار ہوئے، نابینا اور چوفالجی (quadriplegic) ہے، مگر بائیس سال کی عمر میں اب بھی زندہ ہے۔ ایک بھائی نے چار سال کی عمر سے اوّلی ذبولِ عصبِ بصری، صرع اور ذہنی تنزل ظاہر کرنا شروع کیا، لیکن اُس کے علامات چھ سال تک ایک حالت پر قایم رہے۔ اور پھر ترقی کرتے کرتے چودہ سال کی عمر میں مہلک انجام کا باعث ہوئے۔

دُمیغی ذبول
(cerebellar atrophy)

دُمیغ میں انحطاطی تغیرات متعدد سابق الذکر امراض میں واقع ہوسکتے ہیں، مثلاً شریانی صلابتی لینت (arteriosclerotic softening)، دماغی لطخی انحطاط (cerebro-macular degeneration) اور مرضِ شِلڈرز (Schilder's disease) میں۔ لیکن اِن مثالوں میں دُمیغی اضرار دماغی مرض کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ انحطاطی نوعیت کے بعض ایسے عوارض بھی ہیں جن میں دُمیغ اوّلی طور پر یا تنہا ماؤف ہوتا ہے۔ اِن میں سے جو نہایت واضح طور پر ممتاز ہیں درج ذیل کئے جاتے ہیں۔

ماری کی موروثی دُمیغی بے نَسقی (Marie's heriditary cerebellar ataxia) اِس مرض میں، جو ہمیشہ تو نہیں لیکن عموماً موروثی ہوتا ہے، علامات عام طور پر ابتدائی بالغ زندگی میں شروع ہوکر بتدریج ترقی پذیر ہوتی ہیں۔ وہ یہ ہیں:— بالائی اور زیریں جوارح کی عدم ہم آہنگی، لڑکھڑاتی چال، رقصِ متلہ، مقطوع کلام، اور اصابتوں کی اکثریت میں ذبولِ عصبِ بصری۔ فریڈرک کی بے نسقی (Friedreich's ataxia) سے یہ مرض مندرجہ ذیل امور کی بنا پر ممتاز ہوتا ہے:— اِس میں وتری جھٹکے محفوظ ہوتے ہیں، [illegible]

مجیبیت خم کُن ہوتی ہے، ذبول عصب بصری ہوتا ہے اور حملۂ مرض آخری عمر میں ہوتا ہے۔ اِن دونوں امراض کے درمیان برزخی قسمیں بھی بعض اوقات دیکھی جاتی ہیں، اور یہ ممکن ہے کہ وہ اسی گروہ سے تعلق رکھتی ہوں۔

پیرانہ دُمیغی ذبول (senile cerebellar atrophy)۔ یہ آخری اوھیڑ عمر یا بڑھاپے کا مرض ہے، اور اِس کی امراضیاتی خصوصیت دُمیغی قشرہ کا انحطاط ہے۔ یہ بالخصوص درمیانی لختہ کو ماؤف کرتا ہے۔ خلیات پرکنجے اور اُن کے محور یہ انحطاط یافتہ ہو کر جذب ہو جاتے ہیں، گر دوسرے قشری عصبی خلیے کم ماؤف ہوتے ہیں۔

سریری طور پر یہ عارضہ چال کے لڑکھڑانے سے شروع ہوتا ہے، جو دُمیغی قسم کی چکراتی ہوئی اور تیمچی ہوتی ہے۔ اِس درجہ میں اکثر اور کوئی بات نہیں معلوم ہوتی۔ جوں جوں مرض بتدریج ترقی کرتا ہے، جوارحِ زیرین کی عدم ہم آہنگی ایڑی گھٹنے والے امتحان کے ذریعہ ظاہر ہو سکتی ہے۔ بالائی جوارح بعد میں اور کم حد تک ماؤف ہوتے ہیں۔ آخری درجوں میں گفتگو منقطع اور مفرقع ہوتی ہے لیکن رقص منقلہ کا موجود ہونا عام نہیں۔

تشخیص ابتدائی درجوں میں ہسٹیریا سے کرنی پڑتی ہے۔ آخری درجوں میں مترقی دُمیغی علامات اور مریض کی عمر یہ دونوں ایک ممتیز سریری تصویر پیدا کر دیتے ہیں۔

کبدی عدسی انحطاط

یہ ایک شاذ مرض ہے جس میں دماغ میں، اور خصوصاً عدسی نواتوں میں ترقی پذیر انحطاطی تغیرات واقع ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی جگر میں کثیر الجیوبات کبیت پائی جاتی ہے۔ مندرجہ اصابتوں میں سے تقریباً نصف میں یہ مرض خاندانی ہوا ہے۔ اس کے سبب کے متعلق کچھ معلوم نہیں ہے، لیکن یہ امر دلچسپی کا باعث ہے کہ مزمن منگنیز تسمم (chronic manganese poisoning) جگر کی کبیت اور جسم مخطط میں انحطاطی تغیرات دونوں پیدا کرتا ہے۔ آغازِ مرض بالعموم

بچپن میں یا نوجوانی میں ہوتا ہے۔ دماغی مرض کے علامات جوارح کے رعشہ اور کرختگی کی شکل اختیار کرتے ہیں جو اس قسم کے ہوتے ہیں جو کہ شلل اہتزازی (paralysis agitans) میں پائے جاتے ہیں۔ اس کے علاوہ کلام منقطع ہوتا ہے، اور کیقدر ذہنی تنزل بھی پایا جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں جو کہ غالباً اسی گروہ سے تعلق رکھتی ہیں حرکی علامات ممکن ہے ایک مختلف شکل اختیار کریں، یعنی جوارح اور دھڑ میں مسلسل بل کھانے کی حرکات کی شکل (بل کھانے کا تشنج = torsion spasm)۔ کبدی ماؤفیت کے علامات غیر مستتر ہوتے ہیں، لیکن عصبی علامات کے دوران میں، یا بعض اوقات اس سے قبل جگر کی کلانی یرقان یا استسقاء بطنی پیدا ہو سکتے ہیں۔ مرض ترقی پذیر اور مہلک ہوتا ہے، لیکن اس کا عمر ممکن ہے حاد یا مزمن ہو اور چند ماہ سے لے کر کئی سال تک اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ علاج محض علاماتی ہوتا ہے۔ سباتی التہاب دماغ کے آخری درجہ سے تشخیص کرنی پڑتی ہے، اور حموی علالت کی سرگذشت اور اس کے ساتھ دو نظری اور پتلیوں کی یا عینی حرکات کی بے قاعدگیاں خاص نکات ہیں جو کہ آخرالذکر تشخیص کے مؤید ہیں۔

شلل اہتزازی۔ شلل اضطرابی

(paralysis agitans)

(جنبشی شلل = shaking palsy، مرضِ پارکن سن

(Parkinson's disease =

کامل نمو یافتہ شکل میں یہ مرض جوارح کے عضلات کے لئے دار انقباضات پر مشتمل ہوتا ہے، جن کے ساتھ کمزوری اور کرختگی بھی ہوتی ہے۔

اسباب۔ یہ مرض زیادہ عمر میں ہوتا ہے اور پینتالیس سال کی عمر سے پہلے شاذ ہی ہوتا ہے، اور اس کے برعکس عموماً پچپن سال کی عمر کے بعد شروع ہوتا ہے۔ عورتوں کے نسبت مردوں میں یہ دوگنا زیادہ ہوتا ہے۔ اس کے کسی معین سبب کا پتہ نہیں چلتا۔

امراضیات ۔ حال کی تحقیقات سے ظاہر ہوا ہے کہ شلل اہتزازی کی علامات دماغ کے بعض رقبوں کے اضرار سے پیدا ہو سکتے ہیں، اور یہ کہ یہ اضرار مختلف امراضیاتی اعمال کا نتیجہ ہو سکتے ہیں۔ ماؤف رقبوں کی صحیح صحیح مقامیت کسیقدر غیر یقینی ہے۔ ایک طرف تو یہ ہوکہ ایسے علامات جو کئی لحاظ سے شلل اہتزازی کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں عدسی نواتوں کے مترقی انحطاط کے ہمراہ دیکھے گئے ہیں (ملاحظہ ہو اوپر) اور رامسی ہنٹ (Ramsy Hunt) کا دعویٰ ہے کہ اُس نے طفولی شلل اہتزازی (juvenile paralysis agitans) کی تمثیلی اصابتوں میں کرۂ شاحب (globus pallidus) کے حرکی خلیوں میں ذبول دیکھا۔ لیکن برّاعظم یورپ کے بہت سے مشاہدین بتلاتے ہیں کہ اس کے اہم ترین امراضیاتی مظاہرہ تغیرات ہیں جو وسطِ دماغ کے جسم اسود (substantia nigra) میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ غالباً حقیقت حال یہ ہے کہ ہم برون ھرمی حرکی ریشوں کے ایک نظام کے ایسے عاسِ ضلہ سے دوچار ہیں جسمیں جسم مُضلّع اور وسطِ دماغ دونوں کے اندر کے خلوی موقف (cell-stations) اور عصبینی رگذر میں اہم حصہ لیتی ہیں۔ امراضیاتی عمل کی نوعیت کے متعلق یہ ہے کہ اس میں کوئی شک نہیں ہو سکتا کہ چند اصابتوں میں سابقی التہاب دماغ کا قشب سبب مرض ہوتا ہے، بالخصوص اُن اصابتوں میں جو نوعمروں میں ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 707)۔ مترقی عدسی انحطاط میں کبھت جگر کا لزوم اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ کوئی نامعلوم سمّی جزو عامل مرض کا اوّلی سبب ہے۔ اس مرض کی عام قسم جو بوڑھے آدمیوں میں شروع ہوتی ہے، غالباً دماغ میں شریانی صلابتی تغیرات کے باعث ہو سکتی ہے، یا ایک ایسے نظامی انحطاط کے باعث ہو سکتی ہے جیسا کہ مترقی عضلی ذبول کے انحطاط میں دیکھا جاتا ہے۔ لیکن اس کے متعلق بحالت موجودہ ہمیں کوئی یقینی علم نہیں ہے۔

719

علامات ۔ بعض اصابتوں میں پہلی علامت رعشہ ہوتی ہے، جو اس مرض کی وجہ تسمیہ ہے۔ دوسری اصابتوں میں رعشہ کے وقوع سے پہلے کرختگی دیکھنے میں آتی ہے۔ لیکن بالآخر رعشہ اور کرختگی دونوں موجود ہوتی ہیں۔

رعشہ۔ اول الذکر حالت میں دیکھا جاتا ہے کہ ضدی متنازع عضلات کے لئے دار انقباض کے باعث ایک ہاتھ اور بازو میں رعشی حرکت ہوتی ہے۔ یہ حرکت ہاتھ میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ انگلیاں عموماً خمیدہ ہوتی ہیں اور انگوٹھا شہادت کی انگلی سے لگا ہوا ہوتا ہے۔ انگلیوں اور انگوٹھے کی مسلسل خفیف خمیدگی اور نبسط شدگی سے ایک ایسی حرکت پیدا ہو جاتی ہے جیسی کہ گولیاں بنانے میں ضروری ہوتی ہے۔ کلائی اور کہنی کے جوڑوں میں بھی خمیدگی اور نبسط شدگی کی ایسی ہی خفیف حرکتیں واقع ہوتی ہیں۔ ایک بازو میں کچھ عرصہ تک رعشہ موجود ہونے کے بعد پھر عموماً وہ اسی جانب کی ٹانگ میں پھیل جاتا ہے اور پھر یکے بعد دیگرے مقابل جانب کے بازو اور ٹانگ میں۔ ممکن ہے کہ وہ سر بھی ماؤف ہو جائے، اگرچہ یہ کہنا ہمیشہ آسان نہیں ہے کہ اس کا کس قدر رعشہ ٹانگوں کی حرکات کے باعث ہوتا ہے۔ اور بالآخر بعض اصابتوں میں سر کی خفیف سی حرکت ہوتی ہے۔ کبھی کبھی جبڑے اور زبان تک کے عضلات ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن چہرے کے عضلات شاذ ہی ماؤف ہوتے ہیں۔ یہ حرکات اپنی وسعت میں مختلف ہوتے ہیں۔ بہ لحاظ سرعت یہ فی ثانیہ ۴ ۱/۲ تا ۷ ہوتے ہیں۔ بالعموم یہ حرکات آرام کے دوران میں بھی جاری رہتے ہیں، چنانچہ اگر مریض بازو کو گھٹنے کے سہارے سے رکھ کر بیٹھے تو ٹانگ اور ہاتھ اور بازو دونوں کی لرزش جاری رہے گی۔ لیکن ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ سہارا دینے سے رعشہ کچھ وقت کے لئے موقوف ہو جائے، اور ترقی یافتہ اصابتوں میں جن میں کرختگی ہوتی ہے (جس کا بیان ابھی درج کیا جائے گا) ممکن ہے رعشہ صرف حرکت کرنے پر واقع ہو۔ جارحہ کو ثبت کرنے کی ارادی جد و جہد سے بھی ممکن ہے کہ رعشہ کچھ وقت کے لئے موقوف ہو جائے، اور نیند کی حالت میں تو وہ موقوف ہو ہی جاتا ہے۔

کرختگی۔ یہ اس کرختگی سے جو ہڑی اضرار کے بعد پیدا ہو جانے والی شیخی حالتوں میں پائی جاتی ہے اس خصوص میں مختلف ہوتی ہے کہ یہ زیادہ یکساں طور پہ پھیلی ہوئی ہوتی ہے، باسط اور خم کن دونوں گروہوں کو ماؤف کرتی ہے،

اور حرکت مجہول کے مقابلہ میں زیادہ یکساں طور پر قایم رہتی ہے۔ جب یہ کرختگی پہلی علامت ہوتی ہے تو ممکن ہے کہ یہ دیکھا جائے کہ انگوٹھا اور انگشت شہادت بلا کسی رعشہ کے کرخت ہیں۔ کرختگی دوسرے حصوں میں پھیل جاتی ہے اور ازاں بعد رعشہ نمودار ہوتا ہے۔ اُن اصابت میں جس میں رعشہ ایک جارحہ میں شروع ہوا ہو، ممکن ہے کہ کرختگی پہلے دوسرے جارحہ میں نمودار ہو جس میں ازاں بعد ارتعاش نمودار ہو جائے۔ عضلی کمزوری قوت گرفت کی کمی سے، اور مشقت کرنے پر تکان سے ظاہر ہوتی ہے، چنانچہ ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ مثلاً ایک شخص اپنے کالر کے بٹن لگانے میں، اور ایک عورت اپنے بال سنوارنے میں وقت محسوس کرے۔ کرختگی ایک ممیز وضع پیدا کرتی ہے، جو اس وقت نہایت نمایاں ہوتی ہے جب کہ مریض کھڑا ہو۔ سر اور جسم سامنے کو جھکے ہوئے ہوتے ہیں، کہنیاں تقریباً زاویۂ قایمہ میں خمیدہ ہو کر پہلو سے قدرے دور واقع ہوتی ہیں، ہاتھ متذکرۂ بالا وضع میں ہوتے ہیں، اور ٹانگیں گھٹنوں پر قدرے خمیدہ ہوتی ہیں۔ کامل طور پر نمو یافتہ اصابتوں میں چال نہایت ممیز ہوتی ہے۔ مریض آہستہ اور صریح وقت کیساتھ اپنی نشست سے اُٹھتا ہے، اور اس کے پہلے قدم ہچکچاہٹ کے ساتھ پڑتے ہیں۔ لیکن جلد ہی اس کی حرکات تیز سے تیز تر ہو جاتی ہیں، ہر قدم کے ساتھ معلوم ہوتا ہے کہ وہ گرنے سے بچنے کی کوشش کر رہا ہے، اور بالآخر تا وقتیکہ اُسے روکا نہ جائے، ممکن ہے کہ وہ درحقیقت آگے کی طرف زمین پر گر ہی پڑے۔ بعض مریضوں کو اگر آہستہ سے پیچھے کی طرف دھکا دیا جائے تو وہ خود کو روک نہیں سکتے، اور پیچھے کی طرف مسلسل چلتے رہتے ہیں تا وقتیکہ کسی روک سے دو چار نہوں یا گر نہ جائیں۔ آگے کے رجحان کو بیان کرنے کے لئے دسع و دسر قدامی (festination & propulsion) کی اصطلاحات، اور پیچھے کے رجحان کے لئے دسع و دسر خلفی (retropulsion & retrogression) کی اصطلاحات استعمال کئے گئے ہیں۔

720

وجہی عضلات کی کرختگی کی وجہ سے چہرہ پر ایک ممیز اور ثابت ہئیت پائی جاتی ہے (پارکنسنی چہرہ پوش؛ Parkinsonian mask) اور ممکن ہے کہ یہ

اس مرض کی ایک مقابلۃً ابتدائی علامت ہو۔ اسیطرح گفتار بھی پہلے سُست اور بعد میں تیز ہوسکتی ہے۔ وہ اکثر بلند ارتفاع کی یا موٹی اور کمزور ہوتی ہے۔ ورنہ کرختگی کے باعث تمام حرکات سُست ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، مثلاً مریض دقت کے ساتھ مُڑتے ہیں۔ عضلات کا حد سے زائد فعل ان کو تپش پروڈ نہیں کرتا، اور صرف متأخر اصابتوں میں جن میں طویل کرختگی ہوتی ہے عضلات میں کسی قدر ذبول ظاہر ہوتا ہے۔ معکوسات عموماً طبعی ہوتے ہیں۔ اکثر بعض موضوعی احساسات محسوس ہوتے ہیں، مثلاً دھیمے مستمر درد یا تکان کا احساس، یا بے چینی کا احساس، اور بالخصوص بڑی گرمی کا احساس، جس کے ساتھ اکثر بکثرت پسینہ آتا ہے۔ اور مریض کے گالوں کی تمتماہٹ سے دوران خون کی کمزوری ظاہر ہوتی ہے۔

تشخیص۔ جب رعشہ موجود ہو تو شلل اہتزازی کی شناخت میں کوئی مشکل نہیں پیش آتی۔ پیرانہ رعشہ (senile tremor) کو اس سے سر کے ہمیشہ مرتعش رہنے کی بنا پر تمیز کیا جاتا ہے۔ نیز اس میں حرکتیں زیادہ لطیف ہوتی ہیں، اکثر دونوں ہاتھ ایک ساتھ ماؤف ہوتے ہیں، کرختگی نہیں ہوتی اور یہ زیادہ عمر میں ہوتا ہے۔ منتشر صلابت (disseminated sclerosis) کا رعشہ ارادی قسم کا ہوتا ہے، اس کے ہمراہ کرختگی نہیں ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ دیگر طبیعی امارات پائے جاتے ہیں۔ بالخصوص جب علامات ایک ہی طرف کے جوارح میں محدود ہوں تو ہرمی مبدا کے فالج نصفی سے مشابہت ہوتی ہے، لیکن اسے معکوسات کی تبدیلیوں کی غیر موجودگی کے باعث، اور چہرہ پوش نما بشرہ کی موجودگی کی وجہ سے (جو اگر خفیف سا موجود بھی ہوتا ہے تو اکثر ممیز ہوتا ہے) خارج از بحث کیا جاسکتا ہے۔ خفیف دوجانبی فالج نصفی (double hemiplegia) کی اصابتوں کو بصلی علامات اور ذہنی تغیرات کی بنا پر نیز معکوسات کی خفیف تبدیلیوں کی بنا پر شناخت کیا جاسکتا ہے۔

انذار۔ یہ مرض مزمن اور مترقی ہوتا ہے، تاہم اس کا قمر نہایت سُست ہوسکتا ہے، اور ایک جارحہ اور دوسرے جارحہ کی ماؤفیت کے درمیان

شاید دو یا تین سال گزر جاتے ہیں ۔ انتہائی اصابتوں میں یہ صرف قروح الفراش یا خستگی کی وجہ سے مہلک ہوتا ہے ۔ دوسری اصابتوں کا خاتمہ کسی بین رَو مرض (مثلاً پھیپھڑوں کے مرض) کی وجہ سے ہوجاتا ہے ۔

علاج ۔ اس مرض کے لئے کوئی علاج شافی نہیں ہے ۔ رعشہ کو مسکنات مثلاً برومائیڈ اور لیومینال (luminal) کے ذریعہ کسی حد تک قابو میں لایا جاسکتا ہے ۔ کرخستگی لغاح کے گروہ کی ادویہ سے کسی حد تک اثر پذیر ہے، اور ان میں سے صبغیۂ جوز ماثل (tr. stramonii) بالعموم سب سے عمدہ ہوتا ہے ۔ اس کو ۲۰ قطرے کی مقدار میں دن میں تین مرتبہ دینا چاہئے، اور اس مقدار کو ۵ قطرے روزانہ بڑھاتے ہوئے مریض کی حد برداشت تک لیجانا چاہئے، جو کہ منہ کی خشکی یا التباس توفیق کے خلل سے ظاہر ہوتی ہے ۔ جو مریض ۴۰ تا ۶۰ قطرے روزانہ تین مرتبہ لے سکے، بسا اوقات اس کو بہت تسکین ہوتی ہے ۔ ان مریضوں کیلئے جو ایسی خوراکیں نہ لے سکیں، پائلوکارپین نائٹریٹ دوا میں اس تناسب سے ملانا کہ اس کا $\frac{1}{2}$ گرین صبغیۂ جوز ماثل کے ۲۰ قطرات میں ہو، مفید ہوتا ہے ۔

جب جوز ماثل کی انسب مقدار تک ایک مرتبہ پہنچ جائیں، تو پھر اس کو جاری رکھنا چاہئے، لیکن باقاعدہ اور مسلسل استعمال سے اس کا اچھا اثر بسا اوقات زائل ہوجاتا ہے، گو کہ اس کا اندیشہ اس طرح دور کیا جاسکتا ہے کہ کبھی کبھی یعنی چھ ہفتے میں ایک ہفتہ دوا کو حذف کردیا جائے ۔ ہائسین ہائڈرو برومائڈ (hyoscine hydrobromide) کو $\frac{1}{200}$ تا $\frac{1}{100}$ کی خوراک میں بذریعہ زیر جلدی اشراب دینا خاص اغراض کے لئے جوز ماثل کا مفید مساعد ہوسکتا ہے، مثلاً مریض کو کسی کاروبار یا مجلسی تقریب میں حصہ لینے کے قابل بنانے کے لئے یا اس میں وہ جسمانی ارتخا پیدا کرنے کے لئے جو نیند لانے کے لئے ضروری ہے ۔

اگر مریض ایسی طرز زندگی اختیار کرلے کہ کپڑے پہننے اتارنے وغیرہ میں اس کو کوئی امداد حاصل ہوجائے تاکہ وہ دوسرے مشاغل کے لئے اپنی توانائیوں کو محفوظ رکھ سکے، تو اس سے بہت کچھ فائدہ حاصل ہوتا ہے ۔ تکان کا اثر ہمیشہ بُرا ہوتا ہے ۔ دلک اور مجہول حرکات عضلی وظیفہ میں اصلاح کرنے

کے لئے اور اُن کے بِس احساس کو تسکین دینے کے لئے جو کہ اکثر بہت ہی تکلیف کا باعث ہوتا ہے مفید ہوتی ہیں۔ ایسے مریض کی حالت میں جو اس مرض سے سخت ماؤف ہو جوارح کو تاننے کے حرکات اور جسم کی وضع میں تبدیلیاں جن کو مرضہ یا رشتہ دار آدھ آدھ گھنٹہ کے باقاعدہ وقفوں سے انجام دیں بہت ہی تسکین دیتی ہیں۔ امداد کے ساتھ چلنے کی ورزشیں کرنے کے لئے مریض کی حوصلہ افزائی کی جاتی ہے۔ کار (car) یا آمنی بس (omnibus) کی سواری کرنے سے بسا اوقات جسمانی راحت کا احساس ہوتا ہے غالباً اس لئے کہ ایسا کرنے سے شاید بار بار وضع کی خفیف تبدیلیاں کرنی پڑتی ہیں۔

سلعات دماغ

731

(tumours of the brain)

دروں جمجی نومایے (intracranial neoplasms) (بشمولیت سرایت رساں اربکی سلعات کے) امراض دماغ میں سے مقابلتہً کثیر الوقوع ہیں۔ اپنی بالیدگی کے ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ یا تو یہ بالکل کوئی علامت پیدا ہی نہ کریں، یا ایسے امارات پیدا کریں کہ تا وقتیکہ طبیب نہایت غور و احتیاط کے ساتھ انکی تفتیش نہ کرلے کامیاب تشخیص ممکن نہ ہو۔ لیکن ابتدائی درجوں کے زمانہ میں ہی جراحی عملیہ تخفیف مرض یا شفار کا بہترین موقع پیش کرتا ہے۔ آخری درجوں میں پیدا ہونے والے علامات بالعموم بہ آسانی شناخت ہو سکتے ہیں، لیکن جہانتک جراحی علاج کا تعلق ہے ان درجوں میں انذار نسبتہً زیادہ یاس انگیز ہوتا ہے۔

اسباب۔ آتشک اور تدرن اربکی سلعات کی توجیہ کرتے ہیں۔ سلعہ کی اصابتوں کی کچھ تعداد میں سر کے سابق تضرر کی سرگذشت پائی جاتی ہے، لیکن اُس کا سببی تعلق مشتبہ ہے۔ کیسیتی دُودیرے (hydatid cysts) اور دُنبالی دُودیرہ (cysticercus) کا ہے دماغی سلعات کی حیثیت اختیار کرلیتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ دروں جمجی سلعات کے تھوڑے تناسب کا سبب

درنی سلعات (tuberculomas) ہیں۔ جو کشنگ (Cushing) کی مصدقہ ۲۰۰۰ احبانتوں کے سلسلہ میں ۲ فی صدی سے کم تھے۔ بچوں اور نوجوانوں کے سوا وہ شاذ ہی دوسروں میں ملتے ہیں، اور خیمہ کے نیچے اُس سے تین گنا زیادہ عام ہیں کہ جتنے خیمہ کے اوپر۔ وہ دماغی جرم کے اندر گلوبچہ نما تودوں کی شکل میں ہوتے ہیں، اور قطر میں ½ انچ سے لے کر ۲ یا ۳ انچ ہو سکتے ہیں۔ ان تودوں میں زرد جُبنی مادہ کا ایک اندرونی قلب ہوتا ہے جس کے گرد پیازی خاکی مادی رنگ اور کثیف قوام کا ایک بیرونی تنگ منطقہ ہوتا ہے۔ یہ تودے اپنے جہاد سے بہ آسانی علیحدہ کئے جا سکتے ہیں۔ ارکی سلعہ کی دیوار میں سے لی ہوئی تراشوں میں خردبینی امتحان سے درنی عصیتوں (tubercle bacilli) کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے، لیکن عفریتی خلیوں کے مخصوص و ممیز نظامات اکثر اوقات غیر موجود ہوتے ہیں۔ سلعہ درنیہ کے جراحی استیصال کے بعد تقریباً ہمیشہ درنی التہاب سحایا سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

محدود المقام صمغیے (gummas) نسبتاً نادر ہوتے ہیں، یہنے تمام درول جمجمی نوبایوں میں یہ تقریباً ایک فی صدی ہوتے ہیں۔ یہ ہمیشہ جھلیوں کے تعلق میں پیدا ہوتے ہیں، اور اسی واسطے عموماً دماغ کی سطح پر واقع ہوتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ یہ مرکزی حصوں میں سے کسی حصے میں پائے جائیں اور اس صورت میں یہ اُم حنونہ کے کسی عمیق دھراؤ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ یا تو ٹوٹ پھوٹ کر مرکز میں جُبنی ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں، یا سخت لیفی تودوں کی شکل اختیار کر لینے کا رجحان رکھتے ہیں۔

کیسیتی دویرے (hydatid cysts) اور دنبالی دویرۂ خلوی (cgsticercus cellulosæ) نادر چیزیں ہیں جن کو بتفصیل بیان کرنے کی ضرورت نہیں۔ کیسیتی دویرے نہایت بڑی جسامت حاصل کر کے ایک بڑے دماغی سلعہ کے امارات پیدا کر سکتے ہیں۔ دنبالی دویرۂ خلوی (cysticercus cellulosæ) کی رسولیاں عموماً چھوٹی اور متعدد ہوتی ہیں، اور دماغی جرم کے اندر ملنے کے علاوہ بطینوں کے اندر آزاد بھی پائی جا سکتی ہیں۔

سرینیشی سلعے حقیقی دروں مجمی نوبالیوں میں سب سے زیادہ عام سرینیشی سلعے (gliomas) ہیں جو جملہ تعداد کی ۴۰ فی صدی سے زائد ہوتے ہیں۔ یہ امر مدت سے تسلیم کیا گیا ہے کہ ان سلعات کی شرح بالیدگی نسیجاتی منظر، سن حدوث اور پسندیدہ محل وقوع اختلاف پذیر ہوتا ہے، اور حال ہی میں کئی کوششیں کی گئی ہیں کہ ان تمام خصوصیات کو مدنظر رکھتے ہوئے ایک صحیح اصطفاف کیا جائے۔ پختہ عصبی سرینش میں خلیات کی تین بڑی قسمیں ہیں جو کہ اولیں عصبی انبوبہ کے بروں ادمہ سے ماخوذ ہیں اور وہ یہ ہیں:۔ بر غلیفی خلیات (ependymal cells) جو کہ بطینوں اور نخاع کی مرکزی قنال کا استر بناتے ہیں، نجم خلیات (astrocytes) جو کہ دماغ اور نخاع کا خاص ڈھانچہ بناتے ہیں، اور قلیل الشجیرہ یا سرینش (oligodendroglia) جو کہ چھوٹے گول خلیات ہیں جو عصبی ریشوں کے درمیان اور عصبی خلیات کے گرد اگرد بہت بڑی تعداد میں پائے جاتے ہیں، اور ممکن ہے مائلین (myelin) کے تغذیہ میں کچھ حصہ لیتے ہوں۔ ان بروں ادمی ماخوذات کے علاوہ کوچک سرینش (microglia) کے خلیات ہیں جو میانی ادمی اصل رکھتے ہیں اور خلیات آکلہ کا فعل انجام دیتے ہیں۔ یہ سلعات پیدا نہیں کرتے، اور یہاں ان کا ذکر اسلئے کیا گیا ہے تاکہ عصبی سرینشی نظام کو تفصیل کے ساتھ بیان کیا جائے۔ بر غلیفی خلیات، نجم خلیات، اور قلیل الشجیرہ سرینش مضغہ میں زیادہ اولین قسم کے خلیات سے ماخوذ ہیں جن کو اسفنج ناهضات اور لبّ ناهضات کہتے ہیں۔ ان تمام قسموں کے خلیات کے سلعات پائے جاتے ہیں، اور بہت سے درمیانی نوعیت کے بھی۔ جیساکہ نوبالیدوں میں عام طور پر ہوتا ہے، وہ نوبالیدیں جن میں مضغی قسم کا خلیہ ہوتا ہے سب سے زیادہ سرعت کے ساتھ نشو و نما پاتی اور سب سے زیادہ حملہ کن ہوتی ہیں، اور وہ نوبالیدیں جن میں خلیات اچھی طرح متفرق ہوتے ہیں سب سے کم ایسی ہوتی ہیں۔

سرینیشی سلعات اگرچہ ان معنوں میں خبیث سلعات ہیں کہ وہ کینہ نما اور حملہ کن ہیں، لیکن نہ تو وہ ام جافیہ کو چھیدتے ہیں اور نہ مرکزی نظام عصبی کے

باہر مروحات پیدا کرتے ہیں۔ **اسفنج ناھضی سلعہ**' سریشی سلعہ کی عام ترین قسموں میں سے ہے' اور ممیز طور پر یہ سلعہ ادھیڑ عمر میں دماغی نیم کروں یا جسم ثفنیہ میں واقع ہوتا ہے۔ خالی آنکھ کو یہ سلعات سرخی مائل لحمی تودے نظر آتے ہیں جن کا حاشیہ خاصا اچھی طرح واضح ہوتا ہے۔ وہ نہایت ہی عروقی ہوتے ہیں' اور بسا اوقات ان میں نزفات' دویرات' اور تنخز کے رقبہ جات پائے جاتے ہیں۔ وہ بہ سرعت نشوونما پاتے ہیں' اور جراحی ان پر بہت کم اثر رکھتی ہے۔ خردبین سے دیکھا جائے تو وہ نسبتہً غیر متفرق گول یا بیضوی خلیات پر مشتمل ہوتے ہیں' جن میں کوئی خاص ترتیب نہیں ہوتی۔

لب ناھضی سلعہ بھی نسبتہً غیر متفرق خلیات کا بنا ہوتا ہے' جو گول اور گلچوں کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں' اور یہ حقیقت میں ایک ایسا سلعہ ہے جو زندگی کے پہلے عشرہ میں نمویاب ہوتا ہے' اور دماغ یا چوتھے بطین کی چھت میں واقع ہوتا ہے۔ کشنگ (Cushing) کے سلسلہ میں یہ تمام مصدقہ سریشی سلعات میں سے ۱۰ فی صدی کی توجیہ کرتا تھا۔ اسفنج ناھضی سلعہ کی طرح یہ بھی عروقی ہے' سرعت سے نشوونما پاتا ہے' اور ناقابل استیصال ہے۔ سریشی سلعات میں صرف یہی ایک ہے جو کہ حنونی عنکبوتیہ پر حملہ آور ہوتا ہے' اور ممکن ہے پوری تحت العنکبوتی فضا میں اپنی تخم ریزی کر دے۔

بوغلیفی سلعہ' سریشی سلعہ کی ایک شاذ قسم ہے' اور یہ بھی چوتھے بطین کی چھت کے سوا شاذ ہی کہیں ملتا ہے۔ بالعموم یہ بچوں میں یا نوعمر بالغوں میں ملتا ہے' ممکن ہے اس کا نشوونما سست ہو' اور یہ قابل استیصال ہے۔ تاہم اس کا محل وقوع ایسا ہے کہ عملیہ کرنا خطرناک ہے' اور کشنگ کے سلسلہ سے معلوم ہوتا ہے کہ جب کلی استیصال کا اقدام کیا جائے تو مریضوں کی شرح اموات ۳۱٫۳ فی صدی ہوتی ہے۔

نجم خلوی سلعہ ایک عام سلعہ ہے' جو اسی کثرت سے واقع ہوتا ہے کہ جس سے اسفنج ناھضی سلعہ' اور یہ دونوں سلعات مل کر تمام سریشی سلعات کی ۶۰ فی صدی ہوتے ہیں۔ نجم خلوی سلعہ خالی آنکھ کو کثیف قوام کا ایک سفید درر بز سلعہ

معلوم ہوتا ہے ۔ یہ دماغ اور دمیغ دونوں میں واقع ہوتا ہے ۔ اول الذکر مقام پر یہ بالغوں میں ملتا ہے ۔ دمیغ میں نہایت ممیز طور پر یہ بچپن اور ابتدائی نوجوانی کا سلعہ ہے' اور بسا اوقات یہ ایک دویرہ کی شکل اختیار کرتا ہے جس میں بالیدہ کی جداری گرہک موجود ہو ۔ سلعہ کا نشوونما سست ہوتا ہے' اور دمیغ میں اس کا جراحی استیصال خاص طور پر ممکن ہے ۔ کشنگ کے تازہ ترین سلسلہ میں دمیغی عملیہ سے مریضوں کی شرح اموات ۴ر۳ فی صدی ہے ۔

قلیل التشجریہ سریشی سلعہ ایک شاذ سلعہ ہے جس کا نشوونما سست ہوتا ہے اور جس میں تکلس کا خاص رجحان پایا جاتا ہے ۔ یہ دماغی نیم کروں میں بالغوں میں پایا جاتا ہے ۔ اس کا استیصال بسا اوقات کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے ۔

سحائی سلعہ (meningioma) یعنی جافی دروں جلدی سلعہ (dural endothelioma) ۔ سریشی سلعہ کے بعد دوسرے درجہ پر سب سے زیادہ عام سلعہ' یا نہ سحائی سلعہ یعنی جافی دروں جلدی سلعہ ہے ۔ کشنگ کے سلسلہ میں تمام سلعات میں سے ۴ر۱۳ فی صدی ہے ۔ یہ سلعات ہر عمر میں ہوسکتے ہیں لیکن پایا گیا ہے کہ یہ تیس اور چالیس سال کی عمروں کے درمیان نہایت عام طور پر علامات پیدا کر دیتے ہیں ۔ خیمہ کے نیچے یہ شاذ ہی ملتے ہیں ۔ بظاہر یہ ام جافیہ کی اندرونی سطح پر عنکبوتی خلیات سے نکلتے ہیں' اور حقیقت میں سست نشوونما والے سلیم قسم کے کیسہ بند سلعات ہیں ۔

یہ جسامت میں ایک مٹر سے لے کر ایک طنجیری نارنگی کے برابر' شکل میں کم و بیش گردی' گرہدار' اور معتدل طور پر سخت قوام کے ہوتے ہیں ۔ ام جافیہ کے ساتھ ان کا تعلق وسیع ہوسکتا ہے' یا یہ ایک مقابلتہً تنگ ڈنڈی کے ذریعہ سے اس کے ساتھ اپنی چسپیدگی قایم رکھتے ہیں ۔ یہ قدرتی طور پر دماغ کی سطح پر واقع ہوتے ہیں' جو رسولی سے مضغوط ہو جاتی ہے' گو وہ بالیدہ جو مخل دماغ سے پیدا ہو دماغی نیم کرہ کے اندر اس کے وسطانی رخ میں اس طرح مدفون ہو جاتی ہے کہ جانبی سطح کے نیچے ایک تحت القشری تودے کی طرح نظر آنے لگتی ہے ۔ ام جافیہ کے ساتھ چسپیدگی کے نقطہ پر یہ رسولیاں متکلس بلکہ متعظم ہوسکتی ہیں' یا ممکن ہے کہ باہر کے طرف بڑھ کر کھوپری کی ہڈیوں کو کھا جائیں ۔ کبھی کبھی یہ متعدد ہوتی ہیں' اور ان کے

ہمراہ عصبی جڑوں کی متعدد رسولیاں پائی جاتی ہیں ۔خردبینی حیثیت سے یہ بڑے اور بیضوی نواتوں والے تکلہ نما گنجان گھسے ہوئے خلیوں پر مشتمل ہوتی ہیں جو مدوری ترتیب میں مرتب ہونے کا رجحان رکھتے ہیں اور اتصالی بافت کے ہیکل کے سہارے پر ٹکے ہوتے ہیں ۔ اِن مدورات کے مرکزوں میں اکثر اوقات زجاجی انحطاط اور تکلیس واقع ہوجاتی ہے اور پھر اِنھیں رملی سلعی اجسام (psammoma bodies) کہتے ہیں۔ مماثل قسم کی رسولیاں غشائے عنکبوتی سے پیدا ہوسکتی ہیں ۔ سحائی سلعات کا جراحی استیصال بدیہی طور پر ممکن ہے لیکن نزف کی وجہ سے عملیہ خطرناک ہے ۔ کشنگ کے حالیہ اعداد میں مریضوں کی شرح اموات ۱۱٫۶ فی صدی ہے ۔

723

کثرت وقوع کے لحاظ سے اگلا سلعہ (۸٫۷ فی صدی) وہ ہے جو کہ سمعی یا **عصب مشتم کا سلعہ** کہلاتا ہے ۔ جیسا کہ اس کے نام سے ظاہر ہے یہ سمعی عصب کے غلاف سے نکلتا ہے ۔ یہ ایک کیسہ بند سلعہ ہے جس کا نشوونما سست ہوتا ہے ۔ عام طور پر یہ اخروٹ کی جسامت اور شکل حاصل کر لیتا ہے، اور نسیجیاتی طور پر یہ ایک عصبی لیفی سلعہ ہے ۔ بعض اوقات یہ وان ریک لنگہاسن (von Recklinghausen) کے مرض کے ہمراہ پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 980)۔ ان سلعات کا استیصال دروں کیسیتی انقاف کے ذریعہ کیا جا سکتا ہے جس میں جدید العصر طرز عمل کے ساتھ مریضوں کی شرح اموات (کشنگ) ۴ فیصدی ہوتی ہے ۔

نخامی سلعات ۔ نخامی غدی سلعات (pituitary adenomas) نیشنل ہسپتال کوئین سکوئیر (National Hospital Queens Square) سے لئے ہوئے سلسلۂ والش (Walshe) میں دروں جمجمی سلعات کی ۴۳٫۶ فی صدی ہوتے ہیں ۔ انکی نسیجیاتی خصوصیات، اور دروں افرازی وظیفہ کے متناظر اختلالات پہلے ہی بیان کئے جا چکے ہیں ۔ عام طور پر وہ سرج ترکی کے اندر سے اُگتے ہیں، لیکن بعض اوقات وہ غدہ کے مدبی حصہ (pars tuberalis) سے نمویاب ہوتے ہیں ۔ وہ حقیقت میں بالغ زندگی کے سلعات ہیں ۔ ان کا جراحی

استیصال انعقاف کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے' جس سے علامات میں عارضی یا مستقل تخفیف ہوجاتی ہے' لیکن اس عملیہ میں مریضوں کی شرح اموات ۰ء ۱۰ فیصدی (کشتنگ) ہوتی ہے۔

زیر نامی قناۃ کے سلعات [تمام دروں جمجمی سلعات میں سے ۵ء ۱۰ فی صدی (والشی Walshe)] سرحلمی خلیات سے بنے ہوتے ہیں جو راتکی (Rathke) کی جمجمی بلعومی جیب سے بچے ہوئے خلوی باقیات (cell-rests) سے ماخوذ ہوتے ہیں۔ بالعموم وہ بصری تقاطع سے اوپر فوق السرج خطہ سے نکلتے ہیں' لیکن گاہے گاہے سرج ترکی کے اندر سے۔ یہ سلعات بالعموم حلیمی دو یرات کی شکل اختیار کرتے ہیں' جن کی دیواریں بسا اوقات متکلس ہوتی ہیں۔ ٹھوس سلعات اور سرطانات بھی واقع ہوتے ہیں۔ تقریباً نصف اصابتوں میں علامات بچپن یا نوجوانی میں نمودار ہوتے ہیں۔ اگرچہ زیر نامی قناۃ کے سلعات زیادہ تر سلیم اور سست نشوو نما پانے والے ہوتے ہیں' وہ گردو پیش کی ساختوں کے ساتھ اس قدر قریبی طور پر منضم ہوتے ہیں کہ ان کا استیصال کرنے کے اقدامات میں بلند عملیتی شرح اموات (۰ء ۱۲ فی صدی کشتنگ) پائی جاتی ہے۔ ایک بڑے دویرے کا بزل کرکے عارضی تسکین حاصل کیجا سکتی ہے۔

دموی عروقی سلعات اس سے زیادہ عام ہیں کہ جتنا ایک زمانہ میں خیال کیا جاتا تھا۔ وہ شریانوں یا وریدوں کے پیدائشی تشوہ کی شکل اختیار کرتے ہیں (شریانی یا وریدی وعائی سلعہ = angeioma) یا عروقی عناصر سے بنی ہوئی حقیقی بالیدوں کی شکل (دموی وعائی ناحضی سلعہ = hæmangeio-blastoma)۔ آخر الذکر زیادہ تر دمیغ میں پائے جاتے ہیں' اور بسا اوقات دویری ہوتے ہیں' چنانچہ سلعہ اکثر ایک جداری گرہک کے طور پر نظر آتا ہے۔ اس آخر الذکر قسم کے بہت سے سلعات اب کامیابی کے ساتھ دور کئے جاچکے ہیں۔ درون جمجمی اینوریسمے جو کہ بالعموم پیدائشی اصل کے ہوتے ہیں' تاوقتیکہ انشقاق واقع نہ ہو شاذ ہی علامات پیدا کرتے ہیں' لیکن گاہے اندرونی سباتی شریان کا ایک بڑا اینوریسما بصری تقاطع کو یا کہفکی جوف کے اندر

پڑی ہوئی ساختوں کو مضغوط کر دیتا ہے۔

دماغ میں **سروحی سلعات** بالعموم شش، پستان، معدی معائی خط یا غدّہ قدامیہ کے سرطان کے بعد ثانوی طور پر ہو جاتے ہیں۔ بسا اوقات وہ متعدد ہوتے ہیں۔ سلعہ لحمیہ سے دماغ میں انتقال ہونا شاذ تر ہے، لیکن جب واقع ہوتا ہے تو تقریباً ہمیشہ متعدد ہوتا ہے۔

دماغ کے دوسرے اور شاذ تر سلعات، سلعات ادمیہ (جن میں بعض اپنے کولیسٹرین مشمول کی وجہ سے کلوسٹرینی سلعات = chloesteatomas کہلاتے ہیں)، مشیمیتی ضفیرہ کا سلعہ حلیمیہ اور عصبی خلوی سلعات ہیں۔

امراضیات۔ سلعہ اپنی بالیدگی کے دوران میں، ان عروق کو جو گرد و پیش کے دماغی رقبوں کو رسد پہنچاتے ہیں دباتا ہے اور مقامی عدم دموییت اور بالآخر عصبی خلیوں اور ریشوں کا انحطاط پیدا کر دیتا ہے۔ یہ ابتدائی درجوں میں ان سریع بالیدگی والے سلعات (مثلاً سریشی سلعات) سے واقع ہوتا زیادہ ممکن ہے جو دماغی جرم میں پیدا ہو جاتے ہیں، بہ نسبت ان سست بالیدگی والے سلعات کے جو بیرونی مبدا رکھتے ہوتے ہیں اور جن کی تمثیلی مثال درون علمی سلعہ (endothelioma) ہے۔ درحقیقت آخر الذکر قسم کے سلعات دماغ کی سطح میں بکثرت وندانے پیدا کر سکتے ہیں بغیر اس کے کہ کتنتہ کو مستقل طور پر تلف کریں، جس کی وجہ یہ حقیقت ہے کہ دباؤ چونکہ تدریجی طور پر بڑھتا ہے لہٰذا وہ مجمجی کہفہ کی ساری وسعت میں زیادہ ہموار طور پر منتقل ہوتا ہے۔

مجمجی کہفہ کو ایک سخت اور استوار صندوق سمجھنا چاہیے جو بالکل بند ہے باستثنائے ایک مقابلتہً بڑے سوراخ، یعنے ثقبۂ کبیر (foramen magnum) اور کئی نسبتہً چھوٹے چھوٹے سوراخوں کے، جو عروق کے لئے اور مجمجی اعصاب کے باہر نکلنے کے لئے ہوتے ہیں۔ ان سوراخوں میں سے اہم ترین وہ ہیں جنمیں سے اعصاب بصری گزرتے ہیں۔ ان اعصاب کے ساتھ ساتھ غشائے عنکبوتی (arachnoid) اور اُم حنونہ (dura) پوششوں کی شکل میں منکوس ہوتی ہیں، جو اقراص بصری (optic discs) تک پھیلی ہوتی ہیں۔

724

اسی واسطے جمجمہ کے اندر کسی سلعہ کی بالیدگی درون جمجمی دباؤ میں زیادتی پیدا کر دے گی، جس کے درجہ کا انحصار، جیسا کہ بتلایا جائے گا، نہ صرف اُس سلعہ کی جسامت پر ہوگا، بلکہ اُس کے محلِ وقوع پر بھی ہوگا۔ یاد ہوگا کہ جمجمی مافیہ دُمیغی خیمہ (tentorium cerebelli) کے ذریعہ نہایت واضح طور پر دو حصوں میں منقسم ہیں، اور منجل دماغ اِن دونوں میں سے اگلے حصے کی پھر ذیلی تقسیم کرتا ہے۔ تاہم منجل دماغ جسم ثفنی کے اگلے حصے پر چپت بیٹھا ہوا نہیں ہوتا جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہاں تقسیم نامکمل ہوتی ہے۔

آئیں اب ہم پہلے ان واقعات کے میکانیتی سلسلہ پر غور کر لیں جو ایک دماغی نیم کرہ کے سلعہ (فوق الخیمہ سلعہ = supratentorial tumour) سے نمودار ہو جاتے ہیں۔ ابتداءً یہ سلعہ اپنے لئے اس طرح جگہ پیدا کرتا ہے کہ یہ عروق دمویہ کو مضغوط کر دیتا ہے، دماغی تجاویف کو مطرق اور تلافیف کو مسطح کر دیتا ہے، اُسی جانب کے جانبی بطین کو مسدود کر دیتا ہے، جو بالآخر محض ایک جھری جیسا رہ جاتا ہے، اور ماؤف نیم کرے کی کلانی پیدا کر دیتا ہے اور اُس کے ایک حصہ کو منجل دماغ (falx cerebri) کے نیچے درمیانی خط کے پار مخلوع کر دیتا ہے، اور اِس طرح مقابل نیم کرے پر دباؤ پیدا کرتا ہے۔ اِس سلعہ کی جسامت میں مزید زیادتی کے ساتھ سارے اگلے حصے میں دباؤ عام طور پر زیادہ ہو جاتا ہے۔ دباؤ کی یہ زیادتی اعصاب بصری کے گرد و پیش کی پوششوں کے اندر کے دماغی نخاعی سیال میں سے عصبی سروں تک منتقل ہو جاتی ہے، جہاں وہ وہ تغیرات پیدا کر دیتی ہے جو التہاب حلیمۂ بصری (papillœdema) پر مشتمل ہیں اور پہلے بیان کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 634)۔ بالآخر دو چیزوں میں سے ایک واقع ہو سکتی ہے:۔ یا تو کسیقدر دماغی جرم دب کر خیمہ کے نیچے نکل آئے اور ایک تحت الخیمہ فتق (subtentorial herniation) بن جائے یا وہ دباؤ جو اگلے حصے میں ہنوز بڑھ رہا ہے خیمہ کی ملائم جھلی میں سے ہو کر پچھلے حفرہ میں منتقل ہو جائے۔ بہرحال نتیجہ وہی ہوتا ہے یعنے پچھلے حفرہ میں دباؤ بڑھ جاتا ہے، جس کی تلافی کے لئے دُمیغ کا ایک حصہ

بتدریج بھنچکر ثقبۂ کبیر کے اندر اور آر پار نکل آتا ہے اور نام نہاد فشاری مخروط (pressure cone) پیدا کر دیتا ہے۔ یہ عمل جاری رہتا ہے، یہاں تک کہ یہ فشاری مخروط اتنا کافی بڑا ہو جائے کہ نخاع مستطیل کو ثقبۂ کبیر پر دبا دے۔ ایسا ہونے پر ثقبۂ مجینڈی (foramen of Magendie) غالباً مسدود ہو جاتا ہے



تصویر ۔ ۹ ۔ یہ ایک "فشاری مخروط" کی تکوین ظاہر کرتی ہے جس کا ایک جانب سے عکس لیا گیا ہے۔ (ٹرنر: Turner اور سٹوارٹ Stewart: کی تقلید میں)

جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جانبی بطینوں میں دماغی نخاعی سیال کے افراز کے منبع کے اور قاعدۂ دماغ میں اس کے انجذاب کے مقام کے درمیان تسدد پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ ثانوی اندرونی استسقاء الدماغ (secondary internal-hydrocephalus) ہوتا ہے اور یہ تمدد سلعہ کی مقابل جانب کے بطین میں محدود ہوتا ہے، جو غالباً مسدود نہیں ہوتا۔ اس سے درون جمجمی دباؤ میں

725

سرعت کے ساتھ مزید زیادتی ہوتی ہے' جو فشاری مخروط اور نخاع مستطیل کو ثقبۂ کبیر کے اندر مضبوطی کے ساتھ فانہ کی صورت میں پھنسا دیتی ہے' جس کے بعد تنفسی مرکزوں کی عدم دمویت سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

جہاں تک کہ عام اثرات کا تعلق ہے' حجمی کہف کے پچھلے حصے میں واقع ہونے والے سلعات (تحت الخیمہ سلعات = subtentorial tumours) اس طرح تقسیم کئے جا سکتے ہیں:— وہ جو کہ دُمیغ' جسر اور نخاع مستطیل کے باہر سے آگتے ہیں' اور وہ جو کہ دُمیغ' جسر اور نخاع کے اندر آگتے ہیں۔

بیرون دمیغی سلعات (extra-cerebellar tumours) عموماً سست بالیدگی والے ہوتے ہیں' اور اُن کے پھیلنے کے لئے جانبی گوشہ میں کسیقدر جگہ ہوتی ہے۔ لہٰذا یہ صرف ان کے آخری درجہ میں ہوتا ہے کہ وہ پچھلے حفرہ میں تناؤ کی زیادتی پیدا کرتے ہیں۔ اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ثقبۂ کبیر کے اندر دُمیغ کے بھنچ آنے سے ایک فشاری مخروط پیدا ہو جاتا ہے اور پہلے بیان کئے ہوئے طریقہ سے ثانوی اندرونی استسقاء الدماغ پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن اِس حالت میں دونوں جانبی بُطین مفتوح ہوتے ہیں' اور دماغی نخاعی سیّال کے جمع شدہ دباؤ کی وجہ سے مساوی طور پر متمدد ہوتے ہیں۔ دماغی تجاویف مطلوس اور تزارید چپٹے ہو جاتے ہیں' اور دباؤ اعصاب بصری کے ساتھ ساتھ منتقل ہو کر آذیمائے حلیمۂ بصری (papillœdema) پیدا کر دیتا ہے۔

درون دُمیغی سلعات (intra-cerebellar tumours) عموماً سریع تر بالیدگی والے ہوتے ہیں' اور اِن سے جو دباؤ کی زیادتی پیدا ہو جاتی ہے اس کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ فشاری مخروط جلد بن جاتا ہے' اور وہ حالات جلد ہی رونما ہو جاتے ہیں' جو (جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے) ثانوی اندرونی استسقاء الدماغ اور اس کے ساتھ درون حجمی تناؤ کی زیادتی پیدا کر دیتے ہیں۔

ساق دماغ کے سریشی سلعات' اس امر کے لحاظ سے کہ وہ بطینی نظام سے سیّال کا خارجی بہاؤ کس درجہ تک روکتے ہیں' جلد یا بدیر درون حجمی دباؤ کو زیادہ کر دیتے ہیں۔ جسر کا ایک بڑا سا دریز سلعہ' اندرونی استسقاء الدماغ پیدا

کئے بغیر مہلک ہوسکتا ہے' اور اس کے خلاف مضیق (iter) کا ایک دقیق بزعلیفی سلعہ جو بالکل اتلاف کا موجب نہیں ہوتا' بوجہ اپنے محل وقوع کے' بسرعت درونِ جمجمی دباؤ کی مہلک زیادتی پیدا کر دیتا ہے۔ وہ سلعات جو کہ بین سویقی خط میں واقع ہوں اگرچہ بالکل قرب وجوار کی ساختوں کو مضغوط کر دیتے ہیں' تاہم ان سے درونِ جمجمی دباؤ بالکل زیادہ نہیں ہوتا۔

عمومی علامات۔ یہ بڑھے ہوئے درونِ جمجمی کے علامات ہیں' اور جیسا کہ پچھلی فصل میں بتایا گیا ہے' یہ بعض اصابتوں میں جلد واقع ہوتے ہیں' بعض میں بدیر' یا ممکن ہے آخر تک مفقود ہوں۔ لہٰذا یہ علامات ایسے ہیں کہ جن کا فقدان دماغی سلعہ کی تشخیص کو خارج از بحث نہیں کرتا' اگرچہ ان کی موجودگی ہی اُسکے وجود کا پہلے پہل شبہ پیدا کرتی ہے۔

دردِ سر۔ یہ کم و بیش ہمیشہ موجود رہنے والی علامت ہے' اور گو یہ ابتداءً وقفہ کے ساتھ اور خفیف درجہ کا ہو' تاہم آخری درجوں میں اکثر ہٹیلا ہوتا ہے اور ایسی شدت کو پہنچتا ہے جو کسی دوسرے سبب سے پیدا ہونے والے دردِ سر میں شاذ ہی پائی جاتی ہے۔ یہ سارے سر میں محسوس ہوسکتا ہے یا ممکن ہے کہ بالخصوص سامنے' اطراف میں' یا سر کی چوٹی میں محدود المقام ہو۔ بسا اوقات اس کو انفجاری یا انشقاقی بیان کیا جاتا ہے۔ یہ اکثر اوقات علی الصباح اپنے عروج پر ہوتا ہے' اور اکثر متلی یا حقیقی قے کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

ممکن ہے کہ ابتدائی درجوں میں مریض کو دردِ سر کے نوبتی دَورے بڑے وقفوں کے ساتھ ہوں' یا بعد میں بھی جب کہ دردِ سر ہمیشہ رہنے لگتا ہے وہ بلا کسی ظاہر سبب کے کبھی کبھی نہایت شدید ہوجائے۔ وضع کے بدلنے سے' مثلاً جھکنے سے' یا زور کے ساتھ زفیری حرکات کرنے سے (مثلاً کھانسنے یا چھینکنے میں) اکثر حملہ ہوجاتا ہے یا پہلے سے موجود رہنے والا دردِ شدید تر ہوجاتا ہے۔ وہ درد جو تحت القذالی خطے میں محدود ہو اور پشتِ گردن میں نیچے کی طرف منتشر ہو' پچھلے حفرہ میں رسولی کی قوی دلالت ہے۔ وہ درد جو ہمیشہ اُسی مقام پر محوّل ہو بالخصوص جب کہ اس کے ساتھ اِس رقبہ پر الیمیت بھی ہو' اِس امر کی دلالت

ہے کہ بالعموم سطح دماغ پر واقع ہے، یا اس مقام پر اُم جافیہ سے آگے رہی ہے۔

قئے نسبتاً کم ہمیشگی کے ساتھ ہوتی ہے اور دردِ سر کے نسبت کمتر واقع ہونے والی علامت ہے، لیکن اصابتوں کی اکثریت میں موجود رہتی ہے۔ اسکی نہایت ممیز شکل میں یہ دردِ سر کے ساتھ ہوا کرتی ہے اور غذا لینے سے اس کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ یہ پچھلے حفرہ کی رسولی میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے جس میں یہ ایک عاجل علامت ہے اور بعض اوقات دردِ سر سے پہلے ہوتی ہے۔ دماغی سلعہ کی قئے اگرچہ ناگہانی اور بغیر متلی کے ہوتی ہے، تاہم ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔ متلی کی لہریں ممکن ہے تے سے پہلے واقع ہوں یا اسکی جگہ لے لیں۔

اُذیمائے حُلیمۂ بصری (papillœdema)۔ دماغی سلعہ سے بڑھے ہوئے درون جمجی دباؤ کے تمام علامات میں یہ سب سے زیادہ ممیز علامت ہے۔ اس کے مناظر اور اس کی پیدائش کی میکانیت پہلے بیان کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 620، 634)۔ آیا یہ تجلد واقع ہوتا ہے یا بدیر، یہ امر ان عوامل پر منحصر ہوتا ہے کہ جن پر امراضیات کے عنوان کے تحت پہلے بحث کی جاچکی ہے، اور یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ کسی درجہ میں اس کی عدم موجودگی سلعہ کی تشخیص کو خارج از بحث نہیں کرتی۔ اذیمائے حلیمۂ بصری ہمیشہ دوجانبی ہوتا ہے، لیکن یہ ممکن ہے ایک قرص بصری دوسرے قرص سے پہلے ماؤف ہوجائے۔ یہ امر کہ اذیمائے حلیمۂ بصری کا آغاز کس جانب ہوا ہے یا زیادہ شدید اذیما کس جانب ہے، سلعہ کی جائے وقوع سے کوئی تعلق نہیں رکھتا۔ شدید درجہ کے ورم کی حالت میں تیزئ نظر کا عمدہ پایا جانا ممکن الوقوع ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ ایسی صورتوں میں مریض بصارت میں دھندلے پن کے سریع الزوال حملوں کی شکایت کرے۔ بصارت کا مستقل خلل صرف ثانوی ذبول عصبِ بصری (secondary optic atrophy) کے آغاز کے ساتھ ہوتا ہے۔

تشنجی حملے (convulsive attacks) اُتنے کثیر الوقوع نہیں جتنے کہ متذکرہ بالا علامات ہیں، اور اُن اصابتوں میں جن میں یہ ہوتے ہیں ان کا وقوع

نہایت بے قاعدہ ہوتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ سارے عرصۂ علالت میں یہ حملے صرف دو یا تین ہوں، یا یہ کہ نہایت بار بار ہوں۔ یہ عمومی صرعی الشکل حملوں کی صورت اختیار کر سکتے ہیں، جن میں ایک ابتدائی درجہ تشنجی کرختگی کا ہوتا ہے جس کے بعد رجفی تشنج ہو کر ایک عارضی ذہول کی حالت طاری ہو جاتی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ ایک لمحہ کی بے ہوشی تک محدود رہیں۔ "ماسکی حملے" (focal seizures) جو دماغ کے معین رقبوں میں پیدا ہونے کے ممیز خصائص رکھتے ہیں ان کا تذکرہ مقامی علامات کے تحت کیا جائے گا۔ لیکن یہ حملے دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی کے آخری درجوں میں واقع ہو سکتے ہیں جب کہ سلعہ کے مقام و قوع سے ان کا کوئی تعلق نہیں ہوتا، چنانچہ وہ گمراہ کن ہو سکتے ہیں، اور ان کی کاذب تحیزی اہمیت ہوتی ہے۔

دورانِ سر (vertigo) کی علامت غیر عام نہیں اور یہ عموماً درد سر اور قئے کے حملوں کے ساتھ پائی جاتی ہے۔

بطءِ النبض (slowness of the pulse) بشرطیکہ یہ موجود ہو بالعموم دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی کی ایک آجل علامت ہے۔

دوسری عمومی علامات میں سے **ذہنی تغیرات** ہیں:— ممکن ہے مریض سست، بے حس، بھلکڑ، خواب آلود، بے تمیز یا میلا کچیلا ہو۔ آخری درجوں میں وہ سُبات زدہ اور بالآخر قوما زدہ ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ تغیرات جو دباؤ کی زیادتی کا نتیجہ ہیں، آجل ہوتے ہیں۔ ابتدائی درجوں میں یہ زیادہ عام طور پر ایتلافی ریشوں کے وسیع اِتلاف کی وجہ سے ہوتے ہیں، جیساکہ دماغی نیم کرّے کے بڑے سلعات سے پیدا ہو جاتا ہے، اور اِس اعتبار سے ان پر تحیزی علامات کے تحت غور کیا جائے گا۔

تحیزی یا ماسکی علامات۔ یہ پہلے ہی سے جان لینا اہم ہے کہ یہ علامات بالیدگی کے نسبتاً ابتدائی درجوں میں سلعہ کے محل وقوع کی تعیین میں نہایت درجہ ممد ہوتے ہیں۔ مابعد درجوں میں ممکن ہے کہ دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی کے میکانی اثرات دماغ کے بعض ایسے حصوں کی مضرت رسیدگی یا ایسے

جمجمی اعصاب پر جبر پیدا کریں جو ابتدائی ضرر کے مقام سے بہت دُور واقع ہوں۔

حرکی مرکزوں اور گذرگاہوں کو ماؤف کرنیوالے سلعات

ماؤف حصوں کی خراش یا شلل کے علامات پیدا کر دیتے ہیں۔

عمیق الوقوع بالیدوں سے جو حرکی ریشوں کو ماؤف کرتی ہوں شلل پیدا ہو جاتا ہے جو ایک بتدریج ترقی پذیر فالج نصفی کی شکل اختیار کرتا ہے، جس کے ساتھ عمیق معکوسوں کی زیادتی، سطحی معکوسوں کا نقصان، اور ماؤف جانب پر باسط انمصی مجیبیت ہوتی ہے۔ زیادہ اوپری طور پر واقع ہونے والے سلعات جو ابتداً قشری مرکزوں کی مقامی عدم دمویت پیدا کرتے ہیں حرکی قسم کی جیکسونی صرع (Jacksonian epilepsy) کے حملے پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ محدود المقام تشنجات ہیں، جو ہمیشہ ایک حصے میں شروع ہوتے ہیں اور جن کے ساتھ پہلے پہل کوئی بے ہوشی واقع نہیں ہوتی۔ ان اصابتوں میں اُس حصے کے عارضی اختلال کی شدت کے لحاظ سے، مثلاً صرف ہاتھ میں یا ہاتھ اور بازو میں، یا جسم کی ایک جانب کے تمام عضلات میں جھٹکے ہو سکتے ہیں۔ اگر یہ تشنج جسم کی دوسری جانب میں پھیل جائے تو عموماً بے ہوشی طاری ہو جاتی ہے۔

یہ حرکتیں اپنے نقطۂ آغاز سے آگے پھیلنے میں ہمیشہ ایک معین ترتیب زمانی ظاہر کرتی ہیں۔ اگر یہ چہرے میں شروع ہوتی ہیں، تو انگوٹھے اور انگلیوں سے لے کر یکے بعد دیگرے بالائی جارحہ میں اور پھر جارحۂ زیریں میں پھیل جاتی ہیں۔ اگر یہ ٹانگ میں شروع ہوتی ہیں تو بازو اور چہرہ یکے بعد دیگرے ماؤف ہو جاتے ہیں، اور اگر بازو میں شروع ہوتی ہیں، تو چہرہ اور ٹانگ کو باری باری سے ماؤف کر دیتی ہیں۔ عموماً اس تشنج کے بعد کسیقدر عارضی شلل ہو جاتا ہے بالخصوص اُس حصے میں جو پہلے ماؤف ہوا تھا، اور حملہ کے بعد تھوڑے عرصہ تک ماؤف جانب پر محسوسات میں ایسے تغیرات کا مظاہرہ کیا جا سکتا ہے جو شکلی محسوسات کی کمی یا غیر موجودگی اور یا سطحی انمصی مجیبیت کی شکل میں ہوتے ہیں۔ جب سلعہ کی جسامت میں ترقی پذیر زیادتی اور اُن مرکزوں کا اتلاف ہوتا ہے جن میں ابتداءً

خراشش ہوئی تھی' تو دوروں کے وقوع اور وسعت میں کمی ہو کر اُن کے بجائے مستقل شلل ہو جاتا ہے۔ اگر ایک امین شخص کی حالت میں بالیدبائیں نیم کرّے میں ہے تو حملوں کے ساتھ کیفقدر تشنج بھی ہوگا جو شلل کے ساتھ باقی رہے گا' بالخصوص اُس وقت جب کہ بازو اور چہرے کے مرکز خاص طور پر ماؤف ہوئے ہوں۔ پیدا شدہ تشنج ابتداءً حرکی قسم کا ہوگا' اگرچہ ممکن ہے کہ ذہنی تغیرات کی وجہ سے یہ بعد میں پوشیدہ ہو جائے۔

پس مرکزی خطّوں کے سلعات اگر عمیق الوقوع ہوں تو اِن سے بھی حائل طریقہ پر متزقی نیم عدم حسیت (hemi-anæsthesia) پیدا ہو جاتی ہے۔ بالعموم یہ حس وضع کے نقصان اور ماؤف ہاتھ میں لمس ناشناسی تک محدود ہوتی ہے' لیکن ممکن ہے کہ لمس تمیّش اور درد کے احساسات کی موضوعی شدت میں بھی کمی پائی جائے' جو "دستانہ" یا "جرابی" توزیع ("glove" or "stocking" distribution) رکھتی ہے۔ قشرہ کو ماؤف کرنے والے سلعات سے حسّی نوعیت کے جیکسونی حملے ہو جاتے ہیں' جو اپنے پھیلاؤ کے طریقہ میں حرکی حملوں سے مشابہ ہوتے ہیں' لیکن سن پن یا جھنجھناہٹ کے احساس پر مشتمل ہوتے ہیں' جس کے ساتھ اکثر نہایت تکلیف ہوتی ہے۔ اِس طرز کا حملہ اکثر اوقات اُس قسم کے حرکی حملے میں بدل جاتا ہے جو پہلے بیان کیا گیا ہے۔

قذالی لختہ (occipital lobe) کے سلعات مقابل جانب کے استبصاری میدانوں کے نقائص پیدا کر دیتے ہیں' اور نقص کے ٹھیک رقبے کا انحصار نزرکے محل وقوع پر ہوتا ہے۔ اِس خطّے کے اوپری سلعات استبصاری اختلال کے موضوعی احساسات کے حملے پیدا کر سکتے ہیں' جو عموماً مقابل استبصاری میدان میں روشنی کے چمکاروں یا رنگوں کی شکل میں ہوتے ہیں۔ ایک قذالی بالیدجب تیمہ پر نیچے کے طرف دباؤ ڈالتی ہے تو وہ دُمّیع کا انضغاط پیدا کر کے کاذب تحیزی اہمیت کے امارات پیدا کر سکتی ہے۔

کلاب نما تلفیف (uncinate gyrus) کو ماؤف کرنے والے سلعات مخصوص طرز کے حملے پیدا کر دیتے ہیں جن کو پہلے ہگلنگز جیکسن

(Hughlings Jackson) نے بیان کیا اور جو کُلاب نما حملوں کے نام سے موسوم کئے گئے ہیں۔ یہ ذائقہ یا بُو کے ناگوار احساسات کی نوعیت کے ہوتے ہیں جنہیں مریض غیر متعین طور پر مختلف طریقوں سے بیان کرتا ہے، مثلاً "یہ سڑے انڈوں کی بُو کی طرح ہیں" ایک "تلخ ذائقہ کی طرح ہیں گویا کہ ایک سوڑھے کا دُمل میرے منہ میں پھوٹ پڑا ہے" وغیرہ۔ اس سے پہلے اکثر ایک خواب آلود حالت طاری ہوتی ہے جس میں استحضاری توہمات ہوا کرتے ہیں۔ یہ حملے صرف چند ہی لمحوں کیلئے ہو سکتے ہیں، یا ممکن ہے کہ نسموں (auræ) کی شکل میں ہوں جو صرعی الشکل تشنج کا پیش خیمہ ہوتے ہیں۔

جبہی لختوں (frontal lobes) کے سلعات اکثر اوقات کوئی ایسے تمیزی امارات نہیں پیدا کرتے جو تشخیصی اہمیت رکھتے ہوں، اور اسی واسطے اُن کے علامات صرف عام دباؤ کے علامات تک محدود ہوتے ہیں۔ لیکن ان کے ساتھ یا ان سے پہلے ذہنی علامات کا وقوع اس درجہ عام ہے کہ جو دوسرے مقام کے سلعات کی حالت میں نہیں ہے۔ مندرجۂ ذیل تغیرات دیکھے جاتے ہیں:- بے توجہی، ذہن کو کسی موضوع پر جمائے رکھنے کی ناقابلیت، تازہ واقعات کا یاد نہ رہنا، اور گفتگو میں بے ربطی۔ بعض اوقات یہ مریض طفل مزاج، لاپروا اور غیر ذمہ دار ہوتے ہیں، اور غیر متوقع موقعوں پر بیہودہ اور بے معنی مذاق کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ آخری درجوں میں بے حسی اور ذہول کا غلبہ ہوتا ہے۔ ذہنی امن (mental asylums) میں بعد الممات امتحانات پر جو دماغی سلعات ملتے ہیں اصابتہ کے بڑے تناسب میں جبہی لختوں میں واقع ہوتے ہیں۔ تشنجی حملے یا تو عمومی نوعیت کے ہوتے ہیں، یا مقابل جانب کے طرف سر اور آنکھوں کے انحراف مقترن (conjugate deviation of head and eyes) کے ساتھ شروع ہوتے ہیں جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ پیش مرکزی رقبہ (precentral area) میں اس حرکت کے مرکز میں خراش واقع ہو جاتی ہے، اور ایسی حالت میں یہ حملے تشخیصی اہمیت رکھتے ہیں۔ جبہی لختہ کے اگلے سرے پر کا سلعہ شمّی خطہ (olfactory tract) پر دباؤ پیدا کر کے یک جانبی عدم الشامہ (unilateral anosmia) پیدا کر سکتا ہے۔ ذو فوق ذہن سے

کسی جانب پر بالائی جبہی تلفیف کو ماؤف کرنے والا سلعہ وہ علامت پیدا کر سکتا ہے جسے جبری گرفت (forced grasping) یا تنشی تعصیبہ (tonic innervation) کہتے ہیں۔ اور وہ حالت یہ ہے کہ جب مریض نے کسی چیز کو پکڑ لیا ہو یا جب اس نے اپنی انگلیاں بند کرلی ہوں تو وہ کچھ وقت کے لئے اپنی گرفت ڈھیلی نہیں کر سکتا۔ اس سے متلازم اکثر اسی کے ساتھ ہی معکوسہ گرفت (grasp reflex) پایا جاتا ہے یعنی انگلیوں کی وہ غیرارادی مسدودگی (involuntary closure) جو لمسی تہیج کی تجیب میں ظاہر ہوتی ہے۔ ایک ایسے شخص میں بائیں جبہی لختہ کے پچھلے حصے میں کا سلعہ حرکی حبسہ اور نا کاتبی پیدا کر دینے کا امکان رکھتا ہے۔

728

صدغی لختیہ (temporal lobe) کے سلعات، قطع نظر اگلے سرے پر کے ان سلعات کے جو کلاب نما تلفیف کو ماؤف کرتے ہوں، اور قطع نظر بائیں جانب کے پچھلے سرے پر کے ان سلعات کے جو گویائی کے مرکزوں کو ماؤف کرتے ہوں، ممکن ہے کہ تجیزی اہمیت کے کوئی امارات نہ پیدا کریں، اور ان کے علامات محض عام دباؤ کے علامات تک محدود ہوں۔ عقل و مزاج کے دائرے میں وہی تغیرات واقع ہو سکتے ہیں جو جبہی سلعات کی حالت میں ہونا بیان کئے گئے ہیں۔ صدغی لختہ کا ایک عمیق الوقوع سلعہ تشعیع بصری (optic radiation) کو ماؤف کرکے متقابل ابتصاری میدان میں نقص پیدا کر دینے کا امکان رکھتا ہے۔

جسم ثفنی (corpus callosum) کے سلعات عموماً کوئی نہایت معین علامات نہیں پیدا کرتے، لیکن ممکن ہے کہ جلد ہی ذہنی تغیرات پیدا کر دیں، اور بعض اوقات ان کے ہمراہ حرکی فساد الافعال (motor apraxia) پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 615)۔

درمیانی دماغ (mid-brain) کے سلعات مندرجہ ذیل تجیزی امارات پیدا کر سکتے ہیں :۔ کرات چشم کی اوپر کے طرف حرکت کی کمزوری، روشنی سے پتلیوں کا ناقص تعامل، پتلیوں کی منحرف مرکزیت، سویم جمجمی اعصاب کا استرخائی شلل، عصب پنجم سے رسد پانے والے رقبہ پر ناقص حس پذیری جس کی وجہ اسکی

میاں مُخی جڑ کی ماؤفیت ہے۔ اِس خطے میں طولی خطوں کی ماؤفیت کی وجہ سے مزید علامات کا پیدا ہونا بھی ممکن ہے۔

بین سُویقی فضاء (interpeduncular space) کے سلعات

جن میں سے عام ترین نخامی غدی سلعہ اور زیر نامی قناۃ کا سلعہ ہے، بصری تقاطع پر دباؤ ڈال کر علامات پیدا کرتے ہیں۔ اگر جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، یہ سلعہ مرکزی طور پر واقع ہو تو ہر استبصاری میدان کا صدغی نصف پہلے متاثر ہوتا ہے، اور نقص بصارت ایک نزدمرکزی تیرہ (scotoma) کے طور پر شروع ہوتا ہے۔ جب سلعہ بصری تقاطع کو نیچے سے مضغوط کرتا ہے، تو استبصاری میدانوں کے بالائی رُبع پہلے متاثر ہوتے ہیں اور اگر انضغاط اوپر سے ہو تو زیریں رُبع۔ ایسا سلعہ جو وسطی خط سے ایک طرف واقع ہو، اسی طرف کی آنکھ کا اندھاپن، اور دوسری آنکھ کے میدان میں صدغی نقص واقع کر دے گا۔ فشل بصارت کے ساتھ ہی اوّلی ذبول عصب بصری پایا جاتا ہے۔ اس کے علاوہ ایک فوق السرج سلعہ، اذیمائے حلیمہ بصری پیدا کر سکتا ہے۔

دروں سرجی سلعات (بیشتر غدی سلعات) مسلسل ثاقب قسم کا شدید درد سر پیدا کر دیتے ہیں، جو زیادہ تر کنپٹیوں کی طرف محول ہوتا ہے، گو کہ بعض اوقات قمہ یا قذال کی طرف۔ فوق السرج سلعات (زیادہ تر زیر نامی قناۃ کے سلعات) اس قسم کے دردسر پیدا کرتے ہیں جو کہ عام طور پر بڑھے ہوئے بھیجی دباؤ کے باعث پائے جاتے ہیں۔

دوسری ساختیں جو مضغوط ہو سکتی ہیں یہ ہیں، ایک یا دوسرا عصب سوم جس سے استرخاء الجفن اور دو نظری پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک طرف کا ساق دماغ جو یک جانبی کمزوری اور باسط اخمصی تجیبیت پیدا کرتا ہے۔ اور تیسرے بطین کے فرش میں کے نواۃ جو بیش خوابی (hypersomnia) اور کثرت بول پیدا کرتے ہیں۔ ہڈی پر دباؤ کے اثرات کو بالعموم لاشعاعوں کے ذریعہ دیکھا جا سکتا ہے۔ دروں سرجی سلعہ، سرج ترکی کی توسیع پیش پسی اور نیچے کے رُخ میں کر دیتا ہے (صفحہ ۵۰۹ الف)۔ فوق السرج سلعہ مہد آسا زائدوں کا تاکل اور بالآخر غیاب واقع کر دیتا ہے لیکن سرج کی جسامت اور عمق طبعی رہتا ہے۔ زیر نامی قناۃ کے سلعات کی اکثریت (بقول شنگ



الف۔ کہف الجماجم میں ایک دروں سرخی غدی سلعہ کی وجہ سے بڑھی ہوئی سرج ترکی۔ (شعاعی نگاشت مسٹر ایچ۔ ایم۔ ورتھ، H. M. Worth
گائز ہاسپٹل : Guy's Hospital سے لی ہے)



ب۔ ایک فوق السرج دبیرہ سے سرج ترکی کا چپٹا ہو جانا۔ (یہ شعاعی نگاشت ڈاکٹر سی۔ پی۔ سیمانڈ : Dr. C. P. Seymond
اور ایچ۔ ایم۔ ورتھ : H. M. Worth کی اجازت سے لی گئی ہے)

بالمقابل صفحہ 728.

تختہ ۵۷



الف۔ طبعی سرج ترکی۔ (شعاع نگاشت مسٹر ایچ۔ ایم۔ ورتھ گائز ہاسپٹل نے لی ہے)



ب۔ فرالک کے علائمیہ کی ایک طویل المدت اصابت سے ایک غیر طبعی طور پر چھوٹی سرج ترکی۔ (شعاع نگاشت ڈاکٹر ای۔ سی۔ وارنر Dr. E. C. Warner : اور مسٹر ایچ۔ ایم۔ ورتھ گائز ہاسپٹل کی ایک اصابت سے لی گئی ہے)

بمقابل صفحہ 728

۸۰ فی صدی) میں عکس شناخت کیا جا سکتا ہے (صفحہ ۶ ۵ ' ب) طبعی سرج صفحہ ۵۰ الف میں بتائی گئی ہے۔

گاہے ایک دروں سرجی سلعہ انفی بلعوم پر حملہ آور ہو جاتا ہے' اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دماغی نخاعی سیال ناک میں سے ٹپکنے لگتا ہے۔

فوق السرج اور دروں سرجی سلعات سے پیدا ہونے والے غدی علامات اس فصل میں بیان کئے گئے ہیں جو کہ غدہ نخامیہ سے بحث کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 495)۔

جسر کے سلعات (tumours of the pons) میں تجیزی امارات کا انحصار اُن جمجمی اعصاب کی ماؤفیت پر ہوتا ہے جو اُس میں واقع ہیں' اور ساتھ ہی طولی خطوں کے اِتلاف کے علامات بھی ہوتے ہیں۔ عام دباؤ کے علامات کے متعلق یہ بات اہمیت رکھتی ہے کہ وہ انتہائی درجوں تک غیر موجود رہتے ہیں۔

دُمیغ کے سلعات (tumours of the cerebellum) اکثر اوقات دردِ سر پیدا کر دیتے ہیں' جو ابتداءً تحت القذالی خطے میں محدود المقام ہوتا ہے اور ساتھ ہی نیچے کے طرف گردن میں تشعع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ عام دباؤ کے علامات جلد ہی پیدا ہو جاتے ہیں اور نمایاں ہوتے ہیں۔ اِس کے علاوہ رقص مقلۃ' تمام عضلی حرکات کی انجام وہی میں ناہم آہنگی' اور چال جکراتی یا لڑکھڑاتی ہوئی ہوتی ہے۔ اُس سلعہ میں جو بالخصوص دُمیغ کے ایک ہی لختہ کو ماؤف کرے' دردِ سر بیشتر اُسی جانب پر محول ہو سکتا ہے اور وہاں دبانے سے محدود المقام ایلمیت موجود ہو سکتی ہے۔

آنکھوں کا رجحان اُس نقطہ کے طرف منحرف ہونے کا ہوتا ہے جو کسیقدر مقابل جانب پر ہو' چنانچہ جب مریض سلعہ والی جانب کے طرف دیکھتا ہے تو رقص مقلہ زیادہ بھدا ہوتا ہے اور زیادہ آسانی کے ساتھ ظاہر کیا جا سکتا ہے۔ جسم کی ماؤف جانب پر اکثر اوقات کسیقدر کمزوری' رعشہ اور زیر تنیدگی موجود ہوتی ہے' اور ممکن ہے کہ انگشت بینی انگشت، تواتر حرکات اور ایڑی گھٹنا کا شفاتیے انجام دینے میں ناہم آہنگی کا مظاہرہ کیا جا سکے (ملاحظہ ہو صفحہ 627)۔

اکثر ہئیت اور رفتار کے ممیز خصائص موجود ہوتے ہیں۔ سر کا رجحان سلعہ والی جانب کے طرف جھکا ہوا ہونے کا اور سارے جسم کا رجحان اسی جانب کے طرف منحرف ہونے کا ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہم جانب شانہ دوسرے شانہ کی نسبت زیادہ اونچا رکھا جاتا ہے، اور ہم جانب جارحۂ زیریں کیقدر تبعید کردہ اور بروں گردانیدہ ہوتا ہے۔ ان میں سے اول الذکر کی نوعیت اس خوردر و انحراف کے لئے ایک تعویضی میکانیت کی ہے۔

ممکن ہے کہ چلنے میں ایک خوردر و رجحان ضرر والی جانب کے طرف منحرف ہونے یا گرنے کا پایا جائے جو ارادی مساعی سے ٹھیک کر لیا جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریض تندرست جانب کے طرف لغزش کھاتا ہوا نظر آتا ہے۔ کبھی مشکوک اصابت میں مریض کو باری باری سے ایک ٹانگ پر کھڑا رہنے کو کہہ سکتے ہیں، جس سے اؤف جانب کی زیادہ کمزوری اور تیز لرزل ظاہر ہو جائے گا۔ بالعموم معکوسات غیر متبدل رہتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ ماؤف جانب پر گھٹنے کا جھٹکا (اُس وقت جب کہ ٹانگ بلا سہارے آزادانہ لٹک رہی ہو) رقاصانہ (pendulous) نوعیت ظاہر کرے۔ یہ عضلی تنش کے نقصان کے باعث ہوتا ہے۔

دُمیغی جسری زاویہ (cerebello-pontine angle) کے سلعات-

ان کی امتیازی خصوصیات یہ ہیں:- جمجمی اعصاب پر دباؤ کے باعث مترقی علامات، اور اس کے بعد جب سلعہ اتنا کافی بڑا ہو جائے کہ دمیغ کو مضغوط کر کے تلف کر دے تو دُمیغ کے یک جانبی ضرر کے امارات۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے عام دباؤ کے علامات متاخر آغاز کے ہوتے ہیں، اور عموماً دُمیغی ماؤفیت کے ساتھ ہمزمان ہوتے ہیں۔

اس مقام کی سب سے زیادہ عام بالیدہ عصب ہشتم کا عصبی لیفی سلعہ (neurofibroma) ہے جس کو سمعی سلعہ (acoustic tumour) کہتے ہیں۔ یہ ہمیشہ اپنی موجودگی کا اعلان پہلے اُن علامات سے کرتا ہے جو عصب سمعی (auditory nerve) سے منسوب کئے جا سکتے ہیں اور شور و غل یا گھنٹی بجانے کی آوازوں (طنین = tinnitus) اور مترقی عصبی صمم (nerve deafness) کی شکل میں

ہوتے ہیں۔ اِس کے بعد عصب پنجم کی حِسّی جڑ ماؤف ہوکر پہلے اُس جانب پر ملتحمی منعکسہ (corneal reflex) میں کمی یا نقصان واقع کرتی ہے، اور ازاں بعد ثلاثی توائمی میدان کا سُن پن اور عدم حسیت پیدا کر دیتی ہے۔ اِس درجہ میں وہ دہلیزی تعاملات (vestibular reactions) جو دہلیزی آلہ کی حرارتی گردشی یا گیلوانی تہییج سے طبعی طور پر حاصل ہو سکتے ہیں، ماؤف جانب پر غیر موجود پائے جاتے ہیں۔ عصب ہفتم ماؤف ہوتا ہے اور اُس کا نتیجہ محیطی قسم کی وجہی کمزوری ہوتی ہے۔ رقص مقلہ موجود رہتا ہے اور یہ اُس وقت سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے جبکہ مریض ضرر والی جانب کی طرف دیکھتا ہے۔ اور بالآخر وہ امارات پیدا ہو جاتے ہیں جو مُخیخ کے جانبی ضرر کی امتیازی خصوصیت کی حیثیت سے پہلے بیان کئے گئے ہیں، اور اس کے ساتھ ہی دردِ سر، اذ بیمائے قرصِ بصری (papillœdema) اور دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی کے دوسرے امارات ہوتے ہیں۔

کاذب تحییزی امارات۔ یہ پہلے بیان کیا گیا ہے کہ دماغی سلعہ کی بالیدگی کے آخری درجوں میں دروں جمجمی تناؤ کی زیادتی سے جو میکانی حالات پیدا ہو جاتے ہیں وہ ایسے علامات پیدا کر سکتے ہیں جن کی تحییزی اہمیت کاذب ہوتی ہے۔ یہ علامات جمجمی اعصاب پر جبر کے اثر سے پیدا ہو سکتے ہیں، یا اندرونی استسقاء الدماغ کے دباؤ سے قشرہ پتلا پڑ جانے کی وجہ سے، یا کسی اہم عرق کے تسدد سے۔ اِس طریقہ سے سب سے زیادہ عام طور پر متاثر ہونے والے جمجمی اعصاب وہ ہیں جو کہ چھٹے جوڑے کے ہیں۔ لہٰذا عصب ششم کا ایسا شلل جو دروں جمجمی سلعہ کے علامات کے ضمن میں دیر سے نمویاب ہو ایک منفرد امارت کی حیثیت سے ناقابلِ لحاظ اہمیت رکھتا ہے۔ دوسرے جمجمی اعصاب جو مماثل طریقہ سے متاثر ہو سکتے ہیں سوم، پنجم، ہفتم اور ہشتم ہیں۔ قشرہ کا پتلا پڑ جانا ان آجلی اصابتوں میں غالباً حرکی جیکسونی حملوں کے گاہ بگاہ وقوع کی، اور بالائی حرکی عصبیہ کے خطوں کی ماؤفیت کے امارات کی توجیہ کرتا ہے۔ قذالی لختہ کے سلعہ سے خیمہ (tentorium) پر نیچے کی طرف پڑنے والے دباؤ سے دُمیغی علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔

یہ بھی ایک غیر مشکوک حقیقت ہے کہ دماغی سلعہ کی بعض اصابتوں میں

جن میں دروں جمجمی دباؤ بلند درجہ کا ہوتا ہے، وتری جھٹکے بالائی اور زیریں دونوں جوارح میں مفقود ہو سکتے ہیں۔ اس کے وجوہات کسیقدر غیر واضح ہیں۔

ایک مشتبہ دماغی سلعہ کی اصابت میں ہیئت جمجمہ کا باحتیاط معائنہ کرنا چاہئے۔ بچوں میں اکثر جمجمہ بڑا ہو جاتا ہے، اور درزیں کھل جاتی ہیں، خاص طور پر جبہی جداری درز جس پر قرع سے ایک "پھوٹی ہنڈی" کی آواز نکلتی ہے۔ ایک آہستہ نشوونما پانے والا اوپری سلعہ برافتادہ ہڈی کا آکل یا بیش عظمیت واقع کر دیتا ہے، اور ایک سلعہ سحائیہ کی حالت میں ایسا ہونے کا خاص طور پر امکان ہے۔ شریانی وعائی سلعہ بسا اوقات ایک حرو (bruit) پیدا کرتا ہے جس کو مریض شناخت کر لیتا، اور بعض اوقات اس کی شکایت کرتا ہے، اور جس کو طبیب راسی استماع کرتے پر سن سکتا ہے۔ ایسا ہی حرو بعض اوقات ایک عروقی سریشی سلعہ پر سنا جا سکتا ہے۔

دماغی نخاعی سیال ایسے درجہ میں جب کہ ابھی بڑھے ہوئے دروں جمجمی دباؤ کی دیگر شہادتیں ظاہر نہیں ہوتیں ضغط پیما کے ذریعہ دباؤ کی زیادتی ظاہر کرتا ہے پانی کے ۲۰۰ ملی میٹر سے اوپر کا دباؤ معنی خیز ہے۔ آخری درجوں میں یہ دباؤ ۵۰۰ ملی میٹر تک بلند ہوتا ہے۔ معائنہ کرنے پر سیال بسا اوقات طبعی ہوتا ہے، لیکن بعض اصابتوں میں اس میں پروٹین کی زیادتی پائی جاتی ہے۔ عام طور پر اس کے ساتھ خلیات کی کوئی زیادتی نہیں ہوتی۔ اس قسم کا سیال ہمیشہ ایک عروقی سلعہ کی طرف اشارہ کرتا ہے جس سے کسی بطین میں عبرارتشاح ہو رہا ہو، نیز یہ کسیقدر باقاعدگی کے ساتھ سمعی سلعات کی حالت میں بھی پایا جاتا ہے۔ سیال میں خلیات کی زیادتی ایسی نوبالید کی حالت میں ہو سکتی ہے جو تنخر پذیر ہو اور دماغ کی یا کسی ایک بطین کی سطح کے قریب واقع ہو۔

لا شعاعیں، سلعہ کے جرم میں تکلس کے رقبہ جات ظاہر کرتی ہیں۔ یہ اکثر اوقات زیرنامی قناۃ کے سلعات میں، اور اس سے کمتر اوقات مزمن قسم کے سریشی سلعہ میں (نجم خلوی سلعہ، قلیل شجریہ سریشی سلعہ) اور سحائی سلعات میں دیکھے جاتے ہیں۔ جمجمہ کی ہڈیوں میں جن غیر طبعی حالتوں کی تلاش کرنی چاہئے وہ یہ ہیں:— استسقاء الدماغ کی وجہ سے صاقورہ کا عمومی پتلا پن اور ظہور السرج

(dorsum sellæ) کا تآکل جو کہ بہترین طور پر بچوں میں دیکھا جاتا ہے۔ دروں سرجی سلعات میں سرج ترکی کی غبارگی۔ فوق السرج سلعات میں بہدا سا زائدوں کا تآکل اور ظہر السرج کا تآکل۔ سحائی سلعات میں مقامی تآکل یا بیش عظمیت' یا ہڈی کی بڑھی ہوئی عروقیت۔ پیش پسی منظر میں ایک طبعی طور پر تکلس یافتہ جسم صنوبری کا ایک طرف ہٹا ہوا ہونا دوسرے نیم کرے میں سلعہ کی شہادت دیتا ہے۔ لاشعاعی تفتیش کو مزید جاری رکھنے کا طریقہ یہ ہے کہ بطینوں میں ہوا کا اشراب کیا جائے جس کے لئے خواہ قطنی کچوکا دیا جائے (دماغی ترسیم =encephalogram) یا کھوپری میں برمے کے ذریعہ سوراخ کرکے جانبی بطین میں کچوکا دیا جائے (بطینی ترسیم =ventriculogram)۔ ایسی صورت میں لاشعاعیں بطینی نظام کا خاکہ ظاہر کرتی ہیں۔ ایک زیر خیمتی سلعہ کی حالت میں دونوں جانبی بطین متشاکل طور پر متمدد پائے جائیں گے' اور ایک پیش پسی منظر میں تیسرا بطین ان کے درمیان نظر آئے گا۔ ایک نیم کرہ کا سلعہ' اس طرف کے جانبی بطین کا تشوہ یا انطماس' اور دوسری طرف کے جانبی بطین کا تمدد واقع کرتا ہے اور فاصل' وسطی خط سے ایک طرف ہٹ جاتا ہے۔ تیسرے بطین کا سلعہ جانبی بطینوں کا متشاکل تمدد پیدا کرتا ہے' اور تیسرا بطین خود مطموس یا مشوہ ہو جاتا ہے۔ ایسے سلعات کی تمیز میں جو بلا کسی غیر مشتبہ امارت کے بڑھا ہوا حجمی دباؤ پیدا کر رہے ہوں ہوائی اشرابات نہایت مفید ہو سکتے ہیں' لیکن وہ خطرے سے خالی نہیں ہیں اور ان کو صرف اس وقت کام میں لانا چاہیئے جب کہ ایک سرجن (surgeon) کا تعاون حاصل ہو تاکہ اگر بڑھے ہوئے انضغاط کی علامات نمودار ہوں تو وہ فی الفور عملیہ انجام دینے کے لئے تیار ہو۔

تشخیص۔ جب دروں حجمی دباؤ کی زیادتی کے امارات ایک بار قائم ہو جاتے ہیں تو تشخیص مقابلۃً آسان ہوتی ہے۔ ہٹیلے یا ہمیشہ مکرر ہونے والے نوبتی نوعیت کے دردِ سر کے ہمراہ آز ماءِ حلیمۂ بصری کی موجودگی تقریباً تمام اصابتوں میں دماغ کے سلعہ کا ثبوت ہے۔ ایک حالت جس کو بہ احتیاط متفرق کرنے کی ضرورت ہوتی ہے وہ ہے جو آتشکی سحائی التہاب (syphilitic meningitis) کے باعث ہوا کرتی ہے۔ آتشک کی دوسری شہادت' اور خون یا دماغی نخاعی سیال کے

اندر تعامل واآزرمن ثبت ملنے سے تشخیص طے ہوسکتی ہے اور اس سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ گا ہے یہ تعامل خون میں منفی لیکن سیال میں ثبت ہوتا ہے۔ ایک مزید امکان جس کا لحاظ کرنا چاہئے یہ ہے کہ آتشک کے مریض کو ممکن ہے دماغی سلعہ بھی ہو۔ مشکوک اصابتوں میں دافع آتشک علاج فیصلہ کر دیتا ہے۔

بڑھے ہوئے درون جمجی دباؤ کے دوسرے اسباب جو سلعہ سے مشابہت پیدا کرتے ہیں، مزمن دماغی خراج (chronic cerebral abscess) اور مزمن زیرجافی سلعہ دموی (chronic subdural hæmatoma) ہیں۔ اول الذکر میں عفونت کی اور آخرالذکر میں سر کے تضرر کی روئداد حاصل ہونی چاہئے، اور نخاعی سیال میں کثیرالاشکال نواتی سفید خلیات کی موجودگی ہمیشہ خراج کا ایما کرتی ہے۔ تاہم خراج یا سلعہ دموی بعض اوقات صرف ایک استقصائی عملیہ کے دوران میں دریافت ہوتے ہیں جو ایک فرضی سلعہ کے لئے انجام دیا جاتا ہے۔

شریانی مرض کے دوران میں جس کے ساتھ کلوی ماؤفیت ہو یا ممکن ہے نہ ہو، بائش تنفسی بحران واقع ہوتا ہے جس کی سریری تصویر بعض اوقات ایک سلعہ کی تصویر سے ملتی جلتی ہے، لیکن شریانی مرض کی حالت میں بالعموم قعر میں عصبی سرے فاصلہ پر شبکیتی نزفات پائے جاتے ہیں، اور شبکیتی عروق میں ممیز تغیرات پائے جاتے ہیں۔ آخر، فشار نبض پیما کے استعمال سے بالعموم تشخیص کا فیصلہ ہو جاتا ہے۔

اس قسم کا استسقاء الدماغ جو کہ نبقی سحائی التہاب، اسمیۂ التہاب اذن وسطی، اور بعض اوقات تضرر سر کے بعد واقع ہو جاتا ہے، ہر مثال میں مناسب گذشتہ روئداد سے تمیز کیا جاتا ہے۔

سباتی التہاب دماغ یا دوسری قسم کا التہاب دماغ گاہے وقت کا موجب ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں بڑھے ہوئے درون جمجی دباؤ کا فقدان، جو سریری طور پر یا قطنی کچوکے پر مشاہدہ کیا جائے، سلعہ کی تشخیص خارج از بحث کرنے کے لئے نہایت مفید ہوتا ہے۔

جب بڑھے ہوئے درون جمجی کی ممیز تصویر موجود نہ ہو، تو دماغی سلعہ کی تشخیص بسا اوقات نہایت دشوار ہوتی ہے اور اس کو مختلف حالتوں سے تمیز کرنا

پڑتا ہے۔

ان اصابتوں کو جن میں معمر اشخاص میں ترقی پذیر فالج نصفی ایک جانبی عدم حسیت یا استبصاری میدان کا نقص ہو عروقی مرض کے اثرات سے متفرق کرنا چاہئے۔ یہاں رفتار ترقی ایک نہایت اہم نکتہ ہے کیونکہ سلعہ کی حالت میں یہ ہمیشہ اس سے زیادہ سست ہوتی ہے کہ جس کی توجیہ دماغی طلبیت کی بنا پر کی جاسکتی ہے۔ اصابتوں کے اس گروہ میں مزمن زیر جافی سلعہ دمویہ کے امکان کو بھی پیش نظر رکھنا چاہئے۔

صرعی حملے خواہ مقامی یا عمومی خود رو صرع کے ابتدائی درجوں میں یا آتشک یا قشرہ کے کسی پرانے عروقی ضرر یا تضرر کے باعث ہو سکتے ہیں۔ دماغی سلعہ اور خود رو صرع کے درمیان تفریقی تشخیص نہایت ہی دشوار ہے اور بعض اوقات صرف مرور زمانہ کے ساتھ ممکن ہوتی ہے۔ جب اس مرض کی خاندانی سرگزشت یا دوسرے سبب کے بغیر ادھیڑ عمر میں صرعی حملے ہونے لگیں تو تمام مریضوں میں سلعہ کا شبہ کرنا ایک صحیح اصول ہے اور ان کی تفتیش اسی نقطہ نگاہ سے کرنی چاہئے۔

دماغی سلعہ کی ذہنی علامات کو دوسری عضوی عتاہتوں کی علامات سے متفرق کرنا چاہئے بالخصوص آتشک شریانی صلابت اور قبل شیخوخی عتاہت کی علامات سے۔ نخاعی اور فوق السرج سلعات سے پیدا شدہ ذبول عصب بصری کو دوسرے اسباب اور خاص طور پر آتشک کے ذبول عصب بصری سے متفرق کرنا چاہئے۔

دمیغ اور ساق دماغ کے سلعات بعض اوقات ایسے علامات پیدا کردیتے ہیں جو منتشر صلابت کے علامات سے خلط ملط ہو جانے کا امکان رکھتے ہیں لیکن آخر الذکر مرض میں منتشر علامتیات اور اس کے ساتھ دردوں تھجی دباؤ کا فقدان بالعموم تشخیص کیلئے کافی ہوتا ہے۔

جب ایک دماغی سلعہ کی موجودگی اور اس کا محل وقوع دریافت ہو جائے تو بسا اوقات اس کی نوعیت کے متعلق معقول یقین حاصل کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ علامات کے علاوہ مریض کی عمر اور خصوصی تفتیشات مثلاً لا شعاعوں اور قطنی کوچ کے نتائج کا لحاظ کیا جائے۔ یہ قول نخامی غدی سلعات اور زیر نامی قناۃ کے سلعات اور دسمی سلعات کے متعلق خاص طور پر صادق آتا ہے۔ ایک بچے میں وسط دمیغی سلعہ تقریباً ہمیشہ

لب ناہضی سلعہ یا نجم خلوی سلعہ ہوگا' اور اول الذکر قدرے زیادہ ابتدائی عمر میں واقع ہوتا ہے اور اس میں کوتاہ تر سرگزشت حاصل ہوتی ہے۔ ادھیڑ عمر یا اس سے زائد عمر کے شخص میں ایک سرعت کے ساتھ نشو ونما پانے والا سلعہ جو ایک دماغی نیم کرہ میں گہرا واقع ہو تقریباً یقینی طور پر اسفنج ناہضی سلعہ ہے۔ دماغی نخاعی سیال میں بلند پروٹینی مشمول اس شبہ کو تقویت دیتا ہے۔ سلعہ سحائیہ کے اوپر پڑی ہوئی ہڈی کا لاشعاعی منظر اس سلعہ کے لئے ممیز ہوتا ہے۔ امراضیاتی تشخیص کی پیچیدگیوں پر زیادہ طویل بحث یہاں نہیں کی جائے گی۔ مرضی تشریح' امراضیات' اور علامات کی فصلوں میں جو معلومات دی گئی ہے' اس کے باہمی رشتہ کو مناسب طور پر سمجھ لینے سے طالب علم اپنی رائے خود قائم کر سکتا ہے۔

انذار۔ ان اصابتوں میں جن پر عملیہ نہیں کیا گیا تھا' بعد الممات امتحان میں تصدیق کردہ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں یہ پایا گیا کہ مریض کے زندہ رہنے کا زمانہ ایک سال سے لے کر دو سال تک تھا (Tooth)۔ سریع بالیدگیوں مثلاً اسفنج ناہضی سلعہ' لب ناہضی سلعہ' اور صروحی سرطان میں قدرتی طور پر یہ سب سے کم ہوتا ہے۔ سلیم ترین سلعات میں یہ نسبتہً بہت زیادہ طویل ہوتا ہے۔ توقع حیات شاید سادہ قسم کے نخاعی سلعات میں طویل ترین ہوتی ہے' جو سَرِج تُرکی کے اندر اپنے محلِ وقوع کی وجہ سے درون جمجمی دباؤ کی زیادتی نہیں پیدا کر سکتے تاوقتیکہ ان کے نمو کا نہایت متاخر درجہ نہ ہو۔

جب درون جمجمی دباؤ کے امارات ایک مرتبہ نمویاب ہو جائیں تو ثانوی ذبول عصب بصری کی وجہ سے اندھاپن پیدا ہونے کا اندیشہ ہے۔ آخری درجوں میں ذہنی علامات بھی طاری ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ موت' جو کہ تنفسی مراکز کے فشل سے واقع ہوتی ہے' ممکن ہے انتہائی طور پر ناگہانی ہو۔

مختلف قسم کے سلعات میں جراحی علاج کا انذار اس فصل میں بیان کیا گیا ہے جو کہ مرضی تشریح سے بحث کرتی ہے۔

علاج۔ آتشکی صمغیہ کا علاج وہی ہے جو آتشکی التہاب سحایا کا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 693)۔ سلعہ درنیہ میں بصارت کی حفاظت کرنے کے لئے ایک ضغطِ زبا

عملیہ کی ضرورت ہے ۔ ورنہ اس کا علاج وہی ہے جو دوسری جگہ کے تدرن کا ہوتا ہے، یعنی آرام، سورج کی روشنی اور تازہ ہوا۔ دوسرے دماغی سلعات کا علاج تقریباً تمامتر جراحی ہے، جیسا کہ مرضی تشریح کی فصل میں بیان کیا گیا ہے۔ بعض قسم کے سلعات کو جن کی نمایاں ترین مثالیں لب ناہضی سلعہ، اسفنج ناہضی سلعہ اور بیروحی سلعہ ہیں، اپنے حال پر چھوڑ دینا ہی بہتر ہے، اگرچہ بعض اصابتوں میں امراضیاتی تشخیص قائم کرنے کے لئے ایک استقصائی عملیہ کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ لب ناہضی سلعات کسی حد تک عمیق لاشعاعی علاج سے اثر پذیر پائے جاتے ہیں، اور اسی طرح نخامی غدی سلعات بھی۔

دوائی علاج علامات کی تسکین تک محدود ہے۔ کامل سکون و آرام، سر پر برف کی تھیلیاں، کیفین، فیناسیٹین اور ایسپرین مجموعی طور پر، اور بالآخر افیون، وہ ذرائع ہیں جو کہ ہم کو حاصل ہیں۔ بڑھے ہوئے دروں جمجمی دباؤ کے علامات سے عارضی تسکین اس طرح حاصل کی جاسکتی ہے کہ بیش تنشی محلولات دئے جائیں، مثلاً ۳ اونس میگنیشیم سلفیٹ ۲ اونس پانی میں براہ مستقیم، یا گلوکوس کے ۵۰ فی صدی محلول کے ۵۰ — ۱۰۰ مکعب سینٹی میٹر دروں وریدی طور پر۔

مزمن استسقاء الدماغ

(chronic hydrocephalus)

استسقاء الدماغ جمجمی کہفہ کے اندر سیال کے اجتماع کا نام ہے۔ حاد انصباب بیشتر التہاب سحایا سے پیدا ہو جاتا ہے، خواہ یہ التہاب درنی ہو یا تبقی سحائی ہو۔ اول الذکر مرض ایک زمانہ میں حاد استسقاء الدماغ (acute hydrocephalus) کے نام سے یاد کیا جاتا تھا۔

اس لحاظ سے کہ سیال تمامتر دماغ کے بطینوں میں مشمول ہے یا باہر کی طرف دماغ اور کھوپڑی کے درمیان تحت العنکبوتیہ فضا میں بنا ہے، مزمن استسقاء الدماغ کی تقسیم اندرونی اور بیرونی قسموں میں کی گئی ہے۔ یہ سچ ہے کہ بڑھاپے میں اور دیگر حالات کے باعث، مثلاً تنیف، دماغ جسامت میں گھٹ جاتی ہیں، تجاویف چوڑی

ہوجاتی ہیں' اور وہ فضا جو دماغی جرم کے غائب ہوجانے سے کھوپری میں اس طرح باقی رہ جاتی ہے سیال سے پُر ہوجاتی ہے۔ اسیطرح دماغ کے مقامی سکڑاؤ سے جو نقصان ہوجاتا ہے وہ بھی سطح پر سیال کے اجتماع سے پورا ہوجاتا ہے۔ لیکن اس تعویضی افراز سے حقیقی استسقاء الدماغ کے کوئی اثرات نہیں پیدا ہوتے۔ حقیقی بیرونی استسقاء الدماغ ایک نہایت شاذ حالت ہے' جس کی ماہیت اب تک سمجھ میں نہیں آئی ہے' لیکن خیال کیا جاتا ہے کہ وہ سحایا کے مزمن التہابی تغیّرات کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہوجاتا ہے' اور اس لحاظ سے اُسے مصلی التہاب سحایا (serous meningitis) بھی کہتے ہیں۔

اندرونی استسقاء الدماغ کی تقسیم' جس میں تمدد دماغ کے بطینوں تک محدود ہوتا ہے' پیدائشی اور اکتسابی قسموں میں کی جاسکتی ہے۔

پیدائشی اندرونی استسقاء الدماغ (congenital internal hydrocephalus)

یہ حالت پیدائش کے وقت یا تھوڑے عرصے بعد دیکھنے میں آتی ہے' اور غالباً دماغی نخاعی سیال کے افراز' اس کے دوران' اور اس کے بازانجذاب میں کسی پیدائشی غیرطبعی حالت پر منحصر ہوتی ہے۔

کوئی شہادت اس مفروضہ کی تائید میں نہیں کہ اس کا سبب مشیمی ضفیرے (choroid plexus) کا بیش افراز ہے۔ ایسی اصابتیں پائی گئی ہیں جن میں مضیقِ سلویئس (Sylvian aqueduct) میں یا اور کہیں ایک پیدائشی انسداد ملا ہے' یعنی اس راستہ میں جو کہ دماغی نخاعی سیال کے مبدائی سرچشمہ جو بالخصوص جانبی بطینوں میں ہے' اور قاعدہ دماغ کے وریدی مجریات' جن میں دماغی نخاعی سیال کا بازانجذاب ہوجاتا ہے کے درمیان ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 606)۔ پھر بھی ایک بڑی اکثریت ایسی اصابتوں کی باقی رہ جاتی ہے جن میں ایسا کوئی سبب نہیں پایا جاسکتا' اور اسیواسطے یہ قیاس ظاہر کیا گیا ہے کہ فشل ان مجریات میں واقع ہوتا ہے جن میں طبعاً سیال کا بازانجذاب ہونا چاہیئے' اور یہ کہ ان اصابتوں میں عنکبوتی خلات غیر موجود یا ناقص ہوتے ہیں۔

یہ مفروضہ تاحال پایۂ ثبوت کو نہیں پہنچا ہے' لیکن اس خیال کی کسیقدر

733

تائید بعض تجربات سے ہوتی ہے۔ جن سے ظاہر ہوتا ہے کہ جانوروں میں جب کاربن (کاجل = lamp-black) کے نہایت باریک پسے ہوئے ذرات کی تعلیق کی ذراسی مقدار تحت العنکبوتی فضا کے اندر داخل کی جاتی ہے تو یہ ذرات ان عنکبوتی خملات میں پہنچ جاتے ہیں جو کہ وریدی جوفوں میں واقع ہوتے ہیں اور جب وہ اس طرح سیال کے باز انجذابی مجریات کو مسدود کر دیتے ہیں تو اندرونی استسقاء الدماغ کی ایک ایسی تصویر پیدا کر دیتے ہیں جو انسان میں پائی جانے والی تصویر سے ہر طرح مشابہ ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ استسقاء الدماغ کی اس قسم میں دماغ کے بطینوں میں حد سے زائد سیال موجود ہوتا ہے، جو بعض اوقات ایک کوارٹ (چوتھائی گیلن) کے برابر یا اس سے بھی زائد ہوتا ہے۔ اس سیال میں دماغی نخاعی سیال کے خصائص موجود ہوتے ہیں، یعنے اس کی کثافت نوعی ۱۰۰۶ تا ۱۰۰۹ ہوتی ہے، اس میں کلورائڈ آف سوڈیم کی خفیف مقدار، البیومین محض برائے نام، اور بعض اوقات یوریا یا کولیسٹرین (cholestrin) موجود ہوتی ہے۔ یہ مایع تمام بطینوں میں یا بطین چہارم کے سوائے تمام بطینوں میں، یا صرف دونوں جانبی بطینوں میں واقع ہو سکتا ہے۔ اس کی بڑھتی ہوئی مقدار سے جرم دماغ بے انتہا متمدد ہو جاتا ہے، تلافیف چپٹے ہو جاتے ہیں، بلکہ بعض اوقات گھٹ کر چند سُوت موٹے رہ جاتے ہیں، اور قاعدی عقود دباؤ کی وجہ سے متناظراً چپٹے پڑ جاتے ہیں۔ جب سیال کا اجتماع بطین چہارم میں ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ مصیف سلویئس انگلی کی جسامت تک متمدد ہو جائے۔ جب بطین چہارم متمدد نہیں ہوتا تو یہ مصیف اکثر مسدود ہوتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں اُن حصوں میں جن پر دباؤ سب سے زیادہ پڑتا ہے، رمادی اور سپید مادے کے درمیان کوئی فرق باقی نہیں رہتا۔ بر غلیفہ اکثر دبیز ہو جاتا ہے اور اُس میں نشا سا اجسام (amyloid bodies) موجود ہوتے ہیں، اور اُس کی سطح باریک ابرکون سے ڈھکی ہوتی ہے۔

بعض اوقات استسقاء الدماغ مرکزی عصبی نظام کے دوسرے اضرار (مثلاً شوکہ مشقوق = spina bifida یا نخاعی جوفیت = syringomyelia) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

علامات۔ مرض کی نہایت صریح' اور ممکن ہے کہ کچھ عرصے تک واحد علامت بچہ کے سر کی حالت ہے جو اس مرض سے پیدا ہو جاتی ہے۔ دماغ بگڑ کر کھوپری میں منتقل ہو جاتا ہے' اور جوں جوں کھوپری باہر کو پھیلتی جاتی ہے سر بڑا ہوتا جاتا ہے۔ یہ کلانی اکثر انتہائی درجہ کی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ پیدائشی اصابتوں میں یہ وضع حمل میں تشویشناک تمدد پیدا کر دے۔ دوسری اصابتوں میں یہ زندگی کے ابتدائی چند مہینوں میں نمودار ہو جاتی ہے' اور ممکن ہے کہ سر کا محیط ۱۶ یا ۱۸ انچ کے بجائے (جو ایک سال تک کی عمر کے معمولی ناپ ہیں) ۲۴ بلکہ ۳۲ انچ تک پہنچ جائے۔ اس کے ساتھ ہی سر گلو بچہ نما ہوتا ہے' اور کھوپری چہرے اور گردن کے اوپر سارے دور میں تقریباً یکساں طور پر برون کئے ہوئے ہوتی ہے۔ چہرہ نسبتہً چھوٹا اور سکڑا ہوا نظر آتا ہے' اور شدید اصابتوں میں اس کا بشرہ تکلیف' تشویش' یا شیخوخیت ظاہر کرتا ہے۔ اندر سے واقع ہونے والا تمدد محجری صحنوں کو باہر کے طرف دھکیل دیتا ہے' اور مقلات نیچے کے طرف گھوم جاتے ہیں' جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قزحیہ اور قرنیہ دونوں کا زیریں حصہ زیریں پپوٹے کے نیچے غائب ہو جاتا ہے' اور صلبیہ کا بالائی حصہ منکشف ہو جاتا ہے۔ سر کی جسامت کی زیادتی کی وجہ یہ ہے کہ جمجمی ہڈیاں ایک دوسری سے علیحدہ ہو جاتی ہیں' جس سے یافوخ بہت بڑے اور درزیں چوڑی ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات اِن فضاؤں میں تموج محسوس کیا جا سکتا ہے۔ زیادہ پرانی اصابتوں میں پایا جاتا ہے کہ ہڈیوں کے حاشیوں پر تعظم جاری رہ کر درزوں کے اندر تک بڑھ گیا ہے' چنانچہ بالآخر اگر مریض زندہ رہتا ہے تو اِس ذریعہ سے' اور جھلی میں جا بجا مرکزوں سے ہڈی کے تازہ ٹکڑے (عظام مثلث الزوایا = ossa triquetra' ورمی ہڈیاں = Wormian bones) بن جانے سے ممکن ہے کہ کھوپری کی قلتیں کامل طور پر پُر ہو جائیں۔ لیکن ابتدائی درجوں میں ہڈیاں پتلی' ڈھیلی ڈھالی سے متفرق اور شفاف ہوتی ہیں۔ جلد الراس کا چمڑا خوب تنگ کھنچا ہوا' اور حد سے زائد پتلا ہوتا ہے' اور اُس کی سطح پر بڑی بڑی نیلی وریدیں متفرع ہوتی ہیں۔ بال عموماً کم ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں جن میں سیال چنداں وافر نہیں ہوتا' ممکن ہے کہ ہڈیاں اتنی کھلی جائیں کہ جرمِ دماغ پر زیادہ دباؤ نہ پڑنے پائے۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ

علامات کلائی تر سے زیادہ آگے نہ بڑھیں۔ زیادہ سے زیادہ یہ ہوتا ہے کہ کسیقدر عام کمزوری اور دُبلا پن پیدا ہو جاتا ہے' اور اس سے بھی کچھ عرصہ کے بعد بچہ شفا یاب ہو جاتا ہے۔ لیکن بیشتر اصابتوں میں دوسرے علامات بھی ہوتے ہیں۔ عقلی قوت میں کمی ہوتی ہے۔ بالخصوص اتنا بڑا سر سیدھا نہیں رکھا جا سکتا' اور وہ کبھی ایک جانب کبھی دوسری جانب کے طرف گر گر جاتا ہے' یا جب بچہ بستر میں اُٹھ کر بیٹھتا ہے تو سر کو ہاتھوں سے تھامنا پڑتا ہے۔ بچہ چل نہیں سکتا' یا معتدل اصابتوں میں اسے چلنے کا سلیقہ محض طویل عرصہ کے بعد حاصل ہوتا ہے۔ بصارت اکثر ناقص یا مفقود ہوتی ہے' اور انتہائی شالوں میں اعصاب بصری کا ذبول ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ دوسرے حواس میں بھی کسی حد تک خرابی واقع ہو جائے۔ وظائف عقلیہ اکثر ناقص ہو جاتے ہیں۔ بچہ بولنا دیر سے سیکھتا ہے' اُس کی بالیدگی کے لحاظ سے بہت زیادہ طفل مزاجی ظاہر کرتا ہے۔ وہ ضدی' چڑ چڑا یا بد مزاج ہوتا ہے۔ شدید اصابتوں میں اکثر اوقات رقصِ مغلہ' کمزور شدہ جوارح میں کرختگی اور تشنج' تشنجات اور قئے ہوتی ہے۔ ان میں سے بہت سے مریض نوعمر مر جاتے ہیں۔ اُن پر بے حسی یا نیم قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے' اور وہ بستر میں اس طرح پڑے رہتے ہیں کہ آنکھیں بند یا پھڑکتی ہوئی ہوتی ہیں' جوارح کرخت یا سخت ہو جاتے ہیں' پیشاب اور پاخانہ خطا ہو جاتا ہے' وہ ہمیشہ کراہتے یا دھیمی آواز سے روتے رہتے ہیں' اور غذا لینے سے انکار کرتے ہیں یا انھیں کھانے کا ہوکا ہوتا ہے۔

بالآخر ممکن ہے کہ تشنج' یا قوما' یا کوئی بین رو مرض' جیسے کہ شعبی التہاب (bronchitis) ' ذات الریہ' یا کھسرا (measles) ' اس منظر کا خاتمہ کر دے۔

بعض اوقات سیال جلد کے انشقاق سے یا ناک یا آنکھوں کی راہ سے پھوٹ کر باہر نکل آیا ہے۔

انذار۔ مرض کی مدت مختلف ہوتی ہے۔ تیسرے سال سے آگے بہت کم مریض زندہ رہتے ہیں۔ نہایت خفیف درجہ کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ شفا ہو جائے' یا یہ کہنا زیادہ صحیح ہوگا کہ مرض کی ترقی رُک جائے۔ ترفریڈرک ٹیلر نے ایک اصابت درج کی ("Clin. Trans.," 1897) جس میں ایک لڑکا

کامل ذہنی نمو اور جسمانی قابلیت کے ساتھ سولہ سال کی عمر کو پہنچا اور پھر سر یع دماغی نخاعی علامات کے ساتھ مر گیا اور اس کے بطینوں میں ۳۰ اونس سیال موجود ملا۔ چند ایک اصابتیں ایسی بھی ہوئی ہیں جن میں مریض ساٹھ یا ستر سال کی عمر تک زندہ رہے۔

تشخیص۔ اس مرض اور کساحۃ (rickets) کے باہم خلط ملط ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ کساحتی سر کی شکل کروی ہونے کے بجائے مکعبی ہوتی ہے اور اس میں قمتہ الراس چپٹا ہو جاتا ہے۔ آنکھ کے ڈھیلے نیچے کو ہٹے ہوئے نہیں ہوتے، جوارح کمزور ہو سکتے ہیں، مگر ذہنی یا عقلی قوی ناقص نہیں ہوتے۔ علاوہ ازیں کساحۃ کی دوسری شہادتیں کسی نہ کسی وقت موجود ہوتی ہیں۔ مثلاً دانے دار پسلیاں، موٹی کلائیاں، سر میں پسینہ آنا اور عام الیبیت۔

علاج۔ اُن اصابتوں میں جن میں مصیف سلوٹیں اور سوراخ بُخنڈی مسدود نہیں ہوئے ہوں قطنی کچوکے کے ذریعہ متمدد بطینوں کی میلیت قایم کیجا سکتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں جن میں بطینوں اور نخاعی تحت العنکبوتی فضا کے درمیان تسدد موجود ہو، بُطینی کچوکے کے ذریعہ سیلیت قایم کی جاسکتی ہے۔ لیکن اس کا اثر محض عارضی ہوتا ہے۔ مستقل سیلیت قایم کرنے کے لئے بہت کوششیں کی گئی ہیں لیکن تاحال کوئی کامیاب نہیں ہوئی۔ اس کی بڑی احتیاط رکھنی چاہئے کہ تکیہ پر چست متمدد جلد الراس کے دب جانے سے قروح الفراش نہ بننے پائیں۔

اکتسابی اندرونی استسقاء الدماغ (acquired internal hydrocephalus)۔ یہ بچوں اور بالغوں دونوں میں ہو سکتا ہے لیکن زیادہ تر اول الذکر میں ہوتا ہے۔ نہایت عام طور پر یہ قاعدی سحائی التہاب (basal meningitis) کا نتیجہ ہوتا ہے (بالخصوص اس کی نیتی سحائی قسم کا) اور اُن التہابی انضمامات سے پیدا ہو جاتا ہے جو دماغی نخاعی سیال کے رِنگذر کو اس کے بطین چہارم سے باہر نکلنے کے مقام پر مسدود کر دیتے ہیں۔ ایسا ہی اتفاقاً اُن میکا حالات سے بھی واقع ہو جاتا ہے جو دماغ کے سلعات سے پیدا ہو جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 724)۔ اُن رسولیوں سے جو اپنے ابتدائی درجوں ہی میں مصیف سلوٹیں کو

راست مسدود کردیتی ہیں۔ اس کے پیدا ہونے کا امکان خاص طور پر ہوتا ہے۔
علاوہ ازیں اکتسابی استسقاء الدماغ کی اصابتوں کا ایک چھوٹا گروہ اور ہے جس کو راقم الحروف نے التہابی اذنی استسقاء الدماغ کا نام دیا ہے، اور اس میں علامات التہاب اذن وسطی کے مرض کے دوران میں یا اس کے بعد نمو یاب ہو جاتی ہیں، بالخصوص اگر اس میں جانبی جوفی علقیت کی پیچیدگی واقع ہوگئی ہو۔ بعض اصابتوں میں کوئی تسلی بخش سبب دریافت نہیں ہو سکتا۔

مرضی تشریح - دماغی سلعہ کی وجہ سے پیدا ہو جانے والے استسقاء الدماغ کی اصابتوں میں جو مناظر پائے جاتے ہیں وہ بیان کئے جا چکے ہیں۔ سحائی التہاب کے بعد پیدا ہو جانے والی اصابتوں میں سوراخہائے مجنڈی و لوشکا (foramina of Magendie and Luschka) التہابی مادے سے مسدود ہوتے ہیں۔

علامات - سحائی التہاب کے بعد پیدا ہو جانے والی اصابتوں میں استسقاء الدماغ کی حالت سرایت رساں مرض کے بعد فی الفور پیدا ہو جاتی ہے۔ شیر خواروں میں کلانی سر اور ساتھ ہی دوسرے علامات جن کا اس مرض کی پیدائشی قسم میں تذکرہ کیا گیا ہے، اس حالت کے صریح امارات ہوتے ہیں۔ نسبتہً زیادہ عمر والے بچوں اور بالغوں میں ممکن ہے کہ شدید اور ہٹیلا درد سر اس کی خاص امارت ہو۔ دباؤ کی زیادتی کے علامات جو اس حالت کے ساتھ اس وقت پائے جاتے ہیں جب کہ یہ دماغی سلعہ کی وجہ سے پیدا ہوگئی ہو، پہلے بیان کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 725)۔

735

وہ شاذ اصابتیں جن میں کوئی سبب نہیں دریافت ہو سکتا، جب بالغوں میں ہوتی ہیں تو دوروں بھی دباؤ کی زیادتی کے علامات پیش کرتی ہیں، جن کی تشخیص دماغی سلعہ کے علامات سے بمشکل ہو سکتی ہے۔ بطین سوم کے تمدد کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تقاطع بصری پر دباؤ پڑنے سے ذبول عصب بصری، اور فوقانی اجسام رباعیہ توأمیہ پر دباؤ پڑنے سے آنکھوں کی اوپر کی طرف کو حرکت کا شلل پیدا ہو سکتا ہے۔

انذار کا انحصار سبب پر ہوتا ہے۔ دماغی سلعہ کی وجہ سے پیدا ہو جانے والی

اصابتوں میں اِس کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔ سحائی التہاب کے بعد پیدا ہوجانے والی اصابتوں میں ممکن ہے بعض بچے بالآخر شفایاب ہوجائیں مگر یہ اکثر اوقات مصروع یا ناقص الذہن ہوتے ہیں۔ بالغوں میں ممکن ہے کہ یہ حالت چند ماہ تک جاری رہ کر پھر یکایک فشل تنفس کے باعث ختم ہو کر مہلک نتیجہ کو پہنچے۔ نامعلوم السبب اصابتوں (اولی اکتسابی استسقاء الرأس primary acquired hydrocephalus) میں ازدیاد امیدافزا ہوتا ہے۔ ممکن ہے فترات یا وقفے ہوں جو بعض اصابتوں میں سالہاسال تک جاری رہتے ہیں۔

علاج۔ سحائی التہاب کے بعد کی اصابتوں میں سُلفین کچھ کے اوسیلیت کی سفارش کی گئی ہے جس کے بعد ضد سحائی تنقی مصل (anti-meningococcal serum) داخل کر دینا چاہئے۔ اُن اصابتوں میں جو دماغی سلعہ کے باعث ہوں علاج کی تفصیل پہلے درج کی گئی ہے۔ التہابی اولی اصابتوں کو کس طرح تسکین دی جا سکتی ہے کہ کمر قطنی کچھ کار دیا جائے اور دماغی نخاعی سیال کی سیلیت کی جائے۔ بالآخر دباؤ کر کر طبعی لیول پر آجاتا ہے اور مستقل تسکین ہوجاتی ہے۔

عمومی شللِ مجانین

(general paralysis of the insane)

آتشکی التہاب سحایا و دماغ (syphilitic meningo-encephalitis)

امراضیاتی لحاظ سے اِس مرض کا امتیازی خاصہ دماغ کے وہ وسیع انحطاطی اور التہابی تغیرات ہیں جو آتشک کے پیچ مویہ (spirochæle) سے پیدا ہوجاتے ہیں اور سریری لحاظ سے ترقی پذیر ذہنی خرابی اور ساتھ ہی بعض طبعی امارات اور آخری درجوں میں عمومی شلل ہے۔ جس خطاب سے یہ عام طور پر مشہور ہے وہ اُس وقت سے چلا آتا ہے جب کہ یہ مرض ایک پیچیدگی خیال کیا جاتا تھا جو جنون کی بعض اصابتوں میں واقع ہوجاتی ہے، اور اُسے اب سے بہت پہلے ترک کر کے اُس کے بجائے کوئی زیادہ علمی نام اختیار کر لینا چاہئے تھا۔ مگر اِس قدیم نام کا استعمال اب مروج ہوچکا ہے۔

یہ مرض عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ ہوا کرتا ہے اور بیشتر تیس اور پچاس سال کی عمروں کے مابین سرایت کے پانچ تا پندرہ سال بعد ہوتا ہے۔

پیدایشی سرایت کی وجہ سے بعض اصابتیں بچوں یا نوعمروں میں بھی پائی جاتی ہیں۔

مرضی تشریح ۔ بالعموم سحایا موٹے ہو جاتے ہیں اور ساتھ ہی اُن کے درمیان اور سطح دماغ کے ساتھ انضامات پیدا ہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب حنونی عنکبوتیہ کو اُتارنے کی کوشش کی جاتی ہے تو قشرہ پھٹ جاتا ہے۔ خود دماغ عموماً معمول کے نسبت چھوٹا اور ہلکا ہوتا ہے۔ تلافیف بالخصوص جبہی لختوں میں کے تلافیف سکڑے ہوئے اور تجاویف مقابلتہً سیال سے پُر اور چوڑے نظر آتے ہیں۔ بطینوں کا بر ظہاری استر موٹا غیر شفاف اور ناہموار ہو کر پالے نما منظر پیدا کرتا ہے۔

خُردبین سے دیکھنے پر عروق کے درحلی خلیات تکاثر ظاہر کرتے ہیں اور ساتھ ہی دماغی جرم میں خلیات کی گرد عروقی اور منتشر دریزش پائی جاتی ہے۔ ان میں لمفی خلیات (lymphocytes)، بلازما خلئیے اور مختلف اقسام کے عصب ربطی خلیے (neuroglial cells) پائے جاتے ہیں۔ عصبی خلیے اور ریشے انحطاط کے مختلف درجوں میں ملتے ہیں۔ عصب سریشی ریشوں میں بھی نمایاں زیادتی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ حقیقی تکسّر اور لیسنت کے رقبہ جات پائے جائیں لیکن یہ مخصوص نہیں ہوتے۔ شاحب پیچ مویہ (spirochæte pallida) جسے دماغ کے اندر ۱۹۱۳ء میں ابتداً نوگوچی (Noguchi) اور مور (Moore) نے دریافت کیا بعد ازاں بہت سی دوسری اصابتوں میں بھی بتلا دیا گیا ہے۔ لیکن اس کی تو زیع چھدری چھدری ہوتی ہے اور وہ اُسی وقت ملتا ہے جب کہ اُس کی تلاش میں کوشش اور تن دہی سے کام لیا جائے۔ ممکن ہے کہ نخاع میں انحطاطی تغیرات پائے جائیں جو دماغی انضرار کا نتیجہ ہوتے ہیں اور متعدد اصابتوں میں پچھلے استوانوں کا ہمزبان انحطاط (ہزالی استرخا = tabo-paresis) بھی ہوتا ہے۔

736

علامات ۔ علامات کی گروہ بندی میں بہت اختلاف دیکھا جاتا ہے۔

ابتدائی درجوں میں ذہنی علامات کی نوعیت مختلف ہوتی ہے' اور طبیعی اور ذہنی علامات کے درمیان کوئی موازات (parallelism) نہیں پائی جاتی' اور نہ انفرادی طبیعی امارات کے درمیان۔

اکثر و بیشتر ابتدائی ترین علامات وہ غیر محسوس تغیرات ہیں جو مریض کی شخصیت میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ آدمی بے پروا اور بد احتیاط ہو جاتا ہے' وہ شراب نوشی میں بے اعتدالی پر مائل ہو جاتا ہے' یا جس قدر روپیہ پیسہ خرچ کرنے کا عادی تھا بلا وجہ اُس سے زائد خرچ کرنے لگتا ہے' یا چڑچڑا یا بے چین ہو جاتا ہے' بیوی اور خاندان والوں کے ساتھ اُس کی محبت میں تغیر ہو جاتا ہے' یا وہ بلا سبب بدگمان ہو جاتا ہے۔ اِس کے برعکس ممکن ہے کہ ابتدائی تصویر محض عصبی نہاکت (neurasthenia) کی ہو اور اُسے غیر معمولی تکان' بے خوابی اور چڑچڑے پن کی شکایت ہو۔ ممکن ہے کہ دردِ سر نمایاں علامت ہو' جس کا انحصار بلاشبہ سحائی ماؤفیت پر ہوتا ہے۔ بالعموم قوئ عقلیہ ابتدا ہی سے معتدل طور پر ماؤف ہو جاتے ہیں۔ تازہ اور بعید ماضی کے متعلق حافظہ میں نقائص موجود ہوتے ہیں' اور اِس کے باعث سرگذشتِ مریض کے واقعات کی تاریخوں کے تعین میں نقص پایا جاتا ہے۔ بالعموم اُسے اِن نقایص کا علم نہیں ہوتا' اور وہ یہی کہتا رہے گا کہ میرا حافظہ اُتنا ہی اچھا ہے جتنا کہ ہمیشہ سے تھا۔ مزاج کی کیفیت میں اکثر اختلالات واقع ہوتے رہتے ہیں' اور ان کی عام قسم وہ ہے جس میں مریض بے انتہا فرحاں' فعّال اور پُرگو ہوتا ہے' اور ساتھ ہی اُسے عظمتِ نفس کے اختباطات ہوتے ہیں۔ اِن کا تعلق محض اُسی کی ذات سے ہوتا ہے' اور یہ ظاہر کرتے ہیں کہ وہ کیا ہے' اُس کے پاس کیا کچھ ہے' یا کہ وہ کیا کیا کر سکتا ہے۔ مثلاً یہ کہ وہ قادرِ مطلق' شاہِ انگلستان' یا وزیرِ اعظم ہے' یا دنیا میں سب سے زیادہ خوبصورت اور سب سے زیادہ طاقتور شخص ہے۔ اُس نے پیسہ پیدا کرنے کے لئے نہایت فراست آمیز اور عمدہ ترکیبیں ایجاد کی ہیں' اور اُس کے قبضہ میں ابھی سے بے انتہا مال و دولت ہے۔ اِس کے برعکس اُس کے مزاج کی غالب کیفیت بے انتہا پستی کی ہو سکتی ہے' جس کا مخصوص و ممیز خاصہ اختباط کی زیادتی ہوتی ہے' جو اُسے سادہ مالیخولیا سے

تمیز کرنے میں ممد ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس حالت میں مریض اقدامِ خودکشی کرے۔
علاوہ ازیں ایک اور قسم کا طریقۂ آغازِ مرض وہ ہے جو ترقی پذیر بطئی الحسّی اور عدمِ دلچسپی کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے جس کی تہ میں مزاجی کیفیت کی کوئی خرابی موجود نہیں ہوتی۔

بارہا ابتدائی ترین علامت جو جاذبِ توجہ ہوتی ہے صرعی حملوں کا وقوع ہے۔ یہ صغیر یا کبیر قسم کے، عمومی یا ماسکی ہو سکتے ہیں۔ یہ مرض کی بیشتر اصابتوں میں جلد یا بہ دیر واقع ہوتے ہیں۔

جہاں تک کہ طبیعی علامات کا تعلق ہے، وجہی عضلات کے نشیب و فراز برابر ہو کر چہرہ غیر مظہر ہو جاتا ہے، اور بولنے میں عموماً لبوں اور گالوں میں رعشہ ہونے لگتا ہے۔ گفتگو بے سلیقہ اور منقطوع ہوتی ہے، اور ساتھ ہی مشکل جملوں (مثلاً "میتھوڈسٹ ایپس کوپل": ("Methodist Episcopical") کے تلفظ میں ارکان بھی کو حذف کر دینے کا رجحان ہوتا ہے۔ بعض اوقات عصبِ بصری کا اوّلی ذبول (primary optic atrophy) موجود ہوتا ہے۔ باہر نکالی ہوئی زبان میں نہایت لطیف رعشہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ عصبِ تحت اللسانی کے نواتوں کی ماؤفیت کی وجہ سے ذبول بھی ہو۔ ممکن ہے کہ مرض کی ابتدا ہی میں آرگائل رابرٹسن کے طرز کے حدقات دیکھنے میں آئیں، اور آخری درجوں میں تو یہ شاذ ہی غیر موجود ہوتے ہیں۔ باہر پھیلائے ہوئے ہاتھ میں عموماً رعشہ دیکھا جاتا ہے، اور یہی رعشہ ہاتھ سے لکھنے میں بھی پایا جاتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں وتری منعکسات کی حالت ہرمی اور پچھلے استوانوں کے ریشوں کی ماؤفیت کے درجہ کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ باسط اخمصی مجیبیت کے ساتھ کبھی اور کبھی جھٹکے مبالغہ آمیز یا مفقود پائے جاتے ہیں۔

ممکن ہے کہ کبھی کبھی سکتہ نما حملے فالج نصفی کے ساتھ واقع ہو جائیں۔
اس کے ساتھ اکثر تیز تپ پائی جاتی ہے، اور عموماً اس کی ممیز خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ اس میں طبیعی امارات میں اس سے بہت زیادہ سرعت کے ساتھ اصلاح دیکھی جاتی ہے کہ جتنی سرعت کے ساتھ دماغی تزفہ یا علقیت میں پائی جاتی ہے۔

آخری درجوں میں دماغی اور جسمانی دونوں قسم کی ہمہ گیر خرابی واقع ہو کر عاصری اقتدار مفقود ہو جاتا ہے، اور بالعموم مریض التہاب مثانہ (cystitis)، ذات الریہ، یا کسی دوسری بین روسرایت سے ہلاک ہو جاتا ہے۔

اُن بچوں میں جو پیدائشی آتشک میں مبتلا ہوں آتشکی التہاب دماغ (syphilitic encephalitis) (طفولی عمومی شلل مجانین: .Juvenile G.P.I) پایا جاتا ہے، اگرچہ شاذ طور پر۔ یہ یا تو ابتدا ہی سے دماغی قلت (mental deficiency) کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے، یا بلوغ کے زمانہ میں یا بلوغ کے بعد مترقی خرابی پیدا کر دیتا ہے۔ ان اصابتوں میں ذبولِ عصب بصری (optic atrophy) کا وقوع عام ہے۔

737

تعاملِ واز رمان تمام اصابتوں کی ۹۵ فی صدی میں خون کے اندر اور سوفیصد میں نخاعی سیال کے اندر مثبت ہوتا ہے۔ نخاعی سیال میں دباؤ عموماً بلند (۲۰۰ ملی میٹر پانی کے لگ بھگ) ہو جاتا ہے، اور خلیات کی تعداد میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ یہ زیادہ تر یک نواتی ہوتے ہیں، لیکن کہیں کہیں اتفاق سے ایک آدھ کثیر الاشکال یا پلازمائی خلیہ بھی ہوتا ہے۔ اور پروٹین ۱ر۰ فی صدی تک زیادہ ہو جاتا ہے۔ کولائڈی تعامل (colloidal reaction) مستمر طور پر استرخائی قسم (paretic type) کا ہوتا ہے، اور اس سلسلہ کے پہلے تین یا چار انبوبات میں کامل ترسیب واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ دماغی شریانی تصلّب (cerebral arteriosclerosis) میں ذہنی حالت اس حالت سے مشابہ ہو سکتی ہے جو شللی عتاہت (dementia paralytica) میں پیدا ہو جاتی ہے، لیکن اول الذکر مرض میں حافظہ کا نقص زیادہ عام طور پر حال ہی کے واقعات تک محدود ہوتا ہے اور مریض اُسکی شناخت کر لیتا ہے۔ الکحلیت (alcoholism) کو غلطی سے عمومی شلل سمجھا جا سکتا ہے اور یہ غلطی بڑی حد تک، لب، زبان اور ہاتھوں کے رعشہ کی وجہ سے ہو جاتی ہے، اور التہاب اعصاب محیط (peripheral neuritis) کے شروع ہو جانے سے اصابت میں اور بھی پیچیدگی واقع ہو سکتی ہے۔ لیکن مسلسل شراب نوشی کے ساتھ

علامات کا قریبی تعلق، حدقات چشم میں فرق نہ ہوتا، اور عرصہ تک شراب کا پرہیز کرنے پر مریض کی حالت میں اصلاح واقع ہو جانا، یہ سب الکحلیت کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ ذہنی فشل (mental failure) جس کے ساتھ دماغی اضرار مثلاً سلعات، موجود ہوں، یا عتاہت (dementia) جو دوجانبی عروقی اضرار کی وجہ سے پیدا ہو گئی ہو (کاذب بصلی فالج pseudo-bulbar palsy:) تشخیص میں مشکلات پیدا کر سکتی ہے۔ نیز منتشر صلابت (disseminated sclerosis) کی بعض اصابتوں میں، جن میں دماغی ماؤفیت جلد واقع ہو گئی ہو، احتیاط کے ساتھ تفریق کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔ سب سے زیادہ قیمتی مثبت علامات حدقی تغیرات اور منقطع گفتگو (slurring speech) ہیں۔ اور لاتا آتشکی سرایت کی سرگذشت سب سے زیادہ اہمیت رکھتی ہے۔

بالعموم خون اور نخاعی سیال کے امتحان سے تشخیص یقین کیساتھ کی جا سکتی ہے۔

انذار۔ بالعموم علاج نہ کیا جائے تو مرض ترقی کرتا ہے، اور اس زمانہ سے جب کہ سریری تشخیص ممکن ہو سکتی ہے پانچ سال کے اندر مہلک اختتام کو پہنچتا ہے۔ لیکن یہ ممکن ہے کہ فترات واقع ہو جائیں، اور چند اصابتوں میں مرض کا خود بخود رک جانا بیان کیا گیا ہے۔ اسی واسطے علاج کے اثرات کا اندازہ کرنا مشکل ہے۔

علاج۔ اب عام طور پر یہ تسلیم کیا جاتا ہے کہ اس مرض کا بہترین علاج ملیریا کی سرایت ہے۔ اس کو عموماً اس طرح عمل میں لایا جاتا ہے کہ کسی قاطع ملیریا والے شخص کی ورید سے ۵ سی۔ سی خون ایک پچکاری میں نکال لیا جاتا ہے جس میں ۵ فی صدی سوڈیم سٹریٹ کے چند قطرے ہوتے ہیں۔ پھر اس کا تحت الجلدی اشراب مریض میں کر دیا جاتا ہے۔ عام طور پر سلیم ثلاثی طفیلیہ استعمال کیا جاتا ہے اور زمانہ حضانت چند دنوں سے لیکر چار ہفتوں تک مختلف ہوتا ہے۔ مریض کو بارہ قشعریرے ہونے دیئے جاتے ہیں، اور پھر

کونین سلفیٹ روزانہ ۵ اگرین کی مقدار میں تین روز تک اور روزانہ ۱۰ گرین اس کے بعد کے گیارہ روز استعمال کرکے ملیریا کی سرایت کو روک دیا جاتا ہے۔ بالعموم اس کے بعد نوارسینو بلان (novarseno-billon) کے انجکشنات کا ایک نصاب دیا جاتا ہے۔ اس علاج کے نتائج کے متعلق دعویٰ کیا گیا ہے کہ فترات کی فی صدی تعداد بلند درجہ کی (یعنی علاج کردہ اصابتوں کی ۳۰ فی صدی) ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ فترات متعدد سال تک جاری رہکر بعض مثالوں میں مریض کو اس قابل بنادیں کہ وہ اپنے کام پر واپس آسکے، اور دوسری مثالوں میں مرض کا انسداد کرکے زندگی کو بڑھادیں۔ اس کے مقابل ۵ فی صدی کی شرح ہلاکت بھی قابلِ غور ہے، جو کہ اس علاج سے واقع ہوتی ہے۔

مریض کے دوستوں اور رشتہ داروں اور عامۃ الناس کے وسیع تر نقطۂ نظر سے تشخیص کا جلد ہوجانا نہایت اہم ہے، تاکہ سب متنبہ ہوجائیں اور اس سے پہلے کہ مریض اپنے زر و دولت اور نیک نامی کو خاک میں ملائے اور دوسروں کی بہبودی کو خطرے میں ڈال دے، اسے کسی مناسب ادارہ کے سپرد کیا جاسکے۔

ہنٹنگٹنی داء الرقص (Huntington's chorea)۔ یہ ایک شاذ اور بے مثال مرض ہے، جسے داء الرقص کی پہلے بیان کی ہوئی شکل سے اچھی طرح متفرق کرنا چاہئے، گو کئی طرح سے یہ اُس سے مشابہ ہوتا ہے۔ یہ ادھیڑ عمر کا ایک موروثی مرض ہے، جو ترقی پذیر نوعیت کا ہوتا ہے اور بالآخر عتاہت (dementia) پیدا کردیتا ہے۔

بحث اسباب۔ توارث اس مرض میں نہایت اہم حصہ لیتا ہے۔ یہ مرض پشت در پشت منتقل ہوتا رہتا ہے، اگرچہ کبھی کبھی ممکن ہے کہ ایک پشت کے افراد بچ جائیں۔ مرد و عورت دونوں برابر متاثر ہوتے ہیں اور مرض عموماً تیس اور چالیس سال کی عمروں کے درمیان شروع ہوتا ہے۔ ریاست ہائے متحدہ امریکہ میں ایک انسابیاتی تحقیقات کے نتیجہ کے طور پر اس مرض کی ۱۰۰۰ اصابتوں کے متعلق پتہ لگایا گیا کہ ان کا سرچشمہ تین بھائی تھے جو سترھویں صدی کے

738

آغاز میں انگلستان سے امریکہ میں اترے تھے۔

امراضیات ۔ بعض اصابتوں میں جن کا بغور و احتیاط امتحان کیا گیا دماغ اور سحایا میں مزمن پھیلے ہوئے یا منتشر التہابی تغیرات پائے گئے ہیں۔

علامات ۔ اصلی اور اہم علامت ایک قسم کی حرکی بے چینی ہے جو اس سے مشابہ ہوتی ہے جو بچوں کے داءالرقص میں دیکھی جاتی ہے۔ تمام اقسام کی غیر غائی ناہم آہنگ حرکات کی متمر اور سریع توالی ہوتی ہے جو جسم کے تمام عضوں کو ماؤف کردیتی ہے۔ یہ حرکات جارحی عضلی نظام کے تربی گروہوں کو ماؤف کرنے کا اس سے زیادہ رجحان ظاہر کرتے ہیں جتنا بچوں کے داءالرقص میں پایا جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جوارح بڑے زور کے ساتھ ادھر ادھر پھینکے جاتے ہیں اور مریض کی چال بشدت متاثر ہو جاتی ہے۔ یہ حرکات ارادی کوشش کے اثر سے عارضی طور پر ممتنع کئے جا سکتے ہیں۔

ذہنی تغیرات اس مرض کے ساتھ ہمیشہ پائے جاتے ہیں۔ یہ پہلے تو چڑچڑے پن اور بے چینی کی شکل میں ہوتے ہیں جو بعض اوقات خودکشی کی نیت پیدا کر دیتی ہے اور بالآخر یہ عضوی قسم کی ترقی عتاہت میں منتہی ہوتے ہیں چنانچہ مریض عموماً ذہنی ادارون میں اپنی زندگی ختم کر دیتے ہیں۔

انذار یاس انگیز ہوتا ہے اور زندگی کی مدت دس سال سے لیکر تیس سال تک ہوتی ہے۔

علاج محض علاماتی ہوتا ہے۔

اب بعض ایسے امراض کا بیان کرنا باقی ہے جن میں امارات و علامات عصبی نظام کے وظیفہ کے اختلالات کا پتہ دیتے ہیں لیکن بعد الممات امتحان میں خالی آنکھ سے یا ہمارے موجودہ خردبینی امتحان کے طریقوں سے ساختوں میں کوئی ایسا تغیر نہیں پایا جاتا جو ان اختلالات کی بنا سمجھا جا سکے۔

صرع (مرگی)

(epilepsy)

(خود رُو صرع = idiopathic epilepsy، حقیقی صرع

(genuine epilepsy =

صرع کا ذکر پہلے دماغ کے بعض امراض کی بالخصوص اُن امراض کی جو تشنّج دماغ کو ماؤف کر دیتے ہیں (مثلاً دماغی سلعہ، التہاب دماغ، دماغی آتشک، نیز بعض سمّی حالتوں کی (جن کی خاص مثال یوریا دمویت : uræmia ـــــ ہے) علامت کے طور پر کیا گیا ہے۔ ایسے اسباب کی وجہ سے پیدا ہو جانے والے حملے اُن حملوں سے کسی طرح مختلف نہیں ہوتے جن کا اب ذکر کیا جائے گا۔ صرع کا انحصار تمام اصابتوں میں غالباً وظیفۂ دماغ کی بے ترتیبی پر ہوتا ہے، خواہ یہ بے ترتیبی پیدائشی نقص کے باعث ہو، یا مقامی مرض یا تضرر کے باعث ہو، یا اُن دوران کرنے والے سمیات کے اثر کے باعث ہو جو انتخابی حدوث رکھتے ہیں لیکن اصابتوں کی نہایت بڑی اکثریت میں موجودہ طریقوں کی مدد سے ہم ایسے کسی سبب کا سراغ لگانے کے ناقابل ہیں۔ مرض کی کسی مزید امارات کے بغیر صرع کے یہ حملے غیر معین مدت تک جاری رہتے ہیں اور اگر کوئی امتحان بعد الممات حاصل ہو جائے تو خوردبینی امتحان سے دماغ کی کوئی غیر طبعی حالت نہیں ظاہر ہوتی۔ اصابتوں کا یہی گروہ ہے، جسے ہم ان اصابتوں کی امراضیات کی موجودہ عدم واقفیت یا جہل کی حالت میں صرع کے علاماتی خطاب کے تحت یکجا کرنے پر مجبور ہیں۔

لھٰذا صرع کی تعریف یُوں کی جا سکتی ھے کہ وہ ایک مرض ھے جس میں دفعۃً بے ھوشی یا کمی ھوش کے حملے ھوتے ھیں خواہ اس کے ساتھ تشنجات ھوں یا نہ ھوں یا کبھی کبھی ھوش میں خلل ھوتے بغیر تشنجات کے حملے ھوتے ھیں، اور جہاں تک ھمارے موجودہ علم کی رسائی ھے، یہ حملے دماغ کے کسی قابلِ مظاھرہ بنیہ یا تسمم الدم (toxæmia) کی حالت پر منحصر نھیں ھوتے۔

بحث اسباب ۔ یہ مرض مردوں کے نسبت عورتوں میں کسیقدر زیادہ عام ہے ۔ تمام اصابتوں کی تقریباً ایک تہائی میں خاندان میں صرع کی سرگذشت پائی جاتی ہے ۔ تین چوتھائی اصابتیں بیس سال سے نیچے کی عمر میں شروع ہوتی ہیں۔ بقیہ میں آغاز مرض کی عمر باقی ماندہ عشروں پر مساوی طور پر پھیلی ہوئی ہوتی ہے ۔ چنانچہ خودرَو صرع (idiopathic epilepay) بحیثیت مجموعی ایک عام عارضہ ہے اور ایسی اصابتیں پایا جانا کسی طرح شاذ نہیں جو بالغ زندگی میں بلکہ بڑھاپے کی عمر میں شروع ہوئی ہیں ۔

معلوم ہوتا ہے کہ فی صد تھوڑی اصابتوں میں صرع کے دَورے سر کے کسی سابق تضرر سے راست تعلق رکھتے ہیں جس کے ساتھ دماغی کوفتگی (cerebral contusion) واقع ہوگئی ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 712) ۔ ممکن ہے کہ تضرر اور پہلے حملہ کے درمیان کئی سال کا وقفہ ہو ۔ ایسے تعلق کا واضح ترین ثبوت بعض اصابتوں سے ملتا ہے جن میں حملوں کی ابتدا ر ایسے علامات کے ساتھ ہوتی ہے جو تضرر کے مقام کے ساتھ براہِ راست منسوب کئے جاسکتے ہیں، جیسا کہ ایک اصابت میں ہوا جس میں بندوق کی گولی سے بائیں حرکی قشرہ پر زخم آیا اور ازاں بعد دَورے ہونے لگے جو جسم کی دائیں جانب میں تشنجی حرکات کے ساتھ شروع ہوئے ۔ لیکن ان اصابتوں میں بھی بعض اوقات موروثی اثر نظر آتا ہے ۔ بعض اوقات حملوں کے اتفاقی اسباب پائے جاتے ہیں ۔ ان میں سے خاص دماغی تکان، جوش و ہیجان، یا تشویش و فکر ہیں ۔ نیند نہ آنے، جسمانی تکان، اور روزہ رکھنے سے بھی حملوں کی تعجیل ہو جاتی ہے ۔ بعض اصابتوں میں حیض کے ساتھ ایک متعین تعلق ہوتا ہے، اور بالعموم ماہواری کے آغاز میں حملے ہو جاتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ بعض اصابتیں حساسیتی اصل کی ہوں ۔

امراضیات ۔ مندرجہ بالا تعریف کی رو سے وہ تمام اصابتیں جن میں صرعی حملوں کے لئے کوئی امراضیاتی سبب معلوم ہو سکتا ہے خارج از بحث کردی گئی ہیں ۔ لہٰذا ہم صرف قیاس آرائی سے کام لینے پر مجبور ہیں ۔ اگر اسباب معلومہ سے اسباب غیر معلومہ مستنبط کئے جائیں تو ہمارے پاس یہ یقین کرنے کے وجوہات

739

موجود ہیں کہ صرع کا انحصار (۱) دماغی قشرہ کے ناقص وظیفہ پر ہوتا ہے خواہ یہ اکتسابی ہو یا غیر اکتسابی' یا (۲) جسم کے اندر ایسے سموم کی موجودگی پر جو قشری عصبی خلیوں پر ایک انتخابی عمل رکھتے ہوں۔

علامات۔ صرع کی بیشتر اصابتوں میں ممیز خاصہ اختلالِ شعور ہے' جو ہمیشہ نہیں مگر اکثر کامل بے ہوشی کی حد تک پہنچتا ہے۔ حملوں کی اکثریت میں اس کے ساتھ تشنجی حرکات ہوتے ہیں۔

تشنجی حرکات کی شدت کے لحاظ سے "صغیر" (minor) و "کبیر" (major) قسموں میں تفریق کرنا سہولت بخش ہے' لیکن ان کے درمیان کوئی مطلق خطِ فاصل نہیں ہے۔

صرع کبیر (major epilepsy) ("grand mal") میں عموماً کئی درجے شناخت کیے جاتے ہیں:۔ (۱) نسمہ' (۲) بے ہوشی اور تشنجی انقباض' (۳) رجعی تشنج' (۴) بحالی۔ نسمہ (یا دَم' جس کی بنا یہ ہے کہ جارحہ سے سرتک ہوا کے جانے کا احساس اس علامت کی ایک شکل ہے) ہر ایسا احساس یا حرکت ہے' جو مریض کو اس وقت محسوس ہوتی ہے جب کہ وہ ابھی ہوش میں ہوتا ہے۔ یہ بیشتر نہایت تھوڑے عرصے کا ہوتا ہے' اور دفعتاً ایک بے ہوشی اور تشنج میں ختم ہو جاتا ہے۔

۱۔ یہ نسمہ تقریباً نصف اصابتوں میں غیر موجود ہوتا ہے۔ ان دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ مختلف شکلیں اختیار کرے' جن میں سے مندرجۂ ذیل عام طور پر واقع ہونے والی ہیں:۔ ہاتھ' ٹانگ' چہرے یا زبان میں جھنجھناہٹ یا سُن پن۔ انھیں حصوں میں جھٹکے یا تشنج۔ فقدانِ بصر یا ابتصاری توہمات جیسے کہ روشنی کے چمکارے' یا رنگ (عموماً سرخ یا آسمانی)' یا معیّن اشیا یا آس پاس کی چیزوں کی کلانی (کلاں نظری: megalopsia) آوازوں کے توہمات' زور کی آوازیں' وغیرہ۔ ناگوار بو یا ذائقے۔ دم گھٹنے کا احساس' متلی' دورانِ سر' شراسیفی درد۔ گرمی کی متماہٹ' سردی' پسینہ' اختلاجِ قلب۔ خوف یا تشویش کا غیر معین احساس۔ ایک خواب آلود حالت یا بے حقیقتی کا احساس' یا یہ احساس کہ جو کچھ واقع ہو رہا ہے وہ پہلے واقع ہو چکا ہے۔ دوڑنا یا کودنا' یا دوسری نا ہم آہنگ

حرکت ۔ حس اور حرکت کے نسمے بیشتر یک جانبی ہوتے ہیں، لیکن دُو جانبی بھی ہو سکتے ہیں ۔ ٹانگ کے نسبت ہاتھ زیادہ اکثر ماؤف ہوتا ہے، اور وجہی نسمے بیشتر تشنج پر مشتمل ہوتے ہیں ۔ بعض اوقات اصلی دورہ ہونے سے پہلے کچھ عرصہ تک خوف کا ایک مبہم احساس ہوتا ہے، لیکن بالعموم نسمہ ایک لمحہ بھر کے لئے ہوتا ہے ۔

۲ ۔ خود دورہ یکایک بے ہوشی کے ساتھ شروع ہوتا ہے ۔ اگر مریض کھڑا ہے یا چل رہا ہے تو وہ اکثر دفعتہً سامنے کو گر جاتا ہے، یا معلوم ہوتا ہے کہ اُسے زور سے زمین پر پھینک دیا گیا ہے، اور اس کے ساتھ ہی بعض اوقات بلا ارادہ طور پر ایک چیخ "کوک"، یا دھیمی تھرائی ہوئی کراہنے کی آواز نکل پڑتی ہے، جسے صرعی چیخ (epileptic cry) کہتے ہیں ۔ پھر وہ تنفسی تشنج کی حالت میں پایا جاتا ہے، اُسکی پشت اکڑی ہوئی اور کسیقدر محرابی، ٹانگیں لبسط شدہ اور سر پیچھے کے طرف کھنچا ہوا یا ایک جانب کو گھما ہوا ہوتا ہے ۔ چہرہ اکثر ابتداءً شاحب ہوتا ہے ۔ نبض تیز ہوتی ہے، گر بعض اوقات محسوس نہیں کیجا سکتی، اور اس کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ یہ عضلی انقباض سے شریان کے مضغوط ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے ۔ یہ بھی مشاہدہ میں آیا ہے کہ بے ہوشی طاری ہوتے وقت نبض بند ہو گئی ہے ۔ عموی تشنجی انقباض سینہ کو مثبت کر دیتا ہے، اور تنفس رُک جاتا ہے، جس سے چہرہ بتدریج زیادہ قاتم ہو کر بالآخر بالکل نُزراقی ہو جاتا ہے ۔ تشنجی درجہ تین ثانیوں سے لے کر تیس یا چالیس ثانیوں تک جاری رہتا ہے، اور پھر رجفی تشنج کے درجہ میں تبدیل ہو جاتا ہے ۔

۳ ۔ جھٹکے چہرے، پپوٹوں، اور گردن کی جانب میں شروع ہو کر بسرعت جسم اور جوارح کے تمام عضلات میں پھیل جاتے ہیں ۔ چش پسی حرکات کی جوارح کے متبادلاً خم اور لبسط ہونے کی پپوٹوں اور جبڑوں کے کھلنے اور بند ہونے کی سریع توالی اور آنکھ کے ڈھیلوں کا اور شاید سر کا جانبی انحراف ہوتا ہے ۔ زبان آگے کے طرف نکل آتی ہے اور ممکن ہے کہ دانتوں کے درمیان پکڑ لی جائے ۔ لعاب دہن کا افراز بکثرت ہو کر مُنہ میں اُس کا جھاگ بن جاتا ہے، جو کٹی ہوئی زبان سے نکلے ہوئے خون کیساتھ مخلوط ہو کر لبوں کے درمیان سے خارج ہوتا ہے ۔ چہرہ کبود یا تقریباً سیاہ ہو جاتا ہے، اور لب اور چہرے کے خط و خال پھولے ہوئے ہوتے ہیں ۔ اس درجہ میں ممکن ہے کہ

740

بول براز اور منی خارج ہوجائے، اور عضلات کے زوردار انقباض سے مثانہ کا خلع بھی واقع ہوسکتا ہے۔ لازماً مریض بالکل بے ہوش ہوتا ہے۔ ملتحمات چھونے سے حجیبت نہیں ظاہر کرتے، اور پتلیاں پھیلی ہوئی ہوتی ہیں یا اہتزاز کرتی ہیں۔

۴۔ رجعی درجہ چند منٹ تک، شاذ ہی پانچ یا چھ منٹ سے زائد، جاری رہتا ہے، اور پھر تشنج بتدریج کم ہوجاتے ہیں، یعنے قلیل الوقوع ہوجاتے ہیں اور اُن میں چند ثانیوں کے وقفے حائل ہوتے ہیں۔ سانس زیادہ آسانی کے ساتھ لی جاسکتی ہے، منہ کا جھاگ موقوف ہوجاتا ہے، اور بتدریج چہرے کا رنگ زیادہ طبعی ہوتا جاتا ہے۔ بالآخر مریض محض قوماً زدہ ہوجاتا ہے، اور یہ قوما قدرتی نیند میں تبدیل ہوجاتا ہے، یا یہ ہوتا ہے کہ تشنج موقوف ہونے کے بعد جلد ہی کسیقدر رفتہ ہوش آجاتا ہے۔ جب بالآخر ہوش آجاتا ہے تو بالعموم مریض چکرایا ہوا ہوتا ہے اور دردِ سر کی شکایت کرتا ہے۔

دورے کے بعد محسوسات بیشتر کچھ عرصہ کے لئے غیر موجود ہوتے ہیں، اور پھر ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے لئے عمیق محسوسات زیادہ ہوجائیں۔ انعکاسی محسوسہ عارضی غیر موجودگی کے بعد ابتداءً باسط ہوتا ہے اور اس کے بعد پھر طبعاً ممکن ہوجاتا ہے۔ بول میں البیومین یا شکر کا خفیف سا شائبہ موجود ہوسکتا ہے۔ وریدی امتلاء کے درجہ میں عروقِ دمویہ کے پھٹ جانے سے جلد کے نیچے نشان دیکھنے میں آسکتے ہیں۔ بعض اوقات قئے یا خطرناک ذہنی اختلالات موجود ہوتے ہیں، مثلاً ہذیان جو اکثر ماتیانی قسم کا ہوتا ہے۔

میکانی تضررات جو مصروع کو پہنچتے ہیں، بلا شبہ دورے کے بعد باقی رہتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اس وقت جب کہ دورہ دیکھنے میں نہ آیا ہو ان سے مفید دلالتیں حاصل ہوں، مثلاً لیلی صرع (nocturnal epilepsy) میں۔ یہ حسب ذیل ہیں :۔ کٹی ہوئی زبان، جلد پر نشان، اترا ہوا شانہ، اور دوسری اصابتوں میں مختلف اقسام کے چرکے، زخم، یا کوفتگیاں، جو مریض کے زمین پر گرنے یا سخت اشیا کے ساتھ ٹکرانے سے پیدا ہوجائیں۔

صرعِ صغیر (petit mal) (minor epilepsy)۔ یہ کثیر التعداد مثالوں میں

ناگہانی بے ہوشی سے کچھ زائد نہیں ہوتی۔ بولتے بولتے شاید لکنت کی بندھ جاتی ہے، تیلیاں چوڑی ہوجاتی ہیں، گفتگو بے ربط ہوجاتی ہے، اور مریض صریحاً بے خبر ہوتا ہے کہ آس پاس کیا ہورہا ہے۔ اگر وہ کھانا کھا رہا ہے تو ممکن ہے کہ وہ اپنی کابی یا اپنے پیالہ میں انگلی ڈال دے یا اور کوئی بے قاعدگی عمل میں لائے جس کا حالت ہوش میں وہ ہرگز مرتکب نہ ہوتا۔ یہ حالت چند سیکنڈ تک جاری رہتی ہے اور پھر مریض کو ہوش آجاتا ہے، اور وہ اُس کام کو جسے کر رہا تھا جاری رکھتا ہے، یا شاید وہ پہچان لیتا ہے کہ ایک بے خبری کا وقفہ گذرا ہے، یا اُسے چکر آتے ہیں، یا دردِ سر ہوتا ہے، اور وہ پسند کرتا ہے کہ ذرا دیر کے لئے لیٹ جائے۔ بعض اوقات حملہ کا نمایاں ترین خاصہ دوران سر ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں جسم کے ایک یا دوسرے حصے میں ایک احساس، یا ایک تشنجی حرکت ہوتی ہے اور پھر جلد ہی عارضی بے ہوشی ہوسکتی ہے، اگرچہ مریض اول الذکر کو ہی حملہ کا خاص ممیز خاصہ سمجھے گا۔ یہ کبیر حملوں کے نسموں سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں، اور ان میں مندرجہ ذیل شامل ہیں:— وہ احساسات جو شراسیف، ہاتھوں، سر، ناک، آنکھ کے ڈھیلوں اور خطۂ قلب میں ہوتے ہیں۔ نیز شمی اور استبصاری احساسات۔ جوارح، سر، یا دھڑ میں جھٹکے۔ ناگہانی رعشہ، چیخنا، یا بہر۔ ذہنی کیفیتیں، مثلاً خوف کی ناگہانی حالت، وغیرہ۔

بہت سی مثالوں میں کامل بے ہوشی نہیں ہوتی۔ مریض اپنے احول سے باخبر ہوتا ہے اور اکثر یہ بھی جانتا ہے کہ آس پاس کے لوگ کیا کہہ رہے ہیں لیکن اُس کو لمحہ بھر کے لئے ہر چیز دور معلوم ہوتی ہے، وہ واقعات کی پوری اہمیت نہیں سمجھ سکتا اور اپنے خیالات کو صاف طور پر منضبط کرنے کے ناقابل ہوتا ہے۔

جیکسنی یا ماسکی صرع (Jacksonian or focal epilepsy)-

حملہ کبیر ہو یا صغیر، دونوں کے علامات عمومی یا ماسکی نوعیت کے ہوسکتے ہیں۔ ماسکی قسم کے صرعی حملے کو اکثر اوقات ہغلنگز جیکسن کے تتبع میں جیکسنی کہتے ہیں۔ صرع کے متعلق جیکسن کے سریری مشاہدات موضوع کے اس پہلو کے متعلق ہمارے معلومات کی بنیاد ہیں۔ ماسکی حملے وہ حملے ہیں جن کے علامات اپنے اختلال سے منسوب کئے

جا سکیں جو قشرۂ دماغ کے کسی خاص رقبہ میں پیدا ہو گیا ہو۔ چنانچہ یہ علامات حرکی یا حسی ہو سکتے ہیں، اور اگر آخر الذکر ہیں تو عمومی یا خاص قسم کے ہو سکتے ہیں۔ حرکی حملوں میں ایک جارحہ کے یا جارحہ کے ایک حصّے کے عضلات میں تشنّجی تشنج کے بعد رجعی تشنج ہوتا ہے۔ یہ پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے، جس سے جسم کی ایک پوری جانب ماؤف ہو جاتی ہے۔ ایسی صورت میں تشنجی حرکات عام ہو جاتے ہیں، اور اگر ایسا ہوتا ہے تو بے ہوشی طاری ہو جاتی ہے۔ یا یہ تشنجی حرکات محدود المقام رہ سکتے ہیں، اور اس حالت میں بعض اوقات بے ہوشی نہیں طاری ہوتی۔ اسی طریقہ سے ممکن ہے کہ جسمانی احساس، بو یا ذائقے، سماعت یا بصارت کا اختلال ایک عمومی حملے کا آغاز کر دے یا یہی خود صرعی وارده (epileptic episode) کی واحد شہادت ہو۔ یہ جاننا اہم ہے کہ ایسے حملوں کی نوعیت سے محض اُن کا مبدائی مقام ظاہر ہوتا ہے مگر اُن کے امراضیات کے متعلق کوئی دلالت نہیں ہوتی۔ ماسکی یا جیکسنی حملہ لازماً عضوی مبدا کا نہیں ہوتا۔ در اصل ماسکی حملوں کا عام ترین سبب خود رو صرع (idiopathic epilepsy) ہے۔ لیکن یہاں یہ کہہ دینا چاہئے کہ ایسے حملے جو محدود المقام رہتے ہیں، اور عمومی تشنج کی حد تک نہیں پہنچتے، اور بالخصوص وہ ماسکی حملے جن میں بے ہوشی نہیں ہوتی، عموماً دماغ کے عضوی مرض کے باعث ہوتے ہیں۔

741

صرعۂ متواتر (Pyknolepsy)۔ یہ حالت جسے بعض ماہرین سرسری علیحدہ عنوان کا مستحق سمجھتے ہیں، دوسرے ماہرین کے نزدیک صرعِ صغیر کی ایک شکل ہے۔ جہاں تک کہ خود حملہ کا تعلق ہے اِن دونوں کے درمیان یقیناً کوئی فرق نہیں۔ وہ خصائص جو اس عارضہ کو صرع کے دیگر اقسام سے ممیّز کرتے ہیں حسبِ ذیل ہیں:- آغازِ مرض (جو عموماً دفعتہً ہوتا ہے) بچپن میں ہوتا ہے، ابتدا ہی سے حملے متواتر ہوتے ہیں (روزانہ ۱۰ سے ۵۰ تک)، یہ حملے یکساں اور خفیف درجہ کے ہوتے ہیں، کوئی ذہنی خرابی نہیں موجود ہوتی، جو دوائیں صرع میں کارگر ہوتی ہیں اُن سے کوئی بہتری نہیں ظاہر ہوتی، اور بلوغ کے بعد حملے رُک جاتے ہیں۔ چنانچہ کامل تشخیص تو صرف اُسی وقت ہو سکتی ہے جبکہ حملوں کا ہونا موقوف ہو جائے، لیکن بعض اوقات متذکرہ بالا دوسرے امور کی بنا پر ایک اچھے انجام کی پیشین گوئی کی جا سکتی ہے۔

بعدالصرع حالتیں (post-epileptic conditions)۔ حملہ کے بعد عموماً کچھ عرصہ تک غنودگی اور اکثر شدید دردِ سر ہوتا ہے۔ صرعی دورے کے بعد شدید نفسی اختلال ایک غیر عام نتیجہ نہیں، اور یہ حملۂ کبیر کے نسبت حملۂ صغیر کے بعد عموماً اور بھی زیادہ کثرت سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ذہول کی شکل اختیار کر کے چند روز تک جاری رہے۔ ایک دوسرے مریض میں مختلف قسری افعال (automatic actions) سرزد ہوتے ہیں، جن کا مریض کو اُس وقت اور بعد میں بالکل ہوش نہیں ہوتا۔ شاید ان میں سے عام ترین کپڑے اُتار دینے کی حرکت ہے، جو ایک پبلک مقام پر ناشائستہ برہنگی کے الزام کا سبب ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ مریض کسی بھی چیز کو جو اتفاق سے اُس کے قریب ہو بلا یہ لحاظ کئے کہ یہ کس کی ہے، اپنی جیب میں رکھ لے۔ ممکن ہے کہ کبھی کبھی وہ جوش و خروش اور جنگجوئی کا اظہار کرے اور اس وقت جب کہ وہ قسری حالت میں ہے دوسروں کو جسمانی ضرر پہنچا دے۔ یہ حالتیں بڑی طبی قانونی اہمیت رکھتی ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ صرعی دوروں کے وقوع کا بالکل علم نہ ہو اور یہ مجرمانہ طرزِ عمل عمدی اور شعوری فعل سے منسوب کیا جائے۔ بعض اوقات یہ حملے اپنی نوعیت میں مانیائی ہوتے ہیں (صرعی مانیا = epileptic mania) اور ان قسری افعال کے ساتھ بہت کچھ ذہنی اختلال ہوتا ہے، مثلاً خوف، جوش و خروش کا جذبہ، اختباطات اور توہمات۔

اسی قدر اہم (کیونکہ یہ تشخیص میں مشکلات پیدا کر دیتے ہیں) خفیف نفسی نتائج ہیں۔ حقیقی صرع کے حملہ کے بعد جب مریض کی طبیعت بحال ہوتی ہے تو اکثر اوقات وہ طفلانہ اور جذباتی حرکات ظاہر کرنے لگتا ہے، کبھی روتا ہے اور کبھی ہنستا ہے، اور بعض اوقات اُسکی حالت ہسٹیریا کے "دورے" کی ہو جاتی ہے۔

عمرِ مرض۔ صرعی حملوں کا تواتر مختلف مریضوں میں، اور ایک ہی مریض میں مختلف زمانوں میں نہایت مختلف ہوتا ہے۔ چنانچہ عموماً پہلے حملے اور دوسرے حملے کے درمیان ایک یا زاید مہینوں کا وقفہ ہوتا ہے، لیکن مرض کی ترقی کے ساتھ ساتھ یہ وقفے اکثر زیادہ مختصر ہوتے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ دورے اس قدر کثیر التوقع ہوں کہ ایک ہفتے میں دو یا تین بار ہو جائیں یا ایک ہی دن میں کئی دورے ہوں۔ بعض

اصابتوں میں ممکن ہے کہ دو یا تین دورے یکے بعد دیگرے جلد جلد ہو جائیں یا تھوڑے تھوڑے وقفے سے ہوں اور پھر مریض عرصۂ دراز تک بیمار رہے۔ خفیف دورے کے نسبت شدید دورے کے بعد طویل وقفہ واقع ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ غالباً کثرت شراب خوری غیر محتاط تغذیہ اور حد سے زیادہ دماغی یا جسمانی مشقت سے دوروں کے تواتر میں زیادتی ہو جاتی ہے۔

حالتِ صرعی (status epilepticus)۔ شاذ مثالوں میں مریض کو دوروں کا ایک سلسلہ ہوتا ہے، جو چند گھنٹوں یا ایک یا دو دن تک جاری رہتے ہیں، اور ان دوروں کے درمیانی وقفوں میں مریض کو کبھی ہوش نہیں آتا۔ ضربانِ قلب زور اور تیزی کے ساتھ ہونے لگتے ہیں، تنفس تیز ہو جاتا ہے، تشنج کے وقفوں میں جھٹکے ہونے لگتے ہیں، تپش اکثر ۱۰۵ یا ۱۰۷ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ مریض مبہوط ہو کر مر جائے، یا اُسے ہذیان ہو جائے۔

742

حملوں یا دوروں کے درمیانی زمانے میں صحت۔ اس کا انحصار بڑی حد تک دوروں کے تواتر پر ہوتا ہے۔ جہاں دوروں کی تعداد زیادہ نہیں ہوتی، ممکن ہے کہ مریض کی صحت نہایت اچھی رہے۔ بہت سے مصروع قوی، بھلے چنگے اور تندرست و توانا ہوتے ہیں، اور حملہ کے وقت سے قطع نظر ہرگز بیمار نہیں ہوتے۔ لیکن جب دورے نہایت کثیر الوقوع ہوں، یا مرض طویل زمانہ تک جاری رہا ہو، تو عموماً مریض کا ذہن ماؤف ہو جاتا ہے، وہ سست اور چڑچڑا ہو جاتا ہے، اُس کا حافظہ ناقص ہو جاتا ہے، اور اعمالِ عقلیہ نسبتۃً زیادہ سست ہو جاتے ہیں، یہاں تک کہ بالآخر عتاہت کی حالت تک نوبت پہنچتی ہے۔

صرع سے موت کا واقع ہونا کسی طرح عام نہیں، اور بجز اس شاذ حالتِ صرعی کے جس کا اوپر ذکر کیا گیا ہے موت زیادہ تر کسی ایسے تضرر کا نتیجہ ہوتی ہے جو مریض کو دورے کے دوران میں پہنچ جائے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ دورے کے دوران میں وہ کسی بلندی سے گر جائے، یا پانی کے اندر گر کر غرقِ آب ہو جائے، یا غذا سے اُس کا گلا گھٹ جائے، یا ممکن ہے کہ اُس کا چہرہ تکیہ میں گڑ کر بستر ہی میں دم بستگی ہو جائے، یا ممکن ہے کہ آگ میں گرنے یا گاڑی یا بائیسکل سے گرنے میں اُسے تضررات

پہنچیں اور بعد میں وہ اُن کے اثر سے مرجائے۔

تشخیص۔ صرع کی تشخیص اُس وقت تو بلا زیادہ وقت کے ہوجاتی ہے جب کہ وہ حقیقتہً دیکھنے میں آجائے' لیکن اکثر اوقات ہم سے بعض دوروں کیلئے نسخہ تجویز کرنے کے لئے درخواست کی جاتی ہے جو صرف ایسے اوقات میں ہوتے ہیں جب کہ طبیب اُن کو دیکھ نہیں سکتا۔ اور مریض کے دوستوں کی بیان کی ہوئی کیفیت پر سے صحیح نتائج پر پہنچنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ کبیر حملوں کو ہسٹیریا کے حملوں اور مشابہ دوروں (simulated fits) سے اور صرع صغیر کو غشیان (syncope) یا دُوار (vertigo) سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ ہسٹیریا کے حملے شاذ ہی کبھی ایسے وقت میں ہوتے ہیں جب کہ مریضہ تنہا ہو یا حاضرین کو اپنی طرف متوجہ کرنے کا امکان نہ رکھتی ہو۔ اُس کا حملہ شاذ ہی اس قدر حیرت انگیز طور پر ناگہانی ہوتا ہے جتنا کہ صرع میں ہوتا ہے' علاوہ ازیں وہ عموماً کسی جذباتی ہیجان کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ ہسٹیریائی دورے کے حرکات سادہ تشنجی یا رجعی جھٹکوں پر ہرگز مشتمل نہیں ہوتے' بلکہ زیادہ غائی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ مثلاً مریضہ اپنے آس پاس والوں کو پکڑ لینے کی کوشش کرے گی' اپنا سر دیوار یا فرش سے ٹکرائے گی' اپنی مٹھیاں بند کرے گی اور کھولیگی' یا جو لوگ اُسے روکنا چاہتے ہیں اُنھیں کاٹ کھائے گی۔ صرع کے تشنجی حرکات چند دقیقوں میں ختم ہوجاتے ہیں۔ بالعموم ہسٹیریا کے حرکی مظاہر نسبتہً بہت زیادہ دیر تک جاری رہتے ہیں۔ ہسٹیریائی مریضہ اکثر حملے کے دوران میں بولتی رہتی ہے' مصروع کبھی نہیں بولتا۔ ہسٹیریائی مریضہ کبھی اس طرح نہیں گرتی کہ اُس کو سخت تضرر پہنچے' نہ وہ اپنی زبان کو کاٹ لیتی ہے اور نہ حملے کے دوران کبھی اُس کا پیشاب نکل پڑتا ہے۔ ہسٹیریائی دورے میں پپوٹے اکثر زور سے بند ہوتے ہیں اور آنکھ کھولنے کی کوشش کی جائے تو مریضہ مدافعت کرتی ہے۔ دورے کے بعد ذہنی اختلالات کا وقوع' عمیق معکوسات کا مبالغہ آمیز ہونا' اور ساتھ ہی شکمی معکوسہ کا فقدان' یہ سب امور صرع کی تائید کرتے ہیں' اور بالخصوص مجمعیت جو حملہ کے بعد حاصل ہو' اُنکی صرعی نوعیت کا قطعی ثبوت ہے۔

یہ نہیں بھولنا چاہیئے کہ صرع کے حملے کے بعد فی الفور ہسٹیریا کا حملہ ہوسکتا ہے'

اور یہ کہ اسی مریضہ میں صرعی دورے اور ہسٹیریائی دورے مختلف اوقات میں ظاہر ہو سکتے ہیں۔

وہ متمارض (malingerer) جو اپنے آپ کو صرع میں مبتلا ظاہر کر کے ہمدردی پیدا کرنے کی کوشش کرتا ہے، تھوڑی سی احتیاط عمل میں لائی جائے تو عموماً پہچانا جا سکتا ہے۔ وہ گرنے میں اس طرح محتاط ہوتا ہے کہ خود کو چوٹ نہیں پہنچنے دیتا اور اس کے برعکس مصروع دفعۃً گرتا ہے اور اگر وہ راستہ پر گرے تو غالباً اپنے سر یا چہرے کو چھوڑ لیگا، یا سڑک پر گرے گا تو خود کو بچانے کی کوئی کوشش نہیں کریگا۔ متمارض کا چہرہ بجائے شاحب یا کبود ہونے کے متورّخ ہوتا ہے۔ مشقت کی وجہ سے اسکی جلد پر پسینہ ہوتا ہے۔ اسکی پتلیاں پھیلی ہوئی نہیں ہوتیں اور روشنی سے حس پذیر ہوتی ہیں۔ اس امر کا امتحان مختلف طریقوں سے کیا جا سکتا ہے کہ آیا بیہوشی نہیں ہوئی ہے۔ مثلاً ملتحمہ کو چھو کر (ایسا کرنے سے اسکے پپوٹے بند ہو جائینگے اگرچہ اغلب ہے کہ اگر بالائی پپوٹے کو اوپر اٹھانے کی کوشش کی جائے تو وہ اس کی مدافعت کرے گا) نتھنوں میں ناس لگا کر۔ یا کوئی نہایت دردناک اثر پیدا کر کے مثلاً متمارض کے انگوٹھے کے ناخن کے نیچے اپنے انگوٹھے کا ناخن زور سے چبھا کر۔

صرع صغیر کو قلبی غشیان (cardiac syncope) یا سادہ غشی سے مندرجہ ذیل امور کی بنا پر تمیز کیا جا سکتا ہے:۔ اس کا وقوع ایسے حالات میں ہوتا ہے جو غشی پیدا کرنے کے لئے سازگار نہیں ہوتے۔ وہ دفعۃً واقع ہو جاتی ہے۔ حالت جلد بحال ہو جاتی ہے، اور اس کے بعد جسمانی انحطاط کے بجائے ذہنی گھبراہٹ ہوتی ہے۔ تشنج کا وقوع یا غشی کے احساس کے سوا کسی دوسرے انتباہی احساس کا وقوع صرع کی تائید کرتا ہے۔ غشیان زیادہ آہستہ آہستہ طاری ہوتا ہے، اور مریض اسے ایک تدریج زیادہ ہونے والی غشی کے طور پر محسوس کرتا ہے۔ تاہم ایسا صرع صغیر کے انتباہی احساس کے طور پر بھی واقع ہو سکتا ہے۔ صرع صغیر کی دواری (vertiginous) قسم کو دوران سر (giddiness) کی دوسری قسموں سے تمیز کرنے کے لئے یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ معمولی دوار کے ساتھ بیہوشی نہیں ہوتی، اور یہ کہ اذنی قسم (aural form) یا علامیہ مینیری (Meniere's syndrome) میں طنین اور بہرے پن کی

743

سرگذشت حاصل ہو سکتی ہے۔

جب کسی اصابت میں یہ تیقن ہو جائے کہ حملے فی الحقیقت صرعی ہیں، تو پھر بھی مرض کو صرع قرار دینے سے قبل، اس کی تعیین باقی رہتی ہے کہ وہ دماغ کے سلعہ یا دماغی تشنگ، مرض برائٹ کی یوریا دمویت (uræmia)، یا دوسرے عضوی مرض کے باعث نہیں ہیں۔ خود رَو صرع کی کثیر التعداد اصابتوں میں، بار بار ہونے والے تشنج کی طویل سرگذشت جس کے ساتھ کوئی علامات نہوں اُس کی تشخیص میں کارآمد ہوگی، اور دماغی سلعہ میں غالباً دوسری دلالتیں موجود ہوں گی، جیسے کہ دردِ سر، قئے، اذیمائے حلیمۂ بصری (papillœdema)، یا مقامی شلل۔ بایں ہمہ ممکن ہے کہ صرعی حملے مہینوں تک دماغی بالیدگی کی واحد علامت ہوں۔ اکثر اوقات صرع کے حملے عمومی شلل مجانین (general paralysis of the insane) کی ابتدا میں ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ دوسری تمام امارات کی غیر موجودگی میں یہی حملے اُس مرض کا پہلا انتباہ ہوں۔ اسی وجہ سے اگر صرع ایک ادھیڑ عمر کے آدمی میں شروع ہو تو اُسے ہمیشہ مشتبہ سمجھنا چاہیئے۔ پتلیوں اور ذہنی حالت کا امتحان غور کے ساتھ کرنا چاہیئے اور اگر ضرورت ہو تو تعامل واز رمن نخاعی سیال اور خون دونوں میں کرنا چاہیئے۔ مرض برائٹ میں تشنج صرعی ہوتے ہیں، مگر بالعموم مریضوں کی صحت کی حالت کے متعلق، البیومن بولیت، نبض کے بلند تناؤ، قلب کی بیش پرورش، اور یوریا دمویت (uræmia) سے پہلے دموی یوریا کی بلندی سے عمدہ شہادت حاصل ہوتی ہے۔ دوروں کا آغاز اکثر غنودگی اور عضلی جھٹکوں کے ساتھ ہوتا ہے، یہ دورے نسبتہً بہت زیادہ مدت کے ہوتے ہیں، اُسی دن میں اکثر بار بار ہوتے ہیں، اور اُن کے درمیانی وقفوں میں غنودگی یا نیم قوما کی حالت ہوتی ہے۔

صرعی حملے دماغی کوفتگی (cerebral contusion) کے نتیجہ کے طور پر بھی واقع ہو سکتے ہیں، اکثر وہ یا زائد سالوں کے مخفی وقفوں کے بعد۔ یہ حملے ماسکی یا عمومی ہو سکتے ہیں۔ بالعموم سرگذشت ایک کبیر کوفتگی کی ہوگی (ملاحظہ ہو صفحہ 712)۔

شاید یہ عام ترین اسباب ہیں جو عضوی مرض کی حیثیت سے صرعی حملے پیدا کر سکتے ہیں، لیکن یہ حملے کسی بھی ایسے مرض کے دوران میں واقع ہو سکتے ہیں

جس میں دماغ کی ساخت معضرت رسیدہ ہو جائے [مثلاً التہابِ دماغ (encephalitis)، دماغی شریانی صلابت (cerebral arterio sclerosis)، مرضِ شِلڈر (Schilder's disease)، دماغی جانبینی فالج (cerebral diplegia)، مرض ٹےسیک (Tay-Sach's disease) کی رضیعی (infantile) اور طفولی (juvenile) قسموں میں] یا مرضِ برائٹ کو چھوڑ کر بعض دوسرے تسممات الدم میں [جیسے کہ مزمن الکحلیت، انسولینی قلیل شکر دمویت (insulin hypoglycaemia) اور کثیر قلویت (alkalosis) میں]۔

انذار۔ اس سے زیادہ مشکل اور کچھ نہیں کہ کسی ایسے شخص کے مستقبل کے متعلق پیشین گوئی کی جائے جسے صرعی حملہ ہو چکا ہو اور بظاہر اس کا کوئی سبب موجود نہ ہو۔ اصابتوں کی بڑی اکثریت میں اور بالخصوص اگر یہ شکایت بچپن میں شروع ہوئی ہو، حملے بے قاعدہ وقفوں کے ساتھ ساری عمر جاری رہتے ہیں۔ لیکن یہ وقفے بہت سی اصابتوں میں اس قدر طویل ہوتے ہیں کہ مریض کو طبعی زندگی بسر کرنے میں کوئی شدید دقت نہیں پیش آتی۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ حملے موقوف ہو جائیں اور پھر کبھی نہ ہوں، لیکن عام طور پر ایسی اصابتوں کی جو تعداد اعداد و شمار کے تخمینوں میں درج پائی جاتی ہے، وہ تقریباً یقینی طور پر اصلی شرح سے زائد ہے۔ ایسے واقعہ کا ملنا شاذ نہیں کہ جس میں ایک مصروع کو پندرہ یا بیس سال تک بالکل اچھا رہنے کے بعد پھر حملے ہونے لگیں۔ حملوں کی قابلیت ایک مرتبہ موجود ہو تو غالباً ہمیشہ باقی رہتی ہے، چنانچہ ان مریضوں کی طرزِ زندگی مقرر کرتے وقت اس کا لحاظ رکھنا چاہیئے۔ جو حملے روزانہ یا شبانہ ہوتے ہیں، وہ ہمیشہ روزانہ یا شبانہ ہی رہنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اصابتوں کے بڑے تناسب میں ذہنی خرابی واقع ہو جاتی ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ حملے متواتر اور شدید ہوں لیکن اس میں کوئی مستقل قاعدہ نہیں۔ کبھی کبھی ہم ایک مریض ایسا دیکھتے ہیں جس میں دورے نسبتہً کم اور عتاہت ترقی پذیر ہوتی ہے، اور اس کے برعکس کبھی ایسا مریض جسے حملے تو بہت زیادہ ہوتے ہیں مگر قوئ ذہنیہ محفوظ ہوتے ہیں۔ یہ نہیں بھولنا چاہیئے کہ صرعی حملے دماغی سلعہ کی سب سے پہلی اور کچھ زمانہ کے لئے واحد علامت ہو سکتے ہیں۔

لہٰذا دانشمندی یہی ہے کہ اِس عارضہ کے ابتدائی درجوں میں اور بالخصوص بالغوں کی حالت میں اِنذار بتانے میں احتیاط اور تامل سے کام لیا جائے۔

علاج۔ عمومی۔ اِس امر کا اعتراف ضروری ہے کہ حملوں کی قابلیت بیشتر اصابتوں میں مدت العمر باقی رہنے کا رجحان رکھتی ہے اور بذات خود ایک شدید رکاوٹ اور تکلیف دہ امر ہے۔ اسی واسطے مصروع پر حتی الامکان کم پابندیاں عائد کرنی چاہئیں اور یہ اُسی حد تک ہوں جو اُس کی بہتری اور سلامتی کے لئے ناگزیر ہے۔ خوش قسمتی سے بے ہوشی جو عموماً کبیر حملوں کا ممتاز خاصہ ہے مریض کو اُن علامات سے بے خبر کر دیتی ہے جو اُس کے دوستوں کے لئے نہایت تکلیف دہ ہوتی ہیں۔ اِن کی روئداد جو کسی چشم دید گواہ کے ذریعہ حاصل ہو، مریض کی موجودگی میں ہرگز نہ دُہرانی چاہئے۔ مریض کو باقاعدہ زندگی بسر کرنے کی ہدایت کرنی چاہئے، جس کے ساتھ کافی نیند، تفریح اور مشغلہ ہو۔ راتوں کو دیر تک جاگنے اور شراب اور تمباکو کے استعمال کی کثرت کی ممانعت کر دینی چاہئے۔ غذائی پرہیز غالباً غیر ضروری ہیں، بہ استثناء کیٹون پیدا کرنے والی غذا کے جس کا بیان آگے ایک ذریعہ علاج کی حیثیت سے آئے گا۔ کسی مصروع کو ہرگز کبھی حالت میں موٹر گاڑی نہ چلانی چاہئے، اور نہ پُر اژدحام سڑکوں پر بائیسکل کی سواری کرنی چاہئے۔ نہ اُسے حمام میں غسل کرنا چاہئے، تاوقتیکہ کوئی ایسا شخص اُسکے ساتھ نہ ہو جو قابلیتِ حملہ سے آگاہ ہو۔ اِن پابندیوں سے قطع نظر بہتر یہی ہے کہ اُسے معمولی زندگی بسر کرنے دی جائے اور یہ اطمینان دلا کر اُسکی ہمت افزائی کی جائے کہ بہت سے ایسے اشخاص جن میں حملہ کی قابلیت موجود ہوتی ہے، شادمانی اور کامرانی کی زندگی بسر کرتے ہیں۔ اِس میں شک نہیں کہ اس طرز زندگی میں حادثات کے خطرات بھی مضمر ہوتے ہیں، لیکن فکر مند والدین کو صفائی کیساتھ یہ بتلا دیا جائے کہ اِس کے بجائے کامل حفاظت کا طریقہ اختیار کرنے سے زندگی ناقابل برداشت ہو جائے گی۔ اکثر اوقات شادی کے سوال کے متعلق رائے پوچھی جاتی ہے۔ اِس کا اُس شخص پر کوئی اثر نہیں پڑتا۔ بہ حیثیت مجموعی عورتوں کو دورانِ حمل میں کم حملے ہونے کا رجحان ہوتا ہے لیکن حملہ کی قابلیت اولاد میں منتقل

ہوجانے کا خطرہ ضرور ہوتا ہے۔ جہاں تک کہ پہلی پُشت کا تعلق ہے یہ خطرہ خفیف ہوتا ہے، غالباً بیس میں ایک سے زائد نہیں۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئیے کہ تمام مصروعوں کی تقریباً ۳۰ فی صدی تعداد میں خاندانی شجرہ کے اندر کہیں نہ کہیں اِس عارضہ کی سرگذشت پائی جاتی ہے۔ مرد کی حالت میں ممکن ہے کہ حملوں کی وجہ سے اُس کی قابلیتِ کسبِ معاش محدود ہوجائے۔

دوائی۔ صرع کے علاج کے لئے بہت سی دواؤں کا استعمال کیا گیا ہے، جن میں سے برومائڈ کو اب بھی فوقیت حاصل ہے۔ عموماً برومائڈ کا پوٹاسی نمک استعمال کیا جاتا ہے۔ اِسے پہلے خفیف مقداروں میں دینا چاہئیے، بالغ کے لئے شب کو اور صبح۔ اگرین، اور عموماً اِسے لائکر آرسینی کیلس (liquor arsenicalis) کے ایک یا دو قطروں کے ساتھ دیا جاتا ہے، جس سے کہتے ہیں کہ جلدی ثورانات کے پیدا ہونے کا امکان کم ہوجاتا ہے۔ اگر ضرورت ہو تو مقدار خوراک کو ۱۵ یا ۲۰ گرین تک بڑھا کر روزانہ تین بار دے سکتے ہیں۔ بہت سے مریض ایسی مقداروں کو بلا کسی مضر اثر کے برداشت کر سکتے ہیں مگر بعض مریضوں کو پستی یا انخفاض کی شکایت ہوگی۔ لہٰذا اس دوا کے بارے میں انفرادی مزاجِ خاص کو غور سے دیکھ کر مقدار خوراک کو اُسی مناسبت سے کم و بیش کر دینا چاہئیے۔

بعض اوقات جہاں برومائڈ ناکام رہے، لیومینال (luminol) کارگر ثابت ہوتا ہے، یا اُسے برومائڈ کے ساتھ دے سکتے ہیں۔ اِسکی مقدار خوراک چوبیس گھنٹوں میں ۵ گرین تک ہے، لیکن بیشتر مریضوں میں اِس اعظم مقدار کے اثر سے غنودگی طاری ہوجاتی ہے اور بعض مریضوں میں دوسرے سمّی علامات ظاہر ہوں گے، جیسے کہ دوران سر یا احمراری طفح۔ اگر یہ تنہا دیا جائے تو $\frac{1}{2}$ گرین بصورت قرص روزانہ تین بار مناسب مقدار ہے، جسے حسب ضرورت بڑھا سکتے ہیں۔ چونکہ لیومینال سوڈیم (luminol sodium) پانی میں حل ہوجاتا ہے لہٰذا اُسے برومائڈ کے ساتھ بہ سہولت دے سکتے ہیں، اور ایک بالغ کے لئے مندرجہ ذیل نسخہ موزوں ہوگا:-

پوٹاسیئم برومائڈ ـــــ ۱۰ گرین

لیٹومینال سوڈیم ——— ½ گرین
لائکرآرسینی کیلیس ——— ۱ قطرہ
آبِ کلوروفارم تا ایک اونس

روزانہ دو یا تین بار

پرومینال (prominol) لیٹومینال کا بدل ہے، جس کے متعلق کہا جاتا ہے کہ یہ ناخوشگوار غنودگی پیدا کرنے کا کم رجحان رکھتا ہے۔ ½ ۱ — ۳ گرین روزانہ ۲ یا ۳ مرتبہ دیئے جا سکتے ہیں۔

دوسری دواؤں میں صبغۂ لفاح (tincture of belladonna)، ۱۰ تا ۱۵ قطرے روزانہ تین بار دیے سکتے ہیں، اور یہ بعض اوقات اُس وقت کارگر ہوتا ہے جبکہ برومائڈ اور لیٹومینال ناکارگر ثابت ہوتے ہیں۔ بعض اوقات سوڈیم بائی بوریٹ (sodium biborate) بھی، ۱۰ تا ۱۵ گرین کی مقداروں میں، مفید ہوتا ہے، اور چونکہ یہ کوئی مخفف اثر نہیں رکھتا لہٰذا اسے برومائڈ کے بجائے یا برومائڈ کو اور قوی کرنے کے لئے استعمال کر سکتے ہیں۔ کبھی کبھی جب کہ دوسری دوائیں ناکام ثابت ہوں گیلی نیو کے متفدات (Gelineau's Dragees)، جن میں برومائڈ کے ساتھ پکروٹاکسین (picrotoxin) شامل ہے، کارگر معلوم ہوتے ہیں۔ صحیح آزمائش کیلئے، ان دواؤں میں سے کسی ایک کو مسلسل کئی ہفتوں یا مہینوں تک استعمال کرنا چاہیئے۔

دورانِ حملہ میں۔ اُن اصابتوں میں جنہیں متقدم نسمہ ہو، بعض اوقات حملہ روکا جا سکتا ہے۔ اگر نسمہ ہاتھ میں ایسے احساس پر مشتمل ہو جو بتدریج اوپر بازو کی طرف بڑھے تو اُس حصے کو زور سے ملنے، یا مقام احساس سے اوپر کس کر تضییق کر دینے سے، اور اس طرح گویا مرکزوں کی طرف اس کا بڑھنا روک دینے سے دورے کو روکا جا سکتا ہے۔ جہاں یہ ترکیب کامیاب ثابت ہو، مریض بازو کے بالائی حصے کے گرد رسّی کا ایک پھندا ڈال سکتا ہے جس کا ایک سرا آستین میں سے ہو کر کلائی تک پہنچتا ہو تاکہ وہ اس سرے کو کھینچکر بازو کی فی الفور تضییق کر سکے۔ دوسرے مریض دوروں کو اس طرح روک سکتے ہیں کہ جوں ہی نسمہ محسوس ہو اپنی

توجہ جبری طور پر کسی ذہنی یا جسمانی سعی کے طرف پھیر دیں۔ اِس طرح کی مساعی کرنے کی حوصلہ افزائی محنت سے کرنی چاہئے۔ کبھی کبھی نائٹرائٹ آف ایمائل (nitrite of amyl) کو سنگھانے سے حملہ کی نمو یابی روکی جاسکیگی۔ جب دورہ فی الحقیقت شروع ہوگیا ہے تو اُس کے علاج کے معاملہ میں کچھ نہیں کیا جاسکتا، لیکن مریض کو تشنج کے بعض نتائج سے محفوظ رکھا جاسکتا ہے۔ بالعموم اُسے وہیں لیٹا رہنا چاہئے جہاں وہ گرا ہے، تاوقتیکہ یہ خود خطرے کا محل (مثلاً پانی کا ڈابر یا آگ) نہ ہو، مگر اُسے آس پاس کی چیزوں سے اپنے آپ کو متضرر کر لینے سے بچایا جاسکتا ہے۔ اُس کے کالر (collar)، نک ٹائی (neck-tie)، کفوں (cuffs) اور دوسری تنگ بندشوں کو فوراً ڈھیلا کر دینا چاہئے۔ اور اُس کے دانتوں کے درمیان ایک کاگ، کتا بچا یا جلاؤ لکڑی کا ٹکڑا رکھ دینا چاہئے تاکہ زبان کٹنے سے محفوظ رہے۔ مصروع مصنوعی دانت استعمال کرتا ہو تو اُنھیں رات کو ہمیشہ نکال دینا چاہئے کیونکہ ممکن ہے کہ وہ دورے کے وقت ڈھیلے ہو کر بلعوم میں مغروز ہو جائیں۔

حالت صرعیہ کے لئے متعدی کے ساتھ علاج ضروری ہے کیوں کہ ممکن ہے کہ مریض خستگی کی وجہ سے ہلاک ہو جائے۔ بعض اوقات حملوں کا درمیانی وقفہ ایسا ہوتا ہے کہ دوا براہ دہن دی جاسکتی ہے۔ اِس طریقہ سے کلورل ہائڈریٹ (chloral hydrate) ۳۰ گرین اور پوٹاسیم برومائڈ ۶۰ گرین ہر چوتھے گھنٹے دے سکتے ہیں یہاں تک کہ حملے موقوف ہو جائیں۔ اگر مریض ادویہ براہِ دہن نہ لے سکے تو پیرالڈیہائڈ (paraldehyde) ۴ تا ۸ ڈرام کی مقدار میں چھ اونس پانی ملا کر براہ مستقیم دے سکتے ہیں۔ اِس کے جذب ہونے کا ثبوت اُس ممیز بو سے مل سکتا ہے جو مریض کی سانس میں پائی جاتی ہے۔ اگر حملے جیسا کہ اکثر اوقات پایا جاتا ہے اسقدر متواتر ہوں کہ مستقیمی انجذاب کو روک دیں، تو تحت الجلدی ادویہ واحد ذریعۂ علاج ہیں۔ اب لیومینال (luminol) کے ایمپول تحت الجلدی یا دروں عضلی اشراب کے لئے مل سکتے ہیں، جن میں ہر ایک میں ۲۰ فی صدی محلول کا ایک کیوبک سنٹی میٹر ہوتا ہے۔ ضرورت ہو تو

ان میں سے ایک ہر دو سرے یا تیسرے گھنٹے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ تبادلاً ہیوسین ہائڈروبرومائڈ (hyoscine hydrobromide) تحت الجلدی راہ سے ۱/۱۰۰ گرین کی مقداریں ہر دوسرے گھنٹے دے سکتے ہیں، لیکن اس میں یہ نقصان ہے کہ یہ ایک خافض نفس دوا ہے۔ مابعد صرعی اختلاط (post-epileptic confusion) کے علاج کے لئے مسکنات کی بڑی مقداروں کی ضرورت ہوسکتی ہے۔ پیرا الڈیہائڈ ۲ تا ۸ ڈرام براہ دہن بہترین مسکن ہے، یا اگر اس سے کامیابی نہ ہو تو ان ادویہ میں سے جو حالت صرعیہ کے لئے بتلائی گئی ہیں، کوئی دوا دی جا سکتی ہے۔

غذائیات۔ بقراط نے ان مختلف اشیاء کی فہرست درج کی ہے جو اس کے زمانہ کے منتر جنتر والوں، تطہیر کرنے والوں، عطائیوں اور نیم حکیموں نے مصروعین کیلئے ممنوع قرار دی تھیں۔ ان کے جانشینوں کی کمی نہیں۔ اس کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ مصروع کے لئے ایک قسم کی غذا دوسری قسم کی غذا سے بہتر ثابت ہوتی ہے، بااستثنا کیٹون آفرین غذا کے جس کا بیان آگے آئے گا۔ یہ اس مشاہدے پر مبنی ہے کہ ان مریضوں میں جنھیں بار بار حملے ہورہے ہیں دس سے بارہ دن تک کے فاقہ سے حملے بہت کم اور اکثر بالکل بند ہو جائیں گے۔ یہ اثر اس کیٹونیت کی وجہ سے معلوم ہوتا ہے جو فاقہ سے پیدا ہو جاتی ہے، اور ایسا ہی اثر ایسی غذا کے دینے سے حاصل ہوسکتا ہے جس میں کاربو ہائڈریٹ کی کمی اور شحم کی نسبتہً افراط ہو۔ پروٹین کی اساسی ضرورت کا تخمینہ اس طرح کیا جاتا ہے کہ جسم کے وزن کے ہر کلو گرام کے لئے ایک گرام پروٹین دیا جائے۔ کاربو ہائڈریٹ کی مقدار گھٹا کر اقل ترین کر دی جاتی ہے اور حراری قیمت شحم سے پوری کر دی جاتی ہے۔ اس طریقہ سے جو نتائج حاصل ہوتے ہیں وہ بحیثیت مجموعی مایوس کن ہیں۔ بالغوں کی بہ نسبت بچوں میں کامیابی کا زیادہ امکان ہے، اور ایسے بچے میں جو کثیر الوقوع صغیر حملے اور ذہنی تنزل ظاہر کرے، اس وقت جب کہ دوسرے علاج ناکام رہیں یہ علاج خاص طور پر مفید ہوتا ہے۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 474—478 پر جلد اول الاغذیہ)۔

رضیعی تشنجات۔ یہ دوسرے اشخاص کے صرعی حملوں سے سریری طور پر مختلف نہیں ہوتے، الا یہ کہ شعور کا اختلال جو کہ صغیر حملوں کی خاص

خصوصیت ہے، اس عمر میں اتنا قابل لحاظ نہیں ہوتا۔

بحث اسباب ۔ جیسا کہ بالغوں میں ہوتا ہے، حملوں کی قابلیت عضوی مرض کا نتیجہ ہو سکتی ہے یا خود رو قسم کی ہوتی ہے۔ حملوں کی ایک محدود تعداد کے عام ترین عضوی اسباب، التہاب سحایا، خاص طور پر درنی التہاب سحایا اور حاد التہاب دماغ ہیں، لیکن جب حملوں کا سلسلہ اطالت پذیر ہو تو ولادت پر دماغ کا تضرر اور قشری نمو کا پیدائشی فشل ذہن میں لانا چاہئے۔ ایسی اصابتوں میں یہ قابلیتِ حملہ زندگی کے پہلے چند دنوں یا ہفتوں میں رونما ہوتی ہے، یا اس کا ظہور دیر سے ہوتا ہے۔

خود رو قسم بسا اوقات زمانۂ شیر خوارگی میں رونما ہوتی ہے یعنی اس عمر جب کہ قشری وظیفہ نہایت ہی غیر مستحکم ہوتا ہے۔ ایک یا دو حملے واقع ہو سکتے ہیں، جن کی تعجیل شاید دانت نکلنے، یا دیر تک چیخنے، حاد سرایت، بدہضمی یا اسہال سے ہو جاتی ہے، اور بقیہ تمام عمر وہ شخص مبرا رہتا ہے، البتہ اصابتوں کی ایک معتد بہ تعداد میں متاخر زندگی میں دورے واقع ہوتے ہیں، اور عام ترین عمر کہ جس میں نکس واقع ہوتا ہے بلوغ یا قبل از بلوغ ہے۔ چنانچہ بہت سے مصروعین کی ذاتی سرگذشت میں جن کے زیادہ تشویشناک حملے بچپن یا نوجوانی میں شروع ہوتے ہیں، ایک یا دو رضیعی تشنجات کی سرگذشت حاصل ہو سکتی ہے، اور مصروعین کی خاندانی سرگذشت میں بسا اوقات ایک یا دو ایسے افراد کی داستان حاصل ہوتی ہے جن کو زمانہ شیر خوارگی میں تشنج یا تشنجات ہوئے اور اس کے بعد کوئی نکس واقع نہیں ہوا۔

علاج ۔ رضیعی حملوں کے اسباب مہیجہ کو زمانہ ماضی میں ضرورت سے زیادہ اہمیت دی گئی ہے۔ شیر خوار بچہ اور بالغ ہر دو کے متعلق یہ کہنا صحیح ہے کہ تا وقتیکہ مرضی قابلیت پہلے سے موجود نہ ہو عامل مہیجہ کوئی حملہ واقع نہیں کر سکتا، اور یہ کہ شیر خوار بچہ اور بالغ میں مرضی قابلیت اسی نوعیت کی ہوتی ہے، اور مماثل علاج چاہتی ہے۔ لہٰذا اول اول حملے کا وقوع ظاہر کرتا ہے کہ برومائڈ کی مناسب مقدار کی ضرورت ہے، مثلاً ۵ گرین روزانہ، یا کوئی بھی منوم خوراک جو اپنے اثرات میں بے ضرر ہو،

748

اور اُسس کو باقاعدگی کے ساتھ چھ ماہ یا بارہ ماہ تک جاری رکھنا چاہئے۔ اس علاج کی علت اس امر پر منحصر ہے کہ وہ حالات کیا تھے کہ جن میں حملہ واقع ہوا۔ ایسا حملہ جو کسی کافی محمل سبب کے بغیر واقع ہو' زائدصرعی قابلیت ظاہر کرتا ہے۔ جب کسی بچہ کو زمانہ شیر خوارگی میں تشنج یا تشنجات ہوئے ہوں' تو اس میں بعدازاں تحس کے امکان پر نگاہ رکھنی چاہئے تاکہ اگر یہ واقع ہو تو فی الفور علاج شروع کیا جاسکے۔ مرگی جیسا کہ گورز (Gowers) نے زور دیا ہے' ایک خود ملازم (self-perpetuating) مرض ہے' اور پہلے حملے کے بعد کامیاب علاج کا سب سے زیادہ موقع ہوتا ہے۔

جب دورہ واقع ہو تو عام طریقہ علاج یہ ہے کہ بچہ کو فی الفور گرم پانی میں رکھدیا جائے۔ اگر حال ہی میں پاخانہ نہیں ہوا ہے' یا اگر یہ خیال کرنے کی کوئی وجہ ہو کہ غذا اخراش پیدا کر رہی ہے' تو ایک گرین کیلومیل (calomel) بچہ کی زبان پر رکھ دیں۔ اگر دورہ نہایت زور کا اور مسلسل ہو تو کلوروفارم احتیاط کے ساتھ استعمال کر سکتے ہیں۔ ۵ گرین پوٹاسیم برومائڈ دینا چاہئے' جس کے ساتھ ۳-۵ گرین کلورل ممزوج ہو۔

شقیقہ

(migraine) (megrim)

(صداع غشیانی = sickheadache' آدھا سیسی = hemicrania)

یہ دردسر کے متواتر حملوں کی شکایت ہے' جس سے پہلے بعض اوقات بعض غیر طبعی احساسات ہوتے ہیں' اور دردسر کے ساتھ اکثر متلی اور قئے ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ اولی سبب ایک جینی نقص معلوم ہوتا ہے۔ مریضوں کے بڑے تناسب میں اس مرض کی خاندانی سرگذشت موجود ہوتی ہے۔ یہ دردسر عموماً سن بلوغ کے قریب شروع ہوتے ہیں' لیکن تحقیقات کرنے سے اکثر بچپن میں "صفراوی حملوں" کی ماسبق سرگذشت ظاہر ہوگی' اور معلوم ہوتا ہے کہ شقیقہ اور بچوں کی نام نہاد دوری قئے ایک دوسرے کے ساتھ قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ یہ شکایت زیادہ شاذ اصابتوں میں متاخر سالوں میں نمودار ہوتی ہے۔

ایک بار ظاہر ہونے کے بعد یہ اکثر ساری بالغ زندگی میں جاری رہتی ہے، اور پچاس سال کی عمر کے بعد حملے تواتر میں کم ہوجانے یا بالکل بند ہوجانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ یہ مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتی ہے، اور بعض اوقات حملوں اور حیض میں قریبی تعلق ہوتا ہے۔ متعدد و مختلف عوامل جو کبھی کبھی حملے پیدا کردیتے ہیں سبب مرض سمجھے گئے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان میں دماغی بار سب سے زیادہ عام ہے، اور غالباً اسی سے دماغی کام کرنے والوں اور سریع الاشتعال مزاج والوں میں شقیقہ کے اضافی تواتر کی توجیہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مریضوں کی کچھ تعداد میں تعب چشم (eye-strain)، بالخصوص وہ جو انعطاف نور یا عضلی توازن کے ناتصحیح کردہ نقائص کی وجہ سے ہو، اہم عامل ہو۔ قبض اور غذا کی بے احتیاطیاں سے دورے شروع ہوسکتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں شاید حساسیت (allergy) اس کا سبب ہوسکتی ہے۔ لیکن ہمیں اعتراف کرنا چاہیے کہ جیسا صرع کی حالت میں ہوتا ہے، حملوں کی غالب تعداد بلا کسی ظاہری سبب کے واقع ہوجاتی ہے۔

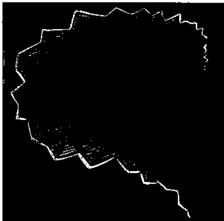
امراضیات۔ دماغ میں یا اور کسی جگہ ایسے کوئی تشریحی تغیرات نہیں پائے گئے ہیں جن سے اس مرض کی توجیہ ہوسکے۔ حملوں کی نوعیت، بالخصوص درد سر، قے، بطء النبض اور استبصاری اختلال کے اجتماع سے اندازہ ہوتا ہے کہ یہ دروں جمجمی فشار کی عارضی زیادتی کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں، جو کسی صریح سبب کی غیر موجودگی میں، یا تو اس وجہ سے ہوتی ہے (۱) کہ کیفیات سے دماغی نخاعی سیال کے خارجی بہاؤ میں میکانی تسدد ہوکر ایک موقتی اندرونی استسقاء الدماغ پیدا کردیتا ہے، یا اس وجہ سے (۲) کہ وعائی اقتدار کا سریع الزوال شلل واقع ہوکر شریانی احتقان اور دماغی اذیما پیدا کردیتا ہے۔

74

مندرجہ ذیل حسی مظاہر کی نوعیت اور ترتیب وقوع سے اندازہ ہوتا ہے کہ آخر الذکر توجیہ صحیح ہے۔

علامات۔ شقیقہ کا حملہ کامل ذیل کی چیزوں پر مشتمل ہوتا ہے :- (۱) ایک قسمہ۔ (۲) دردسر۔ (۳) حشائی اختلال، جو متلی، قے یا بعض اوقات اسہال کی شکل اختیار کرتا ہے۔ ناکمل حملوں کا وقوع عام ہے۔ ممکن ہے کہ کوئی

ایک علامت، یا دو علامات بدول دوسری علامتوں کے واقع ہو جائیں جن میں سے دردِ سر اور متلی کا اجتماع سب سے زیادہ کثیر الوقوع ہے۔
جب نسمہ موجود ہوتا ہے تو اکثر استبصاری اختلال کی شکل اختیار کرتا ہے۔



تصویر ۹۱۔ وہ طیف جو کہ شقیقہ کی بعض اصابتوں میں نظر آتا ہے اور جو دیوارِ بصری یا طیفِ تحصینی کے نام سے موسوم ہے۔

ممکن ہے کہ مریض بظاہر کامل صحت کی حالت میں ہو اور اس وقت یہ محسوس کرے کہ وہ دونوں آنکھوں (شاذ صورتوں میں صرف ایک آنکھ) سے اس چیز کو نہیں دیکھ سکتا جو براہ راست میدانِ نظر کے مرکز میں ہے، بلکہ اسے دیکھنے کیلئے اسے اپنا سر ہٹانا پڑتا ہے، یا وہ فی الفور دیکھتا ہے کہ مرکز میں ایک روشن

قطعہ موجود ہے۔ چند ہی دقیقوں میں نابینائی کا رقبہ بڑا ہو جاتا ہے، اور اگر وہ کمرے کے تاریک حصے کی طرف یا کسی صاف سطح، مثلاً چھت، کی طرف پھرتا ہے تو اُسے چمکدار رنگوں کا ایک چھوٹا سا دائرہ نظر آتا ہے، جو آڑھے ٹیڑھے یا دندانے دار جھالر کے (vandyked) طرز کا ہوتا ہے۔ لمحہ بہ لمحہ یہ دائرہ ایک یا دوسری جانب کو اور مرکز سے دُور زیادہ بڑا ہوتا جاتا ہے اور ایک نعل کی شکل میں کھلتا ہے، اور جب یہ نعل باہر کو پھیلتی ہے تو میدانِ نظر کو دُھندلا کرتی جاتی ہے اور ساتھ ہی بصارت مرکز میں واپس آجاتی ہے اور بتدریج درست ہو جاتی ہے۔ نعل کا بیرونی حاشیہ رنگوں کے ایک آڑھے ٹیڑھے خط پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کے اندر رقبۂ کور ہوتا ہے۔ جو اُبلتے ہوئے سیال کی طرح متحرک ہوتا ہے۔ اور پھر اس کے اندر بصارت کا درست شدہ رقبہ ہوتا ہے۔ نعل عموماً ابتدا سے نصف گھنٹے کے اندر میدان کے محیط تک پہنچ جاتی ہے۔ اب ہر چیز مرئی ہوتی ہے، اگرچہ شاید اہتزاز یا لرزش کے احساس کے ساتھ یہ صریحاً ایک موضوعی احساس ہوتا ہے، اور دماغ کے ایک اختلال کے باعث ہوتا ہے، جو تقاطع بصری کے پیچھے اس طرف واقع ہوتا ہے جو میدان کے حصۂ کور کے مقابل ہوتی ہے۔ اس عجیب و غریب طیف کو دیوار بصری (teichopsia) یا تحصینی طیف (fortification spectrum) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل 91)۔ اس طیف کی عجیب و غریب نوعیت کی وجہ سے اسکی طرف بہت کچھ توجہ منعطف کی گئی ہے۔ لیکن یہ اپنی مکمل صورت میں نادر ہوتا ہے۔ علی العموم یہ احساس روشنی کے مبہم چمکاروں تک محدود ہوتا ہے، جن کے بعد نصف میدان میں تاریکی چھا جاتی ہے، یا سادہ نیم بصری (heminanopic) دھندلاپن طاری ہو جاتا ہے۔ استبصاری میدان کا متاثرہ حصہ ہر حملہ میں مختلف ہوتا ہے، یعنے بعض اوقات دائیں نصف حصے، بعض اوقات بائیں نصف حصے، بعض اوقات دونوں بیرونی نصف حصے، یا دونوں میدانوں کے بالائی یا زیریں حصے متاثر ہو سکتے ہیں (مستعرض نیم بصری = transverse hemianopia)۔ نہایت شاذ صورتوں میں ایک مستقل تیرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض مثالوں میں نیم بصری نوعیت غیر موجود

74

ہوتی ہے' اور بصارت کا ایک عام وھندلا پن موجود ہوتا ہے۔ بعض اوقات استبصاری نسمہ کے بعد یا اس کے بجائے حسّی یا حرکی مظاہر ہوتے ہیں' جن کی توزیع فالج نصفی کی توزیع کی طرح ہوتی ہے۔ یہ عموماً زبان اور لبوں کی دونوں جانبوں کی جھنجھناہٹ کے احساس کے ساتھ شروع ہوتے ہیں' جو پھر ایک جانب پر چہرے اور ہاتھ میں ظاہر ہوتا ہے' اور جب دوسرے حصوں پر حملہ ہوتا ہے تو وہ حصہ جس پر پہلے حملہ ہوا تھا درست ہوجاتا ہے۔ اس سارے عمل میں بیس تا تیس دقیقے لگتے ہیں۔ کبھی کبھی جھنجھناہٹ کے ساتھ حرکی کمزوری بھی ہوتی ہے' اور اگر دائیں جانب ماؤف ہو تو گویائی کا ایک عارضی اختلال بھی موجود ہوتا ہے۔

بعض اصابتوں میں دردِ سر سے پہلے صرف ایک ذہنی قسم کا اختلال ہوتا ہے' یعنے پستی' نڈھال پن اور قریب الوقوع مصیبت کا خوف طاری ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ خیر و صلاح کا ایک غیر معمولی احساس ہو۔ اور یہ احساسات نصف گھنٹے سے لے کر دو یا تین گھنٹوں تک قایم رہ سکتے ہیں۔

نسمہ کے بعد' عموماً فوراً' دردِ سر ہوجاتا ہے۔ اس کی شدت ہر درجہ کی ہوتی ہے' یعنے اتنی خفیف کہ ذہنی کام میں حارج نہ ہو' یا اس قدر شدید کہ مریض کو ہر کام کے لئے بالکل ناقابل بنادے۔ یہ درد اکثر سارے دن' اور بعض اوقات دو یا تین دن تک جاری رہتا ہے' اور شدید صورتوں میں بتدریج بڑھتا رہتا ہے' یہاں تک کہ جب وہ درجۂ کمال کو پہنچتا ہے تو متلی اور قئے ہوجاتی ہے' جس کے بعد کسیقدر آرام محسوس ہوتا ہے۔ اس کے بعد وہ جلد غائب ہوجاتا ہے' یا زیادہ تدریجاً کم ہوتا ہے' یا جاری رہتا ہے یہاں تک کہ مریض رات کو سونے چلا جائے۔ جب مریض شاید طویل نیند کے بعد بیدار ہوتا ہے تو اچھا ہوتا ہے' لیکن کمزوری یا تکان کا کچھ احساس پایا جاتا ہے۔

یہ درد اکثر یک جانبی ہوتا ہے (صُداع نصفی۔ آدھا سیسی = hemicrania)' لیکن ممکن ہے کہ ایک جانب پر شروع ہو اور جگہ بدل کر دوسری جانب کو چلا جائے' بلکہ پھر اس جانب میں آجائے جہاں پہلے ہوا تھا' یا دونوں جانبوں کو ایک ساتھ ماؤف کرے۔ جو جانب پہلے ماؤف ہوتی ہے وہ عموماً وہی ہوتی ہے جو استبصاری

طیف کے مقابل ہے۔ درد جبہی، صدغی، یا جداری خطے میں، یا آنکھ کے پیچھے، اکثر ایک نہایت محدود مقام پر شروع ہوسکتا ہے، جہاں سے وہ مختلف سمتوں میں پھیل سکتا، یا عام ہوسکتا ہے۔ نوعیت میں وہ اکثر ناقب ہوتا ہے، اور حرکت، روشنی، یا آواز سے زیادہ ہوجاتا ہے۔ اور مریض صرف لیٹی ہوئی وضع میں آرام محسوس کرتے ہیں۔ درد اسقدر سخت ہوسکتا ہے کہ مریض پر ذہول یا ہذیان طاری ہوجاتا ہے۔ اِس کے ساتھ ہی اُس کا چہرہ شاحب ہوکر کھنچ جاتا ہے، ہاتھ پاؤں سرد اور نبض ضعیف، صغیر اور بطی ہوجاتی ہے۔ صرف چند اصابتوں میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ جیسے جیسے دردِ سر جاری رہتا ہے یہ حالتیں معکوس ہوجاتی ہیں، چہرہ تمتماجاتا ہے، اور پسینہ آنے لگتا ہے۔

شقیقہ کے حملے چند دنوں یا دو یا تین مہینوں کے وقفوں کے ساتھ مکرر ہوجاتے ہیں، مگر تین یا چار ہفتوں کا وقفہ زیادہ عام ہوتا ہے۔ خاص خاص حملے متذکرۂ بالا مخصوص اسباب سے واقع ہوسکتے ہیں، لیکن بعض اوقات یہ جاننا ناممکن ہوتا ہے کہ یہ اختلال کس چیز سے واقع ہوگیا ہے۔ شابہت کے بعض سریری خصائص کے علاوہ شقیقہ اور صرع کے درمیان ایک قسم کا ائتلاف بھی پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات اِن دونوں کا وقوع ایک ہی مریض میں پایا جاتا ہے۔ دوسری مثالوں میں ممکن ہے کہ اُس مریض کو جو شقیقہ میں مبتلا ہے بعد میں صرع ہوجائے اور ازاں بعد اُسے شقیقہ کے حملے نہ ہوں، یا یہ تبادلہ دوسرے رُخ میں ہوجائے۔

شَلَلِ العینی شقیقہ (ophthalmoplegic migraine) کا نام اُن شاذ اصابتوں کے گروہ کو دیا گیا ہے جن میں دردِ سر کے متواتر حملے کسی ایک محرک العین عصب کے عارضی شلل کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ بالعموم یہ شلل حملوں کے درمیان میں رفع ہوجاتا ہے لیکن ممکن ہے کہ بتدریج مستقل ہوجائے۔ اِن اصابتوں کی کوئی تشفی بخش توجیہ نہیں پائی جاتی۔ تاہم یہ امر مسلمہ ہے کہ اِس نوعیت کے حملے، خطرناک عضوی مرض کی کوئی امارت نمویاب ہوئے بغیر بیس یا تیس سال تک جاری رہ سکتے ہیں۔

تشخیص حملوں کی دوریت اور کامل صحت کے وقفے، عمر جس پر آغاز مرض ہوتا ہے،

اور متلی کے ساتھ ایتلاف، یہ بالعموم تشخیص کے لئے کافی ہوتے ہیں۔ لیکن ہر اصابت میں دوسرے اسباب کو خارج از بحث کرنا ضروری ہے۔ دماغی سلعہ کے متوالی دردِ سر کے ہمراہ جلد یا بدیر التہاب حلیمہ بصری یا دماغ کی مقامی مضرت رسیدگی کے امارات پائے جاتے ہیں۔ دردِ سر کے دوسرے اسباب جو قابل غور ہیں وہ بیخ انفی اجواف کی سرایت، آتشکی التہاب سحایا، دماغی شریانی صلابت کا نتیجہ ہیں، اور بعض اسباب مثلاً یوریا دمویت۔

شقیقہ کا نسمہ صرع کے نسمہ کے ساتھ خلط ملط ہوسکتا ہے۔ لیکن آخر الذکر مرض کا نسمہ چند لمحوں کی مدت کا ہوتا ہے اور شقیقہ کا نسمہ تقریباً بیس دقیقوں تک رہتا ہے۔ شقیقہ میں ہوش وحواس میں بھی کوئی اختلال نہیں ہوتا ممکن ہے کہ بعض مریضوں کو دردِ سر کے نسبت متلی یا قے سے زیادہ تکلیف ہو اور وہ صرف انھیں علامات سے تسکین چاہیں۔

انذار۔ علاج سے حملوں کے تواتر اور شدت دونوں میں معتد بہ اصلاح ہو سکتی ہے، اگرچہ کہ مرض عام طور پر برسوں جاری رہتا ہے۔ لیکن اس مرض میں جان کا خطرہ نہیں، اور اس کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ شقیقہ میں مبتلا ہونے والے مریض دوسروں کے نسبت ترف، علقیت، اور دماغ کے دوسرے امراض میں مبتلا ہونے کا زیادہ امکان رکھتے ہیں۔ یہ مرض اکثر پچاس برس کی عمر کے بعد کم تواتر سے ہوا کرتا ہے یا بالکل غائب ہو جاتا ہے، بالخصوص عورتوں میں سن یاس کے بعد۔

علاج۔ وقفوں کے زمانہ میں:۔ مریض کو نہایت صحی حالات میں رکھنا چاہیئے، اور ساتھ ہی غذا کو احتیاط کے ساتھ باقاعدہ کیا جائے، قبض سے احتراز کیا جائے، ورزش ایسی ہو کہ خستگی نہ ہو، صاف اور صحت بخش ہوا ملے، زیادہ دماغی مطالعہ نہ ہو اور دماغی افکار سے احتراز کیا جائے۔ ہرسٹ (Hurst) کا بیان ہے کہ بہت سے مریضوں میں عینی انعطاف (ocular refraction) یا عضلی توازن کے نقائص کی تصحیح عینک سے کر دینے سے حملوں سے شفا ہو سکتی ہے۔

دواؤں میں لیٹومینال (luminol) سب سے زیادہ مفید ہے۔ یہ قرص کی شکل میں یا ایک آمیزہ میں لیومینال سوڈیم (luminol sodium) کی شکل میں دیا جاسکتا ہو۔ آدھا گرین روزانہ تین بار عموماً کافی ہوتا ہے اور اتنا زیادہ نہیں ہوتا کہ جس سے غنودگی طاری ہوجائے۔ یہ باقاعدگی کے ساتھ مہینوں لیا جاسکتا ہے اور بالعموم اس سے حملوں کے تواتر اور شدت دونوں میں کمی ہوجاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں آمیزۂ گاور (Gower's mixture) بطور حفظ ما تقدم باقاعدگی کے ساتھ لینے سے اچھا اثر ہوتا ہے اور اس میں اجزائے ذیل شامل ہیں:-

لائکر ٹرائی نائٹرینی - ایک قطرہ	liq. trinitrini m i
لائکر اسٹرکنائنی ۵ قطرے	liq. strychainae m v
ٹنکچر جلیسمی ۱۰ قطرے	tinct. gelsemii m x
سوڈیم برومائڈ ۱۰ گرین	sodium bromide gr x
ڈائلیوٹ ہائڈروکلورک ایسڈ ۱۰ قطرے	dilute hydrochloric acid m x

حملوں کے دوران میں۔ مریض کو عموماً تجربہ سے معلوم ہوجاتا ہو کہ کم شدید حملوں کو مختصر کیا جاسکتا ہے۔ دس یا پندرہ گرین ایسپرین اور کسی تاریک اور خاموش کمرے میں ایک گھنٹہ تک ایک صوفہ پر آرام لینا اکثر کافی ہوتا ہے بالخصوص اگر اس عرصہ میں نیند بھی آسکے۔ اگر علامات ایسے دن کے خاتمہ پر ظاہر ہوں جس میں مصروفیت کی وجہ سے تکان ہوگئی ہو تو اچھے کھانے اور ایک جام روح شراب لینے سے بعض اوقات طبیعت بحال ہوجاتی ہے بشرطیکہ متلی نہ شروع ہوگئی ہو۔ زیادہ شدید حملوں میں معدی حرکت دودیہ بالکل موقوف ہوجاتی ہے (جیسا کہ لاشاعوں سے ظاہر ہوتا ہے) اور بجز پانی کے گھونٹوں کے منھ سے کچھ نہیں لیا جاسکتا۔ ایسی حالت میں ایک تاریک کمرے میں آرام کرنا ایک واحد ذریعۂ سکون ہے۔ اگر قئے شدید ہو اور زیادہ عرصہ تک رہے تو ۵ فی صدی گلوکوز کے مقعدی تصفیقات (rectal infusions) دینے چاہئیں۔ یہ حملے کو مختصر کرنے میں ممد ہوتے ہیں اور مابعد خستگی کو کم کردیتے ہیں۔ سر پر

سد دلاستقات لگانا عموماً پسند کیا جاتا ہے۔ اگر درد غیر معمولی طور پر شدید ہوتا ہو تو مارفیا (morphia) تحت الجلدی راہ سے دینا چاہئے، اور ممکن ہے کہ اس کی معتاد کو مکرر دینا پڑے۔ اگر اس کی ضرورت ہو تو اسے وہ طبیب جو معالج ہو یا ایک تربیت یافتہ ممرضہ دے سکتی ہے۔ مارفیا مریض یا اس کے دوستوں کے سپرد ہرگز نہیں کرنا چاہئے۔

عضلی رجفہ

(MYOCLONUS)

(myoclonia)

اس عنوان کے تحت وہ کثیر التعداد حالتیں مجتمع کر دی گئی ہیں جن کا ممیز خاصہ عضلات کا ایک مختصر سریع انقباض ہوتا ہے۔ جو صرع، ہسٹیریا، داء الرقص کنع (athetosis) وغیرہ کا جزو نہ ہو۔ سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) میں واقع ہونے والے حرکات کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 706)۔ 750

ورائی کثیر عضلی رجفہ

(paramyoclonus multiplex)

فریڈرک نے اس نام کے تحت ایک شخص کی اصابت بیان کی ہے جسے بازوؤں، پیشں بازوؤں اور جانگوں کے بڑے عضلات میں صاعقہ نما انقباضات ہوتے تھے۔ جب وہ چلتا تو یہ انقباضات موقوف ہو جاتے، اور جب وہ بستر میں سکون کے ساتھ لیٹتا تو بدتر ہو جاتے۔ اگر ایک ہاتھ کام میں لایا جاتا تو اس میں انقباضات موقوف ہو جاتے، گو دوسرے ہاتھ میں جاری رہتے۔ گو یہ انقباضات تند ہوتے اگر جارحہ کی بحیثیت مجموعی کوئی حرکت نہ پیدا کرتے۔ گھٹنے کے جھٹکے زیادہ ہو گئے تھے۔ جلد کی حس پذیری، عضلی حس، وعاحرکی اور افرازی مظاہر طبعی تھے۔ گلوانیت (galvanism) کے علاج سے یہ حالت غائب ہو گئی لیکن

مکرر ہوکر اُس شخص کے مرنے تک موجود رہی۔ رجفی عضلی انقباض کی متعدد دوسری اصابتیں مندرج ہیں جو فریڈرک کے مریض سے متعدد امور میں مختلف رہیں۔ اصلی چیز جسم کے مختلف حصوں میں بعض اصابتوں میں جوارح میں دوسری اصابتوں میں چہرے اور دھڑ میں جدا گانہ عضلات یا عضلات کے اجزا کے خود بخود سریع انقباضات کا وقوع ہے جو عموماً دوجانبی ہوتے ہیں لیکن یہ ضرور نہیں ہے کہ دونوں جانبوں پر مساوی طور پر یا ایک ہی وقت میں واقع ہوں۔ بعض اوقات یہ انقباضات ماؤف حصوں میں مکان حرکی اثر پیدا کردیتے ہیں لیکن عموماً نہیں۔ یہ فی منٹ ۶۰ تا ۲۰۰ کی شرح سے لیکن بے قاعدگی کے ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ مختلف دنوں میں تواتر اور قوت میں مختلف ہوتے ہیں۔ اور اکثر اسوقت زیادہ ہوجاتے ہیں جب کہ مریض زیر مشاہدہ ہو یا بیرونی تہیجات (آواز، لمس) میں منکشف ہو۔ عضلات کی میکانی تہیج پذیری زیادہ ہوجاتی ہے مگر ان کی برقی تہیج پذیری غیر مبدل رہتی ہے۔ بعض اصابتیں صرع کے ساتھ پائی گئی ہیں (عضلی رجفی صرع = myoclonus epilepsy) دوسری اصابتوں میں ہسٹیریا سے قریبی مشابہت پائی گئی ہے اور یہ ایک ہی خاندان کے دو یا زیادہ ارکین میں واقع ہوا ہے۔ شاذ حالتوں میں یہ حرکات مرکزی عصبی نظام کے واضح مرض کیساتھ پائی گئی ہیں۔ امراضیات نامعلوم ہے۔ اس مرض کے تدارک کے لئے عمود الفقرات پر گلوانیت، علاج بالمائنگھیا اور کلورل کا استعمال کیا گیا ہے اور اس سے شفا بھی ہوئی ہے۔ لیکن انذار اچھا نہیں ہوتا۔

قلصیات

(tics)

(عادتی تشنج = habit spasms)

قلص (tic) کی تعریف یوں کی جاتی ہے کہ وہ ایک ہم آہنگ، منظم، غائی فعل ہے، جو روزانہ زندگی کی ہم آہنگ حرکات کو ایک غیرارادی طریقہ پر از سرنو پیدا کردیتا ہے (میگی: Meige)۔

یہ حرکات عموماً بچپن میں، پانچ اور بارہ سالوں کی عمر کے درمیان شروع ہوتی ہیں، بالخصوص وجہی عضلات کو ماؤف کرتی ہیں، اور اکثر اوقات بقاعدہ وقفوں کے ساتھ مکرر ہوا کرتی ہیں۔ ایسی حرکات آنکھوں کا جھپکنا، ناک یا دہن کے زاویہ میں جھٹکے دینا، مونڈھے چڑھانا، انگلیوں میں جھٹکے دینا، آواز یا الفاظ نکالنا، ٹانگوں کو باہر کی طرف جھٹکنا، یا اور دوسری سادہ حرکات کا کرنا ہیں۔ غالباً ابتداءً یہ کسی خراش کو سکون دینے کی غرض سے یا کسی مقامی احساس کی مجبیت میں بالارادہ عمل میں لائی گئی تھیں، اور پھر انعکاسی طور پر مکرر عمل میں آتی رہیں، یا خیال سے ان کی تہییج ہوتی رہی، اور بالآخر یہ خود بخود طور پر خود بخود واقع ہونے لگیں، یعنے ایک خراب عادت کے طور پر قایم ہو گئیں جس کے متعلق ممکن ہے کہ بچہ تقریباً بے خبر رہا ہو۔ ممکن ہے کہ مشاہدے کے دوران میں یہ حرکات کم ہو جائیں، اور اسی بچہ میں ایک قسم کی حرکت کو شفا ہو جائے، اور کچھ عرصہ کے بعد اس کے بجائے دوسری حرکت ہونے لگے۔ یہ ایک سوال ہے کہ آیا بعض حشائی عوارض کو قلعصیات کے زمرہ میں سمجھا جائے یا نہیں، اگرچہ زیادہ عام طور پر ان کو ہسٹیریا کی علامت شمار کیا جاتا ہے، اور اس وجہ سے ان کو اسی عنوان کے تحت بیان کیا جائے گا۔ بعض اقسام کی وظیفی قئے اور بلع الہوا (ærophagy) ایسے ہی ہیں۔ آخر الذکر وہ حالت ہے جس میں مریض ابکائیاں لینے کی کوشش میں اپنے معدے کے اندر مسلسل ہوا کے گھونٹ داخل کرتا رہتا ہے۔

انعکاسی نوعیت کی حرکات جو ابتداءً محیطی خراش سے پیدا ہو جاتی ہیں، ان اشخاص میں قلعص کے طور پر جاری نہیں رہتیں جن کا ذہنی توافق طبعی ہو۔ مثلاً بچوں میں یہ عارضہ اکثر اوقات تربستری (bed-wetting)، شب ترسی (night-terrors)، اور عصبانی بنیہ کے دوسرے امارات کے ساتھ پایا جاتا ہے، اور اس عادت کا آغاز غالباً ہمیشہ ایک نفسی لیول پر مجموعی شخصیت کے غلط توافق کے اظہار کے طور پر ہوتا ہے۔ اس کی تائید اس واقعہ سے بھی ہوتی ہے (جس کی تصدیق بیشتر اماتوں میں مریض سے ہو سکتی ہے) کہ

اس حرکت کے وقوع سے پہلے ایک ذہنی خواہش اس کو عمل میں لانے کی پیدا ہوتی ہے، اور اگر اُسے روک دیا جائے تو بڑی ذہنی تکلیف پیدا ہو جاتی ہے۔

اکثر اِسے داءالرقص (chorea) سے تمیز کرنا پڑتا ہے، جس میں بالعموم حرکات زیادہ وسیع طور پر پھیلی ہوئی، بلاغایت اور بےقاعدہ ہوتی ہیں۔

تسبیب کے متعلق دو قسم کے عوامل پر غور کرنا پڑتا ہے:۔ ایک طرف تو محیطی خراشش کے نظر انداز شدہ منبعے جیسے کہ مزمن التہاب ملتحمہ (chronic conjunctivitis) یا ناہموار کناروں کا کالر یا جذباتی نوعیت کی مشکلات ہیں جیسے کہ رنجیدہ خانگی معاملات و ماحول یا طالب علمی کی زندگی کے ساتھ نامکمل توافق۔ یہ ماحولی عوامل ہیں، جنھیں قدیم تمثیل کے الفاظ میں تخمِ مرض کہہ سکتے ہیں۔ دوسری طرف وہ عصبانی شخصیت ہے، جو زمین کا کام دیتی ہے، اور اندمال کا انحصار بیشتر اسی آخر الذکر چیز پر ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں خراشش پیدا کرنے والے تمام ذرائع کو دور کر دینے، ماحول کی کلی تبدیلی اور ذاتی مشکلات کے حل میں امداد دینے سے ممکن ہے کہ شفا ہو جائے، بالخصوص بچوں میں۔ بالغوں اور زیادہ پرانی اصابتوں میں مرض کے مستقل ہو جانے کا امکان ہوتا ہے چنانچہ بعض اصابتوں میں وہ بعض طرزِ عمل کے نرالے پن کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ زیادہ گہرے ذہنی عدمِ استحکام (mental instability) کی علامت ہو۔ علاج میں برومائڈز (bromides) جو اپنے مسکّن اثر کے مفید ہیں، جن کے ساتھ ہی ایسی ورزشیں ہوں جن میں مریض کو ماؤف عضلات کو ڈھیلا کرنا اور انھیں دوسرے حرکات کے لئے کام میں لانا سکھلایا جاتا ہے۔ اِن ورزشوں کی مشق روزانہ ایک آئینہ کے سامنے کرانی چاہئے، اور غیر طبعی حرکات موقوف ہو جانے کے بعد بھی انھیں کچھ عرصہ تک ایک معمول کے طور پر جاری رکھنا چاہئے۔ مزید برآں بنیادی نفسیاتی عوامل کی طرف بھی جیسا کہ پہلے اشارہ کیا گیا ہے، توجہ مبذول کرنی چاہئے۔

تشنجی کج گردنی (تشنجی صعر)

(spasmodic torticollis)

علاوہ اس عارضی عارضہ کے جسے اکڑی گردن (stiff neck) یا رتیتی کج گردنی (rheumatic torticollis) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 655)، دو اور زیادہ دیر پا حالتیں، جو کج گردنی کے نام سے مشہور ہیں، مثبت کج گردنی (fixed torticollis) یا پیدائشی کج گردنی (congenital wryneck)، اور تشنجی کج گردنی (spasmodic torticollis) ہیں۔ اول الذکر عضلۂ قصیۂ حلمیہ کے مستقل تقصر کے باعث ہوتی ہے، جو بعض اصابتوں میں دوران پیدائش کے تضررات سے منسوب کیا جاتا ہے۔ یہ حالت پہلے اگر ابتدائی زمانۂ شیر خواری میں نہیں تو بچپن کے زمانہ میں دیکھی جاتی ہے، اور چہرے کی ہڈیوں میں عدم تناکل پیدا کر دیتی ہے۔

تشنجی کج گردنی فتورِ وظیفہ ہے، جس کا ممیز خاصہ گردن کے عضلات کے تشنجی یا رجفی انقباضات ہیں، جن کی وجہ سے سر جبراً ایک غیر طبعی وضع اختیار کر لیتا ہے۔ یہ حالت کئی طریقوں سے قلصات (tics) سے مماثل ہے۔

بحث اسباب۔ یہ مرض تیس سال کی عمر سے پہلے شاذ ہی دیکھا جاتا ہے۔ یہ دونوں صنفوں کو ماؤف کرتا ہے، مگر مردوں کے نسبت عورتوں کو زیادہ اکثر۔ اس کا سبب ہمیشہ نہیں معلوم کیا جا سکتا۔ عصابی ورثہ، عنقی غدد کا یا خود عضلات کا التہاب، سردی کا تکشف، سقطہ اور تضرر، اور مخصوص پیشوں میں شانے، بازو یا گردن کے عضلات پر حد سے زیادہ زور پڑنا، یہ چند امور ایسے ہیں جو بطور اسباب کے مندرج کئے گئے ہیں۔ ایسی اصابتیں بھی بیان کی گئی ہیں جن میں یہ علامت سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو گئی ہے۔

امراضیات۔ اس کے متعلق بہت کم معلومات حاصل ہیں۔ ایسا کوئی امراضیاتی ضرر نہیں پایا گیا ہے جس سے اس کی توجیہ ہو سکے، لیکن غالباً

اِس کا انحصار دماغ یا ساقِ دماغ میں کے حرکی مرکزوں کے وظیفہ کے اختلال پر ہوتا ہے۔

علامات۔ یہ عارضہ تدریجی طور پر شروع ہوتا ہے، اور ابتداءً گردن میں محض ایک تکلیف سی محسوس ہوتی ہے۔ پھر ماؤف عضلات کے صریح جھٹکی حرکات محسوس ہوتے ہیں، جن سے سر گھوم جاتا ہے یا اُس کی وضع بدل جاتی ہے۔ مثلاً اگر دایاں عضلۂ قصبیہ حلمیہ ماؤف ہے، تو سر کے جھٹکے متواتر اِسی عضلہ کے فعل کے رُخ میں واقع ہوتے رہتے ہیں، ٹھڈی سامنے یا اوپر کو مقابل جانب کو چلی جاتی ہے، اور قذال نیچے ترقوہ کے طرف کھنچ آتا ہے۔ انقباضات ایکا یک بیقاعدگی کے ساتھ، اور بار بار ہوتے ہیں۔ چند لمحوں کے لئے فترہ واقع ہوتا ہے، جس کے دوران میں مریض آہستہ آہستہ اور احتیاط کے ساتھ سر کو سیدھا کر لینے کی کوشش کرتا ہے کہ اتنے میں عضلہ پھر منقبض ہوتا ہے اور چہرہ بتدریج زور سے گھوم کر ایک طرف ہو جاتا ہے۔ سر کو سہارے سے رکھنے سے یہ حرکات کچھ وقت کے لئے رُک جاتے ہیں، اور سونے میں بھی موقوف ہو جاتے ہیں، لیکن مریض کے جاگتے ہی ازسرِنو شروع ہو جاتے ہیں اور بلا زیادہ سکون کے دن بھر جاری رہتے ہیں جب ان کی طرف توجہ کی جاتی ہے تو یہ عموماً زیادہ ہو جاتے ہیں۔ سب سے زیادہ بار ماؤف ہونے والا عضلہ عضلۂ قصبیہ حلمیہ ہے، اور اس کے بعد عضلۂ مربعہ منحرفہ (trapezius) کا بالائی حصہ اور عضلۂ عصابیہ راسیہ (splenius capitus) ہے۔ بعض اوقات عضلۂ مُرکّبہ (complexus) اور عضلۂ قصبیہ حلمیہ (trachelo-mastoid) سر کے عمیق عضلات مدوّرہ (deep-rotators) اور عضلۂ منتشرہ (platysma myoides) متاثر ہوتے ہیں۔ ظاہر ہے کہ سر کی وضع اُن عضلات سے متعین ہوتی ہے جو منقبض ہوتے ہیں۔ عضلۂ قصبیہ حلمیہ وہ نتائج پیدا کرتا ہے جو پہلے بیان کئے گئے ہیں۔ عضلۂ مربعہ منحرفہ سر کو پیچھے اور نیچے کو خود اپنی جانب کو کھینچتا ہے، اور ساتھ ہی چہرہ کو مقابل جانب کو گھما دیتا ہے۔ اور عضلۂ عصابیہ سر کو نیچے کے طرف کھینچتا ہے اور ساتھ ہی کسیقدر اپنی جانب کو گھما دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ ان عضلات میں سے دو یا زیادہ ایک ساتھ ماؤف

ہوجائیں؛ بیشتر اوقات عضلۂ قصبیۂ حلمیہ ماؤف ہوتا ہے اور اس کے ساتھ عضلۂ مربعہ منحرفہ تما اُسی جانب کا، یا عضلۂ عصابیہ مقابل جانب کا۔ ظاہر ہے کہ اس کا نتیجہ سر کی ایک درمیانی وضع ہوگی۔ یا ممکن ہے کہ دونوں جانبوں کے متناظر عضلات ایک ساتھ عامل ہوکر اپنے انقباض کے دوران میں سر کو پیچھے کے طرف کھینچ لیں۔ ایسی اصابتوں میں عموماً ساتھ ہی جبہی عضلات کا بھی انقباض ہوتا ہے جو طبعی طور پر اُس وقت منقبض ہوتے ہیں جب کہ ہم اوپر کے طرف دیکھنے کی غرض سے سر کو پیچھے کے طرف جھکاتے ہیں۔ بعض اوقات مرض خود پھیل کر چہرے کے عضلات، یا شانے یا بازو کے عضلات کو ماؤف کر دیتا ہے؛ بالخصوص دورے کے عروج کے وقت۔ اور شاذ اصابتوں میں ممکن ہے کہ قطنی یا شوکی عضلات ماؤف ہوجائیں اور اُن کے متواتر انقباضات سے جسم ایک جانب کو نیچے کھینچ آئے۔ نسبتاً زیادہ خفیف اصابتوں میں، یا ابتدائی درجوں میں، ممکن ہے کہ کوئی درد نہ ہو، مگر مرض کی شدید قسموں میں انقباض پذیر عضلات میں تشنجی درد ہوتا ہے۔ عضلات اپنے حد سے زائد عمل کی وجہ سے اکثر جسیم بر وردہ ہوجاتے ہیں۔ کم از کم وہ اپنا طبعی حجم تو برقرار رکھتے ہیں۔ برقی خراشس پذیری طبعی ہوتی ہے یا زیادہ ہوجاتی ہے۔

تشخیص ۔ دائی حرکات اِس مرض کو پیدائشی کج گردنی سے ممیز کرتے ہیں؛ جس میں سرگذشتِ مرض ابتدا سے ہوتی ہے اور وجہی عدم تشاکل موجود ہوتا ہے۔ دائمی حرکات ہی اِسے اُس عارضی عارضہ سے ممیز کرتے ہیں جو اکڑی گردن کے نام سے مشہور ہے، اور عضلات کے اُس تشنج سے جو عنقی فقرات کی بوسیدگی (caries) میں ہوتا ہے۔

انذار ناموافق ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ تشنج میں چند ماہ کے بعد تخفیف ہوجائے، لیکن زیادہ تر وہ کم و بیش شدید شکل میں باقی ماندہ زندگی بھر باقی رہتا ہے۔

علاج ۔ یہ مرض نہایت دشوار علاج ہوتا ہے۔ اگرچہ متعدد ادویہ آزمائی گئی ہیں مگر کامیابی بہت کم ہوئی ہے۔ وہ جو سب سے زیادہ مفید ثابت

ہوتی ہیں حسب ذیل ہیں ۔ برومائیڈز' لیومینال (luminal)' زنک ویلیرینیٹ (zinc valerinnate)' لفاح (belladonna)' اور ہیوسین ہائڈرو برومائڈ (hyoscine hydrobromide) بذریعہ تحت الجلدی اشراب ۔ افیون آمیز دوائیں (opiates)' اور کلوروفارم کا استنشاق (chloroform inhalation) تشنج کو کچھ عرصہ کے لئے روک دیتے ہیں' لیکن تاوقتیکہ مکرر معتاد نہ دی جائے تشنج چند گھنٹوں میں پھر ہونے لگتا ہے ۔ بعض اصابتوں میں ورزشیں' جیسی کہ قلعات کے علاج میں بیان کی گئی ہیں' مفید ہوتی ہیں' بالخصوص ماؤف عضلات کو ڈھیلا کرنے کی تعلیم ۔

اس مرض کے علاج کے لئے بہت عملیے ایجاد کئے گئے ہیں لیکن چنداں کامیابی نہیں ہوئی ۔ ابتدائی درجوں میں' اگر قصی حلیمتی عضلہ تنہا ماؤف ہو' تو شوکی معین عصب کو قطع کرنے سے تسکین حاصل ہو سکتی ہے' اور گاہے یہ مستقل ہوتی ہے' لیکن بالعموم تشنج دوسرے عضلات میں عود کر آتا ہے ۔ فارسٹر (Fœrster) باشندہ برسلاؤ (Breslau) نے بالائی تین یا چار عنقی عصبی جڑوں' مقدم اور موخر دونوں کو کاٹنے سے کامیابی کا ادعا کیا ہے' لیکن اب تک اس عملیہ کو عام قبولیت حاصل نہیں ہوئی ۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس مرض کا انحصار بلند تر عصبی مراکز پر ہوتا ہے' جن کا تشنج پیدا کرنے کا رجحان بالعموم ضرور ظاہر ہو کر رہتا ہے خواہ محیط پر تسدد یہی کیوں نہ ہو ۔

ذہنی تکان اور تشویش کے اثر سے علامات ہمیشہ خراب تر ہو جاتے ہیں' لہذا ممکن ہے کہ آرام اور نفسیاتی علاج کے ذریعہ ان میں اصلاح ہو سکے ۔

اعتقال کاتبین اور مماثل عصابیتیں
(writers' cramp and allied neuroses)

ان اشخاص کو جن کے پیشہ میں عرصۂ دراز تک پیچیدہ حرکات ضروری ہوتی ہیں (جیسے کہ محرّر' پیانو نواز' رباب نواز' کارکنان تار برقی' سگریٹ ساز وغیرہ) کام کرتے وقت متعلقہ عضلات کے تشنجات اور بے قاعدہ انقباضات

753

ہو سکتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حرکت بُری طرح عمل میں آتی ہے اور آخر کار مطلق انجام نہیں دی جا سکتی۔ ممکن ہے کہ اس کا سبب محرک کوئی مخفض ذہنی حالت، ذہنی تشویش، یا کاروباری پریشانی ہو۔ یا کوئی تقرر یا ہاتھ یا انگلیوں کا مقامی مرض۔ لیکن سب سے بڑا سبب متعلقہ پیشہ میں ہاتھ کا حد سے زائد استعمال ہے۔

یہ مرض اُن لوگوں میں سب سے زیادہ عام ہے جنھیں روزانہ پیشہ کے طور پر بہت زیادہ لکھنا پڑتا ہے جیسے کہ قانون پیشہ اصحاب کے محررین، منتحرین وغیرہ میں۔ اسی واسطے اس کے لئے اعتقال کاتبین (writers' cramp) مشلل محررین (scriveners' palsy)، تشنج ترسیمی (graphospasm) اور عسر کتابت (mogigraphia) کے نام اور فنی اصطلاحیں استعمال کی گئی ہیں۔ یہ قسم قدرتی طور پر عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے اور بیشتر بیس اور چالیس کی عمروں کے درمیان ہوا کرتی ہے۔ گاورس (Gowers) نے تبلایا ہے کہ لکھنے کے فعل میں قلم کو کاغذ پر چار مختلف طریقوں سے حرکت دی جا سکتی ہے:۔ (۱) چنگلی انگلی کاغذ پر جمائی جاتی ہے اور اس انگلی کو ایک قطبیہ کے طور پر استعمال کر کے اُن انگلیوں سے جو قلم کی حامل ہیں کام لیا جاتا ہے۔ (۲) کلائی جمائی جاتی ہے اور ایک قطبیہ کا کام دیتی ہے۔ (۳) قطبیہ پیش بازو کے مرکز میں ہوتا ہے اور شاید میز یا ڈیسک کی کور کے سہارے سے رہتا ہے۔ (۴) تمام حرکات شانے سے صادر ہوتی ہیں۔ پہلے طریقہ میں انگلیوں کی حرکات نہایت پیچیدہ ہوتی ہیں اور زور لگانے کے بعد صادر ہوتی ہیں اور آخری طریقے میں ممکن ہے کہ انگلیوں کی حرکات مطلقاً نہ ہوں۔ گاورس کا بیان ہے کہ اعتقال کاتبین میں وہ اشخاص شاذ و نادر ہی مبتلا ہوتے ہیں جو لکھنے میں آخری دو طریقوں سے کام لیتے ہیں۔

امراضیات۔ اس عارضہ کا سبب بالکل مبہم ہے۔ ایک ممکن توجیہہ ہو سکتی ہے کہ جو مراکز فعل تحریر کے لئے مؤتلف ہیں ان میں یہ نقص واقع ہو جاتا ہے کہ ان کے درمیانی ملتقائی تعلقات کی مزاحمت میں مرضی کمی واقع ہو جاتی ہے، چنانچہ صدمات کا اشعاع واقع ہوتا ہے اور وہ عضلات بھی جو فعل تحریر میں

لازماً عامل نہیں ہوتے حد سے زیادہ فعل کرنے لگتے ہیں۔

علامات ۔ یہ عارضہ عموماً تدریجی طور پر پیدا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ابتداءً یہ کسیقدر درد مستمر یا کشیدگی کے طور پر محسوس ہو، جس میں لکھنا موقوف کرنے سے تخفیف ہو جاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد لکھنے کے فعل کے ساتھ انگلی یا انگوٹھے میں جس میں قلم پکڑی ہے شدید ارتعشی انقباض ہونے لگتا ہے۔ انگلی قلم پر زور سے دبائی جاتی ہے، یا وہ خم کر لی جاتی ہے تاکہ قلم اوپر کو ہٹا لی جائے، یا انگلی قلم پر سے پھسل جاتی ہے اور قلم انگشت شہادت اور بیچ کی انگلی کے درمیان گرفت میں لیلی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ انگوٹھا بھی اسی طرح ماؤف ہو جائے، یا انگلیاں بسط ہو جائیں یا کاغذ پر سے اٹھ جائیں، یا قلم کاغذ کے اندر گھس جائے، یا ہاتھ کی حرکتیں قطعاً موقوف ہو جائیں۔ ان حالات میں لکھنا جاری رکھنے کی کوشش سے ایک کج پیچ بے قاعدہ نوکدار تحریر حاصل ہوتی ہے، جس میں نیچے کے شوشے موٹے موٹے ہوتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد تشنج اس قدر نمایاں ہو جاتا ہے کہ لکھنا غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ یہ بینیڈکٹ (Benedikt) کی تشنجی اور (spasmodic) یا تشنجی (spastic) قسم ہے، جو نسبتہً عام ترین ہے۔ لیکن بعض اوقات انگلیوں میں رعشہ ہوتا ہے [رعشی (tremulous) قسم]۔ اور ایک شللی (paralytic) قسم بیان کی گئی ہے جس میں صرف تکان ہوتی ہے، لیکن یہ قسم بالکل شاذ ہے۔ تشنجی قسم عضلات کے کثیر الوقوع انقباض سے، اکثر ہاتھول اور کلائی میں درد پیدا کر دیتی ہے، جو ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد صاف طور پر وجع العصبی نوعیت کا ہو جائے۔ اور ساتھ ہی اکثر کسیقدر جھنجھناہٹ یا سُن پن کا احساس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ تشنج قطعاً لکھنے کے فعل تک محدود ہو، اور دوسرے حرکات، نازک قسم تک کے، بلاکسی دقت کے انجام دئے جا سکیں۔ بعض اوقات اعتقال کاتبین کے ساتھ اسی شخص میں پیانو یا رباب بجاتے وقت تشنج ہو جاتا ہے، اور شدید اعاتوں (؟) میں یہ بھی شاذ نہیں کہ اس کے ساتھ ہی کوئی دوسرا عمل بھی ناقص طور پر انجام دیا جا سکے۔

عضلی طاقت خوب برقرار رہتی ہے۔ لاغری، حسی نقصان یا محکومات کا

اختلال بالکل نہیں ہوتا۔

مرض کا امر تغیر پذیر ہوتا ہے۔ خفیف اصابتوں میں جن کا علاج لکھنے سے قطعی پرہیز کر کے فی الفور کیا جائے، ممکن ہے کہ مریض کو پورا آرام ہو جائے۔ لیکن اگر اُس نے اپنا ہاتھ دوسرے ہاتھ سے یا میکانی ترکیبوں کی مدد سے جما کر لکھنا جاری رکھا ہے اور ہر قسم کے علاج سے روگردانی کی ہے تو مرض اکثر بالکل عسیر العلاج ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ اِس سے کلّی صحت یابی کبھی نہ ہو۔

تشخیص عموماً دشوار نہیں ہوتی۔ کم از کم اِس کا امکان نہیں کہ اعتقال کا تعین کو غلطی سے کوئی اور چیز سمجھ لیا جائے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ یہ ممکن ہے کہ بعض عصبی امراض، جیسے کہ داء الرقص (chorea)، فالج نصفی (hemiplegia) اور دوسرے تشنّج جن میں ہاتھ کی قوت ماؤف ہوتی ہے، سب سے پہلے لکھنے کی کوشش کرنے میں ہی نظر آئیں اور غلطی سے اعتقال کا تعین سمجھ لئے جائیں۔ نیز ممکن ہے کہ معصوب اشخاص، جنھیں اِس مرض کے متعلق کسیقدر واقفیت حاصل ہو گئی ہو، بہ آسانی یہ گمان کر لیں کہ تھوڑی سی تکان ہی اِس مرض کا آغاز ہے۔

علاج۔ سب سے پہلی ضروری چیز یہ ہے کہ لکھنا قطعاً موقوف کر دیا جائے۔ خفیف اصابتوں میں بعض اوقات صرف یہی ایک یا دو مہینوں میں صحتیابی کے لئے کافی ہے۔ گاورس (Gowers) نے اِس امر پر اصرار کیا ہے کہ لکھنا پھر شروع کرنے پر مریض کو قطعاً شانے سے ہی لکھنا سیکھنا چاہیئے۔ نسبتۃً زیادہ شدید اصابتوں میں نسبتۃً بہت زیادہ طویل آرام کی ضرورت ہے، اور اگر مریض کے لئے لکھنا ضروری ہی ہو تو اُسے بائیں ہاتھ سے لکھنا سیکھنا چاہیئے یا ایک ٹائپ رائٹر استعمال کیا جائے۔ کبھی کبھی (گو کسیطرح ہمیشہ نہیں) جدید تربیت یافتہ بایاں ہاتھ بھی ماؤف ہو جاتا ہے۔ انگلیوں کے عضلات پر بار نہ پڑنے پائے اِس غرض سے خود مریضوں نے مختلف ترکیبیں ایجاد کر لی ہیں یا ان سے کام نکالا ہے، مثلاً قلم میں کاگ پہنا لیا جاتا ہے تاکہ نسبتۃً بڑی گرفت حاصل ہو، یا ہاتھ میں ایک چوبی گولہ پکڑ لیا جاتا ہے، جس پر قلم کو مطلوبہ زاویہ پر لگایا جاتا ہے۔ نوسابام (Nussabaum) کے کنگن کے ساتھ قلم لگی ہوئی ہوتی ہے، اور یہ کنگن انگلیوں کے

754

گرد ہوتا ہے تاکہ وہ اُن عضلات سے جو عموماً لکھنے میں استعمال کئے جاتے ہیں مختلف عضلات (عضلات بعیدہ) کے ذریعہ قلم کو پکڑ یں۔ لیکن بالعموم اِن آلات سے محض اُموقت میں اور تاخیر ہو جاتی ہے جب کہ کافی آرام لینا چاہیئے۔ عصب اور عضلہ کا طبیعی فعل پھر بحال ہو جائے اِس غرض سے عام مقویات جیسے کہ حدید کونین سنکھیا اور اِسٹر کنیا (strychnia) اور مقامی علاج ، جمناسٹک ورزشوں مجہول دستی ورزیوں اور دلک کا استعمال کرنا چاہیئے۔

دوسری حرفتی عصبانیتوں کا علاج بہ لحاظ اصول ویسا ہی ہونا چاہیئے جیسا کہ اعتقال کاتبین کے لئے بیان کیا گیا ہے۔

وجع العصب

(NEURALGIA)

یہ اصطلاح بعض اوقات اُس درد کے لئے استعمال کیجاتی ہے جو کسی خاص عصب اور اُس کی شاخوں کے ممر میں محسوس ہوتا ہے اور جس کے لئے کوئی عضوی سبب نہیں پایا جاتا۔ اسیواسطے اُسے ایک مرض کہنے کے بجائے ایک علامت کے طور پر بیان کیا جاتا ہے۔ اِس طرح کی توزیع رکھنے والا درد اسباب ذیل کی وجہ سے ہوسکتا ہے :- (۱) بدن کے کسی ایسے حصے کا مرض جس میں عصب زیر بحث سے رسد پہنچتی ہو اور یہ درد گویا اُس عصب کی ساری توزیع میں معکوس ہوتا ہے۔ (۲) ایسا مرض جو محیطی اعصاب یا پچھلی عصبی جڑوں یا گاہے گاہے نخاع کے رمادی مادے میں کے عصبی ریشوں کو ماؤف کرتا ہو۔ (۳) کسی ایسے اندرونی عضو کا مرض جس کی حسی عصبی رسد نخاع کے اُس قطعہ سے آتی ہو جو درد کی اوپری توزیع سے متناظر ہو۔

پہلے سبب کی مثال میں سہ توأمی توزیع کا وہ درد بیان کیا جاسکتا ہے جو ایک ملتہب دانت سے پیدا ہو جائے۔ دوسرے سبب کی مثال بین الاضلاع توزیع کے اُس درد سے ملتی ہے جو عمود الفقرات کی درنی بوسیدگی کی وجہ سے

پچھلی عصبی جڑ پر دباؤ ہونے کے باعث ہوتا ہے۔ تیسرے سبب کی مثال وہ درد ہے جو ذبحہ (angina) کی حالت میں بائیں بازو کے زندی کنارے پر محسوس ہوتا ہے۔

وجع العصبی دردوں کا ایک عام سبب وہ مقامی عصبی التہاب (local neuritis) ہے جو ضربہ، تسمم یا سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں ممکن ہے کہ متعلقہ عصب کے حقیقی مرض کی کوئی مثبت دلالت (مثلاً عضلی لاغری یا سن پن) موجود نہ ہو۔ تاہم عموماً اُن مقامات پر جہاں عصب ہڈی کے مقابل واقع ہوتا ہے' دبانے سے الیمیت موجود ہوتی ہے' اور بعض اصابتوں میں معین امارات کے وقوع' مثلاً عرق النسا (sciatica) میں گھٹنے کے جھٹکے کے فقدان سے اس امر کا نہایت اغلب گمان ہوتا ہے کہ دوسرے وجع العصبی درد بھی ایک مقامی عصبی التہاب کے باعث ہوتے ہیں۔ یہ پہلے ہی بیان کئے گئے ہیں۔ لیکن وجع العصب کی ایک قسم ایسی ہے جو بوجہ اپنے ممیز خصائص کے جداگانہ بیان کی مستحق ہے۔

سہ توامی وجع العصب

(trigeminal neuralgia)

[سہ وجہی وجع العصب = trifacial neuralgia'

قلص مولم = tic doloureux]

اس عارضہ میں دوری درد کے متوالی حملے ہوتے ہیں' جو عصب پنجم کی ایک یا زائد شاخوں کی توزیع کی طرف محول ہوتا ہے۔ بیشتر اوقات یہ حملے اُس رقبہ میں شروع ہوتے ہیں جسے عصب کے دوسرے حصے سے رسد پہنچتی ہے' اور نسبتًہ کم صورتوں میں اُس رقبہ سے شروع ہوتے ہیں جسے تیسرے حصے سے رسد پہنچتی ہے۔ پہلا یا عینی حصہ شاذ ہی ماؤف ہوتا ہے' اور یہ بھی اُس وقت ہوتا ہے جب کہ دوسرے حصے کا وجع العصب بھی موجود ہو۔ چند اصابتوں میں ممکن ہے کہ اس عصب کے تینوں حصے ایک ساتھ ماؤف ہوں۔ یہ مرض بالغ زندگی کے ہر زمانہ میں واقع ہو سکتا ہے' مگر تقریبًا پچاس سال کی عمر میں سب سے زیادہ عام

ہوتا ہے۔ مردوں کے نسبت عورتیں زیادہ اکثر مبتلا ہوتی ہیں۔ حقیقی سہ توامی وجع العصب کی تسبیب اور امراضیات بحالتِ موجودہ مبہم ہیں۔ دندانی عفونت سے اِس کا راست تعلق نہیں پایا جاتا' اور یہ اُن اشخاص میں ہوسکتا ہے جو سالہا سال سے دانت نہیں رکھتے۔ عصب پنجم کی شاخوں میں یا عقدۂ گیسیر (Gasserian ganglion) میں کوئی مستقل تغیرات نہیں پائے جاتے۔ تاہم جس تواتر کے ساتھ دوسرا اور تیسرا حصہ اوّلی طور پر ماؤف ہوجاتا ہے' اُس سے اِس امر پر دلالت ہوتی ہے کہ یہ مرض اُن جراثیمی سمیات کے عمل کے باعث ہوتا ہے جو دانتوں اور ہوائی جوفوں کے عفن ماسکوں میں آغاز پذیر ہوکر گرد عصبی عروق لمفائیہ کی راہ سے عقدۂ گیسیر تک پہنچ جاتے ہیں۔

بالعموم ابتدائی دورے کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے' اور ممکن ہے کہ دوسرا دورہ ہونے سے پہلے ہفتوں یا مہینوں کا وقفہ گذر جائے۔ لیکن یہ وقفے بتدریج کمتر اور دورے شدیدتر ہوتے جاتے ہیں' یہاں تک کہ دن کے ہر چند دقیقوں کے بعد حملے ہونے سے مریض کی زندگی ناقابلِ برداشت ہوجاتی ہے۔ درد نہایت شدید ہوتا ہے' اور ممکن ہے کہ جب تک رہے مریض کو بالکل بے بس کردے۔ وہ سوزشی' وثابی' یا لرزتی ہوئی نوعیت کا ہوسکتا ہے' یا گالوں کے اندر سرخ گرم سُوئیوں کے چبھنے کا احساس پیدا کرتا ہے۔ اُس کے ساتھ اکثر لعاب دہن یا آنسو جاری ہوجاتے ہیں' اور ممکن ہے کہ رخسار تمتما اٹھیں۔ بالعموم دورہ مختصر عرصہ کا ہوتا ہے اور صرف چند دقیقوں تک جاری رہتا ہے۔ حملے کے دوران میں ماؤف رقبہ کی جِلد اور مخاطی اغشیہ نہایت حساس ہوجاتی ہیں' اور ممکن ہے کہ گالوں پر سرد ہوا کے ایک جھونکے' یا خدی مخاطی غشا پر غذا کے تماس' بلکہ بولنے میں حرکت ہونے تک سے آور دورہ شروع ہوجائے۔ لیکن سکونی وقفوں میں بلکہ دوروں کی توالی کے درمیان مختصر فترات تک میں درد یا ایلمیت قطعاً مفقود ہوتی ہے۔

درد کے دوروں کے علاوہ عصبِ پنجم کے افعال میں خرابی کی اور کوئی امارت نہیں ہوتی۔ قرنیہ کا معکوس طبعی ہوتا ہے۔ جِلدی حس پذیری محفوظ رہتی ہے۔

مضغ کے عضلات کی کمزوری یا لاغری نہیں ہوتی۔ حقیقی سہ توأمی وجع العصب کی تشخیص ان واقعات کی بنا پر اس علی عضوی مرض (آتشک یا رسولی) سے کی جاسکتی ہے جو عقدہ گیسر یا اس کی شاخوں کو ماؤف کرتا ہو۔

علاج ۔ دوائیں بہت کم مفید یا بالکل بیکار ہیں ۔ ٹنکچر جلسیمیم (tincture of gelsemium) بڑی مقداروں میں برومائڈ کے ساتھ آزمایا جاسکتا ہے ۔ چہرے کی ماؤف جانب کو کسی شال یا دوسرے کپڑے کے ذریعہ سردی سے محفوظ رکھنے کا فائدہ عموماً مریض خود محسوس کرلیگی اور بولنے کے بجائے لکھنے سے کام نکالنے سے اور مقابل گوشۂ دہن میں ایک ٹنکا لگا کر اس کے ذریعہ سے غذا لینے سے وہ دوروں کو روک سکیگی ۔ ماہر ہاتھوں میں عصبی جڑوں کے اندر الکحل کے اشراب سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں ۔ اس طریقہ سے دوسرے اور تیسرے حصوں دونوں میں یہ عمل کیا جاسکتا ہے، اور دوسرا اشراب پھر استعمال کرنے سے پہلے اکثر ایک سال تک آرام و سکون حاصل کیا جاسکتا ہے ۔ لیکن ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد یہ طریقہ آرام دینے میں ناکام رہے، اور کوئی دوسری زیادہ شدید کارروائی ضروری ہو ۔ ان میں سب سے زیادہ تشفی بخش عصب پنجم کی حسی جڑ کو عقدہ گیسر اور جسر کے درمیان قطع کردینا ہے ۔ اس میں ایک کسیقدر بڑے جراحی عملیہ کی ضرورت ہوتی ہے، مگر یہ متبادل عمل کی نسبت زیادہ یقینی کارروائی ہے، اور وہ یہ ہے کہ سوراخ بیضوی (foramen ovale) کی راہ سے عقدہ گیسر میں الکحل کا اشراب کیا جائے ۔ ان دونوں کارروائیوں میں یہ نقصان ہے کہ آنکھ میں پرورشی تغیرات واقع ہو کر ان بعد نابینائی کا بڑا خطرہ ہوتا ہے لیکن بیشتر مریض درد سہنا جاری رکھنے کے بجائے اس خطرہ کو خوشی کیساتھ منظور کریں گے ۔

امراض عضلات

(DISEASES OF MUSCLES)

التہاب لیفی کو مزمن رثیتی امراض کے زمرہ میں بیان کیا گیا ہے ۔

عضلی ذبول

(muscular atrophy)

(ذبول عضلہ =amyotrophy)

عضلی بافت کا ذبول مختلف حالات کے تحت واقع ہوتا ہے اور اس کی تقسیم سادہ ذبول اور انحطاطی ذبول میں کی گئی ہے۔ اول الذکر میں عضلی ریشک جسامت میں کم ہوجاتے ہیں اور آخر الذکر میں وہ تعداد میں بھی کم ہوجاتے ہیں۔ یہ دونوں حالتیں اپنے مبدا میں بالکل مختلف نہیں ہوتیں یعنے ممکن ہے کہ وہی سبب ایک حالت میں پہلی چیز پیدا کردے اور زیادہ عرصہ تک یا زیادہ حاد طور پر عامل ہوکر دوسری اور زیادہ شدید شکل پیدا کردے۔

سادہ ذبول خاص طور پر حاد یا طویل مرض کے بعد فاقہ کشی کسی قسم کے تسمم اور مقامی طور پر عدم استعمال کے نتیجہ کے طور پر اور دماغی اضرار میں شلل کے باعث دیکھا جاتا ہے۔

مفصلی التہاب (arthritis) کی مختلف قسموں حاد اور مزمن رثیت اور سوزاکی زلالی التہاب کے ساتھ اکثر اوقات متعلقہ عضلات کا ذبول پایا جاتا ہے۔ اور یہ سادہ یا انحطاطی ہوسکتا ہے۔ خفیف ترین درجوں میں ہر ایک مفصل کی حالت میں صرف ایک عضلہ ماؤف ہوتا ہے۔ یہ شانے کے مفصل کے لئے عضلہ دالیہ (deltoid) کہنی کے لئے عضلہ مثلث الرؤس (triceps) کولھے کے لئے عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) گھٹنے کے لئے عضلہ باسطہ ساقیہ (extensor cruris) قصی ترقوی مفصل کے لئے عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) اور ہاتھ کے انگوٹھے کے بعد رسغی سلامی مفصل (metacarpo-phalangeal joint) کے لئے خم کن قصیرہ (flexor brevis) ہوتے ہیں۔ اعلیٰ تر درجہ کے عضلی ذبول میں مفصل سے تعلق رکھنے والے تمام عضلات لاغر ہوجاتے ہیں اور نہایت شدید شکلوں میں ممکن ہے کہ مفصل سے دور افتادہ عضلات بھی ماؤف ہوجائیں مثلاً

عضلی ذبول کا سبب اب تک مبہم ہے، مگر بعض وجوہ کی بنا پر یہ خیال ہو سکتا ہے کہ عضلی التہاب سے اگلے رمادی قرنوں کے اضرار پیدا ہو جاتے ہیں، اور یہ کہ یہی عضلی لاغری پیدا کر دیتے ہیں (Klippel and Weil)۔ اسی واسطے یہ داء النخاعی گروہ میں شمار کیا جائے گا۔

انحطاطی قسم نخاع اور اعصاب کے متعدد اضرار میں نہایت نمایاں شکل میں دیکھی جاتی ہے جو اسفل عصبیہ کو کسی نہ کسی حصہ میں ماؤف کر کے محیط میں انحطاطِ والر (Wallerian degeneration) پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ داء النخاعی اور داء العصبی شکلیں پہلے بیان کی گئی ہیں (ملاحظہ ہو کثیر عصبی التہاب: multiple neuritis؛ مترقی عضلی ذبول: progressive muscular atrophy؛ حاد رمادی نخاعی التہاب: acute poliomyelitis; وغیرہ)۔

مترقی عضلی سوءِ تغذیہ

(progressive muscular dystrophy)

(myopathy = مرض العضلہ)

یہ وہ حالت ہے جس میں کسی مقامی یا بینی سبب کی غیر موجودگی میں، اور عصبی نظام کے مرض کے سریری یا امراضیاتی ظہور کے بغیر کالبدی عضلات کی مترقی کمزوری اور لاغری پیدا ہو جاتی ہے۔

بحثِ اسباب۔ اس کا سبب نامعلوم ہے، لیکن مرض کا انحصار غالباً عضلی ریشوں کی کسی پیدائشی غیر طبعی حالت پر ہوتا ہے۔ یہ عام طور پر اسی خاندان کے متعدد اراکین میں ہوتا ہے، اور عموماً عورتوں کی وساطت سے ایک نسل سے دوسری نسل میں منتقل ہو سکتا ہے۔ کاذب بیش پرورشی شکل کی حالت کے سوائے، جو مردوں میں زیادہ عام ہے، یہ دونوں صنفوں کو مساوی طور پر ماؤف کرتا ہے۔ بالعموم ابتدائی علامات بچپن میں، اور تقریباً ہمیشہ ریعان کی تکمیل سے پہلے، نمودار ہوتی ہیں۔

امراضیات۔ یہ تغیرات مخطط عضلات میں محدود ہوتے ہیں، جن میں ابتدائی ترین تغیرات ریشوں کی بیش پرورش اور ازاں بعد انحطاط، نیز خلافوں کے

نواتوں کی تعداد میں بڑی زیادتی اور بین رخنکی بافت کے اندر چربی کا جماؤ ہیں۔ حرکی اعصاب اور منتہائی صحفے سالم رہتے ہیں۔

علامات ۔ اس مرض کی متعدد سریری قسمیں ہوتی ہیں جو ابھی بیان کی جائیں گی۔ اِن تمام قسموں کے مشترک خصائص یہ ہیں کہ آغازِ مرض ابتدائی عمر میں ہوتا ہے اور بعض عضلی گروہوں کی مترقی کمزوری ہوتی ہے۔ اِس کے ساتھ ممکن ہے کہ ذبول یا کاذب ذبول بھی ہو، لیکن اِس قسم کے صریح تغیّرات ہونے سے پہلے عضلات میں کمزوری محسوس ہوتی ہے، اور والدین کی توجہ اِس حالت کی طرف عموماً اس طرح مبذول ہوتی ہے کہ بچہ بعض حرکات کے انجام دینے (مثلاً چلنے یا زینہ چڑھنے) میں بے ڈھنگا پن ظاہر کرتا ہے، یا گر جانے کا رجحان رکھتا ہے یا گرنے کے بعد پھر کھڑی وضع میں ہونے میں دقت محسوس کرتا ہے۔ بچہ اِس کمزوری کی تعویض عضلی ہم آہنگی کے نئے نئے طریقوں کے اکتساب سے کرتا ہے، اور ممکن ہے کہ اِس کا نتیجہ یہ ہو کہ اس کی رفتار اور وضع میں بعض مخصوص خصائص پیدا ہو جائیں جو کسیقدر ممیّز ہوتے ہیں۔ مریض کی چال بطخ کی طرح ہوتی ہے، پاؤں چوڑے چوڑے پڑتے ہیں، اور وہ ہر قدم کے ساتھ جسم کو ایک جانب سے دوسری جانب کے طرف لیجاتا ہے۔ چال میں مزید ترمیم پاؤں کے پنجوں پر چلنے کے رجحان کی وجہ سے ہو جاتی ہے۔ یہ رجحان پنڈلیوں کے مرضی عضلات کے تقصّر سے اور اِس کے باعث پیدا ہو جانے والی ترمیم شدہ کج پائی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ کھڑے رہنے میں بھی توازن قایم رکھنے کی غرض سے ٹانگیں چوڑی کی جاتی ہیں، اور پشت فطاء کی وضع اختیار کر لیتی ہے، یعنے ایسا انحنا یا تحدّب پیدا ہو جاتی ہے جس میں پیچھے کے طرف ایک عمیق قطنی انقعار ہوتا ہے۔ یہ اِس وجہ سے ہوتا ہے کہ عضلات آلویہ اور کولھے کے عضلات باسطہ کی کمزوری حوض کو سامنے کے طرف گرنے دیتی ہے، اور پھر جسم کا توازن صرف اس طرح قائم رہ سکتا ہے کہ کندھے پیچھے کے طرف گر جائیں، چنانچہ وہ خط جو اِن سے نیچے کو کھینچا جائے عَجُز سے بھی پیچھے گرتا ہے۔ دوسرا ممیّز خاصہ وہ طریقہ ہے جس سے مریض زمین پر بیٹھی ہوئی وضع میں سے اُٹھ کر کھڑا ہوتا ہے۔ وہ گھوم کر اپنے ہاتھوں اور گھٹنوں پر

757

ہوجاتا ہے اور اگر کوئی کرسی قریب ہو تو اس کے ذریعہ خود کو اوپر کھینچ لیتا ہے۔ لیکن اگر تنہا ہو تو گھٹنوں کو زمین سے اٹھا کر اپنے ہاتھوں اور پاؤں کی انگلیوں کے بل ہوجاتا ہے۔ پھر خود کو ایک جانب جھلا لیتا ہے اور مقابل ہاتھ متناظر گھٹنے پر رکھ کر اس کے ذریعہ ٹانگ سیدھی کر لیتا ہے۔ دوسرے ہاتھ اور گھٹنے سے بھی یہی ترکیب مکرر استعمال کرتا ہے، چنانچہ ٹانگوں کو ایک دوسری سے جوڑا کر کے اور ہر گھٹنے پر ایک ایک ہاتھ رکھ کر اب وہ کھڑا ہوجاتا ہے۔ پھر بڑی کوشش کیساتھ ہاتھوں کو جانگوں سے زیادہ زیادہ اوپر لاتے ہوئے، پشت بتدریج سیدھی کر لی جاتی ہے۔

شوکی عضلات کی کمزوری بھی اس امر سے ظاہر ہوتی ہے کہ مریض فرش پر سے کوئی شئے اٹھا نہیں سکتا، اور اگر وہ بیٹھا ہوا ہے اور آگے کے طرف بہت زیادہ جھکتا ہے تو جسم آگے کے طرف گر جاتا ہے۔ مزید برآں زینہ چڑھنے میں بہت مشکل پیش آتی ہے، جس کی وجہ سے کٹہرے سے مدد لینی پڑتی ہے۔

ابتداءً ماؤف عضلات کی برقی حالت زیادہ تبدیل نہیں ہوتی۔ لیکن جب وہ نہایت کمزور ہوجاتے ہیں تو فرادی اور گیلوانی دونوں قسم کی برق پذیری میں کمی ہوجاتی ہے۔ انحطاطی تعامل نہیں واقع ہوتا اور ریشکی جھٹکے جیسے کہ اگلے قرن کے خلیوں کے انحطاط کی حالت میں دیکھے جاتے ہیں، نہیں آتے۔ کچھ عرصہ کے بعد وتری جھٹکے کم ہوجاتے ہیں، اور زیادہ بڑھی ہوئی اصابتوں میں مفقود ہوجاتے ہیں۔

عصبی نظام اس کے علاوہ، طبعی ہوتا ہے۔ احساس ماؤف نہیں ہوتا۔ مثانہ صرف کبھی کبھی اخیر میں ماؤف ہوتا ہے۔ ذہنی وظائف زیادہ تر خراب نہیں ہوتے۔

علامات ابتداءً نمو یاب ہونے کے بعد ممکن ہے کہ مرض دو یا تین سال تک ٹھہری ہوئی حالت میں رہے، لیکن مریض کی ٹانگیں بتدریج زیادہ زیادہ کمزور ہوتی جاتی ہیں، کیفیت عضلات میں تقبض پیدا کر دیتی ہے، کھڑے رہنے کی قوت مفقود ہوجاتی ہے اور مریض کو بستر میں پڑا رہنا پڑتا ہے۔ بالآخر

اصابتوں کی اکثریت میں بلوغ کے قریب کسی بین رومرض، مثلاً التہابِ شُشش یا کسی حادساری مرض کے پیدا ہو جانے کی وجہ سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن اُن مریضوں میں جنھیں نمو مرض آہستہ آہستہ ہوا ہے ممکن ہے کہ یہ مہلک اختتام اتنی ہی تاخیر کے ساتھ واقع ہو۔

مندرجۂ ذیل سریری قسمیں علیحدہ کی گئی ہیں۔ لیکن یاد رکھنا چاہئے کہ مخلوط یا برزخی قسمیں بھی دیکھی جاتی ہیں اور تمام قسموں کے درمیان ایک قوی خاندانی مشابہت پائی جاتی ہے۔



758

تصویر ۹۲۔ ایک لڑکے کی تصویر جو عضلی سوء تغذیہ کی کاذب بیش پرورشی قسم میں مبتلا ہے۔

کاذب بیش پرورشی قسم (pseudo-hypertrophic type) یہ خاص کر مردوں میں ہوا کرتی ہے۔ اس کے علامات بچپن میں جلد ہی شروع ہو جاتے ہیں اور وہی ہوتے ہیں جو نطاقِ حوض (pelvic girdle) کے عضلات کی کمزوری کے ساتھ پائے جاتے ہیں، یعنے غلط اور بطیء چال اور اُفقی وضع میں سے اُٹھنے کی دقت۔ بیش پرورشی بعض عضلات کو خاص طور پر متاثر کرتی ہے بالخصوص پنڈلیوں کو اور عضلۂ دالیہ (deltoid)، عضلۂ ذو راسین عضد یہ (bicep brachii)، عضلات تحت الشوکی (infra-spinati)، عضلاتِ ناصبِ الشوکہ (erectores spini)، عضلاتِ الویہ (glutei)، اور عضلاتِ واسعہ (vasti) کو۔ بالعموم بیش پرورده عضلات انگلیوں کو سخت اور لیفی محسوس

ہوتے ہیں اور باوجود اپنی بڑی جسامت کے نہایت کمزور ہوتے ہیں۔ بیش پرورش ابتدائی درجوں میں بالکل عام طور پر عضلہ کے ایک حصہ میں محدود ہوتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس کے جرم میں سلعہ نما تودے نمودار ہوجاتے ہیں۔ پنڈلی کے عضلات کی کیفیت سے اکثر نسبتہً ابتدائی درجہ میں ہی تقبض ہوکر کرسی کج پائی (talipes equinus) پیدا ہوجاتی ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۹۲)، اور پھر مریض کے صاحب فراش ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ اس قسم کے مرض میں وجہی عضلات ماؤف نہیں ہوتے لیکن کبھی کبھی عضلاتِ مضغیہ (masseters) بیش پرورشی ہوجاتے ہیں۔

کتفی ذراعیتی قسم (scapulo-humeral type)

اس قسم میں جودونوں صنفوں کو مساوی طور پر ماؤف کرتی اور پہلے بیان کی ہوئی قسم کے نسبت بچپن میں زیادہ دیر سے شروع ہوتی ہے، کمزوری اور لاغری کتفی نطاق (shoulder girdle) کے عضلات میں شروع ہوتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کتفی ہڈیاں پرجیسی ابھر آتی ہیں اور شانے جھک جاتے ہیں مفصل شانہ کے گرد کے عضلات کی رخوت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر مریض کو ہر بغل کے نیچے ہاتھ رکھ کر اٹھایا جائے تو وہ ایک کسیقدر ممیز طریقہ سے ہمارے ہاتھوں میں سے نکل جانے کا رجحان ظاہر کرتا ہے۔ بعد میں کمزوری اور لاغری نطاق حوض کے عضلات کو بھی ماؤف کرکے رفتار اور وضع کی وہ بیقاعدگیاں پیدا کردیتی ہیں جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے۔ مرض کی اس قسم میں بیش پرورش نہیں ہوتی۔

وجہی کتفی ذراعیتی قسم (facio-scapulo-humeral type)-

(Landouzy-Dejerine)۔ یہ مندرجہ بالا قسم سے قریبی مشابہت رکھتی ہے باستثنائے وجہی عضلات کی ماؤفیت کے، جو اس قسم کا ایک متقل اور بالعموم ابتدائی خاصہ ہے۔ اس میں عضلاتِ محیطۃ الاجفان (orbiculares palpebrum) اور محیطۃ الفم (orbiculares oris) خاص طور پر ماؤف ہوا کرتے ہیں۔ جب مریض کو اپنی آنکھیں بند کرنے کی ہدایت کی جاتی ہے، تو پپوٹوں کے درمیان ایک فصل باقی رہ جاتا ہے، جس سے اس کا بشرہ عجیب وغریب اور قریب قریب

جیسی ہو جاتا ہے۔ لبوں کی کمزوری سے ایسے حرکات، جیسے کہ چوسنے، تھوتھنے یا سیٹی بجانے میں دقت ہوتی ہے اور چہرے کے خد و خال میں جذباتی اظہار ممیز طور پر مفقود ہوتا ہے۔

اس قسم میں مرض کی رفتار اکثر نہایت سست ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ کمزوری کچھ عرصہ تک وجہی عضلی نظام تک محدود ہو۔ کتفی نطاق جلد یا بدیر ماؤف ہو جاتا ہے، اور حوضی نطاق صرف آخری درجوں میں ماؤف ہوتا ہے۔

بعدی قسم (distal type)۔ یکسی قدر عضلی ذبول کی شظوی قسم (peroneal form) سے مشابہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 685)، اس امر میں کہ لاغری پاؤں اور ہاتھوں کے چھوٹے عضلات میں شروع ہوتی ہے اور بتدریج ترقی کر کے ان عضلی گروہوں کو ماؤف کرتی ہے جو دوسروں سے قریب تر ہوتے ہیں۔ سرسری طور پر ذبول کی شظوی قسم سے اسکی تمیز وجہی عضلی نظام کی ماؤفیت کی وجہ سے، اور ساتھ ہی ماؤف عضلات میں ریشکی جھٹکوں کی غیر موجودگی کے باعث، اور امراضیاتی لحاظ سے اُن نخاعی تغیرات کی کامل غیر موجودگی کے باعث کیجا سکتی ہے جو دوسری قسم میں ممیز ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ خاندانی اور موروثی حدوثِ مرض، علامرض ابتدائی عمر میں ہونا، اور سست رفتاری کے ساتھ ترقی پذیر ہونا تشخیص کو نسبتہً آسان کر دیتے ہیں۔ عضلی امراض کو اُس ذبول سے تمیز کرنے میں جو اگلے قرن کے خلیوں کے انحطاط کے باعث واقع ہو جاتا ہے، ریشکی رعشوں کی غیر موجودگی ایک اہم نکتہ ہے۔ مقدم نخاعی رماری التہاب (anterior poliomyelitis) میں شلل کی ٹیڑھی بوچی نوعیت اور ناگہانی آغاز اس مرض کو ممیز کرنے میں کارآمد ہیں۔

انذار۔ انذار اُن اصابتوں میں نسبتہً زیادہ مخدوش ہوتا ہے جو جلد شروع ہو کر بہ سرعت ترقی کرتی ہیں۔ ترقیٔ مرض اُن اصابتوں میں سست ہوتی ہے جن میں وجہی عضلات ابتداءً ماؤف ہوتے ہیں۔ کاذب بیش پرورشی قسم میں تقبضات پیدا ہو جانے کی وجہ سے نسبتہً ابتدائی درجہ ہی میں مریض کے بستر میں فریش ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ تاہم مریضوں کی کچھ تعداد ایسی بھی ہے

جن میں ترقیٔ مرض اس قدر سست ہوتی ہے کہ وہ آزادانہ زندگی بسر کرسکتے، شادی کرسکتے اور اپنے بچوں کے لئے کسب معاش کرسکتے ہیں۔ صحت یابی کبھی نہیں ہوتی۔

علاج سے زیادہ سے زیادہ یہ ہوسکتا ہے کہ مرض کی ترقی چند مہینے یا چند سال تک رُک جاتی ہے۔ دواؤں کا غالباً کچھ اثر نہیں ہوتا، اور برق کا اثر اگر کچھ ہوتا بھی ہے تو بہت کم۔ حال ہی میں یہ پایا گیا ہے کہ گلائی سین (glycine) ۱ تا ۵ گرام کی مقدار میں روزانہ دو مرتبہ دینے سے اصلاح واقع ہوسکتی ہے۔ غور کے ساتھ تجویز کی ہوئی جمناسٹک ورزشیں مفید ہوتی ہیں اور ممکن ہے کہ سلنے، دلک، اور مجہول حرکتوں سے کچھ فائدہ ہو۔ جب عضلات بطنیہ ساقیہ (gastrocnemii) اس قدر کوتاہ ہوگئے ہوں کہ مریض کھڑا نہ رہ سکے، تو اوتار کو قطع کردینا چاہئے۔

مرض تھامسین

(Thomsen's disease)

(پیدائشی عضلی تنیدگی = congenital myotonia)

یہ مرض عضلات کی ایک عجیب کرختگی پر مشتمل ہے، جو اس وقت پیدا ہوجاتی ہے جب کہ کچھ عرصہ آرام کے بعد وہ ارادی صدمات سے انقباض کی حالت میں ہوجاتے ہیں۔ مثلاً اگر مریض چلنا چاہتا ہے اور اپنی نشست سے اُٹھنے کی کوشش کرتا ہے تو اُس کے عضلات کرخت ہوجاتے ہیں اور وہ حرکت نہیں کرسکتا۔ یہ کرختگی چند ثانیوں تک جاری رہ کر پھر ڈھیلی پڑجاتی ہے اور بالآخر وہ اُٹھ سکتا ہے۔ اُس کے پہلے چند قدموں میں ویسی ہی دقت ہوتی ہے، لیکن جلد ہی انقباضات زیادہ طبعی ہوجاتے ہیں، اور تھوڑی دیر میں یہ تکلیف بالکل موقوف ہوکر وہ پوری آزادی اور آسانی کے ساتھ چلنے لگتا ہے۔ لیکن اگر وہ ایک دقیقہ کے لئے ٹھہر جاتا ہے تو جب وہ پھر چلنا شروع کرتا ہے تو عضلات کرخت ہوجاتے ہیں۔ اس طرح آرام کے بعد فوراً تیز حرکات ناممکن ہوتے ہیں، اور بعض اوقات حادثے ہوجاتے ہیں، مثلاً جب مریض ریل سے اُتر رہا ہے اور

اُس نے اپنا ایک پاؤں زمین پر رکھ لیا ہے تو اُس کے بعد وہ اپنا دوسرا پاؤں جلد نہیں لاسکتا اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ گر جاتا ہے۔ بازوؤں کے عضلات کی ماؤفیت دستی کام کرنے والوں میں بڑی ناقابلیت پیدا کرسکتی ہے۔ ایک چیز کو مضبوط پکڑ لینے کے بعد' بالخصوص جب کہ یہ فعل دیر تک ہو' بعض اوقات مریض کئی دقیقوں تک اپنی گرفت ڈھیلی نہیں کرسکتا۔ معلوم ہوتا ہے کہ سردی اور جذباتی بار سے کرختگی کا رجحان زیادہ ہو جاتا ہے۔ معائنہ کرنے پر بالعموم ماؤف عضلات میں کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی' نہ اُن کی طاقت کم ہوتی ہے۔ مگر راست میکانی تہییج پر اُن کی تحریک پذیری متغیر ہوتی ہے۔ جب عضلہ کے پیٹے پر ایک قرعی ہتھوڑی سے تھپکی لگائی جاتی ہے تو اس سے جو انقباض پیدا ہوتا ہے وہ فوراً غائب ہو جانے کے بجائے کئی ثانیوں تک جاری رہتا ہے۔ یہ نام نہاد "عضلی تنشی تعامل" (myotonic reaction) تمام ماؤف عضلات میں ہمیشہ نہیں حاصل ہوسکتا' اور جس آسانی سے یہ ظاہر کیا جاسکتا ہے وہ وقتاً فوقتاً مختلف ہوتی ہے۔ قوی گیلوانی رووں سے پیدا ہونے والا اجسرائی انقباض اُن کے لگانے کے وقت سے بہت دیر بعد تک رہتا ہے' اور اگر اس رو کو مسلسل لگایا جائے تو انقباضات کا ایک سلسلہ زیر برقیرہ سے زیر قیرہ تک ایک لہر کی مانند جاتا ہوا دیکھا گیا ہے۔ فراوینے پر تعاملات اکثر طبعی ہوتے ہیں' لیکن ممکن ہے کہ وہ قوت اور مدت میں مبالغہ کے ساتھ ہوں۔ یہ مرض اکثر نہایت طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے' لیکن اس میں تخفیف بھی ممکن ہے۔

بحث اسباب ۔ یہ اکثر اوائل زندگی میں ہوتا ہے' خاندان کے ایک سے زائد رکن کو مبتلا کرسکتا ہے' اور عام طور پر پیدائشی سمجھا جاتا ہے۔

امراضیات ۔ ڈی جیرین (Dejerine) اور سوٹاس (Sottas) نے ایک اصابت کی اطلاع دی ہے' جس میں مریض کی موت التہاب گردہ سے واقع ہوئی۔ عضلات بڑے' اُبھرے ہوئے شکل میں معمول سے زیادہ گلابی نما رنگ میں زیادہ دُھندلے سُرخ' اور کم لچکدار تھے۔ عضلی نواتوں کی تعداد اور جسامت زیادہ بڑھی ہوئی پائی گئی۔ ریشے جسامت میں بہت مختلف تھے' اور

بعض توفی الحقیقت نہایت ہی بڑے اور گویا متورم تھے۔ بعض اوقات لحمی عناصر جُدا جُدا ہو گئے تھے اور غلاف ذرات سے پُر تھا۔ یا عضلی جرم انحطاط یافتہ اور خالیہ دار ہو گیا تھا۔ اتصالی بافت ویسی بیش پرورده یا شحمی نہ تھی جیسی کہ کاذب بیش پرورشی شلل میں ہوتی ہے۔ یہ نتائج اُس سے قریبی مطابقت رکھتے تھے جو دوران زندگی میں کاٹ کر نکالے ہوئے عضلی حصوں میں دیکھا گیا تھا۔ عضلی اعصاب، عصبی تنے، نخاع، اور بصلہ تندرست پائے گئے۔

علاج۔ کوئی چیز مفید نہیں پائی گئی ہے۔ ناسین نے، جو اِس مرض میں خود مبتلا تھا، مسلسل سرگرمی کی زندگی بسر کرنے کا مشورہ دیا ہے۔

ذبولی عضلی تنیدگی

(myotonia atrophica)

اِس مرض میں عضلات کی کرختگی کے ساتھ، جو مرض تھاسین کی عضلی کرختگی سے مماثل ہوتی ہے، عضلی ذبول بھی ہوتا ہے۔ یہ کرختگی یا عضلی تنیدگی خاص طور پر عضلات خم کن (flexor muscles) کو ڈھیلا کرنے کی ناقابلیت ہے جو ہاتھ کو زور کے ساتھ پکڑنے کے بعد دیکھی جاتی ہے۔ ذبول سے ماؤف ہونے والے عضلات یہ ہیں:۔ عضلہ محیطۃ الفم (orbicularis oris) اور عضلہ محیطۃ الجفن (orbicularis palbebrum) (جیسا کہ لنڈاوزی ڈیجی رینی طرز = Landouzy-Dejerine type کے عضلی سوء تغذیہ کے ساتھ کسی قدر مشابہت ہوتی ہے)، عضلات مضغیہ (masseters)، عضلات صدغیہ (temporals)، عضلات قصیہ حلمیہ (sterno mastoids)، (شدید طور پر) پیش بازو اور ہاتھوں کے عضلات، عضلات واسعہ فخذیہ (vasti femoris)، اگلے قصبیتی (anterior tibial) اور شظوی (peroneal) عضلات۔

760

وتری جھٹکے اکثر مفقود ہوتے ہیں، اگرچہ اس علامت کی توجیہ کے لئے عضلی ذبول ناکافی ہے۔

عصبی نظام سے باہر انحطاطی نوعیت کے اور دوسرے علامات ہوتے ہیں

جن میں سب سے زیادہ نمایاں قبل از وقت گنج، عام لاغری اور وزن کا نقصان
اور ذکور میں خصیتین کا ذبول اور ساتھ ہی شہوت کی کمی ہیں۔ یہ مرض عموماً ادھیڑ
عمر میں شروع ہوتا ہے اور آہستہ آہستہ ترقی پذیر ہوتا ہے۔ اکثر اوقات یہ
اُسی خاندان کے کئی اراکین میں واقع ہوتا ہے، اور بالعموم صرف ایک ہی پشت
کو ماؤف کرتا ہے۔ اِس کے ساتھ اکثر موتیا بند ہوتا ہے، اور اسلاف میں بھی
موتیا بند کی سرگذشت ہوتی ہے۔ امراضیاتی لحاظ سے عصبی نظام میں کوئی مستمر
تغیرات نہیں پائے گئے ہیں۔ عضلات انحطاطی تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔

پیدائشی عدمِ تنشِ عضلہ

(amyotonia congenita)

(پیدائشی عضلی بے تنیدگی = myatonia congenita)

اِس مرض میں عضلات نہایت پلپلے اور بے تنش ہوتے ہیں، اور
بچہ ہر وضع میں لیٹتا پھرتا ہے اور بیٹھ نہیں سکتا۔ یہ حالت پیدائش کے
وقت یا بعد میں دیکھی جاتی ہے، اور ممکن ہے خاندانی ہو۔ ازاں بعد بچہ
چل نہیں سکتا۔ اُس کے تمام حرکات کمزور ہوتے ہیں، اور جوڑوں پر مجہول
حرکات غیر معمولی طور پر آزادانہ ہوتے ہیں۔ فرادی تحریک پر عضلات کی
مجیبیت کم ہوتی ہے، اور عمیق معکوسات مفقود ہوتے ہیں۔ بہت سی اصابتوں
میں مرض میں آہستہ آہستہ اور بتدریج تخفیف ہوتی ہے، لیکن مریضوں کی اکثریت
بین روشکائیتوں سے بچپن ہی میں مرجاتی ہے۔ عضلی امراض (myopathies)
سے اِس مرض کی تفریق آغاز مرض کی عمر سے، جو کہ بالعموم زیادہ ابتدائی ہوتی ہے،
اور اصلاح کے رجحان سے کیجاتی ہے۔ امراضیات مبہم ہے، لیکن اِس امر کی
تائید میں کسیقدر ثبوت ملتا ہے کہ اسفل حرکی عصبیوں کے نمو میں ایک
پیدائشی رکاوٹ ہو جاتی ہے۔ ولک، فراد بیت، اور ورزشیں درستی میں
ممد ہوتی ہیں۔

خاندانی نوبتی شلل

(family periodic paralysis).

اس عجیب وغریب شکایت میں مریض ایسے حملوں میں مبتلا ہوتا ہے جن میں دھڑ اور جوارح کے عضلات کا شلل بتدریج نمویاب ہوجاتا ہے' جو ہر موقع پر چند گھنٹوں تک رہ کر پھر بالکل رفع ہوجاتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ مرض ایک ہی خاندان کے کئی ارکین میں دیکھا گیا ہے اور مریضوں کی اولاد میں منتقل ہوتا ہے۔ یہ دونوں صنفوں کو مساوی طور پر متاثر کرتا ہے، اور پہلے حملے عموماً چھ اور چوبیس سال کی عمروں کے درمیان ہوتے ہیں۔

علامات۔ یہ شلل اکثر رات کے وقت شروع ہوتا ہے۔ ٹانگ کے عضلات' پھر بازو کے عضلات' اور بالآخر دھڑ اور گردن کے عضلات بتدریج کمزور ہوجاتے ہیں' چنانچہ چار یا پانچ گھنٹوں کے عرصہ میں مریض اپنے جوارح بالکل ہلا نہیں سکتا۔ یہ کمزوری پہلے جوارح کے قربی حصوں کو ماؤف کرتی ہے اور ازاں بعد بُعدی حصوں کو۔ بین ضلعی عضلات کمزور پڑجاتے ہیں' جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تنفس کم گہرا اور کمزور ہوتا ہے۔ غالباً ڈایا فرام بھی ماؤف ہوجاتا ہے۔ جن عضلات کو جمجمی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے وہ عموماً بچ جاتے ہیں اور عضلات عاصرہ (sphincters) بھی غیر ماؤف رہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ قلب متسع' اور نبض سریع اور غیر منتظم ہوجائے۔ معکوسات بتدریج مفقود ہوجاتے ہیں۔ اور فرادی اور گیلوانی دونوں قسم کی رووں سے ہونے والے تعاملات' جو کمزوری کے بڑھنے کے ساتھ بتدریج زیادہ کم ہوتے جاتے ہیں' کامل شلل پیدا ہونے پر بالکل مفقود ہوجاتے ہیں۔ حس اور ذہنی حالت میں خرابی نہیں ہوتی۔ چند گھنٹوں کے بعد حالت درست ہونا شروع ہوتی ہے۔ جس ترتیب سے عضلات کی قوت مفقود ہوئی تھی اُس سے برعکس ترتیب میں اُن کی قوت بحال ہوتی جاتی ہے' اور مزید

پھر تا بارہ گھنٹے گزرنے پر قوت بالکل بحال ہو جاتی ہے اور ساتھ ہی منعکسات اور برقی تعاملات بھی بحال ہو جاتے ہیں۔

حملے پہلے مہینوں کے وقفوں سے ہوتے ہیں، لیکن وہ زیادہ جلد جلد ہونے لگتے ہیں یہاں تک کہ وہ ہر ہفتے یا اس سے بھی زیادہ جلد ہو سکتے ہیں۔ ادھیڑ عمر میں وہ پھر نسبتہً کم ہونے لگتے ہیں۔

امراضیات ۔ فی الحال مبہم ہے۔ اغلب یہ معلوم ہوتا ہے کہ کوئی سم عضلی ریشوں پر عامل ہوتا رہتا ہے۔ اور حملوں کے ساتھ بول اور کریٹینین (creatinin) کے اخراج کے تعلقات کے بارے میں بعض دلچسپ مشاہدات کئے گئے ہیں۔

76

علاج ۔ سمیات کے اخراج کے لئے مالحات اور آب ہائے معدنی کے ذریعہ ادرار بول بڑھانا چاہئے۔

مترقی عضلی نہاکت

(myasthenia gravis)

یہ ایک اور مرض ہے جو عضلات کے فعل کو بہ شدت ماؤف کر دیتا ہے، عصبی مرکزوں یا اعصاب میں کسی مستقل تغیر کی غیر موجودگی میں اور اس بنا پر کہ اضرار اکثر اوقات عضلات میں پائے جاتے ہیں، اسے فی الحال انھیں سالمتوں کا اولی عارضہ سمجھنا چاہئے، جو غالباً سمی مبدا رکھتا ہے۔

بحث اسباب ۔ یہ مردوں کے نسبت عورتوں میں کسیقدر زیادہ کثیر الوقوع ہے (۲۰ کے مقابلہ میں ۲۳ | Starr)، اور بیشتر اوقات بیس اور تیس سال کی عمروں کے درمیان ہوتا ہے، لیکن کوئی بھی عمر اس سے مستثنیٰ نہیں۔

مرضی تشریح ۔ متعدد اصابتوں کا بعد الممات امتحان کیا گیا ہے۔ ایک چوتھائی سے زیادہ تعداد میں غدۂ تیموسیہ (thymus) برابر موجود یا بڑھا ہوا، یا لمفی لحمی سلعہ کا موضوع پایا گیا ہے۔ لیکن دوسری اصابتوں میں وہ

طبعی حالات کے مطابق غیر موجود تھا۔ تقریباً تمام اصابتوں میں عضلات کے اندر اور بعض اعضا جیسے کہ تھیموس، جگر، لبلبہ، گردہ اور برگردوں میں لمفی خلیوں کے اجتماعات (سیلانات لمف = lymphorrhages) پائے گئے ہیں۔ خون اور لمفی غدد تندرست ہوتے ہیں۔

علامات ۔ اس مرض کا ممیز خاصہ ارادی عضلات کی کمزوری ہے، جو محنت کرنے سے نہایت جلد تھک جاتے ہیں لیکن آرام کے بعد ان کی طاقت بحال ہو جاتی ہے۔ شدید اصابتوں میں کمزوری قائم رہتی ہے، اور موت اکثر یا تو یکایک یا بُہر کے ساتھ تنفسی شلل سے واقع ہو جاتی ہے۔ وہ عضلات جو عموماً پہلے اور بیشتر اوقات ماؤف ہوتے ہیں آنکھوں، سر اور گردن کے عضلات ہوتے ہیں، جس کی وجہ سے مریض کو استرخاء الجفن، دو نظری، چہرے کی حرکت ناپذیری، چبانے یا نگلنے میں تکلیف، ناقص تلفظ، آواز کی انفی نوعیت اور کمزوری جو بڑھ کر بے صوتی تک پہنچتی ہے، اور سر کو سیدھا رکھنے کی ناقابلیت کی شکایت ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ جسم کے تقریباً تمام عضلات ماؤف ہو جائیں اور بارہ فی صدی اصابتوں میں کمزوری کا آغاز جوارح کے عضلات میں ہوا ہے ممکن ہے کہ مریض بیٹھ نہ سکے، وہ بغیر ٹھہرے صرف چند گز چل سکتا ہے، یا اس کے تنفس میں رکاوٹ ہوتی ہے، اور اُسے بُہر کے خطرناک حملے ہو جاتے ہیں۔ جوارح میں قربی عضلات پر اس سے زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے کہ جتنا بُعدی عضلات پر ہوتا ہے۔ عورتیں جب اپنے بالوں میں کنگھی کرتی ہیں تو ان کے بازوؤں میں تکان ہو جاتی ہے۔ یہ حالت اپنی شدت میں بہت مختلف ہوتی ہے، اور جذبہ، سردی اور عورتوں میں وظیفۂ حیض سے زیادہ ہو جاتی ہے۔ گھٹنے کا جھٹکا عموماً فاعلی ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ متواتر تہییج سے ختم ہو جائے۔ حسّی علامات شاذ ہی موجود ہوتے ہیں، اور عضلات عاصرہ غیر ماؤف ہوتے ہیں۔

حال ہی میں بتلایا گیا ہے کہ اس مرض کی اصابتوں میں شکر کی برداشت کم ہو جاتی ہے (۱۵)۔ ماؤف عضلات جنیتر (لیکن ہر اصابت میں نہیں) برقی رو کے مخصوص طریقہ پر تعامل ظاہر کرتے ہیں (عضلی تھکاوٹی تعامل

(myasthenic reaction =)۔اگر عضلات کو فرادی رَو لگائی جائے تو وہ طبعی طور پر منقبض ہوتے ہیں، لیکن اگر رَو لگاتا جاری رکھا جائے تو وہ جلد خستہ ہو جاتے ہیں، اور پھر منقبض نہیں ہوتے۔ اب اگر برقیروں کو دور کر دیا جائے تو عضلہ بحال ہو جاتا ہے اور پھر رَو لگانے سے بخوبی منقبض ہوتا ہے اور پھر جلد ہی خستہ ہو جاتا ہے۔ گیلوانی رَو سے انقباض برابر جاری رہتا ہے، اور رَو کتنی مدت تک بھی لگائی جائے وہ شاذ ہی متاثر ہوتا ہے۔

ممکن ہے کہ عارضی طور پر اصلاح ہو جائے، اور ایسے طویل فترات مندمج ہیں جن میں علامات سے نسبتۃً آزادی حاصل تھی۔ لیکن عموماً تنفسی فشل سے یا دَم گھٹنے سے مہلک نتیجہ دیکھا گیا ہے۔ اِسٹار (Starr) کی جمع کردہ اصابتوں کی ۵۴ فی صدی تعداد چھ ماہ کے اندر موت کا نشانہ بن گئی، لیکن بہت سے مریض دس سال یا زائد تک زندہ رہے ہیں۔

تشخیص ۔ یہ مرض غلطی سے ہسٹیریا، خناق وبائی شلل، اور بصلی شلل سمجھا جا سکتا ہے۔ آخرالذکر سے اس کی تفریق عضلات کے عدم ذبول، عضلی ہناکتی تعامل اور مختلف درجوں کی کمزوری کی بنا پر کی جا سکتی ہے۔

علاج ۔ ۱۹۳۴ء میں ڈاکٹر ایم۔ بی۔ واکر (Dr. M. B. Walker) نے دریافت کیا کہ فائسوسٹگمین بذریعہ اشراب دینے سے مترقی عضلی ہناکت کی ایک اصابت میں علامات میں فوری اور حیرت انگیز اصلاح ہو گئی۔ یہ مشاہدہ اب کئی مرتبہ دہرایا گیا ہے۔ سب سے زیادہ موثر دوا پروسٹگمین (prostigmin) ہے، جس کو محلول میں تیار کیا جاتا ہے، جس کے ایک سی سی میں اسکے ۰.۵ ملی گرام مشمول ہوتے ہیں۔ اس محلول کے ۳ - ۵ سی سی زیر جلدی اشراب کے ذریعہ دیئے جاتے ہیں، اور اس کے ساتھ ہی اٹروپین سلفیٹ کے ۱/۱۰۰ گرین، اس غرض سے کہ قلب کے فعل کے بطوء اور حرکت دودیہ کی زیادتی کا ازالہ کیا جائے جو بصورت دیگر پروسٹگمین سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا اثر صرف چند گھنٹے تک قائم رہتا ہے، لہذا سردست اس طریقہ علاج کی خاص منفعت ایک عارضی تدبیر کی ہے جو مریض کو کوئی کام انجام دینے یا آرام سے کھانا کھانے کے قابل بنا دیتی ہے، اور ممکن ہے

762

اس وقت اس کی انتہائی اہمیت ہو جب کہ بین روالتہاب شعبی کے نتیجہ کے طور پر تنفسی عضلات تکان کی وجہ سے خطرے میں ہوں۔

افیڈرین ہائیڈروکلورائیڈ (ephedrine hydrochloride) $\frac{1}{4}$ گرین روزانہ تین مرتبہ مریضوں کو اصلاح کا ایک موضوعی احساس بخشتی ہے۔

معلوم ہوتا ہے کہ اسٹرکنین (strychnine) طاقت بڑھاتی اور بعض اوقات بعض حالتوں میں زندگی کو طویل کرتی ہے (6)۔ اس کی بڑی مقداریں دینی چاہئیں۔ تحت الجلدی اشرابات اسٹرکنین سلفاس کے $\frac{1}{40}$ گرین سے شروع کرنا چاہئیں اور انکو بتدریج زیادہ کرکے $\frac{1}{10}$ گرین تک روزانہ دو بار دینا چاہیئے۔ اگر اس کا اثر اچھا ہو تو اسے غیر معین عرصہ تک دیا جاسکتا ہے، یا مساوی مقداریں براہ دہن دیجائیں۔

تنفسی تکلف اس امر کا اشارہ ہے کہ کامل آرام وسکون حاصل کیا جائے۔ عضلات تنفس کا عارضی تعبی شلل بعض اوقات مصنوعی تنفس سے دفع کیا جاسکتا ہے۔ جب عضلات ابتلاع شدت کے ساتھ ماؤف ہوں تو انبوبی تغذیہ کیضرورت ہوسکتی ہے۔

عضلات کے بعض دیگر عوارض

اس تشنج اور شلل کے علاوہ، جو مرکزی اور محیطی عصبی عوارض کا نتیجہ ہیں، اور جن کا بیان پہلے درج ہوچکا ہے، بعض دوسرے عوارض بیان کئے جائیں گے جن کے نسبت یہ کہنا مشکل ہے کہ آیا یہ اولی طور پر عصب کے فشل کے باعث ہوتے ہیں یا عضلات کے فشل کے باعث، یا کبھی ایک کے اور کبھی دوسرے کے باعث ہوتے ہیں۔

عضلی خستگی یا تکان (muscular exhaustion or fatigue)۔

عام طور پر سمجھا جاتا ہے کہ کثرت استعمال کے باعث عضلہ کی قابلیت انقباض میں تدریج کمی ہوجانے کا سبب یہ ہے کہ عضلہ کے فعل سے کیمیائی حاصلات (جیسے کہ سارکولیکٹک ایسڈ (sarcolactic acid) خلاصہ جات، اور ممکن ہے کہ ایک خاص سم بھی) پیدا ہوکر اس کی سیری کردیتے ہیں، گو یہ بھی بیان کیا گیا ہے کہ معمولی طور پر جو تکان پیدا ہوجاتی ہے وہ سمیات کا اثر عصبی مراکز پر ہونے کا نتیجہ ہے نہ کہ

ان کا اثر عضلات پر رہو سے گا۔ اس عمل میں خود عضلی ریشے کا حقیقۃً صرف ہو جانا بھی کلی طور پر نظر انداز نہیں کیا جا سکتا۔
خستگی پیدا کرنے والے امراض اور حموی حملوں کے بعد اور بڑھاپے میں عضلی قوت کا فقدان غالباً عضلی آلات اور عصبی نظام دونوں کی طرف منسوب کیا جا سکتا ہے۔

ریشکی انقباضات (fibrillary contractions) (مریشکی رعشے = fibrillary tremors) یہ عصبی امراض کے علامات کے زمرہ میں بیان کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 626)۔ لیکن یہ عملاً طبیعی صحت کی حالتوں میں بھی واقع ہوتے ہیں۔ عام ترین قسم عضلۂ محیطۃ الجفن (orbicularis palpebrum) کے جھٹکے ہیں جو پپوٹے کے کسیقدر پھڑکنے کی حرکت پیدا کر دیتے ہیں۔ جسے مریض محسوس کرتا ہے اگرچہ ممکن ہے کہ کوئی پاس والا تماشائی اُسے نہ دیکھے۔ یہ حرکت اتنی کافی عام ہے کہ عوام نے اسے خفق العین یا آنکھ پھڑکنے ("live blood") کا نام دیا ہے۔ بعض اوقات ایسے ہی ریشکی انقباضات دوسرے عضلات جیسے کہ عضلۂ دالیہ (deltoid) یا عضلۂ ذوراسین (biceps) میں بھی واقع ہوتے ہیں۔ وہ گھنٹوں اور گھنٹوں تک تکلیف دیتے ہیں اور پھر بالکل جاتے رہتے ہیں۔ انکے وقوع کی توجیہ آسانی نہیں ہو سکتی خواہ یہ بظاہر اصحت کی حالت میں واقع ہوں یا عضلی ذبول کے تعلق میں۔
آخر الذکر میں وہ اُن ذبولات میں عام ہیں جو اگلے قرن کے خلیوں کے انحطاط کے باعث ہوتے ہیں جیسے کہ مترقی عضلی ذبول (progressive muscular atrophy) میں اور وہ محیطی اعصاب کے مرض میں بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ البتہ وہ اُس وقت نہیں واقع ہو سکتے جب کہ لاغری مکمل ہو گئی ہو بلکہ صرف اُسی وقت ہوتے ہیں جبکہ انحطاط ہو رہا ہو۔ اگر وہ براہ راست نخاع کے اگلے قرنوں کے تغیرات پر منحصر ہیں تو یہ سمجھنا چاہیئے کہ انحطاط پذیر خلوی جسم جداگانہ عضلی ریشکوں کو بے ترتیب تہیجات بھیجتا رہتا ہے۔ ایسے تہیجات بیش تحریک پذیری پر محمول کئے جاتے ہیں اگرچہ یہ واضح نہیں کہ ایک انحطاط پذیر خلیہ کو کیوں زیادہ تحریک پذیر ہونا چاہیئے۔ جب وہ تندرست شخص میں پیدا ہوں تو اُن کی توجیہ اور بھی کم تشفی بخش ہوتی ہے

763

ذرا سی تکلیف جو ہوتی ہے بالکل جاتی رہتی ہے اور کوئی ایسی چیز باقی نہیں رہتی جو عصب یا عضلہ میں کوئی مستقل تغیر ظاہر کرے۔ کوئی چیز ایسی نہیں معلوم ہوتی جس سے ظاہر ہو کہ آیا یہ ریشکی انقباض عصبی خلیہ میں کسی عارضی یا وظیفی تغیر سے پیدا ہوتا ہے یا عضلی ریشک کے کسی اولی وظیفی فتور سے۔

بے قراری (fidgets)۔ یہ ایک خفیف چیز معلوم ہوتی ہے لیکن اس بحث کے تعلق میں دلچسپی رکھتی ہے۔ جسمانی بے چینی کی یہ حالت جسے عام طور پر اس نام سے یاد کیا جاتا ہے، اکثر زیادہ محنت سے پیدا ہوجاتی ہے۔ جوارح میں، بیشتر اسفل جوارح میں، ایک بے آرامی محسوس ہوتی ہے، اور اس کے بعد ایک پورے عضلہ کا انقباض ہوتا ہے، جو ناگہانی اور بعض اوقات تھوڑے عرصہ کے لئے رجفی ہوتا ہے، اور جس سے اس بے آرامی میں ایک عارضی تخفیف حاصل ہوجاتی ہے۔ یہ انقباض غیر ارادی ہوتا ہے اور اس کی روک تھام نہایت مشکل یا ناممکن ہوتی ہے، اور یہ جارحہ کو قدرے حرکت دینے کا اثر رکھتا ہے۔ یہ احساس عضلہ کے اندر معلوم ہوتا ہے۔ بہرحال یہ عمیق المقام ہوتا ہے اور درد کی قسم سے نہیں ہوتا بلکہ صرف حرکت کی خواہش محسوس ہوتی ہے۔ اگر انقباض معکوس ہو (جیسا کہ غالباً یہ ہوتا ہے) تو بھی یہ ممکن ہے کہ عضلہ میں کے حسّی ریشے عضلی فعل کے کیمیائی حاصلات سے مسموم ہو گئے ہوں۔

جب "بے قراری" ان حالات کے تحت واقع ہو، لیکن یہ ان حالات تک محدود نہیں، تو اس کا معقول علاج عموماً جوارح اسفل کے دلک سے کیا جا سکتا ہے اور یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اس سے سمّی حاصلات کے اخراج میں آسانی ہوجائے گی۔ بعض اوقات وضع کی تبدیلی مثلاً لیٹی ہوئی وضع سے نشست کی وضع میں ہوجانا کافی ہوگا۔

اینٹھن (cramp)۔ یہ غالباً بظاہر عضلہ کا غیر ارادی سخت، زوردار، طویل اور دردناک انقباض ہے، جس سے پہلے کسی طرح کا احساس نہیں ہوتا، اور یہ صرف آہستہ آہستہ کامل ارتخا میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ فی الفور یا چیدہ دقیقوں کے وقفہ سے مکرر ہو۔ یا محض شاذ ہو اور طویل وقفوں کے بعد ہو۔

یہ اکثر اوقات زیادہ محنت کا نتیجہ ہوتی ہے، اور اکثر دن بھر چلنے کے بعد

یا دوسری مسلسل محنت کے بعد بستر میں ہوتی ہے۔ گو یہ اکثر خود بخود واقع ہوتی ہے، تاہم ارادی کوشش سے ماؤف عضلہ میں پیدا کی جاسکتی ہے۔

اس کی حقیقی تسبیب بیان کرنا اسیقدر مشکل ہے جسقدر کہ پہلے بیان کئے ہوئے عضلی عوارض کی تسبیب۔ تکان کی اینٹھنوں میں عضلی سموم کا اثر ہمارے ذہن میں قدرتی طور پر آتا ہے۔ اسکی تائید بعض امراض (مثلاً ہیضہ، غذائی سمیت سے پیدا ہو جانے والے ہیضہ نما اسہال اور بعض سرعے خستگی پیدا کرنے والے امراض) میں واقع ہونے والی مشہور اینٹھنوں سے ہوتی ہے۔ کزاز (tetanus) اسٹرکنیا (strychnia) اور تکزز (tetany) کی اینٹھنوں، اور الکحلی اور دوسری قسموں کے سمی التہابِ عصب کی اینٹھنوں میں یقیناً سموم کا تعلق ہوتا ہے۔ ان میں سے پہلی دو قسم کی اینٹھنوں میں عضلات کو ان کے تہیجات بہ ظاہر مسموم نخاع سے پہنچتے ہیں۔ تکزز میں امارات شواسٹیک (Chvostek's sign) کی موجودگی یہ ظاہر کرتی ہے کہ محیطی اعصاب کی خراش تشنج پیدا کردے گی۔ لیکن کثیر عصبی التہاب (multiple neuritis) میں شاید یہ امر کہ عضلات اتنا خود اپنے جرم میں دوران کرنے والے سموم سے حرکت میں نہیں آتے جس قدر کہ عصبی تنوں کے تغیرات سے زیادہ واضح نہیں ہے۔ یہی نقرس (gout) اور مرض برائٹ کے متعلق کہا جاسکتا ہے، جن میں اینٹھنیں قلیل الوقوع نہیں۔ اس کے برعکس ہسٹریا کی اینٹھنیں اور نام نہاد حرفتی اینٹھنیں (professional cramps) (ملاحظہ ہو صفحہ 752) اپنے مبداء میں زیادہ صریح طور پر مرکزی ہوتی ہیں۔

اینٹھنوں کا علاج چنداں تشفی بخش نہیں۔ جہاں کوئی سمّی عمل شناخت کیا جاسکے، وہاں سم کی تعدیل یا اخراج مرکزِ مطمحِ نظر ہونا چاہئے۔ جہاں تکان کے بعد یا دیگر طور پر ایک واحد عضلہ میں اینٹھن ہو، وہاں فی الفور ضد منازع عضلہ کو حرکت میں لانا چاہئے، تاکہ ماؤف عضلہ تن جائے۔ ایسا کرنے سے تشنج عموماً فی الفور دور ہو جائیں گے۔ کثیر الوقوع مکرر ہونے والی اینٹھنوں کے لئے دلک کا استعمال مفید ہے۔

ذہنی امراض
(MENTAL DISEASES)

اب ہمیں اُن بیماریوں کے متعلق غور کرنا ہے جن کے ملامات جسمانی ارتباط کے بلند ترین لیول پر یعنی انسان کے ذہنی اعمال کے اختلالات سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ ان اختلالات کے طریقۂ پیدائش کو سمجھنے کے لئے اس کا کسی قدر علم ضروری ہے کہ ذہنی فعالیتیں طبعی حالات میں کن قوانین کے تحت ہوتی ہیں ۔

نفسیاتی اصول

توافق ۔ ہمارے عملی مفروضات اس تصور پر مبنی ہیں کہ زندگی کا مل ایک توافقی عمل ہے۔ ہم یہ فرض کرتے ہیں کہ ہر زندہ عضویہ پیہم اس کوشش میں مصروف ہے کہ وہ اپنے آپ کو بیرونی ماحول سے متوافق کرے، اور اپنی اندرونی ترتیبوں میں توازن قایم رکھے۔ اس توافق کے اغراض کے لئے عضویہ میں پیچیدہ اعمال نمویاب ہوجاتے ہیں، اور نظام عصبی ان میں سے پیچیدہ ترین کو انجام دیتا ہے۔

اگر ہم عضویہ کے توافقی عمل کے متعلق یہ سمجھ لیں کہ یہ بڑھتی ہوئی پیچیدگی کے لیولوں کے سلسلہ پر انجام دیا جاتا ہے تو وہ خالصتۂ قسری عصبی اعمال جو مثلاً ہضمی وظیفہ میں مضمر ہوتے ہیں سادہ ترین یعنی "نباتی لیول" پر ہونا خیال کیا جائیگا۔ اس سلسلے میں بلند تر لیول یعنی توافقی فعالیت کے حسی حرکی یا نخاعی لیول میں عضلات اور عصبی مراکز کے ذریعے ان کی حرکات کی ہم آہنگی اور نخاع میں ان مراکز کے تعلقات شامل ہیں، اور دماغ میں اس سے بھی زیادہ پیچیدہ اور متغیر اعمال انجام دے جاتے ہیں (دماغی لیول)۔ اس سے بھی اوپر "تطابق" کے سب سے زیادہ پیچیدہ اعمال انجام دئے جاتے ہیں، یعنی وہ جن کو ہم ذہنی کہتے ہیں۔ آخرالذکر

خاص طور پر مجموعی عضویہ کے توافق سے متعلق ہوتے ہیں جو کہ وہ مجموعی ماحول کے ساتھ اور خاص طور پر اس کے معاشرتی ماحول کے ساتھ حاصل کرتا ہے۔
فعلیات ہنوز اس میں کامیاب نہیں ہوئی کہ اس لیول پر کی فعالیت کو خود اپنی اصطلاحات میں بیان کر سکے، لہٰذا نفسیات کی زبان ہی ہمارے لیے کارآمد ہے، اور اگر ہم کو ذہنی لیول پر انفرادی عضویہ کے افعال کو بیان کرنا ہو تو اسی کو سیکھنا پڑے گا۔

ارتباط کے "لیول"۔ اس طرح اگر ہم عضویہ کو بڑھتی ہوئی پیچیدگی کے لیولوں کے سلسلے سے بنا ہوا تصور کریں، تو ہم کو تسلسل دکھائی دیتا ہے، اور ذہنی اعمال توافقی اعمال کے سلسلہ میں سب سے پیچیدہ نظر آتے ہیں۔ اس طرح ہم کو اس امر کے متعلق پریشان ہونا نہیں پڑتا کہ ذہنی اور دماغی اعمال کے درمیان کس طرح کا تعلق ہے۔ اور ہم یہ سمجھ سکتے ہیں کہ کسی بھی لیول پر اولی طور پر فتور پیدا ہو سکتا ہے چنانچہ ذہنی بیماری کی توجیہ کے لیے دماغی بیماری فرض کرنی نہیں پڑتی لیکن اس اسکیم میں یہ امر بھی اتنا ہی واضح ہے کہ ایک لیول پر کا فتور دوسرے لیول پر کے وظیفہ کو تہ و بالا کر سکتا ہے، چنانچہ دماغی وظیفہ کا فتور ذہنی وظیفہ کا فتور پیدا کر سکتا ہے، اور ذہنی وظیفہ کا فتور دماغی وظیفہ کا فتور۔

جذباتی تعامل۔ یہ بہت سے طبیعی علامات کے سمجھنے کے لیے، جو مریض طبیعی امتحان پر ظاہر کرتے ہیں اور جن کے لیے کوئی قابل دریافت طبیعی اساس نہیں پائی جاتی، ایک مفید تصور ہے۔ یہ علامات اس امر کا نتیجہ ہوتے ہیں کہ ذہنی لیول پر ایک واقعہ زیر افتادہ دماغی نخاعی اور نباتی لیولوں پر اختلال پیدا کرتا ہے۔ مثلاً کسی شخص کے راستہ میں شیر دکھائی دینے کا طبعی نتیجہ، ضرب قلب کی سرعت، شراسیف میں بے آرامی کا احساس اور شاید کسی قدر کپکپی ہوتی ہے ان اثرات کے ہمراہ جو ذہنی واقعات پائے جاتے ہیں ان کو جذبات کہتے ہیں۔ مثلاً ابھی جن کا تذکرہ کیا گیا ہے ان کے ساتھ خوف کا جذبہ وابستہ ہوتا ہے۔ اس امر پر بڑی بحث کی گئی ہے کہ آیا خوف یا کوئی دوسرا جذبہ اس قسم کے جسمانی اضطراب کے بغیر بھی موجود ہو سکتا ہے۔ یقینی امر یہ ہے کہ اس قسم کا جسمانی اختلال کسی شعوری جذبہ کے بغیر

76

موجود ہو سکتا ہے، اور اس کے باوجود یہ پیچیدگی کے ذہنی لیول پر کچھ واقعات پر منحصر ہو سکتا ہے۔ ایک مریض جس نے نہ تو کوئی شیر دیکھا ہے اور نہ اس کو خوف محسوس ہوا ہے، اپنے ڈاکٹر کے پاس آتا ہے اور پوچھتا ہے کہ وہ کیوں بیمار ہے۔ جدید نفسیاتی انکشافات میں سے ایک یہ ہے کہ ممکن ہے کہ کچھ ذہنی چیز موجود ہو لیکن موضوع کو اس کا کوئی شعور نہ ہو بالفاظ دیگر ذہنی لیول پر کے عمل کے ہمراہ ضروری نہیں کہ شعور پایا جائے یا جیسا کہ بالعموم کہا جاتا ہے کہ یہ عمل غیر شعوری ہے کم از کم اسوقت کیلئے یہ نتیجہ اخذ کرنے کیلئے بہت سے دلائل ہیں لیکن یہاں صرف ایک مثال کافی ہو گی۔ ایک کاریگر کام پر اپنی پشت کو متضرر کر لیتا ہے اور بعد ازاں تضرر کی کوئی امارت ظاہر نہیں کرتا۔ اور اس کے باوجود عام کمزوری میں مبتلا ہو جاتا ہے جس کے لیے کوئی طبیعی اساس دریافت نہیں ہو سکتی۔ اس کے ذہن کا استقصاء کرنے سے پتہ چلے گا کہ وہ اپنے کام پر واپس جانے سے ڈرتا ہے شاید اپنی عمر کی وجہ سے بڑھتی ہوئی از کار رفتگی کی وجہ سے اگرچہ وہ اس خوف کو اپنے ذہن میں بھی تسلیم نہیں کرتا۔ بالفاظ دیگر یہ خوف شعور کی اقلیم کے اندر نہیں ہے لیکن اس کے باوجود کمزوری کے احساس کا باعث ہے۔

جسمانی نظامات پر جذبہ کے اثرات مختلف ہوتے ہیں اور بنظر سہولت ان کو حسب ذیل جماعت بند کیا جا سکتا ہے

دوران نظام۔ ایک ناگہانی اور شدید جذباتی تہیج، تا ثمی امتناع کے ذریعہ ضرب قلب کو عارضی طور پر موقوف کر سکتا ہے۔ اس سے بے ہوشی ہو جاتی ہے اور یہ جذباتی اصل کی معمولی غشی کا سبب ہے۔ کم شدید تہیج سے نبض سریع ہو جاتی ہے، قلب زور سے دھڑکنے لگتا ہے اور بڑے عروق کی تپک پائی جاتی ہے۔ جلدی شریانیں اور عروق شعریہ شدید جذبہ کے اثر کے تحت منقبض ہو سکتے ہیں، جس کا نتیجہ شحوب ہوتا ہے، لیکن زیادہ اکثر وہ متسع ہو جاتے ہیں، اور تشرق کا مظہر اسی سبب سے ہے۔ شدید جذبہ کی صورتوں کے سوا جن میں تا ثمی امتناع ہو جاتا ہے، دموی فشار بڑھ جاتا ہے۔

نظام غذائی۔ لعاب دہن کا افراز کم ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے بلعوم اور مری کا تشنج ہو جائے۔ معدہ اور امعائی حرکات اور ترشح کم ہو جاتے ہیں، ہوائی

اور لعابی غدد پر توکوئی خاص اثر نہیں ہوتا بلکہ لعاب کا منبع ہوجاتا ہے ۔ حاد جذبہ میں قے ہوسکتی ہے ۔ معدی افراز موقوف ہوجاتا یا کم ہوجاتا ہے ۔ جوصتی تو لون منقبض ہوجاتا ہے اور مبرزی عاصرہ ڈھیلا ہوجاتا ہے جس سے بعض اوقات آنتوں کا افراغ ہوجاتا ہے ۔

تنفسی نظام ۔ تنفسی حرکات عمق و تواتر میں بڑھ جاتی ہیں اور اس کے ساتھ ممکن ہے دم گھٹنے کا احساس ہو ۔

تناسلی بولی نظام ۔ بول کا افراز بڑھ جاتا ہے اور مثانہ منقبض ہوجاتا ہے اس سے پیشاب کرنے کی حاجت ہوتی ہے یا انتہائی اصابتوں میں ممکن ہے عاصرہ کا غیر ارادی ارتخاء واقع ہوکر سلس البول واقع ہوجائے ۔ مردوں میں فدا نتیجی افراز اور انزال واقع ہوسکتا ہے ۔

دروں افرازی غدد ۔ اور قبول ۔ ایڈرینالین کی برآمد بڑھ جاتی ہے اور یہ بھی اپنی باری پر ان اعضا کی مزید تہیج کرتی ہے جن کی تعصیب نظام شارکی سے ہوتی ہے ۔ دموی شکر بڑھ جاتی ہے اور شکر بولیت پیدا ہوسکتی ہے ۔ تحول عموی طور پر زیادہ ہوجاتا ہے ۔

نظام عصبی ۔ تشویش کی ذہنی حالت کے علاوہ جو کہ ذہن پر طاری ہوجاتی ہے اور اس سے تمام غائی تخیل اور نیند کو خارج کردیتی ہے ممکن ہے جوارح کا رعشہ اور سن پن کے احساسات ہوں سر میں بے آرامی یا درد یا بالعموم محسوس ہوتے ہیں جو غالباً دماغی دوران خون میں تغیرات کا نتیجہ ہوتے ہیں پتلیاں پھیل جاتی ہیں اور آنکھیں باہر کو نکل آتی ہیں ۔

جلد ۔ شعری جرابوں کے ناصبات تحریک میں آسکتے ہیں جس سے وہ منظر پیدا ہوجاتا ہے جو کہ "قازی جلد" (goose-flesh) کے نام سے مشہور ہے ۔ تعریق کثرت سے واقع ہوسکتی ہے ۔

جذباتی تعامل اگر زیادہ مدت تک قائم رہے تو اس کے ساتھ غیر معمولی ذہنی اور جسمانی تکان محسوس ہوتی ہے ۔

احوالی معکوسہ (conditioned reflex) ۔ پاولوف (Pavlow) نے تجربہ کے ذریعہ حیوانوں میں یہ ثابت کردیا ہے کہ ایک ایسا تہیج جو پہلے

بے اثر تھا ایک موثر تہیج کے ساتھ اس قدر متلف ہو سکتا ہے کہ خود بھی موثر ہو جاتا ہے وہ تجربہ جس میں ایک گھنٹی کی آواز ریقی مکوسہ کا تہیج بن گئی، فعلیات کے طلبا کو خوب معلوم ہے اسی طریقہ سے ایک بے اثر تہیج اپنے ائتلاف کی وجہ سے جذباتی تعامل پیدا کرنے کے قابل ہو سکتا ہے۔

766

یہ ائتلاف متواتر تکرار سے واقع ہو سکتا ہے، یا خاص حالات کے ہمراہ ایک خاص طور پر شدید جذباتی تعامل پائے جانے سے اس قسم کے ائتلافی احوالی جذباتی تعامل پیدا ہونے کی بہت سی مثالیں پیش کی جاسکتی ہیں جالب جنگ میں وہ آدمی جو طویل مدتوں تک ایسی حالت میں رہے کہ ان کو کبھی بھی شیل چلنے کی آوازیں آتی تھیں، بعد ازاں کسی بھی بلند اور غیر متوقع شور و غل پر رعشہ اور اختلاج ظاہر کرتے تھے۔ ایک عورت کو ٹیلیفون پر سننے کے لیے بلایا گیا کہ اس کا خاوند قتل ہو گیا ہے، اور بعد میں کئی مہینوں تک اس کا یہ حال رہا کہ جب کبھی اس کو اس آلہ کی طرف بلایا جاتا تو وہ انتہائی تشویش کے احساس اور اختلاج میں مبتلا ہو جاتی۔ جب کسی آدمی کو موٹر گاڑی چلاتے ہوئے کوئی حادثہ پیش آتا ہے تو دوسری مرتبہ پہیہ پر ہاتھ رکھنے پر اس کو ویسا ہی جذباتی اضطراب محسوس ہوتا ہے، خواہ وہ ایک تجربہ کار موٹر ران ہی کیوں نہ ہو اور سڑک بالکل صاف ہی کیوں نہ ہو۔ اس قسم کے ائتلافات بالعموم مزید تجربہ سے زائل ہو جاتے ہیں، اسی طرح جس طرح حیوانات میں قائم شدہ سادہ تر احوالی منعکسات، تقویت کی عدم موجودگی میں ٹوٹ جاتے ہیں۔

ذہنی ارتباط (mental integration) ہگلنگس جیکسن (Hughlings Jackson) کا نظام عصبی میں لیولوں کا تصور تمثیلی قیاس سے ذہنی لیول کی اندرونی ترتیبوں تک پھیلایا جا سکتا ہے اور یہاں صحیح ہے جیسا کہ نظام عصبی میں ہوتا ہے، "منطبق" زیادہ تر سرگزشت کی اصل کا ہوتا ہے۔ ذہنی لیول کی سب سے بالائی یہ ہگلنگس جیکسن کے الفاظ میں "سب سے آخر میں اکتساب کردہ، سب سے زیادہ پیچیدہ" اور کمترین منتظم ہوتی ہے۔ سب سے زیریں تہیں رضعی تجربہ کی ہوتی ہیں۔ یعنی یوں کہ یا وہ سب کچھ ہوتا ہے جس کا تجربہ زندگی کے دوران میں کیا گیا ہے۔

لیکن عضویے کے متعلق یہ امر مانتا بھی ضروری ہے کہ اس میں جبلتیں تقابلی ارتقائی طور پر ودیعت ہوتی ہیں، جو رضیعی تجربات تک کی بنیاد ہوتی ہیں۔

رہائی (release)۔ اس تمثیل کی بنا پر ہم ہگلنگس جیکسن کے ایک اور تصور کے انداز پر خیال کر سکتے ہیں، یعنی وہ جو کہ "رہائی کا مظہر" ہے۔ بلند ترلیولوں کے فعل کا تعطل سب سے پہلے زیادہ ابتدائی تعاملات کا وقوع ہونے دیتا ہے۔ شاید یہ امر سب سے زیادہ آسانی کے ساتھ الکحلی تسمم میں دیکھا جاسکتا ہے، جس کا اثر بعض اوقات غیر متوقع رجحانات کو بے نقاب کر دینا ہوتا ہے۔ اسی طرح کی "رہائی" خالص نفسیاتی عوامل کی کارفرمائی سے بھی واقع ہو سکتی ہے۔

شعور کی صفت اس ذہنی فعل کے ساتھ وابستہ ہوتی ہے جس کے ساتھ توافق اس وقت سب سے زیادہ متعلق ہوتا ہے۔

غیر شعوری "ذہنی" واقعات۔ بقیہ ذہنی تجربات ایک ایسی شکل میں موجود ہوتے ہیں جس کا احیاء بعض اوقات شعور کے اندر مشقت سے کیا جاسکتا ہے۔ لیکن مبنی مواہب یعنی جبلتیں چونکہ انفرادی تجربہ نہیں ہوتیں بلکہ محض اس کی پشت پر ایک قوت ہوتی ہیں، لہٰذا شعور سے باہر یعنی غیر شعوری رہتی ہیں۔ آگے چل کر ہم دیکھیں گے کہ شعور سے ذہنی تجربے کے دور رہنے کے لیے اس امر کے علاوہ کہ اس کا شعور کبھی ہوا ہی نہیں تھا اور بھی وجوہات ہو سکتی ہیں۔ یہ امر بھی یاد رکھنا ضروری ہے کہ نام نہاد جبلتیں کوئی ذاتیں (entities) نہیں ہوتیں بلکہ مجرد تصورات ہوتے ہیں جو بہت سے مظاہر پر مشتمل ہوتے ہیں جن کی توجیہہ اکتساب کردہ تجربہ کی بناء پر نہیں کی جاسکتی۔ ان مظاہروں کو جماعتوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے، یعنی ان میں جو کہ ادعاء نفس یا خود حفاظت کے ساتھ وابستہ ہیں، اور ان میں جو تولید نوع یا تناسل کے ساتھ وابستہ ہیں۔

یہ امر قابل لحاظ ہے کہ توافق کے دو پہلو ہیں۔ اس کو دو طرف رخ رکھنا پڑتا ہے۔ باہر کے حالات سے توافق کرنا پڑتا ہے، اور اندر کی جبلتی تحریکات سے توافق کرنا پڑتا ہے۔ لہٰذا ایک فرد میں توافقی وظیفہ کے متعلق ہم یہ تصور کرتے ہیں کہ گویا یہ دو قوتوں یعنی ماحولی تہیجات، اور اندر کے تہیجات (وہ رجحانات جو جبلتی قوتوں سے

پیدا ہوتے ہیں) کے درمیان کارفرما ہوتا ہے اور ان کے درمیان اس کو توازن قائم رکھنا پڑتا ہے۔ ظاہر ہے کہ یہ توافقی وظیفہ اس چیز کے ساتھ کہ جسے خودی یا اصطلاحی الفاظ میں "انا" کہتے ہیں نہایت قریبی طور پر تعلق رکھتا ہے۔

ماحولی تہیجات میں تمام تجربہ شامل ہے۔ بلند ترین یا ذہنی لیول پر جو چیز ان کو توافق کے لیے اہم بناتی ہے وہ ان کی شخصی صفت ہے۔ توافق کی وہ قسم جس کا فشل ذہنی طرز کے علامات کے پیدا ہونے کا موجب ہوتا ہے ہمیشہ شخصی تعلقات سے وابستہ ہوتی ہے۔ کسی فرد کو عصبی بیماری محض اس لیے نہیں ہوتی کہ اس نے کچھ دیکھا یا سنا ہے بلکہ صرف اس وقت ہوتی ہے جب کہ اس کے لیے یہ چیز ماحول کے دیگر اشخاص کے بارے میں ایک خاص معنی رکھتی ہو۔ اہم اشخاص، خاندان کے دیگر اشخاص ہیں، یا وہ جن کو ان کا بدل سمجھا جاسکتا ہے، مثلاً ممرضات وغیرہ، رفقاء، عشاق، معلمین وغیرہم۔ ان سب کو ماحولی تہیجات کے زمرہ میں شمار کیا جاسکتا ہے، اور اندرونی تہیجات وہ جبلتی تحریکات ہیں جو کہ بیشتر ادعائے نفس، مثلاً مجلسی جاہ طلبی، یا صنفی تسکین (اس کے پورے معنوں میں صرف جسمانی تسکین کے معنوں میں نہیں) سے تعلق رکھتی ہیں۔

767

نزاع ترتیبوں کی اس پیچیدگی کا ایک اہم نتیجہ نزاع کا امکان ہے خاص طور پر ماحولی مطالبات کے ساتھ، جس میں جبلتی تحریکات ایک طرف اور وہ جو کہ دوسرے اشخاص کی خواہشات تصور کی جاتی ہیں دوسری طرف ہوتی ہیں۔ اس قسم کا نزاع یا تو یہ نتیجہ پیدا کرتا ہے (ا) کہ برسرپیکار قوتوں میں سے ایک یا دوسری بالکل کظم ہو جاتی ہے، اور اس صورت میں کوئی علامات پیدا نہیں ہوتیں، یا (ب) دونوں قوتیں غلبہ کے لیے برسرپیکار رہتی ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک یا دوسرے لیول پر اختلال کی امارات کی شکل میں علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ پھر جزوی کظم واقع ہوتا ہے، اور اس کے نتیجے کے طور پر شعوری لیول پر کظم شدہ نزاع کی شہادتیں نمودار ہو جاتی ہیں، اگرچہ وہ بالعموم مسخ شدہ اور مخفی ہوتی ہیں۔ یہ شہادتیں علامات بناتی ہیں، مثلاً پستی اور تشویش، خوف، اختناقات وغیرہم۔

لہذا کظم (repression) اگر کامیاب ہو تو اس کے یہ معنی ہیں کہ کظم شدہ

رجحانات شعور سے بالکل محو ہو جاتے ہیں۔ اگر یہ کظم صرف جزوی طور پر کیا گیا ہو تو یہ رجحانات شعور میں مخفی شکل میں نمودار ہوتے ہیں۔ اس خفاء کی بہترین مثال ایک آرزو (جس کو ضمیر ممنوع قرار دیتا ہے) کا کظم اور شعور میں خوف کی شکل میں اس کا ابدالی ظہور ہے۔ بعض اوقات کظم کا عجیب اثر یہ ہوتا ہے کہ نزاع کی دونوں جانبیں غیر شعوری ہو جاتی ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ فرد کے ذہنی تجربہ کا کچھ حصہ اس کے شعور کے لیے ناقابل حصول ہو جاتا ہے، اور اس کو نسیان ہو جاتا ہے جو تھوڑے سے زمانے سے لے کر فرد کی پوری عمر پر شامل ہوتا ہے۔

اس سے پتہ چلتا ہے کہ ذہنی قسم کی ان شقوں کے علاوہ جو کبھی شعوری نہیں ہوئیں (جبلتیں) اور ان شقوں کے علاوہ جن کو ارادہ سے یاد کیا جا سکتا ہے، بعض شقیں اس لیے غیر شعوری ہوتی ہیں کہ وہ کظم شدہ ہوتی ہیں۔

یہ کظم کونسی چیز سے ہوتا ہے۔ نظام عصبی کے زیریں ترلیولوں سے لی ہوئی تمثیل، یعنی خلیاتی تمثیل ایک قسم کے کظم کی توضیح میں مدد دے گی کیونکہ یہ بدیہی ہے کہ جہاں نزاع دو فریقوں کے درمیان ہو اور ان میں سے ایک کظم ہو جائے اور دوسرا شعوری میدان میں قائم رہے تو جو کچھ ظہور میں آتا ہے وہ امتناع سے مماثل ہے۔ برسرپیکار جماعتوں میں سے ایک فریق تقریباً ہمیشہ انا یا خودی ہوتی ہے، جو اکثر اوقات کسی ناخوشگوار واقعہ کو عمداً کظم کر لیتی ہے، یعنی ایسے واقعہ کو جو انا کے مقرر کردہ آورش کے لیے ناخوشگوار ہے۔ اس سے قریبی طور پر ملتا جلتا ہوا ایک اور برسرپیکار عنصر "ضمیر" ہے، جو ایک قسم کا ذہنی رسوب ہے ان احکامات اور ممانعتوں کا جو فرد کے خیال میں ماحول، اور خاص طور پر اس کے والدین نے صادر کی ہیں۔ لہٰذا اس قسم کی ضمیر ایک ذہنی ساخت ہے جو فرد کی سرگذشت کی گہرائیوں میں پیوستہ ہے، اور محض اسی وجہ سے خود رو اور غیر شعوری طور پر فعل میں آتی ہے۔ اکثر اوقات یہ کمتری اور گنہگاری کے ان احساسات کا سبب ہوتی ہے جو عصباتی شخصیتوں میں اس قدر عام ہیں۔

اپنے ناگوار نوعیت کے جذبات سے بے خبر رہنے کا یہ رجحان جو انسان میں ہوتا ہے، نفسی عصبانیتوں کی تسبیب میں بہت اہمیت رکھتا ہے۔ مثلاً گذشتہ

جنگ میں ایک شخص جس نے یہ تربیت پائی ہوتی کہ خوف کے جذبہ کو بزدلی کا نام دیا جاتا ہے بعض اوقات اپنے اندر اس جذبہ کی موجودگی سے بےخبر رہتا۔ ایسی صورت میں جذباتی تعامل بغیر جذبہ کے علم کے موجود ہوتا' اور وہ شخص اختلاج' پسینہ' وغیرہ کے مظہر کی توجیہہ اس طرح کرتا کہ یہ جسمانی مرض کے ظواہر ہیں۔

مزید برآں خوف اسے اپنے فرض منصبی سے ہی چرانے پر مجبور کر سکتا' اور اسے اس مجبور کرنے والے محرک کی خبر بھی نہ ہوتی۔ جسمانی مرض ایسے حالات میں بچاؤ کا راستہ پیش کرتا' اور ایسی ذہنی حالت میں انسان باوجود تمام معقول وجوہات کے جسمانی ازکارفتگی کے خفیف ترین اشارہ کو قبول کرتا۔

768

کسی ضرب کی وجہ سے بازو عارضی طور پر سُن ہو جائے تو اس جارح کے تشلّل کا خیال پیدا ہو جائے گا۔ یہ خیال لاشعوری محرک کی وساطت سے ایک توی مثبت اثر ڈال کر توجہ کو اپنے اوپر جا ہوا رکھے گا۔ اسی وجہ سے وہ تمام شہادت جو اس کے مخالف ہو شعوری توجہ سے خارج رہے گی' جس کا نتیجہ یہ ہوگا کہ تھوڑے ہی عرصے میں مشلّل بازو ایک راسخ عقیدہ بن جائیگا۔

روزانہ زندگی کے بہت سے مظاہر کا انحصار لاشعوری محرکات کے اس اثر پر ہوتا ہے کہ وہ توجہ کو اپنی ذات اور ماحول کے بعض رخوں کے طرف پھیرتے اور بعض رخوں کے طرف سے ہٹاتے ہیں۔ چنانچہ انسان اس باب میں بدنام ہے کہ خود اپنی غلطیوں سے چشم پوشی کرتا ہے۔ اپنی خوبیوں اور کامیابیوں کو یاد رکھنے' اور اپنی ناکامیوں اور لغزشوں کو بھول جانے کا رجحان رکھتا ہے۔ بہت سی فراموش کاریوں کا انحصار ایسے ہی سبب پر ہوتا ہے۔

ایسا شخص جو اپنے اعمال یا اپنے محاکمات میں کسی لاشعوری محرک کا اثر قبول کر رہا ہے۔ عموماً منطقی وجوہات کے ذریعہ اپنے طرز عمل کی حمایت کرنے کے لیے تیار رہتا ہے۔ لیکن اس کے دلائل' خواہ بظاہر وہ کتنے ہی اچھے ہوں' تجزیہ کرنے پر مغالطہ آمیز ثابت ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت وہ اس مخفی محرک کی مزید پیداوار ہیں' اور انہیں حقیقی استدلال کے اعمال سے تمیز کرنے کے لیے ماہرین نفسیات نے "تطبیقاتِ عقلی" یا "تعقیلات" (rationalisations) کا خطاب

دیا ہے (4)۔
توافق، لیولوں کے ارتباط، جذباتی تعاملات، غیر شعوری ذہنی واقعات، کشمکش اور نزاع کے ان اصولوں کے ذریعہ ہم نفسیاتی بیماری کے خاص مظاہر کو سمجھنے کے قابل ہو جاتے ہیں۔

جماعت بندی۔

امراض النفس کی جماعت بندی بالخصوص مشکل اور خاص طور پر مغالطہ پیدا کرنے والی ہوتی ہے۔ ہر اصابت اپنی ایک شخصی نوعیت رکھتی ہے اُس کو محض ایک مرض نہیں تصور کرنا چاہئے۔ مرض تو وہ شخص ہی ہے۔ اصلی چیز مریض کی شخصیت کا سمجھنا ہے نہ کہ اس کو کسی جماعت میں شمار کرنا۔ مریض کی ذہنی حالت صرف اسی طرح سمجھی جاسکتی ہے کہ تمام عملی طریقوں سے اس کی سرگذشت اور حالات کا لحاظ کیا جائے۔ مریض کو کسی جماعت میں شمار کرنا صرف اسی وقت جائز ہے جب کہ بعض سریع حفظ ما تقدمی، علاجی، اور انذاری نتائج پر پہنچنا مقصود ہو۔ مندرجۂ ذیل جماعت بندی کام میں لائی جاسکتی ہے، لیکن اسکے متعدد گروہوں کے درمیان کوئی اطمینان بخش خط فاصل نہیں ہے:۔ (۱) نفسی عصابیتیں (psychoneuroses) (۲) تاثری یا وجدانی تعامل والی قسمیں (affective reaction types) (۳) انشقاق الذہنی تعامل والی قسمیں (schizophrenic reaction types) (عتاہیت متبادر) (۴) جنتی (paranoic) اور جنتہ آسا (paranoid) تعامل والی قسمیں۔ (۵) عضوی تعامل والی قسمیں۔ (۶) صرع۔ (۷) نفسی مرضی تعامل (psychopathic reaction) والی قسمیں۔ (۸) کم ذہنی (mental deficiency) گروہ ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ اور ۷، وا آت نفس (psychoses) کہلاتے ہیں تاکہ ان کو کم ذہنی (گروہ ۸) اور نفسی عصابیتوں (گروہ ۱) سے تمیز کیا جاسکے۔ اس میں شک نہیں کہ ناقص العقل اشخاص میں بھی دار النفس یا نفسی عصابیت کا نمویاب ہو جانا ممکن ہے (5)۔

ذہنی عوارض کی موٹی تقسیم حسب ذیل کی جا سکتی ہے :۔ (۱) وہ جن کا انحصار دماغ کے قابل شناخت عضوی مرض (نابض برداری، انحطاطی، التہابی، تولدی یا تسمی) پر ہو۔ (۲) وہ جن کا انحصار اس پر نہ ہو۔ اول الذکر جماعت میں جو نقائص پائے جاتے ہیں وہ تمام تر نہیں مگر زیادہ تر مجمع الحواسی میدان میں ہوتے ہیں (یعنی ادراک، فہم اور حافظہ میں)۔ آخر الذکر جماعت میں مثبت انکشافات بالخصوص (گو ہمیشہ اور تمام تر نہیں) برتاؤ، تاثر (یا جذبات) اور خیالاتی ماضیہ کے میدانوں میں پائے جاتے ہیں۔

یہاں ذہنی مرض کی ان خاص اقسام کی مختصر سرسری تعریفات ایک ابتدائی شکل میں درج کی جاتی ہیں :۔

(۱) **نفسی عصبانیتیں** (psychoneuroses)۔ بالعموم نفسی عصبانیتوں میں شخصیت کا اختلال اس سے بہت کم واقع ہوتا ہے کہ جتنا دوسرے گروہوں میں۔ نفسی عصبانیت کے مریض کا اپنے روزانہ کاروبار کے لیے جانا اور مصروف رہنا اس سے بہت زیادہ عام ہے کہ جتنا داء النفس کے مریض کا۔ اتفاقی طور پر پاس کھڑے ہوئے شخص کو عموماً ایک نفسی عصبانیت کی موجودگی کا ہرگز کوئی پتہ نہیں چلتا۔ مگر داء النفس کا پتہ عام طور پر لگ جاتا ہے۔ نفسی عصبانیت کا مریض واقعات کی غلط تعبیر نہیں کرتا۔ لیکن اس کے برعکس داء النفس کا مریض عموماً اختباطات یا توہمات میں مبتلا ہوتا ہے، یا کم از کم اُسے یہ احساس ہوتا ہے کہ بیرونی دنیا میں تغیر واقع ہو گیا ہے۔ نفسی عصبانیت کے عام ترین عوارض یہ ہیں :۔ تکان، ہمہ اقسام کے درد و فساوات حس، مریضانہ خوف، تشنّج، رعشے اور قلص، حافظے میں اختلالات (میدان حافظہ کے بعض تعطلات میں) اور اختلالات شعور جیسے کہ مشی فی النوم (somnabulism) اور آوارہ گردی (fugues)۔

(۲) **تاثری یا وجدانی تعامل والی قسمیں** (affective reaction types)۔ ان کا مخصوص و ممیز سرسری خاصہ کیفیت مزاج (mood) یا کیفیت جذبات (affect) میں خرابی ہے اور دوسرے علامات کم و بیش اس کا ساتھ دیتے ہیں۔ مثلاً انبساطی حالت میں بے انتہا شادمانی (فرحانیت) کے ساتھ

769

بہت بیقراری (جو اکثر چلبلے پن کی قسم سے ہوتی ہے) اور تصورات کی پرواز (ضلع گوئی: punning اور تک بندی کے ساتھ) پائی جاتی ہے۔ پستی کی حالت میں غمگینی پیدا ہو جاتی ہے، جس کیساتھ بولنے اور کام کرنے میں سستی ظاہر ہوتی ہے (بطوء) اور اکثر اوقات اپنی نالائقی اور خطاواری کے اور اپنے خاندان اور معاملات کی بربادی کے غمناک اختباطات بھی موجود ہوتے ہیں۔

حکششی مالیخولیا (involutional melancholia) پستی کی وہ قسم ہے جو زندگی کے حکششی زمانے میں خاص طور پر ہوا کرتی ہے (گو صرف اسی زمانے میں نہیں)، اور اس کے ممیز خصائص غمگینی (جو بجائے بطوء کے بیقراری کے ساتھ ہوتی ہے)، بہت اندیشہ مندی، اور اعدامیتی (nihilistic) اور مراقی (hypochondriacal) تصورات ہیں۔

(۳) انشقاق الذہنی تعامل والی قسمیں (schizophrenic reaction types)۔ ان کے ممیز خصائص یہ ہیں کہ ماحول کے ساتھ کم و بیش نمایاں بے تعلقی کا اظہار ہوتا ہے اور سریری تصویر میں اندرونی متناقضات پائے جاتے ہیں۔ مریض تنہائی پسند اور بے پروا ہوتا ہے، وہ اپنی ایک علٰحدہ دنیا میں رہتا ہے، اس کی گفتگو کم و بیش بے ربط ہوتی ہے، اس کی مزاجی کیفیت اور خیالات اکثر باہم اتفاق نہیں کرتے۔ اس کے طور طریقے متلون، اضطراری یا عجوبہ پسند ہوتے ہیں۔ جہل اختباطات اور توہمات (بالخصوص سمعی)، اور کوئی بیرونی اثر پڑنے کے احساسات موجود ہوتے ہیں۔

اس علائمیہ کے اندر ذیلی قسموں کی تفریق کرنا مصنوعی ہے کیونکہ بیشتر اصابتیں کئی ایک ذیلی قسموں کے خصائص ظاہر کرتی ہیں۔ ان ذیلی قسموں میں سب سے زیادہ ممتاز زوال ذہنی (catatonia) ہے، جس میں جز بیہوشی اور فراغت کے ساتھ وحشیانہ اضطراری جوش و خروش تبادل کرتا ہے۔

(۴) جُنّتہ (paranoia) اور جُنّتہ آسا حالتیں۔ ان حالتوں میں نمایاں علامات ایذا رسانی کے یا زیادہ شاذ صورتوں میں عظمت نفس کے کم و بیش منظم اختباطات ہوتے ہیں کوئی صریح جذباتی یا عقلی خرابی

نہیں ہوتی اور احتیاطات اپنے اندر خاصہ ربط رکھتے ہیں، چنانچہ اگر بعض مقدمات مان لئے جائیں تو ان سے ان احتیاطات کا استنباط کرنا کم و بیش قرین عقل ہوگا۔

فتورِ عقل (paraphrenia) کو جنتہ سے معنوی طور پر اس طرح متفرق کیا گیا ہے کہ اول الذکر میں توہمات موجود ہوتے ہیں بحیثیت مجموعی اب یہ دستور ہوگیا ہے کہ ان اصابتوں کو کہ جن میں احتیاطات اچھی طرح منتظم نہ ہوں، توہمات نمایاں ہوں اور عام شخصیت میں اس سے زیادہ ابتری ہوگئی ہو کہ حقیقی جنت میں، فتورِ عقل قرار دیا جائے لہٰذا فتورِ عقل بلحاظ جماعت بندی جنتہ اور جنت اسانتقاق الذکر کے بین بین ہے۔

(۵) عضوی تعامل والی قسمیں (organic reaction types) سمیات، سرایتوں اور عصبی انحطاطی اعمال کا نتیجہ ہیں۔ ان کی خاص ممیز خصوصیت وظائف عقلی (بالخصوص حافظ اور فہم) کا بگڑ جانا ہے جس سے ماحول شناسی اور توجہ میں خامیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اس حالت کی شدت گھٹتی بڑھتی رہتی ہے، جسے طناب ذہن کا نقص (mental tension defect) کہتے ہیں۔

مزید براں عضوی تعامل کی حادشکل (یعنی ہذیان) میں عموماً توہمات بھی ہوتے ہیں۔ مزاجی کیفیتوں کی خرابیاں بھی واقع ہو جاتی ہیں (مثلاً خوف ہذیان میں) اور آخرالذکر اور عقلی خرابی کی بنا پر طور طریقے میں تغیرات واقع ہوتے ہیں، چنانچہ مجموعی شخصیت میں نقص واقع ہو جاتا ہے کہ از کم مزمن شکلوں میں۔

(۶) صرع (epilepsy)۔ اس کا اہم ترین سریری خاصہ نوبتوں کا وقوع ہے، خواہ یہ کبیر ہوں یا صغیر لیکن بعض اصابتوں میں کہ دوران میں بھی ایک صرعی تغیر واقع ہو جاتا ہے، جو بین نوبتی زمانوں میں موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ گاہے گاہے یا مسلسل طور پر بذاتہ ایک کم و بیش شدید عارضہ بن جائے۔ صرعی کردار تمثیلی طور پر خود غرضانہ، طفلانہ اور سخت مذہبی ہوتا ہے، اگرچہ احساسات میں کوئی حقیقی گراوٹ نہیں پائی جاتی اور بہت سی اصابتوں میں توجہ، فہم اور حافظہ کے عقلی نقائص موجود ہوتے ہیں۔ حادثی اختلالات بھی پستی، چڑچڑاپے، جوش و خروش اور وجد و بیخودی (ecstasy) کی شکل میں موجود ہوتے ہیں۔

اور نوبت پہنچنے کے فوراً بعد کے زمانے میں قسری افعال (automatic actions) سرزد ہوتے ہیں، جو بعض اوقات جسمانی تشدد یا دیگر خلاف معاشرت افعال (مثلاً دن دھاڑے چوری کرنے اور بے حیائی کے ساتھ بدن کو برہنہ کرنے کے افعال) کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ صرع کا عام بیان پہلے درج ہو چکا ہے۔

(۷) نفسی مرضی تعامل والی قسمیں (psychopathic reaction types) - ان حالتوں کی نمایاں خصوصیت یہ ہے کہ تقریباً عمر بھر مریض کے جذبات بے ثبات رہتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ کبھی کبھی سنکی، خلاف معاشرت، یا اضطراری طرز عمل کا مرتکب ہوتا ہے۔ ان مریضوں میں دوسری قسموں کی ذہنی خرابیاں بھی جلد نمودار ہو کر اسی قدر جلد رفع بھی ہو جاتی ہیں۔ 770

(۸) کم ذہنی (mental deficiency)- اس گروہ میں وہ تمام افراد شامل ہیں جو پیدائش سے یا اوائل عمر ہی سے عقلی قلت (intellectual deficiency) میں مبتلا ہوں، جس کی تعریف ۱۹۱۳ء اور ۱۹۲۷ء کے قوانین کم ذہنی (Mental Deficiency Acts of 1913 & 1927) میں بیان کی گئی ہے۔

امراض النفس کے امتحان کے طریقے

ذہنی اختلال اس اصطلاح کے کل مفہوم میں معاشرتی توافق کا ایک نقص ہے، اور چونکہ طبی امتحان بھی ان متعدد معاشرتی موقعوں میں سے ایک موقع ہے جن سے مریض کو توافق حاصل کرنے کی کوشش کرنی پڑتی ہے، لہذا امتحان کرنے والے طبیب کو مریض کے علامات میں سے محض کچھ جز کو دیکھنے کا موقع ملتا ہے۔ لہذا اس کو ان تمام معلومات کا پورا لحاظ کرنا چاہئے جو دوسرے ذرائع سے اور دوسرے حالات (مثلاً گھر، مدرسہ، رفقا وغیرہ) میں مشاہدہ کرنے والوں سے حاصل ہو سکتے ہوں۔ اس میں اور جو کچھ عام طب میں واقع ہوتا ہے صرف درجے کا فرق ہے، کیونکہ عام طب میں بھی علامات و امارات یا تو امتحان کے وقت دریافت کر لئے جاتے ہیں یا براہ راست

مریض سے سوال کرنے پر امراض النفسی مریضوں کی صورت میں اکثر اوقات ملاقات کے وقت کوئی ایسی بات جو صاف طور پر غیر طبعی ہو بہت کم معلوم ہو سکتی ہے مریض کا غیر طبعی طرز عمل مخصوص حالات و ماحول کے لیے محفوظ ہوتا ہے بالکل اس شریر بچے کی طرح جو گھر پر تو ایک سخت گیر ہوتا ہے مگر مدرسے میں فرشتہ صفت پایا جاتا ہے۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ ذہنی مریض کے امارات بھی اکثر اسی قدر معیّن ہوتے ہیں جس قدر کے طبعی مرض کے امارات، بشرطیکہ ہمیں یہ معلوم ہو کہ انھیں کیونکر ظاہر کیا جا سکتا ہے۔ مندرجۂ ذیل اسکیم امتحان کا ایک باترتیب نظام پیش کرتی ہے۔ جب کسی مریض پر اس کا اطلاق کیا جائے تو نتائج کو آخر میں ایک جدول کی شکل میں درج کرنا چاہئے اور ان سے استنتاج کرنا چاہئے۔

شاید امتحان کا اہم ترین فریضہ یہ ہے کہ مریض سے گفتگو کرائی جائے مخصوص اور معیّن سوالات کرنے کے متعلق یہ سمجھنا چاہئے کہ وہ ایک اختصار الحل ہے جسے صرف اسی صورت میں اختیار کرنا چاہئے کہ مریض کے خود بخود گفتگو کرنے سے کچھ مزید فائدہ نہ ہو یا ایک منظم طریقہ ہے جس کی مدد سے مریض سے کسی موضوع پر گفتگو کرائی جا سکتی ہے جسے تجربہ نے نتائج اخذ کرنے کے لیے نہایت کارآمد ثابت کیا ہے۔

مندرجۂ ذیل خاکہ تقریباً ہر ایک قسم کی ذہنی اصابت پر صادق آنے کے لیے تجویز کیا گیا ہے۔ یہ اس کی نسبت زیادہ یکسانیت کے ساتھ تفصیلی ہے کہ فقط ایک انفرادی مثال میں ہونا چاہئے۔ یہ صرف تجربہ سے معلوم ہو گا کہ کسی خاص مثال میں کن واقعات پر زور دینا چاہئے۔

سرگذشت مرض

شکایات۔ ابتدا اس سے کرنی چاہئے کہ مریض کی شکایات کی فہرست خود مریض سے حاصل کی جائے یا اس مریض کی حالت میں جو اس امر میں تعاون نہ کرے اس کے رشتہ داروں یا دوستوں سے آخر الذکر اصحاب کی ملاقات میں

احتیاط اور غور سے کام لینا چاہیئے، ممکن ہے کہ ان کا بیان مریض کے بیان سے نہایت مختلف ہو، ایسے اختلافات بذات خود معنی خیز ہوتے ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ پہلے ہی سے یہ خیال دل میں نہ بٹھالیا جائے کہ رشتہ داروں کا بیان لازمی طور پر خود مریض کے بیان کے نسبت زیادہ قابل اعتماد ہے۔ جب غیر طبعی امور کی موجودگی کا شبہ ہونے کی کوئی وجہ ہو تو مخصوص موضوع جن کے متعلق دریافت کرنا ضروری ہے حسب ذیل ہیں:۔ خودکشی کی کوششیں، غصہ یا تشدد کا اظہار، الکحلیت، کاہلی، بستر میں دیر تک لیٹے رہنے کا رجحان اور علی ہذا القیاس بالعموم ان امور کے متعلق واقفیت مریض کے نسبت اس کے رشتہ داروں سے زیادہ آسانی کے ساتھ حاصل ہوسکتی ہے۔ 771

موجودہ علالت کی سرگذشت۔ موجودہ علالت کی سرگذشت احتیاط کے ساتھ ترتیب زمانی کے لحاظ سے اگر ممکن ہو تو خود مریض سے حاصل کرنی چاہیئے۔ نفسیاتی طب میں عمدہ اصول یہ ہے کہ علالت کی ظاہری ابتداء پر اعتماد نہ کیا جائے بلکہ اس سے ماسبق حوادث کی تلاش کیجائے۔ اکثر ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ ایک اصابت میں جس کا ناگہانی طور پر شروع ہونا بیان کیا جاتا ہے، عرصہ دراز سے علامات منذرہ موجود تھے۔ بالخصوص یہ امر نہایت اہم ہوتا ہے کہ موجودہ علالت کا آغاز کس فضا میں ہوا، مزید براں خود گھر میں، کاروبار میں، مالی حالات اور ذاتی تعلقات میں عالات معجلہ کی موجودگی کے امکانات کو خبرداری کے ساتھ ملحوظ خاطر رکھنا چاہیئے۔

ذاتی سرگذشت۔ ان وجوہات اور دوسرے وجوہات کی بناء پر شخصی سرگذشت کا بیان کسی قدر وضاحت کے ساتھ نہایت ضروری ہے۔ مندرجۂ ذیل عنوانوں کے تحت منظم طور پر تحقیقات کرنا چاہیئے۔

(الف) **قبل پیدائش حالات** میں استقرار حمل اور حمل کے زمانہ میں خاندان کی صحت، عادات اور معاشرتی حالات (الکحل، ادویہ، آتشک، تدرن، اور والدین کے مزمن امراض عموی طور پر) شامل ہیں۔

(ب) **پیدائش کے وقت کے حالات** ایسے ہوتے ہیں

جیسے کہ وضع حمل کی نوعیت (طوالت پذیر، آلتی، پیچیدہ، قبل از میعاد)، غیر معمولی مقدار میں اختناق یا جمجمہ کا حقیقتی تضرر واقع ہونا۔ (الف) اور (ب) سے برمحل اور مناسب معلومات حاصل ہونے کا زیادہ امکان اوّلی ذہنی نقص کی اصابتوں میں ہوتا ہے۔

(ج) پیدائشی مواہب اور بعد از پیدائش نمو۔

(۱) جسمانی۔ عام صحت کے متعلق دریافت کرنا چاہئے کہ آیا مریض بچپن میں صحت مند رہتا تھا یا کمزور اور بیمار سا تھا، اس زمانے کے بعد اس کو کوئی امراض کیا کیا ہوئے، اور اس سے اپنی جسمانی حالت پر کس قدر توجہ مبذول کی؟ آیا اس کی ماں اس کی علالت کے متعلق کوئی غیر معمولی توجہ ظاہر کرتی تھی اور غذائی اور دوسری قسم کا شوق ظاہر کرتی تھی)۔ عام نشو و نمو کے متعلق دریافت کرنا چاہئے (مثلاً دانت نکلنے، چلنے اور بولنے کے زمانوں) عضلات عاصرہ (sphincters) پر اقتدار (بستری)، سن بلوغ، اور نیند کی عادت اور مقدار کے متعلق، کام کرنے کی عام عادتوں کے متعلق بھی دریافت کرنا چاہئے (آیا مریض شگفتہ مزاج تھا یا پرسکون طبیعت رکھتا تھا، تیز اور پھرتیلا تھا یا کاہل الوجود، چست و چالاک تھا یا سست)۔ عصبی مظاہر کے متعلق بالتفصیل دریافت کرنا ضروری ہے، مثلاً تشنجات، مقامی تشنج، قلص (سر گردانی یا سر پیش جنبانی)، بینی خاری، ناخن گزی) زیادہ رونے یا چلانے، مشی فی النوم، بے خوابی اور اندھیرے سے ڈرنے کے متعلق۔

(۲) عقلی۔ اس میں مدرسہ کا ریکارڈ شامل ہے، جس سے یہ معلوم ہو کہ مدرسہ چھوڑتے وقت مریض کونسی جماعت میں تھا اور اس کی کیا عمر تھی، اس کی عام لیاقت کیسی تھی، اور آیا وہ مخصوص مضامین میں کوئی خاص قابلیت یا کمی ظاہر کرتا تھا۔ مدرسے کے بعد کی تعلیم نوٹ کرنی چاہئے، بالخصوص اس لحاظ سے کہ آیا اس کو اس کے مواقع حاصل تھے یا آیا اس کو اس کی آرزو تھی۔ بالغ کی عقل کا اظہار بالخصوص پیش بینی کرنے، نظام عمل تیار کرنے، خیالات کو یکسو کرنے کی قابلیت، اور مختلف اقسام کی دلچسپیوں (ادبی، سائنٹفک،

فنی یا صنعتی وغیرہ) میں ہوتا ہے۔ جہاں پس ماندگی کا کوئی شبہ ہو، ذہانت کی تعیین کر لینی چاہئے۔ (بنے سائمن کے پیمانہ Binet-Simon scale: کی ٹرمنی ترمیم Terman modification: جو برطانوی بچوں کے لیے متوافق کرلی گئی ہے، نہایت سہولت بخش ہے۔ اس کے ضروری فارم جی۔ ہراپ اینڈ سنز G. Harrap & sons: نے شائع کر دیئے ہیں، لیکن اس طریقے سے معتبر نتائج صرف وہی لوگ حاصل کر سکتے ہیں جو اس کے استعمال کے عادی ہوں)۔

(۳) جذباتی ۔ ان جذباتی تعاملات کے متعلق خاص طور پر دریافت کرنا ضروری ہے جو مریض بچپن کے زمانے میں اور بعد میں نمایاں طور پر ظاہر کر چکا ہو۔ کیا وہ بزدل، فکر مند، خوش مزاج یا سنجیدہ مزاج، ملول یا مطمئن، یا پریشان رہنے کا عادی تھا؟ کیا اُسے غصہ کا ہیجان ہوا کرتا تھا؟ کیا وہ بہ آسانی غمگین یا بہ آسانی شاداں و فرحاں ہو جاتا تھا؟ کیا وہ کسی چیز سے کوئی غیر معمولی دلچسپی رکھتا تھا، مثلاً مذہب سے؟ کیا وہ ایذا پذیر تھا۔ یہ وہ موضوع ہیں جن کے متعلق قدرتی طور پر نہایت احتیاط کے ساتھ واقفیت حاصل کرنی پڑتی ہے اور بہترین طریقہ یہ ہے کہ جوں جوں مریض کے ساتھ شناسائی بڑھتی جائے ان کے متعلق بتدریج دریافت کیا جائے۔

(۴) نفسی صنفی ۔ جہاں اس کی ضرورت سمجھی جائے، مندرجہ ذیل میں سے بعض امور کے متعلق دریافت کرنا چاہئے، لیکن نہایت حکمت عملی کے ساتھ ۔ اس امر کے متعلق تحقیق کرنی چاہئے کہ مریض کو صنفی معلومات ابتداءً اور بعد میں کس ذریعے سے حاصل ہوئیں اور ان کی نوعیت کیا تھی ۔ اسی طرح یہ بھی معلوم کرنا چاہئے کہ صنفی شوق تجسس کے ابتدائی ظواہر کیا تھے؟ جلق کا شوق کس زمانہ میں تھا؟ مریض صاف گو تھا یا شرمیلا؟ کیا کوئی صنفی تضلال موجود ہیں؟ اپنی صنف یا صنف مقابل کے ساتھ اُس کا برتاؤ کیسا ہے، یہ اس کی دلبستگیوں سے اور عشق و محبت کے واقعات اور اُن کے نتائج سے، شادی کے متعلق اس کے رویہ سے اور تجربہ کے وقت

سے معلوم ہو جائے گا۔

(۵) معاشی ۔ یہ اہم ہے کہ مریض نے معاشی آزادی کس حد تک حاصل کر لی ہے۔ اس نے کن کن خدمات پر کام کیا ہے؟ ایک خدمت چھوڑ کر دوسری خدمت کیوں اختیار کی؟ ان پر اس کی عام کارکردگی کس نوعیت کی تھی؟ اور معاوضہ یا تنخواہ کیا تھی؟ ان تفصیلات سے ایک مفید معروضی اساس حاصل ہوتی ہے جس کی بنا پر یہ اندازہ لگایا جاسکتا ہے کہ عام معاشرتی توافق حاصل کرنے میں مریض کو کس درجہ تک کامیابی حاصل ہوئی ہے۔

(۶) معاشرتی خاندانی احول بڑی اہمیت رکھتا ہے۔ والدین کے مزاج اور خصائل کے متعلق حتی الامکان قریبی تحقیقات کرنی چاہیے، اسی طرح ان بھائیوں اور بہنوں کے مزاج اور طبیعت کے متعلق جن کے ساتھ مریض قریبی طور پر مانوس تھا۔ یہ بھی دریافت کرنا چاہیے کہ آیا مریض کسی ایک یا دوسرے کو زیادہ پسندیدگی کی نظر سے دیکھتا تھا؟ اسی طرح یہ بھی اہم موضوع ہیں کہ مدرسہ کس قسم کا تھا؟ اور مریض دوسروں (استادوں، آقاؤں رفیقوں) کے ساتھ کس حد تک نباہ کر سکتا تھا۔

شخصیت ۔ علالت سے پہلے مریض کی سرگذشت کے معلیات جو اس طرح حاصل ہوں، ان کی بنا پر یہ رائے قایم کی جاسکتی ہے کہ ایک فرد کی حیثیت سے اور سوسائٹی کے ایک رکن کی حیثیت سے مریض کا کس طرح نشو و نما ہوا ہمیں معلوم ہو جاتا ہے کہ اس کو کیا کیا رکاوٹیں پیش آئیں اور ان کو دور کرنے میں وہ کس حد تک کامیاب رہا۔ نیز یہ کہ اس کو کیسے کیسے مواقع حاصل ہوئے، اور اس نے ان سے کس طرح فائدہ اٹھایا۔ اس سے نہ صرف مریض کی سرگذشت حاصل ہو جاتی ہے، بلکہ اس کی شخصیت کا تصور بھی قایم کیا جاسکتا ہے۔ علم امراض النفس میں شخصیت ایک اہم نکتہ ہے۔ یہ کسی فرد کے کردار و مزاج کے خصائص کا محض حاصل جمع نہیں ہے، بلکہ ایک عملی اور مربوط وحدت ہے۔ ہمیشہ پایا گیا ہے کہ کسی فرد کی شخصیت میں اور اس ذہنی عارضہ کی قسم میں جو اسے لاحق ہو جاتا ہے، اکثر ایک نوعی تعلق ہوتا ہے۔

شخصیت کے نہایت صاف و صریح اقسام یہ ہیں: ہم اسلوبی یا دوری جنونی (syntonic or cyclothymic)، انشقاق آسا (schizoid)، جنون آسا (paranoid)، ہسٹریائی یا غلو انیائی (hysteric or mythomanic)، اور صرعی (جس کی اہمیت میں اختلاف رائے ہے) مزید برآں مشاہدہ کیا گیا ہے کہ ذہنی علالت کی بیشتر اصابتوں کی رفتار کا انحصار بڑی حد تک اُس شخصیت پر ہوتا ہے جو علامات ظاہر ہونے سے پہلے مریض کی ملکیت تھی۔ مریض جس قدر بہتر نفسی جوہر سے بنا ہوا ہے اُسیقدر اُسکی صحت یابی اچھی ہوگی؛ بالکل اُسی طرح جس طرح کہ جسمانی امراض میں جسمی مدافعت بڑا اثر رکھتی ہے۔ اسی واسطے اس امر کا جاننا نہایت ضروری ہے کہ بیماری سے پہلے مریض کو زندگی کے جو مختلف مسائل پیش آئے اُن کا حل اس نے کس طرح کیا۔ اس نے اپنی مشکلات کا مقابلہ سیدھے سچے طریقے سے اور عزم بالجزم کے ساتھ کیا، یا وہ حیلے حوالے کرنے والا بزدل، ڈرپوک، یا سریع الحس تھا، یا جلد پست و پریشان ہوجاتا تھا؟ جب معاملات میں خرابی واقع ہوجاتی تو آیا مریض بجائے خود کو الزام دینے کے دوسروں کو الزام دینے کا رجحان رکھتا تھا، یا بجائے کام کرنے کے زیادہ تر خیالی پلاؤ پکایا کرتا تھا؟ اور آیا اُس مریض (یا مریضہ) کو اپنے دکھ دردوں کو بہت بڑھا کر بتلانے کی، یا دوسرے امور میں مبالغہ آمیز خود نمائی کی عادت تھی؟ یہ تفتیش کے بیشمار طریقوں میں سے محض چند ہیں، جن سے نہ صرف مریض کا بحیثیت ایک بنی نوع انسان کے تصور قائم کرنے میں بلکہ متعدد علامات کی اہمیت سمجھنے میں مدد ملتی ہے۔ قدرتی طور پر اِس قسم کی تحقیقات دارالنفس کی "دروں زاد" قسم میں جو زیادہ تر شخصیت کے اندر سے نمو یاب ہوتی ہے (مثلاً جنون میں) اس سے زیادہ اہم ہے کہ جتنی ان قسموں میں جو باہر سے ضربہ کے باعث پیدا ہوجائیں (جیسے کہ سرایتوں مثلاً آتشک میں جو عمومی شلل پیدا کردے)۔

ذہنی امتحان

(۱) عام وضع قطع اور رنگ ڈھنگ:۔ اس کو جاننے کے لیے مریض کا

براہِ راست مشاہدہ کرنا چاہئے۔ مندرجۂ ذیل امور قابلِ توجہ ہیں :۔ (۱) چہرہ کچھ جذبات ظاہر کرتا ہے یا نہیں مثلاً یہ اُداس، بے چین، فکرمند یا خوف زدہ، ناخوش، فرحاں، روحانی یا وجد میں معلوم ہوتا ہے، یا سُست، بے التفات، بطی، اکتا ہٹ یا چہرہ پوشِ نما ہے۔ (۲) لباس۔ بعض مریض بے پروا اور میلے کچیلے ہوتے ہیں، اور بعض اپنے لباس کے متعلق حد سے زیادہ اہتمام کرتے ہیں یا بانکپن اور خود نمائی پسند کرتے ہیں۔ (۳) عام پھرتی۔ بعض مریض معمول سے کم پھرتیلے ہوتے ہیں، مزید برآں ممکن ہے کہ ان کی نقل و حرکت میں سُستی ظاہر ہو (ابطا)۔ دوسرے مریض حد سے زیادہ پھرتی ظاہر کرتے ہیں (نفسی حرکی تحریک psychomotor exciteinent:) جو ان کی اس کیفیت مزاج کے مطابق ہوتی ہے جو کہ اس وقت موجود ہوتی ہے، مثلاً خوف یا اندیشہ کی حالت میں ہاتھوں کا ملنا بہت سے مریض عجیب و غریب یا خاص قسم کی فعالیت ظاہر کرتے ہیں، مثلاً معین قسم کی حرکات (stereotyped movements) اور رٹیتیں، متواتر نقالی (echopraxia) (جو کچھ دوسرے کر رہے ہیں اُسے دیکھ کر خود بخود اس کی نقل اُتارنا)، ادا بیتیں (mannerisms)، مومی خم پذیری (flexibilitas cerea) (مومی لچک، مریض کے جوارح ایک غیر معیّن عرصہ تک اُسی وضع میں رہتے ہیں جس میں ممتحن نے انہیں رکھا ہے)۔ وظیفہ کے مقامی اختلالات، جیسے کہ تلمس (tic) یا رعشہ، کرختگی، تشنّج یا غیر طبعی رفتار کو بھی نوٹ کرنا چاہئے۔ (۴) گفتار۔ (سخن گفتگو کی روانی اور نطق کے اختلالات (عسرالکلام =dysarthria، اور حبسی = aphasic، اختلالات کے)۔ لفظ بہ لفظ نمونے لینا اہم ہے، بالخصوص اس کلام کے جو مریض خود بخود بولے۔ (الف) ممکن ہے کہ مریض اپنی گفتگو میں ایک موضوع سے دوسرے موضوع پر بظاہر اوپری ائتلاف کے ذریعے بہ سرعت منتقل ہو جائے (پَرِّیدو از خیال)، یا ممکن ہے کہ محض گفتگو کا سیلاب ہو (یعنی بسیار گوئی ہو مگر موضوع جلد نہ بدلا جائے)، یا تفصیلیت (circumstantiality) ہو (یعنی ایسی گفتگو جس میں مسز نکلبی Mrs. Nickleby: کی گفتگو کی طرح تفصیلات کی بھرمار ہو)، یا بطور عبرت گفتار

یا انسداد ہو یعنی بولتے بولتے دفعتہً از خود رک جانا) اور بے ربطی کے جملہ مدارج ہوں حتیٰ کہ "لفظی سلاد" (''word-salad'') یا خلط الفاظ (''verbigation'') (یعنی الفاظ بالعموم اسماء ذات = substantives کا سطحی طور پر بے معنی تسلسل)۔ (ب) بعض مریضوں میں بکم (mutism) (معاف تلفظ اور سرگوشی دونوں قسم کی گفتار کی غیر موجودگی) کی شکایت (جس کے ساتھ لکھنے کی قابلیت ہو یا نہ ہو) موجود ہوتی ہے، بالخصوص ذہول (ہر قسم کے تہیجات کی مجیبیت کے فقدان) کے ایک جزو کے طور پر۔ (ج) نطق کا اختلال آدابی لہجہ (mannered intonation) کے طور پر مثلاً عجوبہ جنتیوں (fantastic peronoies) میں، یا انقطاعت (slurring) اور لغزش لفظی (syllable-stumbling) کے طور پر شلل عمومی میں واقع ہوتا ہے۔ (د) حبسی اختلالات (aphasic disorders)، اگر موجود ہوں تو ان کے لیے عصبیاتی فصل میں بیان کئے ہوئے طریقوں کے ذریعے خاص تحقیقات کی ضرورت ہوتی ہے۔ (ہ) تحریر۔ اس کا ایک نمونہ عصبیاتی امتحان کے ایک جز کے طور پر ہمیشہ لے لینا چاہیئے، لیکن بولی ہوئی گفتگو کی غیر موجودگی میں بعض اوقات تحریر میں معلومات حاصل کرنا ممکن ہوتا ہے اور پھر یہ انتہائی درجہ کی اہمیت رکھتی ہے نا قابلیت تحریر کے ساتھ گفتار کی غیر موجودگی یا نقص دو طرح کا ہوتا ہے (۱) یہ عضوی ضرر کے بغیر ہوتا ہے، بکم (mutism) کے طور پر جس کا انحصار مریض کے اس عقیدہ پر ہوتا ہے کہ مجھے بولنا نہیں چاہیئے یا میں بول نہیں سکتا، یا بے صوتی (aphonia) کے طور پر جس کا انحصار انحلال القوت کے وظیفی شلل پر ہوتا ہے۔ (۲) یہ عضوی ضرر کے ساتھ ہوتا ہے، جب کہ وقت تحریر کسی حبسی یا عسر الکلامی عارضہ کا ایک جز ہو۔

(۴) ماحول کے ساتھ کس حد تک تعاون (ماحولی ارتباط = rapport) موجود ہے؟ طبی امتحان، علاج، عام اہتمام اور انذار کے لحاظ سے یہ دیکھنا نہایت اہم ہے کہ کس حد تک تعاون موجود ہے۔ بعض مریض کھانا کھانے سے اور بعض دوا لینے سے انکار کر دیتے ہیں۔ بعض طبیب سے

نہیں ملنا چاہتے اور بعض شفاخانہ جانے سے انکار کر دیتے ہیں۔ ذہنی مریضوں میں اور دوسرے بیشتر مریضوں میں یہ فرق ہوتا ہے کہ اول الذکر میں سے بہت سے یہ اعتراف نہیں کرتے کہ ہم کسی معنی میں بھی بیمار ہیں۔

(۳) **خود مریض کا بیان**، اُن واقعات کے متعلق جو موجودہ حالت پر منتج ہوئے بے انتہا اہمیت رکھتا ہے۔ مریض کو ترغیب دینی چاہیئے کہ وہ خود اپنا حال کہے ممکن ہے کہ وہ خود بخود اپنا حال بیان کرنے لگے (ایسی صورت میں لفظ بہ لفظ نوٹ لینے پہلے ہی حاصل کر لیے گئے ہوں گے)، اور اس میں صرف کبھی کبھی درمیان میں ایک آدھ سوال کرنے کی ضرورت پیش آئے۔ یا ممکن ہے کہ مریض صرف سوالات کے جواب میں اپنا بیان دے۔ ابتدا سادہ ترین سوال سے کرنی چاہیئے (اور لفظ بہ لفظ نوٹ کرنا چاہیے) مثلاً اس طرح کہ "آپ کا کیا نام ہے؟ آپ کا پیشہ کیا ہے؟" ممکن ہے کہ مریض کی توجہ اُسی سوال کو دُہرانے کے بعد حاصل ہو (مثلاً مشغول ذہنی میں، اور بعض عضوی حالتوں میں)۔ جوابات کی مناسبت کو دیکھنا چاہیئے۔

(۴) **فعالیت**، موضوعی لحاظ سے (کیونکہ معروضی معطیات شق (۱) سے حاصل ہو چکے ہیں) "کیا تم کام اُسی قدر اچھا کر سکتے ہو جتنا کہ پہلے کرتے تھے؟" (عدم کفایت کا احساس)، "کیا تمھیں کسی کام کا آغاز کرنے میں دقت پیش آتی ہے؟" (ابتدائی بطوء)، "کیا تم اپنا کام کرنے کے لیے خود کو قابل سمجھتے ہو؟" سوالات ہر اصابت کی مناسبت کے لحاظ سے مختلف ہونے چاہئیں۔ ممکن ہے کہ ایک حد سے زائد فعّال فرحان مریض پر مندرجہ بالا سوالات کا محض یہ اثر ہو کہ جب اسے پوچھا جائے کہ کیا تم اپنا کام بآسانی کر سکتے ہو، وغیرہ، تو وہ برافروختہ ہو جائے۔

(۵) **تأثری حالت** (**مزاجی کیفیت** = mood) کا اندازہ حسب ذیل طریقوں سے کیا جا سکتا ہے:۔

(الف) طلعت اور برتاؤ کے مشاہدہ سے۔

(ب) **خود بخود بیان کردہ حال**، مثلاً خوشی، خوف یا پستی کے متعلق (جس کا اظہار اکثر براہ راست ایسے الفاظ سے کیا جاتا ہے، جیسے کہ

"طبیعت پست" یا "بدمزہ" ہے' یا بالواسطہ طور پر اس طرح کہ "کوئی دلچسپی نہیں معلوم ہوتی" وغیرہ وغیرہ)تاہم اکثر براہ راست دریافت کرنے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔ جذبات کی زبان افسوس ناک طور پر ناقص ہے' اور بہت کم مریض ایسے ہوتے ہیں جو اپنی تاثری حالت بیان کرنے کا ملکہ رکھتے ہیں' خواہ الفاظ ان کے سامنے پیش ہی کیوں نہ کر دیئے جائیں۔

(ب) راست استفسار۔ بہترین طریقہ یہ ہے کہ عام سوالات سے ابتدا کی جاتی ہے مثلاً۔ "کہئے کیسا معلوم ہو رہا ہے؟" "مزاج کی کیا کیفیت ہے؟" "طبیعت کی امنگ کا کیا حال ہے؟" اگر ان سوالات سے کوئی تشفی بخش حال نہ معلوم ہو تو ایسے مختلف الفاظ بتلانا مفید ہوگا جو مزاج کی کیفیت کو ظاہر کرنے والے ہوں' تاکہ مریض ان میں سے کوئی لفظ جو مناسب حال ہو منتخب کر سکے۔ مثلاً "کیا تم اداس' یا خوش' یا خوف زدہ' یا فکر مند ہو؟" یہ معلوم کرنا اہم ہے کہ مریض کو اپنی تاثری حالت کے غیر طبیعی ہونے کے متعلق کس درجہ تک بصیرت حاصل ہے۔ "تم کیوں افسردہ خاطر' پست" (فکر مند)" وغیرہ ہو؟" "کیا تمھاری پستی حق بجانب ہے؟" بالخصوص پستی کی مزاجی کیفیتوں میں مریض اس کے ناقابل ہوتا ہے کہ دوسروں کے احساسات کی جذباتی بجبیت کر سکے' یا ان کے احساسات میں شریک و ہمنوا ہو۔ ممکن ہے کہ یہ مریض کے لیے تکلیف دہ چیز ہو' اور یہی اس کی خاص شکایت ہو۔ ممکن ہے کہ مریض کو اشیاء کی بے حقیقتی کا احساس ہو' وہ یہ جانتا ہے کہ اشیاء سچ مچ موجود ہیں' لیکن اپنی جذباتی بجبیت کے فقدان کی وجہ سے یہ محسوس نہیں کر سکتا کہ وہ موجود ہیں۔ 774

(ج) تاثری یا مزاجی کیفیتوں کا اتار چڑھاؤ۔ اکثر ایک دی ہوئی تاثری حالت میں وقتاً فوقتاً اشتدادات ہوتے رہتے ہیں۔ پست مزاج مریض عموماً صبح کے وقت اپنی حالت اور زیادہ خراب پاتے ہیں۔ تشویش اکثر حملوں کی صورت میں لاحق ہوا کرتی ہے۔ پستی کی گہرائی میں اس قدر اختلاف عظیم ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے ایسے وقفے ہوں' بالخصوص شام کے وقت' جب کہ مریض تقریباً طبعی حالت میں نظر آتا ہے اور وہ خود بھی یہی محسوس کرتا ہے تاوقتیکہ

ہمیشہ خبردار اور محتاط نہ رہیں یہ اختلاف نہایت مغالطہ دہ ہوسکتا ہے۔

ہنسنا یا رونا غیر معمولی آسانی کے ساتھ ہوسکتا ہے، اور ممکن ہے یہ اس تاثر کی مناسبت سے ہو جس کا غلبہ ہے، مثلاً مانیائی جوش وخروش میں، یا پستی کی حالت میں، اگرچہ اکثر ایک پست مریض مثلاً یہ شکایت کرتا ہے کہ مجھے رونا نہیں آتا۔ یا ممکن ہے کہ ہنسنا یا رونا بلا کسی مناسبت کے ہو، یعنی بلا کسی متناظر تاثر کے، یا کسی ایسے موقع پر جو ایک مختلف قسم کی جذباتی مجیبیت کا مقتضی ہو۔ ممکن ہے وہ اس کی بصیرت رکھتا ہو جیسے کہ بعض عضوی (بالخصوص شریان صلابتی) حالتوں میں، دوسری حالتوں میں (نفس زاد افتراق psychogenic dissociation = جیسے انشقاق الذہن schizophrenia = میں) مریض اس تناقض کی کوئی بصیرت ظاہر نہیں کرتا۔

وہ نوعی تعالی رجحانات جو تاشری حالت سے پیدا ہو جاتے ہیں، گھبرا[ہٹ] شدت اور علاج کے نقطۂ نظر سے بڑی عملی اہمیت رکھتے ہیں۔

خودکشی کی خواہشیں یا اس کے حقیقی اقدامات جو عموماً پستی کے ایتلافات میں ہوتے ہیں، اور جارحانہ افعال (قاتلانہ) یا رجحانات جو ناگہانی ہیبت اور خوف یا مرضی غیظ وغضب یا ایذارسی کی حالتوں میں پائے جاتے ہیں، ان کے متعلق مریض اور اس کے دوستوں، دونوں سے نہایت احتیاط کے ساتھ دریافت کرنا چاہئے۔ یہ بہتر ہے کہ پستی کے مریض کو اپنے خودکشی کے خیالات کا اظہار کرکے اپنی طبیعت کو ہلکا کر لینے دیا جائے، بہ نسبت اس کے کہ طبیب اس غلط خیال کی بنا پر کہ میری گفتگو سے ایسے مریض کو خودکشی کے خیالات سوجھیں گے وہ دریافت ہی نہ کرے اور اس طرح غیر ضروری اشتباہ میں رہے۔

خیالاتی ما فیہ اور مزاجی کیفیت دونوں کی موافقت یا عدم موافقت کا اندازہ اس شق اور شق (۹) پر غور کرنے سے ہوسکتا ہے۔ صریح ناموافقت ایک تشویشناک قسم کے عارضہ (انشقاق الذہن = schizophrenia) پر دلالت کرتی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ ایک مریض کو نہایت پریشان کن خیالات اور نہایت ڈراؤنے توہمات ہوں اور پھر بھی وہ غیر متاثر سا اور بے پروا نظر آئے۔ یا ممکن ہے کہ کوئی بری خبر

مثلاً کسی عزیز کی موت کا حال سن کر یا تو بے پروائی ظاہر کرے یا غیر معتدل طور پر قہقہہ لگائے۔

(۶) **خیال** میں سوچنے کا موضوعی تجربہ اور سوچنے کی شکل شامل ہو جیسے اس کے **مافیہ** سے متفرق کرنا چاہئے۔ آخر الذکر یہ ہے کہ مریض کیا بیان کرتا ہے۔ اول الذکر یہ ہے کہ وہ اسے کس طرح بیان کرتا ہے۔

(الف) **موضوعی تجربہ**۔ "کیا سوچنے کا عمل پہلے کے نسبت زیادہ آسان یا زیادہ مشکل زیادہ تیز یا زیادہ سست ہے؟ کیا تم خیالات کو یکسو کر سکتے ہو؟" خیالات کو یکسو نہ کر سکنا نقص توجہ (نیچے ملاحظہ ہو) کی وجہ سے ہو سکتا ہے، جیسے کہ ذہنی اختلال کی عضوی قسم میں۔ سلسلۂ خیال قائم رکھنے کی قابلیت کے امتحان کا ایک سادہ اور کارآمد طریقہ یہ ہے کہ مریض سے کہا جائے کہ سو میں سے یکے بعد دیگرے سات سات منہا کرتا جائے یہاں تک کہ کچھ باقی نہ رہے۔ یکسوئی کا فقدان عام طور پر اس امر کا نتیجہ ہے کہ مریض کی توجہ شخصی معاملات (تفکرات وغیرہ) میں منہمک رہتی ہے۔

(ب) **شکل**۔ خیال کی شکل کا تغیر مریض کی گفتگو سے مستنبط کیا جاسکتا ہے۔ ہر درجہ کا عدم تسلسل پایا جاسکتا ہے حتیٰ کہ غیر مربوطیت۔ یہ بھی ممکن ہے کہ مریض معمولی الفاظ کو اپنے ہی رمزی معنی پہنا لے، یا نئے نئے الفاظ ایجاد کرلے (مہمل کلامی = neologisms)۔

(ج) **مافیہ**۔ عام تحقیقات میں ایسے سوالات شامل ہیں جیسے کہ "کیا تم کسی امر کے متعلق پریشان ہو؟" "کس چیز کے متعلق؟" "کیا تمھیں کوئی غیر معمولی تجربات پیش آئے ہیں؟" "کیا تم نے محسوس کیا ہے کہ لوگ تمھیں نگاہ میں رکھتے ہیں یا تمھارے متعلق باتیں کرتے ہیں؟ (خیالات اشارہ)۔ ایذارسی کے (اختناقی) رجحانات کے متعلق دریافت کرنا چاہئے، ابتداً بلاواسطہ طور پر "کیا کوئی تمھارے ساتھ بری طرح پیش آتا ہے؟" "کیا اس میں کوئی سازش کی گئی ہے؟" "تم ایسا کیوں سمجھتے ہو؟" تعلی اور تفاخر کا رجحان، اگر موجود ہے تو یہ عموماً دوران گفتگو میں جلد ظاہر ہو جاتا ہے۔ اگر یہ ظاہر نہ ہو اور اس کی موجودگی کا

شبہ ہو تو اس کی جستجو ایسے مخصوص سوالات کے ذریعہ سے کرنی چاہئے جو ایک انفرادی اعصابت کے متعلق ہماری معلومات ہم کو سمجھائے۔ نالائقی یا خصاوری کے اختیاطات عموماً خود بخود ظاہر ہو جاتے ہیں لیکن اگر وہ ظاہر نہ ہوں، اور ان کی موجودگی کا شبہ ہو تو موزوں اعصابتوں میں وہ اس طرح ظاہر کیئے جاسکتے ہیں کہ مریض سے پوچھا جائے کہ "کیا تم محسوس کرتے ہو کہ تم کسی خطا کے مرتکب ہوئے ہو؟ اور کس طرح؟"۔ مراقی اختیاطات کا انکشاف جسمانی حالت کی تفتیش کے دوران ہی میں ہو جاتا ہے۔ اس تحقیقات کے دوران میں مریض سے ہمیشہ اس کے جسمانی نظامات کے وظائف کے متعلق دریافت کرنا چاہئے۔ وہ تشویش جو جسمانی مرض یا اس کے امکان کے متعلق ہوتی ہے اور مرض کا وہ گہرا راسخ (اور عموماً بے بنیاد) یقین جو مراق میں موجود ہوتا ہے ان دونوں میں باحتیاط تفریق کرنی چاہئے۔ یہ تفریق مریض کے طرز بیان سے اور اس امر سے کہ اُسے کس حد تک مطمئن کیا جاسکتا ہے، نیز تاثری اختلاف سے کیجا سکتی ہے۔

775

کسی خارجی قوت کا اثر پڑنے (influence) کے یا مجہولیت کے احساسات عجیب وغریب افعال یا جسمانی اوضاع کی صورت میں ظاہر ہوتے ہیں یا ممکن ہے کہ وہ صرف سوالات کرنے میں ظاہر ہوں۔ "کیا تم کوئی طرفہ یا انوکھا فعل کرتے ہو؟" "تم ایسا کیوں کرتے ہو؟" (کسی ایسے فعل کا نام لے کر جس کی وجہ معلوم نہ ہو) "تم یہ کیوں کرتے ہو؟" "کیا تمہارے دماغ میں ایسے خیالات آتے ہیں جو تمہارے اپنے نہیں ہوتے (ذاتی خیالات = autochthonous ideas)۔ "کیا تم نے کبھی تنویم کیئے جانے کا یا نفس خوانی (mind-reading) کا احساس کیا ہے، یا اپنے یا دوسروں کے خیالات سُنے ہیں؟" مریض کے ایسے افعال جیسے کہ کان لگا کر سننے کی وضع اختیار کرنا، دل ہی دل میں بڑبڑانا، تشنیر یکایک یا مسلسل خاموش رہنا اور اضطراری حوادث توہمی تجربات کا پتہ دیتے ہیں۔ زیادہ اکثر ان کے متعلق استفسار عمومی طور پر کرنا پڑتا ہے، مثلاً اس طرح کہ "کیا تمہیں کوئی عجیب عجیب خیالات ہوا کرتے ہیں؟" "کیا تم آوازیں سنتے ہو؟"۔ سمعی توہمات کی موجودگی سے ایسے سوالات پیدا ہو سکتے ہیں جیسے کہ "تمہیں جو کچھ سنائی دیتا ہے وہ شور و غوغا ہوتا ہے یا آوازیں؟" "وہ سچ مچ

آوازیں ہوتی ہیں یا صرف تمھارے خیالات ؟" (کاذب توہمات)۔ "وہ کیا کہتی ہیں ؟"۔ استبصاری توہمات ؛۔ "تمھیں کیا چیزیں نظر آتی ہیں ؟"۔ کیا وہ درحقیقت ہیں یا صرف ایک رویا ہیں ؟" کیا وہ چھوٹی چھوٹی ہیں" (یا لشتینئے = Lilliputian) "یا رنگین ہیں ؟" "کیا وہ ایک جانب کو ہیں یا دوسرے جانب ؟" (نیم بصری توہمات hemianopic hallucinations:)۔ ذائقہ، بو اور سماعت کے توہمات کے متعلق بھی دریافت کرنا چاہیئے۔ یہ جاننا ضروری ہے کہ آیا کوئی فریب حواس التباس کی قسم سے ہے اور اس کا انحصار ماؤف عضو حس کے مقامی مرض پر ہے یا جیسا کہ بعض اوقات ہوا کرتا ہے کسی دوسرے مقام کے مرض پر ہے جس سے حسی عضو معکوس طور پر ماؤف ہوگیا ہو۔ عضوی غلط تعبیرات توہمی ہونے کے بجائے زیادہ تر التباسی نوعیت کی ہوتی ہیں گو بعض تجربات (جیسے کہ "معدے سے ایک آواز آنے") کی یہ تعبیر کرنا مشکل ہے کہ یہ عضوی احساس کے اختلال پر مبنی ہیں۔

(۷) تشریق (orientation)، شخص، مقام اور جگہ کے لحاظ سے۔ "تمھارا کیا نام ہے ؟" "میرا نام کیا ہے ؟ میرا پیشہ ؟" "یہ کیا جگہ ہے ؟" "آج کیا تاریخ ہے ؟" اور اگر آخر الذکر کا جواب غیر متعین ہو تو "یہ کونسا مہینہ ہے ؟ کونسا سال ہے ؟"

(۸) حافظہ کا امتحان بے ربطیوں یا حقیقی غلوات کے لیے۔

(الف) شخصی واقعات (۱) واقعات بعیدہ "تم کب پیدا ہوئے ؟ اور کہاں ؟" "اس حساب سے تمھاری عمر کیا ہوئی ؟" جب قوت حافظہ کے متعلق شبہ ہو تو دریافت کرنا چاہیئے کہ مدرسہ جانا کس عمر سے شروع ہوا، اور کب چھوڑا، اور ملازمت یا خدمات بدلنے، شادی اور بچے پیدا ہونے وغیرہ کی تاریخیں بھی دریافت کرنی چاہئیں۔ ان میں سے بعض یا سب امور کا جواب اسی وقت مل چکا ہوگا جب کہ مریض نے اپنی ذاتی سرگزشت بیان کی تھی۔ (۲) تازہ واقعات۔ اس عنوان کے تحت بعض اشارات مریض کے اس بیان سے مل چکے ہوں گے جو مریض نے اپنے مرض کے تاریخ وار نمو کے متعلق دیا تھا۔ ان تاریخوں کی تنقیح مریض کے احباب کی بیان کردہ سرگزشت کی مدد سے کیجا سکتی ہے۔ "تم میں کب سے تغیر ہوگیا ہے ؟" "تم یہاں کیسے آئے ؟ کس کے ساتھ آئے ؟" "تم نے آج کون کون سے کھانے کھائے ہیں ؟"

"تم کل کہاں تھے؟"

(ب) نہایت تازہ حافظہ کے رسمی کاشفات (۱) مریض کو تین باتیں یاد کرنے کے لیے کہو۔ کوئی پتہ، مثلاً ۳۱۵ ہائڈ سٹریٹ جسم کا کوئی حصہ، مثلاً ایک انگلی۔ اور کوئی نبات، مثلاً گاجر۔ ان چیزوں کو ایکبار پڑھ کر سنا دو اور پھر اس سے کہو کہ ان کے نام دُہرائے۔ اس کو کہدو کہ پانچ منٹ میں پھر تم سے ان کے متعلق پوچھوں گا (یہ پانچ منٹ دوسرے سوالات میں گزار دو اور اس امر کو نوٹ کرلو)۔ اگر اس مدت کے اختتام پر ان تین چیزوں کو وہ پوچھنے پر بتلاسکے تو ویسا ہی دوسرا کاشفہ کر کے اس کا نتیجہ نوٹ کر لیا جائے (۲) فوری حافظ کی وسعت کا کاشفہ ہے جو ہندسوں، حرفوں، یا لفظوں کی اُس تعداد سے کیا جاسکتا ہے جو مریض یاد رکھ سکتا ہو۔ یاد رکھنے کی ادنیٰ طبعی حدود چھ ہندسے، چھ حروف اور پانچ الفاظ ہیں۔ مثلاً فی ثانیہ ایک ہندسہ کی شرح سے اسے چھ ہندسے پڑھ کر سنائیں جائیں، مثلاً ۶ ۳ ۷ ۵ ۸ ۴۔ اگر وہ انھیں یاد رکھنے میں کامیاب رہے تو اور زیادہ آزمائے جائیں۔ اگر وہ ناکام رہے، تو اس سے کم ہندسے سنائے جائیں۔

(ج) بعید حافظہ۔ اُس سے کہو کہ حروف تہجی، سال کے مہینوں کے نام، مسیحی دعائے ربانی دہرائے اور ایک سے بیس تک ہندسے گنے۔

(۹) توجہ (الف) ہسکلا محالہ دوران امتحان میں عام مشاہدہ سے کیا جاسکتا ہے۔ اگر خود بخود اس کے گھٹنے بڑھنے کا کوئی رجحان ہو تو اُسے نوٹ کر لینا چاہئے۔

(ب) جہاں توجہ کے تسلسل کے متعلق کوئی شبہ ہو (مثلاً بعض عضوی حالتوں میں) تو مخصوص کاشفات کام میں لائے جاسکتے ہیں، بشرطیکہ کافی اشتراک عمل حاصل ہوسکے۔

(۱۰) ادراک (appereception)۔ مریض سے ایک امتحانی کہانی بلند آواز سے پڑھنے کو کہا جاتا ہے، (مثلاً مندرجہ ذیل) جو اُسے معمولی ٹائپ میں دیجاتی ہے:۔ "ایک چرواہے کا لڑکا اپنا کتا ساتھ لے کر اریزونا سے سان فرانسسکو گیا۔ کتے کو اس نے ایک دکان کے باہر چھوڑ دیا اور خود کپڑوں کا ایک نیا جوڑا خریدنے

776

اس عمدہ لباس سے آراستہ ہوکر وہ اپنے کتّے کے پاس گیا اس کے طرف سیٹی بجائی اُسے نام لے کر بلایا اور تھپکا لیکن مالک کو نئی ٹوپی اور نئے کوٹ میں ملبوس پاکر کتا اس سے بالکل دُور رہا اور دہن سے ایک غمناک آواز نکالی جب چمکارنا پچکارنا کارگر نہ ہوا تو جروا ہے کا لڑکا وہاں سے چلا گیا اور اس نے اپنے وہی پرانے کپڑے زیب بدن کر لیئے۔ اب کتا اپنے مالک کو اُسی لباس میں دیکھ کر فوراً بے حد خوش ہوا کہ جس میں وہ سمجھتا تھا کہ اُسے ہونا چاہیئے۔

اگر پڑھنے میں کوئی غلطی ہو تو اُسے نوٹ کر لیا جاتا ہے۔ اگر مریض کی آنکھیں پڑھنے کے لیئے کافی اچھی حالت میں نہ ہوں تو قصہ آہستہ آہستہ پڑھ کر اُسے سنا دینا چاہیئے پھر اُسے کہا جاتا ہے کہ وہ اُسے اپنے الفاظ میں بیان کرے۔ اس سے جو نتیجہ حاصل ہوتا ہے اُس سے توجہ (۹) دلچسپی تازہ حافظہ (۸) جہاں تفصیلات فراموش ہو جائیں وہاں اختراع کے رجحان (سخن سازی =confabulation) جذباتی تحییت، اور نکتے کو سمجھنے کی قابلیت پر روشنی پڑتی ہے۔

(۱۱) گذشتہ اور تازہ واقعات کی عام واقفیت۔ اول الذکر پر عبور حاصل ہونا بالخصوص تعلیم و تربیت اور یادداشت پر منحصر ہے، آخر الذکر پر (بالخصوص اُن واقعات پر جو بیماری کے آغاز کے بعد سے ظہور میں آئے ہوں) عبور کا انحصار زیادہ تر دلچسپی کی اس مقدار پر ہوتا ہے جو معمولی معاملات کے متعلق حال ہی میں لی گئی ہو۔ مثال کے طور پر مریض سے کہا جائے کہ یورپ کے چند خاص ممالک کے دارالسلطنتوں کے نام یا گذشتہ جنگ کی تاریخیں بتلائے۔ زیادہ تر تازہ واقعات کے علم کا اندازہ ایسے سوالات سے لگانا چاہیئے جو تازہ اخباری خبروں کی بنا پر کیئے جائیں۔

(۱۲) عام ذہانت۔ بناسائمن پیمانہ (Binet-Simon scale) کے "اوسط بالغ" والے کاشفات کلی یا جزئی طور پر کام میں لائے جاسکتے ہیں مثلاً کام کی کاہلی اور بیکاری، ارتقا اور انقلاب، افلاس اور کم بختی، کردار اور نیکنامی کے درمیان فرق، اور چھے ہندسوں کو الٹ کر دہرانے کی قابلیت۔ جہاں

نقص ذہانت کا شبہ ہو، بناسا ئمنی سلسلہ کے کاشفات یا ان میں سے منتخب کاشفات کافی طور پر کام میں لا کر ذہنی عمر (mental age) کی تخمین کرنی چاہیئے (ذہنی عمر = مریض نے بناسا ئمنی کاشفہ میں کتنے نمبر لئے ہیں)۔

(۱۳) **بصیرت** (insight)-انذار اور علاج دونوں کے لئے یہ امر سب سے زیادہ اہمیت رکھتا ہے کہ مریض کو اس حقیقت کا کہ وہ بیمار ہے کس درجہ تک صحیح علم ہے، اور وہ اپنی علامات مرض کی اصلی حیثیت سمجھنے کی کس حد تک قابلیت رکھتا ہے۔ اس پر ان سوالات سے جو کہ "مزاجی کیفیت" اور "خیال" کے عنوانات کے تحت اس سے قبل درج کیے گئے ہیں، اور مریض کے از خود بیان کردہ حالات سے کسی قدر روشنی پڑ چکی ہو گی۔ اس کے علاوہ خاص استفسارات کرنے چاہئیں، مثلاً جیسے کہ "تم اپنی موجودہ حالت کے متعلق کیا خیال کرتے ہو؟" "کیا تم اپنی موجودہ حالت کو کسی طرح غیر طبعی سمجھتے ہو؟" "کیا یہ کوئی بیماری ہے؟" مخصوص حادثات کے متعلق مریض سے وضاحت کرانی چاہیئے، مثلاً اضطراری یا عجیب افعال، خودکشی کے یا قاتلانہ اقدامات، اخلاقی لغزشوں، اور فقدان محاکمہ ظاہر کرنے والی کسی اور چیز (مثلاً فضول خرچی) کے متعلق۔

بالآخر مندرجۂ بالا تحقیقات کا خلاصہ تیار کرنا چاہیئے اور ثبت انکشافات کو ایک جدول کی شکل میں اس طرح ترتیب دینا چاہیئے کہ جس سے علاماتی تصویر کے لیے اُن کی تقریبی اہمیت ظاہر ہو۔

طالب علم اس معتدل طور پر کل ذہنی امتحان کے مندرجۂ بالا بیان کو پڑھ کر، اور ساتھ ہی جس قدر مریض مل سکیں اُن میں اُس کے اطلاق سے، امراض النفسی امتحان کے اصلی مفہوم و مدعا اور عام اصول پر عبور حاصل کر سکتا ہے۔ اس ابتدائی تربیت کے بعد مندرجۂ ذیل مختصر اسکیم ایک بنیادی خاکہ کے طور پر نسبتاً زیادہ سریع سرسری امتحان کے لیے کام میں لائی جا سکتی ہے، جو کہ احتیاجات وقت و مزاولت کی وجہ سے ضروری ہو جاتا ہے۔

ذہنی حالت کے امتحان کا دستور العمل

(۱) عام برتاؤ۔

(۲) گفتگو کی شرح۔ مخصوص و ممیز خصائص نوٹ کرو، جیسے کہ بطوءِ پرواز خیال، بے ربطی، مختصر لفظ بہ لفظ نمونے درج کرو۔

(۳) مزاجی کیفیت (mood)۔ "تمہارا مزاج کیسا ہے؟" اگر ضرورت ہو تو اس سوال کی زیادہ صراحت کر دینا چاہئے، مثلاً "کیا غمگین؟" "خوف زدہ؟" "خوش؟" وغیرہ ہو۔

(۴) مخصوص مشغول ذہنیاں (preoccupations)۔ "کیا کوئی تازہ پریشانی، ہوئی انوکھے تجربات پیش آئے ہیں؟" "کیا تمہیں کوئی تمثلات (imaginations) ہوئے ہیں؟" "کیا تمہارے ساتھ اچھا برتاؤ کیا گیا؟" "تمہیں ستایا گیا؟" "کیا تم پر کوئی خاص اثر، مثلاً تنویم، برق وغیرہ کا ڈالا گیا ہے؟" توھمات۔ "کیا تمہیں آوازیں سنائی دیتی ہیں؟" "کیا کوئی چیز نظر آتی ہے؟" "کیا، کہاں اور کب؟" احتصارات (obsessions) اور اجبارات (compulsions)۔ "کوئی تکلیف دہ خیالات؟" "کیا تمہیں بعض افعال کو ایک خاص انداز سے کرنا پڑتا ہے۔"

(۵) مجمع الاحساس (sensorium) اور قوائے عقلیہ۔ تشریق (orientation) (مقام اور تاریخ اور اشخاص کے متعلق)۔ حافظہ (یہ عضوی دماغی النفسی امراض میں بالخصوص اہم ہے)۔ (الف) ماضی بعید (حالات زندگی تاریخوں کے ساتھ، جس کی تنقیح سرگذشت مرض درج کرتے وقت کر لی گئی ہو۔ (ب) ماضی قریب (گزشتہ چند روز کا کچھ حال)۔ (ج) فوری یادداشت (عدد، نام، دکھلائی ہوئی چیزوں، ہندسوں کے متعلق)۔ توجہ، مسلسل ہے یا کم و بیش ہوتی رہتی ہے؟ توجہ کا اچاٹ ہو جانا۔ عام معلومات کو سمجھنے کی قابلیت (سلاطین؟ صدر اعظم؟ جنگ؟ وغیرہ)۔ حساب: ۷ ۔ ۔ ۔ (غلطیاں؟ وقت ثانیوں میں)۔ قوت محاکمہ (judgment)۔ معقول

تجویزیں سوچنے کی قابلیت۔ گفتار اور تحریر کے متعلق انکشافات۔
(۶) مرض کی بصیرت۔ بیمار یا معصوب ہونے کا کوئی اعتراف یا عارضہ کی نوعیت سمجھنا۔
(۷) نیند اور خواب (dreams)
(۸) ان موضوعات کو جن کی مزید تحقیق بعد کی ملاقاتوں میں کرنا ہے، خاص طور پر نوٹ کر لینا چاہئے۔

77

نفسی عصابیتیں

(PSYCHONEUROSES)

تشویشی نفسی عصابیت

(anxiety psychoneurosis)

یہ نفسی عصابیت ذہنی تکلیف یا تشویش کی ایک حالت ہے، جس کے ساتھ عموماً طبیعی امارات ہوتے ہیں۔ یہ تکلیف یا تشویش ظاہری موقع کے لحاظ سے کہ جس میں وہ پیدا ہوتی ہے بہت زیادہ ہوتی ہے۔

بحثِ اسباب ۔ ۱۔ توارث ایک اہم اثر رکھ سکتا ہے بعض افراد بنیئی لحاظ سے حساس معلوم ہوتے ہیں اور اسی واسطے ان میں جذباتی بیش تعامل کا امکان ہوتا ہے۔

۲۔ بالعموم ذہن کے اکتسابی عادات خاص سبب مرض ہوتے ہیں۔ یہ اکثر اوقات بچپن میں احوالی سکوسات کے طور پر آغاز پذیر ہوتے ہیں۔ بچے کے جذباتی تعاملات کا انحصار زیادہ تر اس کے گرد و پیش کے بالغوں کے جذباتی تعاملات پر ہوتا ہے۔ وہ بچہ جس کی ماں گرج کڑک کے طوفان سے خوف و ہیبت کے امارات ظاہر کرتی ہے، خود بھی اس نہج کا شدید جذباتی تعامل حاصل کرے گا۔ یہی حال دوسرے اور زیادہ عامیانہ واقعات کے ساتھ ہوگا۔ اگر ماں بچے کی صحت

متعلق تشویش ظاہر کرتی ہے تو اس کا امکان ہے کہ خود بچی بیماری کے ایک مبالغہ آمیز خوف کے ساتھ بڑھے۔ اس طریقے سے ممکن ہے کہ مخصوص جذباتی تجربات کا بھی ایک دیرپا اثر پڑے۔ اس لڑکی میں جو کسی ناشائستہ حملے کا شکار ہوئی ہے، مردانہ صنف کا مرضی خوف نمایاں ہو جاتا ممکن ہے اور یہی حال دیگر اقسام کے جذباتی ضرب کا ہے۔ بالغ زندگی میں علم قصور جہالت یا لاعلمی ہوتی ہے۔ کسی کالی تہیج کے جواب میں ایک جذباتی تعامل واقع ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس کے جسمانی لوازم کا سلسلہ بھی ہوتا ہے۔ مثلاً غشیان کا احساس اور اختلاج قلب موجود ہوتا ہے۔ موضوع اس کو مرض قلب کی شہادت سمجھتا ہے اور اسے اپنے علامات کے متعلق تشویش پیدا ہو جاتی ہے۔ پھر اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ مزید جذباتی تعامل اور اختلاج پیدا ہو جاتا ہے۔ اس طرح اکثر اوقات ایک دائرہ فاسدہ پیدا ہو جاتا ہے، جو رفتہ رفتہ ایک اصلی عادت بن جاتا ہے۔ لیکن یہ امر مشکوک ہے کہ آیا کسی ایسے موضوع میں بھی جس میں مزاج تربیت، یا موجودہ کشاکش کی وجہ سے پہلے سے اس کی استعداد موجود نہ ہو کبھی اس طریقے سے تشویش پیدا ہو جاتی ہے۔

ممکن ہے کہ ابتدائی جذباتی تعامل محض غلط سمجھ لیا گیا ہو۔ لیکن اکثر اوقات ممکن ہے کہ خود جذبہ لاشعوری ہو، اور اس کی وجوہات ویسی ہی ہوں جیسی کہ پہلے بیان کی گئی ہیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ جب کسی شخص کو اپنے افسروں کے سامنے اپنے کام کا حساب پیش کرنا پڑے تو وہ شدید تشویش کے علامات میں مبتلا ہو جائے۔ اس کے ساتھ شرمندگی کا جذبہ ہوتا ہے اور اسی واسطے وہ میدان شعور کے اندر نہیں آنے پاتا۔ ایسی حالت میں جذباتی تعامل (جس کا نتیجہ اختلاج، عدم اشتہا، معدے کی تکلیف یا دوسرے طبیعی علامات ہوتے ہیں) ایک جداگانہ مظہر کے طور پر نمودار ہو کر حقیقتاً مزید تشویش کا ذریعہ بن جاتا ہے۔ بدقسمتی سے ایسی صورتوں میں غلط یا غیر یقینی طبی تشخیص بہت نقصان کا باعث ہو سکتی ہے۔ اگر طبیب ان علامات کا جسمانی مرض پر مبنی ہونا تسلیم کر لیتا ہے، تو مریض کی تشویش کے بڑھ جانے اور علامات میں اور زیادہ شدت پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

778

۳۔ جسمانی مرض اور فتور دو مختلف طریقوں سے تشویشی تعامل کے نمو میں ممد ہو سکتے ہیں۔ اولاً، اگر مریض گزشتہ تجربہ کی بنا پر اپنی صحت کے متعلق ضرورت سے زیادہ مشوش ہو جانے کی ماسبق استعداد رکھتا ہے یا اگر اس کا معالج اس کے مرض کی نزاکت کے متعلق مبالغہ آمیز رائے رکھتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ ایک دایرۂ فاسدہ کا نقطۂ آغاز بن جائیں، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ ثانیاً، ممکن ہے کہ تکان اور سُستی یا ذوقیت ذہنی اعمال پر براہ راست اثر انداز ہو کر قوتِ محاکمہ میں خرابی یا نقص پیدا کر کے ایک غلط نقطۂ نگاہ زندگی کا موجب ہوں، چنانچہ زندگی کے راستے میں تِل بھی وہ تشویش پیدا کر دیتے ہیں جو پہاڑوں سے ہونی چاہیے تھی۔

۴۔ بیان کردہ تعریف میں ماحولی بار کو تشویشی نفسی عصابیت کی تسبیب سے خارج از بحث نہیں کیا گیا، بلکہ اس امر پر زور دیا گیا ہے کہ بظاہر ماحولی وجہ مریض کے تعامل کے لیے کافی نہیں ہوتی۔ ایسا اس وجہ سے ہوتا ہے کہ مریض حالات و ماحول کو اس سے زیادہ اہم سمجھنے لگتا ہے جتنا کہ خود اس پر کسی مشاہد پر شعوری طور پر واضح ہوتا ہے۔

علامات ۔ ذہنی۔ تمام علامات کی جڑ مرضی تشویش ہے۔ تاہم یہ شکایت سب سے زیادہ کثیر الوقوع نہیں۔ ممکن ہے کہ خود تشویش مخفی رہے اور سب سے پہلے ثانوی علامات کے لیے طبی مشورہ کیا جائے۔ عام شکایتیں حسب ذیل ہوتی ہیں:۔ ارتکاز خیالات کی ناقابلیت، حافظہ کا فقدان، پس و پیش کرنا اور عدم کفایت کا ایک عام احساس۔ یہی ہیں قدرتی نتائج اس مسلسل تشویش کے جو دوسرے موضوعوں کو دماغ سے خارج کر کے خود ذہن پر مستولی ہو جاتی ہے۔ لیکن مریض اکثر ان کے غلط معنی سمجھتا ہے اور انھیں قریب الوقوع دیوانگی کے آثار سمجھتا ہے۔ بےخوابی اکثر اوقات ایک اہم علامت ہوتی ہے۔ اس کی دو قسمیں پائی جاتی ہیں۔ پہلی قسم میں، جو نمایاں تشویش کے ہمراہ ہوتی ہے، مریض کے ذہن پر اس کے افکار اس قدر مسلط ہوتے ہیں کہ نیند آنے ہی نہیں پاتی۔ دوسری قسم کی بےخوابی اس وقت پائی جاتی ہے جب کہ کظم واقع ہو گیا ہو،

اور اس صورت میں مریض اپنے مرض کے جذباتی مبادیات سے بڑی حد تک ناواقف ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں اکثر سوتے وقت یہ ہوتا ہے کہ ذہن پر غیر معین موضوعوں کے خیالات کی رَو مسلط ہو جاتی ہے اور وہ مخفی تشویش نظر سے غائب رہتی ہے اور نیند بھی غائب رہتی ہے۔ ایسی حالت میں جب بالآخر کوشش کے ساتھ نیند آجاتی ہے تو وہ اکثر ڈراؤنے خوابوں یا کابوسوں (nightmares) کی وجہ سے اوچاٹ ہو جاتی ہے، جس سے مریض انتہائی خوف و دہشت کے جملہ احساسات کے ساتھ جاگ اٹھتا ہے۔ بے خوابی اور اس کے ممکن اثرات کے متعلق تشویش سے حالت بدتر ہو جاتی ہے۔

تشویش جب نمایاں ہوتی ہے تو وہ عام یا خاص نوعیت کی ہو سکتی ہے۔ عام تشویش کا اظہار مشکلات کے متعلق مبالغہ کرنے اور تمام تہیجات سے شدید جذباتی تعامل ظاہر کرنے کے رجحان سے ہوتا ہے۔ مخصوص تشویشیں ذہن کو بعض اوقات خوفوں: phobias کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، کثیر التعداد اور مختلف ہیں۔

ہیبت مرض۔ کسی غیر طبعی احساس کی وجہ سے مریض کو یقین ہو جاتا ہے کہ وہ ایک خطرناک مرض میں مبتلا ہے۔ ایسی عام ہیبتیں سرطان، آتشک اور ریوی تدرن کی ہوتی ہیں۔ اگرچہ ممکن ہے کہ امتحان کرنے اور اطمینان دلانے سے کچھ عرصہ کے لیے یہ خوف رفع ہو جائے، لیکن جب تک کہ بنیادی عصبانیت کا معقول علاج نہ کر دیا جائے یہ اکثر پھر طاری ہو جاتا ہے۔ قلبی، کلوی اور معدی معوی مرض کے ڈر بھی عام طور پر ہوا کرتے ہیں۔

دیوانگی کے خوف کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ یہ عام طور پر ہوا کرتا ہے، اور مریض کا یہ خیال ذہنی ارتکاز کی دقت پر اور اس جذباتی طناب پر جس میں وہ مبتلا ہے مبنی ہوتا ہے۔

بعض مقامات کا خوف۔ ایسے خوف کثیر التعداد ہیں۔ عام ترین میں سے بعض یہ ہیں:- کھلے ہوئے مقامات کا خوف، اژدحام اور بھیڑ کا خوف، بند جگہوں کا خوف، ریل میں سفر کرنے کا خوف، ممکن ہے کہ یہ اپنی شدت میں شمول کن ہوں، اور مریض کی زندگی میں خطرناک طور پر مزاحمت پیدا کر دیں۔

صنفی معاملات کے متعلق خوف۔ ان میں سب سے زیادہ عام جلق سے متعلق ہوتا ہے۔ مریض شاید گزشتہ زمانے میں اس کا عادی رہا ہے یا اب بھی کچھ وقفوں کے ساتھ اسے بہت جذباتی نزاع کے ساتھ جاری رکھتا ہے۔ وہ محسوس کرتا ہے کہ میں نے اپنی ذہنی اور جسمانی صحت برباد کر لی ہے اور یہ کہ میری بیماری اسی سبب سے ہے اور میرے گناہوں کی سزا ہے۔ جنسی مباحث سے کبھی اتفاقی طور پر دوچار ہونے سے جذباتی بیشش تعامل پیدا ہو جاتا ہے۔ چونکہ موضوع ایسا ہے جس سے وہ خجل اور شرمندہ ہے لہٰذا اس کی تشویش کا مبداء اکثر کم از کم اس وقت غیر شعوری ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس سے حاصل خوف بھی ایسی تشویش کے باعث ہوں جو مریض کو شرمندہ کرنے والے صنفی خیالات سے متعلق ہو۔ یہ زندگی کی بعض نہتوں میں اور بالخصوص بعض اشخاص میں اہم صنفی نوعیت کے ہوسکتے ہیں۔

بعض اوقات اخراج منی باعثِ تشویش ہوتا ہے۔ چونکہ خود تشویش سے بھی اخراج منی ہوسکتا ہے لہٰذا اس سے ایک دائرہ فاسدہ کے آغاز ہوجانے کا امکان ہے۔

عنانت (impotence) کی شکایت مردوں میں غیر عام نہیں۔ یہ علامت انزال قبل از وقت ہونے یا برابر استادگی حاصل نہ ہوسکنے پر مشتمل ہوسکتی ہے۔ یہ عام طور پر گذشتہ جلق یا اخراجاتِ منی کے متعلق خوفوں کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔

عصبی۔ ذہنی اور جسمانی خستگی کی انتہائی قابلیت ایک عام علامت ہے۔ مریض شکایت کرتا ہے کہ وہ کام کے ناقابل ہوگیا ہے، گفتگو میں اپنا حصہ برابر نہیں لے سکتا، اور زینہ چڑھنے کے بعد تھک جاتا ہے۔ احتیاط کے ساتھ دریافت کرنے پر عموماً معلوم ہوگا کہ یہ تکان اپنے فعل میں تفریقی ہے، اور مریض جس حد تک اپنے گرد و پیش کے ماحول میں دلچسپی لیتا ہے اسی کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ ایک شخص ایک ہی نوعیت کے کام میں آدھے گھنٹے سے زیادہ ارتکاز توجہ نہ کرسکے مگر کسی کھیل میں لگاتار

دو یا تین گھنٹے تک اپنی پوری توجہ دے سکے۔ اپنی اس ناقابلیت کے باوجود کہ معمولی مجلسی گفتگو کے فرائض ادا کرنے میں بھی قاصر رہتا ہے، وہ اپنی بیماری کے علامات پر بڑی تفصیل اور انتہائی سرگرمی اور شوق کے ساتھ بحث کرے گا، اور گو اسے طبیب کے پاس جانے کا یارا نہ ہوگا، تاہم فٹ بال کا میچ دیکھنے کے لیے ایک میل چل کر جائے گا اور اسے کوئی غیر معمولی تکان نہ ہوگی۔

دردِ سر ایک دوسری عام علامت ہے۔ بعض اوقات اسے ایک درد بتلایا جاتا ہے، اور پھر بالعموم یہ وقفہ دار، اور شدید تشویش کے لمحات کے ساتھ ہمزماں ہوتا ہے۔ زیادہ اکثر اسے ایک قسم کی تکلیف بیان کیا جاتا ہے، اور یہ چندیا یا پشت سر پر ایک دباؤ کے احساس کے طور پر مسلسل موجود ہوتا ہے، یا رصاص احساس یا تنگی، بیزی یا حرارت کے احساس کے طور پر۔

دورانِ سر (giddiness) کی شکایت اکثر واقع ہوتی ہے۔ یہ مسلسل ہو سکتا ہے یا ایسے حملوں کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو چند منٹ سے کئی گھنٹے جاری رہتے ہیں۔ چکر کھانے کا احساس (جیسا کہ عضوی مرض کے دُوار میں ہوتا ہے) نہیں ہوتا، لیکن لڑکھڑاہٹ کا ایک موضوعی احساس اور ساتھ ہی گر جانے کا خوف ہوتا ہے۔ یہ خوف اس قدر نمایاں ہو سکتا ہے کہ مریض حرکت کرنے کی مجال نہیں رکھتا اور دوسروں سے چمٹ کر سہارا لینے لگتا ہے جب یہ علامت مسلسل ہوتی ہے تو بعض اوقات مریض شکایت کرنے لگتا ہے کہ میں کسی دوست کے بازو کا سہارا لئے بغیر جو مجھے تھامے رکھے باہر چل پھر نہیں سکتا۔

جوارح کا رعشہ (tremor) کبھی کبھی واقع ہونے والی علامت ہے، جو خوف کے دورے کے ساتھ ہوتی ہے۔

غذائی نظام۔ عسر البلع (dysphagia) غیر عام نہیں۔ یہ ایک حد تک لعاب دہن کی کمی کے باعث ہو سکتا ہے، لیکن عموماً شکایت یہ ہوتی ہے کہ غذا حلق میں اٹک جاتی ہے اور نیچے نہیں اترتی۔ عسر البلع اکثر طاق کے خوف کے ہمراہ ہوا کرتا ہے۔ اس میں معدی تکلیف اور ریحیت عام شکایات

ہیں۔ ایک بری کا احساس ہوتا ہے جس کا غذا لینے سے کوئی مستقل رشتہ نہیں ہوتا، مگر یہ احساس عموماً غذا لینے کے دوران میں یا کھانا کھانے کے فی الفور بعد ہوتا ہے مریض چاہتا ہے کہ ڈکار آکر اس احساس میں تخفیف ہوجائے اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ ہوا نگل لیتا ہے، جس سے ممکن ہے کہ معدے کا حقیقی تمدد پیدا ہوجائے۔ اس قسم کے سوءِ ہضم کا ایک ممتاز خاصہ عموماً اس کی انتخابی نوعیت ہے۔ مثلاً مریض ہمیں یقین دلائے گا کہ گائے کا گوشت کھانے کے بعد اسے ہمیشہ بدہضمی ہوجایا کرتی ہے، لیکن بھیڑ کا گوشت کھانے کے بعد نہیں ہوتی۔ چائے اس کے معدے کے لیے مہلک ہے، لیکن قہوہ بے ضرر ہے۔ وہ سبز ترکاریوں کا متحمل نہیں ہوسکتا، لیکن کچے سیب بلا ضرر کھا سکتا ہے۔

قبض ایک عام شکایت ہوتی ہے۔ کسی ادنیٰ سے سبب سے مریض کو پاخانہ نہ ہونے پر وہ مسہل لے لیتا ہے، اور اب دوسرے موقع پر وہ فکرمند ہوجاتا ہے کہ آیا دوا کی مدد کے بغیر پاخانہ ہوگا یا نہیں۔ یہ تشویش خود تبرز کے معکوس عمل میں مزاحم ہوتی ہے، اور پھر یہ ذہن کی ایک ایسی عادت پیدا کردیتی ہے کہ جس میں اس امر کا شعور کہ کوئی مفتح دوا پہلے لے لی گئی ہے کامیابی کے لیے ضروری ہوجاتا ہے۔

780

بعض اوقات اسہال کی شکایت کی جاتی ہے، مگر تجزیہ کرنے پر یہ صرف نام کی غلطی ثابت ہوتی ہے، اور واقعہ یہ ہوتا ہے کہ مریض پاخانہ جانے کی ضرورت مخصوص حالات و ماحول کے تحت محسوس کرتا ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ اس کے لیے کوئی سہولت میسر نہ ہو۔

قلبی عروقی نظام۔ اس عنوان کے تحت جشِ قلبی تکلیف اور اختلاج نمایاں شکایات ہیں۔ ممکن ہے کہ تشرق کا انتہائی امکان تشویش کا باعث ہو۔

تنفسی نظام۔ دم گھٹنے کے موضوعی احساسات اور بہر، ناگہانی دہشت کے دوروں اور عنقریب نازل ہونے والی موت کے خوف کے ساتھ ہوسکتے ہیں۔

جلد ۔ پسینہ کثرت آسکتا ہے، اور یہ عموماً سِل ریوی
(consumption) کے خوف کے ہمراہ ہوتا ہے گاہے گاہے تشنج یعنی
اور جھنجھناہٹ کی شکایت ہوتی ہے۔

بہت سی نام نہاد "عصبی نہاکتیں" (neurasthenias) درحقیقت
تشویشی عصبانیتیں ہیں جن میں تکان کی شکایات بالخصوص نمایاں ہوتی ہیں۔

تشخیص ۔ اس کا انحصار کچھ تو اس امر پر ہوتا ہے کہ عضوی مرض علامات
کے راست سبب کی حیثیت سے خارج از بحث ہو جائے اور کچھ اس شناخت
پر کہ مرضی تشویش ہی ان کا سبب ہے، یہ عموماً مشکل نہیں ہوتا۔ لیکن یاد رکھنا چاہئے
کہ بعض مزمن تسممات بھی جن کی خاص مثال سِل ریوی ہے، اہم امدادی عاملات
ہوسکتے ہیں۔

یہ شناخت ہونے پر بھی کہ مرض ایک ذہنی خرابی ہے، اب اسے دوسری
ذہنی خرابیوں، جیسے کہ عتاہت متبادر (dementia praecox) اور مانیائی انخفاضی
دیوانگی (manic depressive insanity) سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔

عتاہت متبادر کی بعض اصابتوں میں مرضی تشاویش اور خوف ابتدائی
علامات کے طور پر واقع ہوسکتے ہیں۔ لیکن یہ تشویشی عصبانیت کی تشویش و خوف سے اِس
امر میں مختلف ہوتے ہیں کہ یہ نہ صرف بیجا اور غیر معقول ہوتے ہیں بلکہ ناقابل توجیہہ
بھی ہوتے ہیں، الا مریض کے فنطاسیات کی بنا پر بشرطیکہ یہ ظاہر ہوسکیں۔ مثلاً ممکن ہے
کہ مریضہ اپنے ہاضمہ کی حالت کے متعلق مشوش ہو لیکن اس کی تہ میں یہ راسخ عقیدہ
ہو کہ میری غذا میں سموم داخل کر دیے گئے ہیں، جنہوں نے معدے کے استر کو
کھالیا ہے۔

مانیائی انخفاضی دیوانگی کی ایک خفیف اصابت کے علامات کئی لحاظ سے
تشویشی نفسی عصبانیت کے علامات سے مشابہ ہوسکتے ہیں۔ لیکن عموماً اول الذکر مرض
میں پستی ایک زیادہ نمایاں اور ممیز خاصہ ہوتی ہے اور اس کا انحصار ماحول پر کلیۃً نہیں
ہوتا۔ مریض کو اپنے ماحول میں دلچسپی لینے کے لئے اس قدر آسانی کے ساتھ
نہیں ابھارا جاسکتا۔ اس کے علامات اس کے ماحول میں تغیرات کے ساتھ بہت کم

متغیر ہوتے ہیں۔ طبیب کے اطمینان دلانے سے آسے بہت کم تشفی حاصل ہوتی ہے یا بالکل نہیں ہوتی مگر عصابیت کے مریض میں طبیب کی ملاقات اور ایسی گفتگو کے بعد تقریباً ہمیشہ نمایاں (گو عارضی) اصلاح نظر آتی ہے۔ مانیائی انخفاضی مریض اپنی تکالیف کا الزام خود ہی کو دینے پر نہایت شدومد سے مائل ہوتا ہے اور اپنی سرگذشت بیان کرنے کے دوران میں اسی قسم کے اشارات کرتا رہتا ہے۔ مزید براں اس کا انخفاص ایک روزانہ لے ظاہر کرنے کا رجحان رکھتا ہے اور علی الصباح سب سے زیادہ برا ہوتا ہے۔ کام کے بعد شب کو نیند آنے کی دشواری اسے اتنا نہیں ستاتی جتنا کہ صبح چھٹ پٹے کے وقت شدید غمگینی اور افسردگی کے احساس کے ساتھ جاگ پڑنا۔ ممکن ہے کہ تفریقی تشخیص کے لیے بعض اصابتوں میں کچھ عرصے تک معائنہ و مشاہدہ ضروری ہو۔ ایک مشکوک اصابت میں یہ ضروری ہے کہ تشخیص طے ہو جائے کیونکہ دونوں حالتوں کا علاج غیر مشابہ ہے۔ مزید براں مانیائی انخفاضی مریضوں میں خودکشی کا شدید خطرہ ہوتا ہے۔

انذار۔ جہاں تک کہ خطرناک نتائج کا تعلق ہے انذار اچھا ہوتا ہے۔ یہ مریض دیوانے نہیں ہو جاتے لیکن اگر علاج نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ وہ طویل عرصوں تک کام کرنے سے معذور اور مجلسی تعلقات کے ناقابل ہو جائیں اور اس دوران میں وہ خود دکھی اور بیزار اور دوسروں کے لئے بار ہو جاتے ہیں۔ معقول علاج کے ساتھ توقعات اچھی ہوتی ہیں باستثنائے ان اصابتوں کے جن میں موروثی عامل نمایاں ہو۔

علاج۔ یہ اس پر مشتمل ہے کہ علامات کا تجزیہ کیا جائے مریض کو سمجھایا جائے اور دلاسا دیا جائے (اس کارروائی کو نفسیاتی معالجہ کہتے ہیں)۔ بعض اصابتوں میں آرام و سکون اور ادویہ کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ ابتدا میں اکثر اوقات دوستوں سے علیحدگی مناسب ہے اور خط و کتابت کی ممانعت بھی قرین مصلحت ہوگی۔

اس حالت کے علاج اور تشخیص دونوں کے لیے سرگذشت مرض کا اندراج اور طبیعی امتحان نہایت اہم امور ہیں (11)۔

مریض کو ترغیب دینی چاہئے کہ اپنے خاص علامات بالتفصیل بیان کرے

781

اور پھر مختلف جسمانی نظامات کے متعلق مزید سوالات کرنے چاہئیں۔ یادداشتیں لکھ لی جائیں۔ پھر مریض کا باقاعدہ امتحان کیا جائے۔ اگر سرگذشتِ مرض کا تجزیہ اور جسمانی امتحان عضوی مرض کو خارج از بحث کرنے کے لئے کافی ثابت ہوئے ہیں، تو یہ مریض سے کہہ دینا چاہئے۔ اگر کسی مزید تحقیقات کی ضرورت ہو تو اس سے اُس کو مطلع کر دینا چاہئے، اور اسے عمل میں لانے کے لیے حتی الامکان جلد انتظام کرنا چاہئے۔ اگر جسمانی مرض کے کوئی متعین آمارات موجود ہوں تو مریض کو اس سے لاعلم نہیں رکھنا چاہئے، بلکہ اسے یہ محسوس کرا دینا چاہئے کہ اُس کا علاج بالکل بے تکلفی کے ساتھ کیا جا رہا ہے اور کوئی بات پوشیدہ نہیں رکھی جاتی۔ مزید برآں اسے کسی قدر یہ بھی سمجھا دینا چاہئے کہ آمارات کیا ہیں اور اُن سے کیا ظاہر ہوتا ہے۔ اِس طرح پر اسے ذہن نشین کرایا جاسکتا ہے کہ جو عضوی نقائص یا خرابیاں موجود ہیں وہ بطور خود اس کے علامات کی توجیہہ کے لیے ناکافی ہیں۔

سرگذشتِ مرض کے اندراج اور طبیبی امتحان میں کم از کم ایک گھنٹہ صرف ہونا چاہئے۔ اکثر اوقات یہ ناکافی ہوتا ہے، لہٰذا ایک بار اور ملاقات کا انتظام کرنا چاہئے۔ یہ ضروری ہے کہ مریض کو اِس امر کا پورا یقین ہو کہ اُس کی پوری سرگذشت اچھی طرح سمجھ لی گئی ہے، اور جسمانی مرض کے کسی اِمکان کو نظر انداز نہیں کیا گیا ہے، کیونکہ یہی ابتدائی امور آئندہ علاج کی اساس ہیں۔

جب اِس امر کے متعلق مریض کا اطمینان کرا دیا جائے کہ اُس کے علامات عضوی مرض کے سبب سے نہیں ہیں تو پھر طبیب کو آگے یہ سمجھانا چاہئے کہ بلاشبہ وہ حقیقی علامات ہیں، خیالی نہیں ہیں، اور ایسے ہیں کہ ان کا مبدا ئی سبب جذباتی اختلال ہو سکتا ہے۔ متذکرۂ بالا لفیاتی اصول (ملاحظہ ہو صفحہ 778) کا خاکہ مناسب الفاظ میں بیان کر دینا چاہئے۔ مثلاً یہ بتلایا جاسکتا ہے کہ جب ایک بلی کسی کتے سے ڈر جاتی ہے تو اس کے جسمانی اعضا میں بہت سے اختلالات ظاہر ہو جاتے ہیں، جن میں خون کے کیمیائی تغیرات، سُرعتِ شرحِ نبض، ضغطِ دموی کا ارتفاع (جسے ناپا جاسکتا ہے) اور معدی حرکات

تبدیلیاں (جو لاشعاعوں سے مشاہدہ کی جاسکتی ہیں) شامل ہیں۔ تاہم یہ تغیرات نہ تو ماؤف اعضا کے، اور نہ ان پر اقتدار رکھنے والے اعصاب کے کسی مرض پر دلالت کرتے ہیں۔

چنانچہ ان اصولوں کے تحت مریض کے علامات کے تجزیہ کے لیے پھر مزید ملاقاتوں کا انتظام کرنا چاہئے۔

پہلے علامت کے آغاز کی تاریخ کا سراغ لگایا جاتا ہے، اور مریض سے جرح کی جاتی ہے کہ آیا کوئی جذباتی مشکلات اُس وقت موجود تھے۔ ممکن ہے کہ ابتداءً اُسے ایسی کوئی تکالیف یاد نہ آئیں۔ پھر اُسے لاشعوری ذہنی اعمال کی موجودگی کے متعلق سمجھایا جائے، اور مثالیں دی جائیں کہ کس طرح پر جذباتی اختلال میدان شعور سے باہر ہونے کے باوجود جذباتی تعامل کے علامات پیدا کر سکتا ہے۔

اس طریقہ سے مختلف علامات کے کافی اسباب کا دریافت ہو جانا عموماً ممکن ہوتا ہے، اور جب بتدریج ان کی توجیہہ کر دی جاتی ہے تو اُن کے غائب ہو جانے کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے نیز ذہن کی اُن بنیادی عادتوں کا جو مرض پر منتج ہوئی ہیں پتہ لگا کر مریض پر ان کی توجیہہ کرنے کی کوشش کرنی چاہئے۔ بعض اصابتوں میں مریض انھیں صاف صاف معلوم کر لیگا۔ دوسری اصابتوں میں اس جذباتی گتھی کو سُلجھانے میں بڑی ہوشیاری اور تجربہ کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔

بعض اصابتوں میں اہم لاشعوری ذہنی اعمال کے انکشاف کے لیے ذہنی تجزیہ کے مخصوص طریقوں کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔ ان کے متعلق فرئیوڈ (Freud) اور اُس کے متبعین کی تصانیف سے استفادہ کرنا چاہئے جو نفسیاتی تجزیہ سے بحث کرتی ہیں۔ اصابتوں کی بڑی اکثریت کا علاج نسبتۃً کم پیچیدہ طریقوں سے کیا جا سکتا ہے۔ جیسے جیسے مریض پر یہ ہویدا ہوتا جاتا ہے کہ میرا علاج ہمدردی اور سمجھ بوجھ کے ساتھ کیا جا رہا ہے اور یہ کہ علاج سے در اصل صحتیابی کی قوی اُمید ہے،

وَیسے وَیسے اُس کی اِشتراکِ عمل کی خواہش اس کو تقویت دیتی ہے کہ وہ توجہ کی روشنی کو ذہن کے ان رُخوں پر منعطف کرے جو اس سے پہلے شرم یا خوف کی وجہ سے مخفی رکھے گئے تھے۔ اس طرح مریض بتدریج اپنے راز طبیب پر کھول دیتا ہے جو اس کی سرگذشت کے منتشر اجزا کو جمع کر کے اس کی عصابیت کے اسباب کا پتہ لگانے میں کامیاب ہو سکتا ہے۔ ان اسباب کو پیش کرنے میں ضرورت ہے کہ طبیب ہمدردی کے ساتھ پیش آئے کیونکہ اس کارروائی میں مریض کو اپنے عیب اور کمزوریاں تسلیم کرنی پڑینگی جن سے وہ چشم پوشی کرتا رہا ہے لیکن یہ مریض اس سے زیادہ کسی چیز کو پسند نہیں کرتے کہ مضبوط سے دل سے ان کی تشفی اور خاطر جمعی کر دی جائے کہ "دوسروں کو بھی اسی قسم کے تجربات پیش آئے ہیں اور تمھارے بہت سے دوست و احباب بھی (جن کے مقابلے میں شاید تم خود کو زیادہ بدنصیب سمجھ رہے ہو) تقریباً یقینی طور پر (شاید پوشیدہ طور پر) ایسے ہی خوف و ہراس اور آلام و مصائب میں رہے ہیں۔

چونکہ علاج کا تعلق خاص طور پر علامات کے انکشاف اور ان کی اہمیت کی جانچ سے ہے، لہٰذا مناسب ہے کہ متذکرہ بالا علامات پر اس عنوان کے تحت مکرر غور کر لیا جائے۔

تشویشی عصابیت، اگر وہ شدید اور طویل ہے، حقیقی خستگی پیدا کر دینے کا امکان رکھتی ہے۔ لہٰذا مناسب یہی ہے کہ جب کبھی غیر معمولی ذہنی یا جسمانی تکان کی قابلیت کے علامات نمایاں ہوں تو علاج کی ابتدا کچھ عرصہ آرام و سکون لینے سے کی جائے۔ بدحواسی کو ہمیشہ اِس امر کا داعیہ سمجھنا چاہئیے کہ ابتداءً بستر میں آرام کیا جائے اور پھر مزید علاج کیا جائے۔ مریض کو اس کارروائی کے وجوہات سمجھا دینا ضروری ہے، اور اُسے یہ نتیجہ نکالنے کا موقع نہیں دینا چاہئیے کہ صرف آرام لینے سے صحت ہو جائے گی۔

عموماً یہ کافی ہوگا کہ ایک ہفتہ بستر میں گذار کر ازاں بعد مزید دو یا تین ہفتوں کے اندر معمولی مشاغل دوبارہ اختیار کیے جائیں۔ اِسی کے ساتھ ساتھ نفسیاتی علاج بھی ہوتا رہے۔ اگر ممکن ہو تو علاج کے اس حصے کے لئے مریض کو ایک تیمارستان میں رہنا چاہئیے۔

782

ذہنی علامات۔ عدم قابلیت ارتکاز توجہ کو اکثر مخفی جنون کی علامت سمجھ لیا جاتا ہے لہذا اس کے متعلق ہمیشہ دریافت کر لینا چاہئے مریض اس ڈر کو خود سے نہیں دوسروں سے اکثر مخفی رکھتا ہے۔ اس کا امکان اُس وقت بالخصوص ہوتا ہے جب کہ ذہنی مرض کی کوئی خاندانی سرگذشت موجود ہو (اس حقیقت کو بعض اوقات پہلی ملاقات میں حذف کر دیا جاتا ہے' یا اس سے انکار کر دیا جاتا ہے) اس امر کے متعلق مریض کو پورا اطمینان کر دینا چاہئے بلکہ یہ صاف کر دینا چاہئے کہ گو اس کا مرض ایک ذہنی عارضہ ہے' تاہم اس کا تعلق ان خفیف عوارض کے زمرہ سے ہے جن کو نفسی عصبانیت کہتے ہیں' جو بڑے ذہنی عوارض یا دواہنفس سے مطلقاً جداگانہ ہے' اور یہ کہ مریضوں میں ایک عارضہ دوسرے عارضہ میں شاذونادر ہی تبدیل ہوتا ہے۔ پھر قوتِ ارتکازِ توجہ کی کمی کی توجیہہ یوں کر دینی چاہئے کہ وہ تشویش کی وجہ سے ہوتی ہے۔ ایسا شخص جس کے ذہن پر کسی ناار تفاع کردہ فکر یا پریشانی کا بار ہو اپنے کام کے طرف اپنی پوری توجہ مبذول نہیں کر سکتا۔ پھر تشویش کے مبداء اور اس کے استمرار کے اسباب کے متعلق پہلے بتلائے ہوئے طریقوں پر عمل کرنا چاہئے۔

بیخوابی۔ جہاں تک کہ اس کا انحصار براہ راست تشویش پر ہے' سبب کے علاج کے ساتھ اس میں اصلاح کی توقع کی جا سکتی ہے۔ اس خاص علامت کے متعلق مریض کو اکثر حد سے زائد تشویش لاحق ہو جاتی ہے۔ ایسی صورت میں اُسے یہ اطمینان دلانے کی ضرورت ہوتی ہے کہ بہت سے اشخاص اس سے بھی کم گھنٹوں کی نیند کے بعد اپنا کام بہ طریق احسن انجام دینے کے عادی ہوتے ہیں' اور ان میں نیند کی کمی کی وجہ سے کوئی بُرے علامات نہیں ظاہر ہوتے۔ مزید براں یہ بھی سمجھا دینا چاہئے کہ تشویش بیخوابی کا ایک قابل ذکر سبب ہے' اور یہ کہ جوں جوں علاج جاری رہے گا اُسے اپنی حالت میں اس لحاظ سے بھی اصلاح نظر آئے گی۔ اس امر پر بھی بحث کرنی چاہئے کہ مخفی تشویش ڈراؤنے خواب پیدا کر دینے کی قوت رکھتی ہے۔

اگر بیخوابی کا آغاز حال ہی میں ہوا ہے تو ایسی سادہ تدبیریں اکثر کارگر

ہوجاتی ہیں۔ لیکن نیند ایک معکوس عمل ہے جس کا انحصار بڑی حد تک عادت پر ہوتا ہے، اور بدقسمتی سے بےخوابی پر بھی یہی بیان صادق آتا ہے۔ لہٰذا اگر یہ علامت چند روز سے زائد تک جاری رہی ہے تو لازم ہے کہ طبیب نفسی علاج کے علاوہ دوسرے ذرائع سے بھی اس کا علاج کرنے میں پس و پیش نہ کرے۔ جیسا کہ ہمیشہ ہونا چاہیے، مریض کو ان ذرائع علاج کی توجیہہ اور لِم سمجھا دینا چاہیے۔

مزید ذرائع علاج یہ ہیں:۔ (۱) ادویہ، (۲) عادت پیدا کرنا، اور (۳) عضلی ارتخا۔

۱۔ اگر بےخوابی نسبتہً حال ہی میں ہونے لگی ہے، اور اس کی وجہ سے بہت تشویش پیدا ہوگئی ہے، تو مندرجۂ ذیل ترکیب مناسب ہے۔ پہلی شب مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ نیند لانے کی کسی قابلِ اعتماد منوم دوا کی ایک خوراک کافی مقدار میں لے [مثلاً میڈینال (medinal) دس گرین، پیرالڈیہائڈ (paraldehyde) دو ڈرام، یا کلورل ہائڈریٹ (chloral hydrate) بیس گرین، چالیس گرین پوٹاسیم برومائڈ (pot. brom.) کے ساتھ]۔ اُسے فہمائش کی جاتی ہے کہ دوسری شب کو وہ دوا اپنے بستر کے پاس تیار رکھے اور اگر دوا کے بغیر نیند نہ آئے تو بلا پس و پیش اُسے لے لے۔ منوم دوا کا نسخہ ایسی مقدار میں تجویز کر دیا جاتا ہے جو ایک ہفتہ کے لئے کافی ہو۔ مریض کا اطمینان کر دینا چاہیے کہ اس طریق عمل سے "دوا کی عادت" ہو جانے کا کوئی خطرہ نہیں۔ چند راتوں کے بعد عموماً پایا جائے گا کہ مریض کو قدرتی طور پر نیند آگئی ہے اور دوا بغیر چکھی ہوئی بستر کے پاس رکھی ہوئی ہے۔ اب مریض کا اعتماد پھر قائم ہو جاتا کہ میں بلا کسی مدد کے سونے کی قابلیت رکھتا ہوں۔ جب بےخوابی زیادہ مدت کی ہوتی ہے تو ممکن ہے کہ نیند لانے کے لئے منومات کا استعمال زیادہ طویل عرصہ تک کرنا پڑے۔ جوں جوں نفسیاتی علاج اور علاج کے دوسرے طریقے زیادہ کارگر ہوتے جائیں منومات کی مقدار خوراک بتدریج گھٹا دی جاتی ہے۔ دوائی علاج کے ساتھ ساتھ ہمیشہ دوسرے طریقوں کو جن کا حوالہ

دیا گیا ہے، شامل کرنا چاہئے۔

۲۔ بیشتر اشخاص کسی نہ کسی قسم کی رسم کے پابند ہوتے ہیں، جو معمولی حالات میں نیند سے پہلے ادا کرلی جاتی ہے اور کچھ خواب ہوتی ہے۔ ساعت، کمرہ، لباس اتارنے کی ترتیب، کتاب جو بستر میں پڑھی جاتی ہے، یہ سب حالات سکون و نوم میں آسانی پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں۔ بیخوابی کی حالت پر بھی یہی بات صادق آتی ہے۔ اسی واسطے اس مریض کو جسے نیند کی عادت بحال کرنے کی تعلیم دی جارہی ہے، تبدیلِ ماحول سے اور سونے کے وقت کی عادتوں کو بدلنے سے فائدہ پہنچے گا۔ سونے کا کمرہ بدل دینا بھی اکثر بذاتہٖ مفید ہوتا ہے۔

۳۔ عضلی ارتخا نیند آنے کے لئے ایک نہایت اہم جسمانی حالت ہے۔ وہ مریض جو تشویش میں مبتلا ہوتے ہیں، اکثر اوقات شدید عضلی تنیدگی کی حالت میں ہوتے ہیں، جس کی وجہ سے وہ فوراً وقت محسوس کرتے ہیں۔ اس علامت کا انحصار بلاشبہ بنیادی عصبانیت پر ہوتا ہے، اور سبب کا علاج کرنے سے اس میں بھی اصلاح ہوجاتی ہے۔ تاہم بیخوابی کے ایک سبب کی حیثیت سے اس کی روک تھام کسی حد تک اس طرح کی جاسکتی ہے کہ مریض کو اپنے جوارح ڈھیلے کرنے کی مشق کرائی جائے۔ طبیب کو چاہئے کہ مریض سے اپنا ایک جارحہ بالکل ڈھیلا پڑا رکھنے کو کہے اور پھر اسے اٹھا کر اور ہاتھ لگا کر اس کے ڈھیلے پن کا امتحان کرے۔ عموماً پایا جائے گا کہ مریض بجائے اس کے کہ اپنے جارحہ کو جاذبہ کے رُخ میں گرنے دے، اُسے ہمیشہ اپنے ارادہ سے حرکت میں لاتا رہتا ہے۔ روزانہ مشق اور ارتکازِ توجہ کے ذریعہ بیشتر اشخاص کو گردن، دھڑ اور جوارح کے تمام عضلات کو باری باری سے اور بالآخر ایک ساتھ ڈھیلا کرنا سکھلایا جاسکتا ہے، اور نیند کے لیے یہ ایک مفید ذریعہ بن جاتا ہے۔

مرض کا ڈر۔ ابتدائی امتحان کافی طور پر مکمل ہونا چاہئے تاکہ طبیب کو ایک ایسی مستحکم حیثیت حاصل ہوجائے جس کی بنا پر وہ مریض کو پورا اطمینان دلا سکے کہ علامات کسی عضوی مرض کے سبب سے نہیں ہیں۔ اس قسم کے اطمینان

ولانے سے گو عارضی آرام و تسکین ممکن ہے مگر یہ بذاتہٖ کافی علاج نہیں ہوسکتا۔ ایک ذہین مریض عموماً یہ بیان کرتا رہے گا کہ علامات ہنوز موجود ہیں اور اُن کا کچھ نہ کچھ سبب ضرور ہونا چاہئے۔ اس پر طبیب یہ سمجھانے کی کوشش کرے گا کہ جسمانی علامات جو اکثر عضوی مرض کے علامات سے مُشابہ ہوتے ہیں، کس طرح جذباتی اختلال سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ خوف کی تاریخ آغاز کا سُراغ لگایا جاتا ہے اور اس کا تجزیہ اور توجیہ جاری رکھی جاتی ہے۔ امراض کے خوفوں کے ہمراہ بیماری کے متعلق ایسے ابتدائی خیالات پائے جاتے ہیں جیسے یہ کہ یہ گذشتہ گناہوں کی پاداش یا قہرالٰہی ہیں، چنانچہ اکثر اوقات ان خوفوں کا اصلی سبب صنفی غلط کاریوں پر پشیمانی ہوتی ہے۔

مخصوص مواقع کے خوفوں کے تجزیہ کے لئے مریض سے سادہ الفاظ میں احوالی سکوسہ اور لاشعوری ذہنی اعمال کی ابتدائی توجیہہ بیان کر دی جائے۔ مریض کو پہلے یہ ذہن نشین کرا دیا جاتا ہے کہ اُس کے بعید از عقل اور بیجا خوف و ہراس کے پس پردہ کوئی معقول اور قابل فہم سبب کا موجود ہونا ممکن ہے۔ پھر اس پر اصرار کیا جاتا ہے کہ وہ اپنے خیالات کو پیچھے کی طرف لیجا کر اُس گزشتہ زمانے کو یاد کرے جب کہ اُس کی یہ تکلیف شروع ہوئی تھی اور اُس وقت کی زندگی کے متعلق، اور بالخصوص اگر کوئی مخفی آرزوئیں، خوف وہراس، یا ناکامیاں پیش آئی ہوں تو اُن کے متعلق بھی آزادانہ طور پر گفتگو کرے۔ اگر خود طبیب کو کافی طور پر یقین ہو جائے کہ کوئی سبب ضرور دریافت ہوسکتا ہے، تو عموماً واقعات بتدریج اپنے آپ کو بے نقاب کر دیں گے۔ مریض کو ایک صداقت کے تسلیم کرنے پر آمادہ کیا جاتا ہے، اور اس کی حوصلہ افزائی کیجاتی ہے کہ جن واقعات سے اس پر خوف طاری ہوتا ہے ان سے گریز نہ کرے، بلکہ اس قرین قیاس توجیہہ کے پیش نظر جو اسے بتائی گئی ہے وہ اِن کا مقابلہ کرنا سیکھے۔

صنفی امور کے متعلق خوف۔ اِن میں سے عام ترین حلق سے تعلق رکھتے ہیں۔ اس موضوع پر گو طبیب کے ذاتی تعصبات کچھ بھی

ہوں۔ اُسے ایسا مشورہ دینا چاہئے جو طرفداری اور ذاتیات سے پاک ہو۔

مریض کو اکثر یہ احساس ہوتا ہے کہ اِس عادت کے ارتکاب سے وہ نہ صرف خود اپنے معیار سے گر گیا ہے، بلکہ اُس نے خود کو اخلاقی طور پر ذلیل اور اپنے رفیقوں کے ساتھ ملنے جُلنے کے ناقابل ثابت کر دیا ہے۔ اُسے راستبازی کے ساتھ اطمینان دلا دینا چاہئے کہ تندرست ذکور میں شاذ ہی چند ایسے ہوتے ہیں جو کسی نہ کسی وقت جلق کے مرتکب نہ ہوئے ہوں اور اُن دوست آشناؤں کو بھی جن کے مقابلہ میں وہ خود کو اِس قدر بُرا سمجھتا ہے، یقیناً اُس کے جیسے ہی تجربات پیش آ چکے ہیں۔

علاوہ بریں دوسرے خوف بھی ہوتے ہیں، جن کا تعلق اُن خراب اثرات سے ہوتا ہے، جو خیال کیا جاتا ہے کہ جلق سے صحت پر مترتب ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی ناواقف والدین یا اساتذہ ایسے خیالات ذہن نشین کر دیتے ہیں، جیسے یہ کہ اِس عادت سے دیوانگی یا سِل ریوی لاحق ہو جاتی ہے، اور عطائی نیم حکیم ذاتی منفعت کے اغراض سے یہ سبھی تمام ان کو ترقی دیتے رہتے ہیں۔

784

درحقیقت ایسی کوئی شہادت نہیں ہے جس سے یہ ظاہر ہو کہ جلق کا فعل بطورِ خود فطری صنفی مباشرت کے نسبت زیادہ مضر اثر رکھتا ہے۔ ایسے نتائج جیسے کہ دردِ سر اور پستی، جن کی مریض کو شکایت ہوتی ہے، خود اِس فعل کا نتیجہ نہیں ہوتے، بلکہ اِس فعل کے ساتھ کی ذہنی تکلیف کا نتیجہ ہوتے ہیں، جو بڑی حد تک اُس خوف سے متناسب ہوتی ہے جو مریض کے دل میں نتائج کے متعلق ہوتا ہے۔ مریض اکثر مصر ہو گا کہ منی کا ضائع ہونا بذاتہ مضعف ہے۔ اِس کے جواب میں یہ بتلایا جا سکتا ہے کہ یہ اُس سے زیادہ نہیں جو طبعی صنفی جماع میں ہوتا ہے، جو ہزارہا اشخاص کی زندگیوں میں برابر واقع ہوتا رہتا ہے، اور وہ اِس کی وجہ سے کوئی بُرا اثر نہیں محسوس کرتے۔ ندامت کے متعلق جو اِس معیار سے گر جانے کی وجہ سے پیدا ہوئی ہے، جو مریض نے اپنے لئے مقرر کر لیا ہے، مریض کو بتلانا چاہئے کہ ایسے معیارات کا رکھنا ہی ایک خوبی کی

بات ہے، نیز یہ کہ نصب العین کا خاصہ ہی یہ ہے کہ جو کچھ انسان بننا چاہتا ہے وہ اس سے بلند تر ہو کہ جو وہ حقیقت میں ہے۔

متواتر اخراجات منی کے متعلق خوف و اندیشہ کا تدارک بھی اسی طریقہ سے کرنا چاہیئے۔ ایسے "نقصانات" وہ علامات نہیں پیدا کر سکتے جو مریض اُن سے منسوب کرتا ہے، اور یہ بطور خود بے ضرر ہوتے ہیں۔ بلکہ تشویش ہی اخراجات منی کا سبب ہو سکتی ہے۔

عموماً ان موضوعوں کے متعلق بے تکلف بحث سے ان کی اہمیت میں تخفیف ہو کر وہ اپنی اصلی حیثیت میں نظر آنے لگیں گے، اور اس عصابیت کے آغاز کے متعلق مزید تحقیق کے لیے راستہ صاف ہو جائے گا۔ وہ مریض جو اس نوعیت کی تشادیش میں مبتلا ہوتا ہے، اکثر ان کے اعتراف سے شرماتا ہے، مگر اگر معقول طریقے سے دریافت کیا جائے تو وہ ہمیشہ جواب دے گا۔ اس کو کہہ دینا چاہیئے کہ تمام طبعی اشخاص کسی حد تک صنفی مشکلات میں مبتلا ہوتے ہیں، اور اس سے اخراجات منی اور جلق کے بارے میں اُس کے ذاتی تجربات کے متعلق براہ راست سوال کرنا چاہیئے۔

عورتوں میں اس نوعیت کی مشکلات نسبتہً کم پائی جاتی ہیں، اور جب یہ موجود ہوتی ہیں تو ان کا انکشاف بھی کم آسان ہوتا ہے۔ بایں ہمہ جلق کے متعلق پریشانی ان میں بھی عام ہوتی ہے، اور اگر اس کی موجودگی کے شبہ کے لیے وجہ ہو تو اس پر بھی ویسی ہی بے تکلفی کے ساتھ بحث کرنی چاہیئے۔

مَردوں میں صنفی عنانت (sexual impotence) (نامردی) عموماً گذشتہ جلق کی پریشانیوں کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ ایسا شخص شادی ہونے پر ہم بستری کے وقت تشویش کی حالت میں ہوتا ہے اور اُسے اندیشہ ہوتا ہے کہ کہیں اُس کی گذشتہ غلط کاریوں نے اُسے جماع کے ناقابل نہ کر دیا ہو۔ یہ تشویش بذاتہ عنانت پیدا کر دینے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ جب مریض کو یہ سمجھا دیا جائے کہ جلق ایک عالمگیر عادت ہے تو اُسے پھر اعتماد حاصل ہو جائے گا۔ ممکن ہے کہ ایک شخص جو پہلے اس معاملے میں طبعی تھا، جماع کا اقدام اُس وقت کرے جب کہ وہ دراصل خستگی میں مبتلا ہے،

اور ایکبار ناکام رہنے کے بعد پھر اُسے تشویش پیدا ہو جائے جو اُسے آئندہ موقعوں پر ناکام و بنا دیتی ہے۔ یہاں بھی بے تکلفی کے ساتھ بحث اور توجیہ اکثر اس حالت کو درست کرنے کے لئے کافی ہوگی۔ بعض اوقات اس کی ضرورت ہوتی ہے کہ بیوی سے علیحدہ گفتگو کرکے صنفی اصول صحت کے موضوع کے متعلق اُس کی تفہیم کردی جائے۔ دوسری کوئی چیز عانت پیدا کرنے کا اس قدر قوی سبب نہیں ہوتی جس قدر کہ وہ بیوی جو اپنے شوہر کی صنفی قابلیت کے متعلق شبہ یا تشویش ظاہر کرتی ہے۔

طبیعی علامات۔ منفی طبیعی امتحان کے بعد مریض کے علامات کا تفصیلی امتحان کرکے ان کی یہ توجیہ کرنی چاہئے کہ وہ جذباتی تعال کی وجہ سے ہیں۔ ایسی توجیہ مریض کے لئے اکثر نئی چیز ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ اُسے سمجھنے کے لئے اُسے کچھ وقت درکار ہو۔ اگر تفہیم میں کسی طرح کا جبر کرنے کی کوشش کی جائے گی تو اس کا امکان ہے کہ وہ مخالفت کرنے لگے۔ اسی واسطے دلائل بار بار پیش کرنے پڑتے ہیں اور دوسرے مریضوں سے یا روزانہ زندگی سے مثالیں دینی پڑتی ہیں۔ مثلاً ہر شخص جانتا ہے کہ فکر و پریشانی سے دردِ سر پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ ایک عام تجربہ کی بات ہے کہ ایک شخص جو ایک بڑے مجمع کو مخاطب کرنے کے لئے کھڑا ہوتا ہے سامعین پر اچھا اثر پیدا کرنے کی تشویش کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ اُسے دوران سر کا احساس ہو یا اُس کے پاؤں لڑکھڑانے لگیں۔ اکثر اوقات خوف کے ساتھ جوارح میں ارتعاش ہونے لگتا ہے۔

سوءِ ہضم تشویش کی ایک مشہور علامت ہے ممکن ہے کہ ایک ایسا شخص جس کے فعل ہضم میں کسی مخفی فکر یا پریشانی کی وجہ سے خلل واقع ہو گیا ہے اپنی تکلیف کو غذا کی کسی خاص شئے سے منسوب کرے۔ یہ خیال ایک بار ذہن نشین ہو لینے کے بعد جب کبھی وہ یہ غذا کھاتا ہے تو اسی خوف و اندیشہ کے ساتھ کھاتا ہے کہ اس سے علامات پیدا ہو جائیں گے۔ یہ خوف بذاتہ طبیعی ہضم میں مداخلت پیدا کر دینے کے لیے کافی ہوتا ہے۔ اِس طرح ایک دائرۂ فاسد قائم ہو جاتا ہے جس سے وہ انتخابی سوءِ ہضم پیدا ہو جاتا ہے جو تشویشی عصبانیت کی ایک عام علامت ہے۔ ریحیت (flatulence) پُری کے احساس کی غلط تاویل کے سبب سے پیدا ہو جاتی

785

ڈکاریں لینے کی کوشش میں مریض ہوا نگل لیتا ہے، اور معدے کا حقیقی تمدد پیدا کر سکتا ہے۔ اگر مریض کو محض یہ ہدایت کر دی جائے کہ ڈکار لینے کے اضطرار کو روکے تو اس توجیہ کی صداقت کا ثبوت اُسے خود مل سکتا ہے۔

اسی طرح پیش قلبی تکلیف اور اختلاج، نیز ارتباک تنفس اور پسینہ آنا بھی تشویش کے مشہور لوازم ہیں۔ جب مریض کو اطمینان ہو جاتا ہے کہ اس کے مخصوص علامات کوئی عضوی اساس نہیں رکھتے بلکہ ایسے ہیں کہ جو جذبات سے پیدا ہو سکتے ہیں، تو پھر اُسے پہلے بیان کئے ہوئے اصولوں کے مطابق اپنی علامت کے مبداء اور اُس کے جذباتی ماحول کو یاد کرنے کی ترغیب دی جاتی ہے۔ اس طرح ممکن ہے کہ اندرونی سرگذشتِ مرض رفتہ رفتہ ظاہر ہو جائے۔

علاج کا مقصد یہ ہے کہ مریض کو اپنے علامات کے متعلق ایسی بصیرت حاصل ہو جائے کہ جس سے اس کو اپنی علاماتِ مرض نظر نہ آئیں۔ یہ مقصد حاصل ہو جانے پر بھی اس کے آلام و مصائب ضرور نہیں کہ ختم ہو جائیں کیونکہ ممکن ہے کہ اب بھی اُسے اُن جذباتی مشکلات سے مقابلہ کرنا پڑے جو اس مرض کی اساس ہیں۔ اکثر خود اس مرض کی وجہ سے ان مشکلات سے محترز اور دُور رہنے کے لئے کچھ عذر حاصل ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شفایابی کے ساتھ ہی نامرغوب احول میں واپسی کی ضرورت لاحق ہو۔ لہٰذا اس موقع پر رجحانِ نکس ہوتا ہے۔ مریض کو معمولی زندگی کے لئے اپنی ذہنی یا جسمانی قابلیت میں پھر شبہ ہونے لگتا ہے۔ اس رجحان کا تدارک اس لاشعوری محرک (یعنی ناخوشگوار فرائض سے بچنے کے لئے مرض کو ایک بہانہ بنانے کی خواہش) کے تجزیہ اور توجیہ کے ذریعہ کرنا چاہئے، جو اس کا اصلی سبب ہے۔ مریض کے رشتہ داروں یا دوستوں سے ملاقات کرنے اور ان کی ہمدردی حاصل کر لینے سے اکثر صورتِ حال مریض کے لیے زیادہ آسان ہو جاتی ہے۔

ہسٹیریا (اختناق الرحم)

(hysteria)

ہسٹیریا کی اصطلاح ذہنی خرابی کی ایک خاص قسم بیان کرنے کے لیے استعمال

کی جاتی ہے، جو جسمانی علامات کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے، یا جو ایک ممیز، مخصوص طرز کا غیر طبعی رویہ پیدا کر دیتی ہے (مشی فی النوم: somnabulism، یا آوارہ گردی: fugues)۔ لیکن ہسٹریائی ذہنی خرابی کے کلی یا جزوی ظواہر کے طور پر بعض صریح طور پر ذہنی علامات بھی پیدا ہو سکتے ہیں، جیسے کہ جزائر نسیان، یا توہمات۔

بحث اسباب۔ ہسٹریا کے علامات شیر خواری کے بعد کسی بھی عمر میں نمودار ہو سکتے ہیں۔ وہ زیادہ عام طور پر صنف نازک میں پائے جاتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ استثنائی حالات میں (جیسے کہ جنگ عظیم میں پائے گئے تھے)، ان کا ظہور بعض اوقات بالغ مردوں میں بھی پایا جائے۔ اصابتوں کی اکثریت میں توارث تسبیب مرض میں ایک نسبتہً غیر اہم حصہ رکھتا ہے۔ نسبتہً بہت زیادہ اہمیت اُن ذہنی عادتوں کو حاصل ہے جو طفلی اور ریعان کے دوران میں دوسروں کے اقوال سُن کر اور مثال کو دیکھ کر نمویاب ہو جاتی ہیں۔ بہت سی مثالوں میں والدین خفیف جسمانی امراض یا حادثات کے متعلق مبالغے سے کام لیتے ہیں اور بچہ کو کھلونوں یا مٹھائیوں سے بہلاتے سمجھاتے ہیں، یا یہ علامتیں کسی ناگوار فرض کو ادا کرنے سے بچنے کا بہانہ ہوتی ہیں، یا ان کی مدد سے بچہ مرکز توجہ بننے کی پسندیدہ حیثیت حاصل کر سکتا ہے۔ اسی طریقے سے اکثر و بیشتر ذہن کی اُس عادت کی بنیاد میں پڑ جاتی ہیں، جس کا رجحان یہ ہوتا ہے کہ وہ شخص روزانہ زندگی کی مختلف مشکلات سے بچنے کے لئے، لاشعوری طور پر جسمانی علامات کا سہارا لینے لگتا ہے۔ اس کے برعکس اس شخص میں، جو اپنی تنقیدی قوتوں کو کام میں لانے کی تربیت پا چکا ہے اور اپنی زندگی کے مشکل مسائل پر کم و بیش منطقی نظر ڈال سکتا ہے (گو وہ ان کو حل نہ کر سکے)، ہسٹریائی علامات پیدا ہونے کا امکان نہیں تاوقتیکہ مخصوص طور پر مناسب ایماء سے اُس کی تنقید کو کمزور نہ کر دیا جائے۔ تربیت کا تعیینی عامل ہونا گذشتہ جنگ عظیم کے دوران میں صاف طور پر ظاہر ہو گیا۔ اس زمانے میں گو افسروں اور معمولی سپاہیوں میں وظیفی عصبی امراض غالباً مساوی طور پر عام تھے لیکن ہسٹریائی علامات آخر الذکر میں نسبتہً بہت زیادہ پائے گئے۔

ہسٹریا کے جدید تصور کے مطابق کسی خاص ہسٹریائی مظہر کی تسبیب میں

اہم چیز یہ ہے کہ اس کے لیے کوئی لاشعوری محرک موجود ہو۔ سابق الذکر مثال میں پہلے بتلایا گیا تھا کہ جنگ کی شدت و سختی کے بارے سپاہی میں ہسٹریائی شکل پیدا ہو گیا، جب کہ اصلی لاشعوری محرک خطرے سے بچنے کی خواہش تھی۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ محرک کا سمجھنا نسبتہً بہت زیادہ مشکل ہو لیکن اغلب یہ ہے کہ وہ تمام اصابتوں میں موجود ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ بتلایا جاسکتا ہے کہ ایک نوعمر عورت میں ہسٹریائی نوعیت کے دوروں کا وقوع اس دبی ہوئی خواہش کا نتیجہ ہو سکتا ہے کہ غفلت شعار عاشق کو اس کے پاس رہنے کی ترغیب ہو۔ ایسے حالات میں جن میں ایک ناخوشگوار خط لکھنے کی ضرورت لاحق ہو، دائیں ہاتھ میں تشنج یا رعشہ واقع ہو سکتا ہے، یا کسی شرمیلے شخص میں، خود کو نمایاں کرنے اور مرکز توجہ بن جانے کی خواہش ان علامات کی اصلی محرک ہو سکتی ہے۔

786

اِن علامات کا ایک اور سبب عموماً ایعاذ (suggestion) کی شکل میں ملتا ہے۔ یہ ایعاذ اندرونی ہو سکتا ہے۔ مثلاً ایک عورت کو پشت میں ٹیس اُٹھتی ہے۔ اُسے یاد آتا ہے کہ ایک ہمجولی کو بھی یہی علامت تھی جس کے بعد ٹانگوں میں شکل ہو گیا تھا، اور اُسے یقین ہو جاتا ہے کہ میں بھی ویسے ہی مرض میں مبتلا ہوں۔ یا ممکن ہے کہ یہ ایعاذ بیرونی طور پر دوستوں کے اتفاقی کلمات سے یا طبیب کی غلط رائے سے پیدا ہو جائے۔

ایعاذ مرض خواہ کچھ بھی ہو، پس پردہ لاشعوری محرک کی وجہ سے وہ بلا منطقی وجہ قبول کر لیا جاتا ہے۔ جذباتی مسائل سے بچنے کے لیے اِدّعائے مرض سے زیادہ تشفی بخش کوئی دوسرا عذر نہیں۔ یہ بلاشبہ متمارض (malingerer) بھی بخوبی جانتا ہے۔ لیکن ایک متمارض اور اُس مریض کے درمیان جو ہسٹریائی علامات میں مبتلا ہے ایک حقیقی فرق ہوتا ہے۔ اول الذکر کا کام دوسروں کو دھوکا دینا ہے۔ ہسٹریا کا مریض خود کو دھوکا دیتا ہے، اور اس کی مشکلات کے تشفی بخش حل کے لئے یہ ضروری ہے کہ یہ خود فریبی کامل درجہ کی ہو۔ متمارض اپنے علامات کو جب سہولت ہو ترک کر سکتا ہے، اور ترک کر دے گا۔ ہسٹریائی از کار رفتگی خواہ بعض طریقوں سے

کیسی ہی غیر سہولت بخش ہو ہمیشہ موجود رہتی ہے، تا وقتیکہ اس کی صداقت کے متعلق مریض کا یقین دور نہ ہو جائے۔

ہسٹیریا کے **علامات** نہایت گوناگوں نوعیت کے ہو سکتے اور عضوی مرض کی بہت سی قسموں سے قریبی مشابہت پیدا کر سکتے ہیں، جنسے ان کی تفریق محض محتاط امتحان کے ذریعہ سے ممکن ہے۔ گزشتہ زمانے کے بعض مصنفین نے بعض طبعی امارات کے کارآمد ہونے کے متعلق بہت کچھ زور دیا ہے جو اس حالت کے لئے دال مرض سمجھے جاتے تھے اور اسی واسطے میاسم ہسٹیریا (stigmata of hysteria) کے نام سے مشہور ہیں۔ لیکن حال ہی میں بتلایا گیا ہے کہ یہ امارات غالباً تمام اصابتوں میں ان ایعازات کی وجہ سے پیدا ہوگئے تھے جو طبی امتحان کے دوران میں طبیب کی طرف سے ہوئے تھے۔ یہ یاد رکھنے کی بات ہے کہ ہسٹیریائی مریض میں قوت تنقید کا فقدان ہوتا ہے، اور اسی واسطے اپنے جسمانی احساسات کی نوعیت کے متعلق مریض کی قوت فیصلہ کسی دوسرے شخص کے خفیف ترین ایعاز سے متاثر ہو جانے کا امکان رکھتی ہے، بالخصوص جب کہ یہ ایعاز خود مریض کے اُس جمے ہوئے خیال کے مطابق موجود ہو، اپنے خود تجویز کردہ مرض کے متعلق رکھتا ہے، اور جب کہ یہ ایعاز کسی ایسے شخص کی طرف سے ہو جس کی معلومات امراض پر مریض کو بلا تحقیق اعتماد ہو۔ اسی واسطے مثلاً، جلدی حس پذیری دیکھنے کے امتحان میں یہ ممکن ہے کہ ہم جس لہجہ میں دریافت کریں اس پر ہی مریض کا جواب منحصر ہو اگرچہ ہر لحاظ سے عقل سلیم کے خلاف ہو۔ اس طرح ممکن ہے کہ جلدی بےحسی کے ایسے رقبے پیدا ہو جائیں، جن میں مریض بیان کرتا ہے کہ وہ الپن کا چبھانا محسوس نہیں کر سکتا گو یہ اتنی گہری چبھائی جائے کہ خون نکال دینے کے لئے کافی ہو۔ یا استبصاری میدان کے امتحان میں ایسی غیر طبعی حالتیں منکشف ہوں، جو طریقۂ امتحان کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں اور اسی پر منحصر ہوتی ہیں (Hurst)۔

یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ ہسٹیریا کی کثیر التعداد اصابتوں میں ایک زبردست قاعدہ عضوی مرض کے امارات موجود پائے جاتے ہیں (خواہ یہ عضوی مرض عصبی نظام

ہو یا دوسرے جسمانی نظامات کا، جو ایک عصبانیت کے نمو کے لئے نقطۂ آغاز بن گیا ہے لہٰذا طبیب کو بعض موقوں پر ہسٹیریا کے آثارات اور عضوی مرض کے امارات ایک ہی مریض میں دیکھنے کے لئے تیار رہنا چاہیئے، اور مریض کی حالت کا آخری خلاصہ پیش کرتے وقت، فیصلہ کرنا چاہیئے کہ علامات کا کس قدر تناسب وظیفی ہے، اور اسی واسطے نفسیاتی معالجہ کے ذریعہ قابل شفایابی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ ایک مریض ایسا ملے جسے شانہ سے لے کر نیچے کی طرف سارے بازو کے شلل کی شکایت ہے، جس کا آغاز ایک تصفر سے ہوا جو کام کرتے وقت پہنچا تھا۔ امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ تصفر کاندیہ کہنی سے نیچے ہے۔ اس لیول پر عصب زندی کے کٹ جانے کے امارات ہاتھ کے چھوٹے عضلات کے موزوں ذبول کی شکل میں موجود ہیں۔ لیکن امتحانِ حس سے ظاہر ہوتا ہے کہ عدم حسیت اوپر کو بغل کے لیول تک پہنچتی ہے، عضلات کی طاقت کلی طور پر مفقود ہے اگرچہ اس کے ساتھ نہ تو کوئی لاغری ہے اور نہ وتری جھٹکوں میں کوئی تبدیلی پیدا ہوئی ہے۔ ایسی حالت میں نفسیاتی علاج کے طریقوں سے (جن کا بیان آگے درج ہے)، ان علامات کا بیشتر حصّہ دور کیا جا سکتا ہے، جس سے ایک خفیف عضوی باقی ایسا رہ جاتا ہے جس کے لیے جراحی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ ایک ایسی عورت دیکھنے میں آوے، جو ٹانگوں کے کلی شلل کی وجہ سے چند ماہ سے صاحب فراش ہے۔ نظام عصبی کے امتحان سے عضوی مرض کے واضح امارات (یا سیلا خمصی جھپٹ کی موجودگی اور شکمی معکوسات کی عدم موجودگی کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں) اور سرگذشت مرض کا محتاط تجزیہ صلابت منتشرہ (disseminated sclerosis) کی تشخیص قائم کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ بایں ہمہ عصبی وظیفہ کی خرابیاں (جو مختل فقدانِ حس پذیری، تشنجیت، یا عدم ہم آہنگی کی شکل میں موجود ہوتی ہیں) چلنے کی ناقابلیت کی توجیہہ کے لیے ناکافی ہوتی ہیں۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ نفسیاتی علاج کی تدابیر سے مریض میں چلنے کی طاقت بحال کی جاسکے، گو ظاہر ہے کہ زیر افتادہ عضوی مرض پر ان کا کوئی اثر نہیں ہوگا۔

اب ہسٹیریا کے بعض عام تر مظاہر کا بیان ذہنی، عصبی، اور حشائی عنوانات کے تحت کیا جائے گا۔

78'

ہسٹیریا میں ذہنی حالت۔ ہسٹیریا کی تعریف میں پہلے بیان کر دیا گیا ہے کہ یہ مرض اوّلی طور پر ذہنی اعمال کا ہوتا ہے اور گو اس عارضہ کے بیرونی مظاہر عموماً جسمانی علامات کی شکل اختیار کر لیتے ہیں تاہم بعض اوقات مریضہ کے عام طرزِ عمل سے اُس کی ذہنی حالت کا پتہ چل سکتا ہے۔ ہسٹیریا کی ذہنی حالت کا اصلی اور ضروری خاصہ عمل افتراق ہے جس کی وجہ سے تصورات اور جذبات کا ایک مجموعہ یا مخلوطہ جن کا تعلق شخصیت سے ہوتا ہے میدان شعور سے باہر رہ جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ عارضی طور پر اس حالت کے بالکل برعکس حالت پیدا ہو جائے چنانچہ سارا میدان شعور فی الوقت انہیں تصورات اور جذبات و خیالات سے پُر ہو جاتا ہے جو پہلے خارج کر دیئے گئے تھے اور وہ تصورات اور جذبات جو پہلے اس مریضہ کی شعوری ذہنی فعالیتیں بناتے تھے اب باہر نکال دیئے جاتے ہیں۔ اس طرح دوہری شخصیت کی وہ اصابتیں پیدا ہو جاتی ہیں جن میں ممکن ہے کہ مریضہ دقیقوں، گھنٹوں بلکہ دنوں کے عرصہ تک ایسے طریقے سے گفتگو اور برتاؤ کرے جو اس کے معمولی طرزِ عمل سے بالکل متغائر ہو اور پھر جب اُس کی شخصیت اپنی معمولی حالت پھر اختیار کر لیتی ہے تو ممکن ہے کہ جو کچھ گذرا ہے وہ اُسے مطلق یاد نہ رہے۔ سادہ ترین شکل میں ایسا متفرق طرزِ عمل خواب خرامی (sleep walking) کی حالت اختیار کر سکتا ہے جس کی مشہور و معروف مثال المراد ب ہراتیکسپیر کے ڈراما لیڈی میک بیتھ کی ہے۔ چلنے کے حادثات (walking episodes) کو جو ایسی ہی مگر زیادہ پیچیدہ نوعیت کے ہوتے ہیں ہسٹیریائی آوارہ گردی (hysterical fugues) کہتے ہیں۔ یہی ذہنی عمل افتراق اس حالت کا سبب بھی ہے جسے نام نہاد طور پر ہسٹیریائی نسیان (hysterical amnesia) کہتے ہیں۔ اس میں مریض اپنی زندگی کی کسی ایسی ہیئت کو بالکل بھول جاتا ہے جو دردناک اور ناخوشگوار تجربات سے وابستہ ہوتی ہو۔

بالعموم ہسٹیریائی مبداء کے طبیعی علامات رکھنے والا مریض جذباتی بار کے امارات نہیں ظاہر کرتا، لہٰذا وہ عامیانہ معنوں میں عموماً "ہسٹیریائی نفسیں ہوتا"

اس کے برعکس یہ بار ہا دیکھا گیا ہے کہ یہ مریض اپنی علامات سے نجات پا لینے کی ظاہری خواہش کے باوجود اس بارے میں گہرا احساس نہیں ظاہر کرتے، اور درحقیقت اپنی حالت سے غیر معمولی طور پر راضی اور مطمئن ہوتے ہیں۔ یہ بآسانی سمجھ میں آسکتا ہے، بہ شرطیکہ یہ تسلیم کر لیا جائے کہ یہ علامت بذاتہٖ مریض کے ذہن کی بعض زیرِ افتادہ خواہشوں کو تسکین پہنچاتی ہے جن کی موجودگی کی خود مریض کو صاف صاف خبر نہیں ہوتی۔

عصبی علامات ہسٹریائی دورہ (hysterical fit)۔ یہ حملے، جو ہسٹریائی تشنجات اور "ہسٹیریا کے دوروں" کے نام سے مشہور ہیں، عموماً جذباتی اختلال سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ عموماً دوسروں کی موجودگی میں، یا ایسے حالات میں ہوا کرتے ہیں، جہاں دوسروں کی توجہ کو اپنے طرف متوجہ کر سکنے کا امکان ہو۔ ممکن ہے کہ مریضہ کو دم گھٹنے کے احساسات، دورانِ سر یا غشی کی شکایت ہو، اور اس پر رونے یا ناقابلِ ضبط ہنسی کا دورہ ہو جائے۔ دوسری اصابتوں میں مریضہ زمین پر گر جاتی ہے (عموماً آہستہ سے)، یا کسی کرسی یا صوفہ پر، اور فی الفور تشنجی حرکات کی حالت میں ہو جاتی ہے۔ اگر طبیب نے انھیں دیکھا ہے تو عموماً بہ آسانی معلوم ہو جاتا ہے کہ یہ عارضی نوعیت کے ہیں۔ ممکن ہے تنفسی انقباض کی ہیئتیں پائی جائیں، جن میں جسم اور جوارح اکڑا لیئے جاتے ہیں اور ہاتھوں کی مٹھیاں بندھ جاتی ہیں، لیکن یہ انقباض تنفسی عضلات کو اس درجہ تک ماؤف نہیں کرتیں کہ جس سے زُراق پیدا ہو جائے۔ پپوٹے عموماً بند ہوتے ہیں، اور ان کو کھولنے کی کوششوں کی مزاحمت کی جاتی ہے۔ اگر ان کو کھول لیا جائے تو آنکھ کے ڈھیلوں کو اوپر کے طرف بالائی پپوٹے کے نیچے پھرا لیا جاتا ہے۔ حقیقی رجفی جھٹکے نہیں ہوتے۔ ممکن ہے کہ مریضہ اپنے کپڑے نوچے اور پھاڑ ڈالے، اپنا سر اپنے ہاتھوں سے پیٹے، یا قریب کھڑے ہوئے لوگوں کو پنجوں سے پکڑنے لگے۔ ممکن ہے کہ وہ اپنے دانت کچکچائے اور منہ سے لعاب نکل آئے۔ لیکن زبان نہیں کٹتی۔ حاضری اقتدار مفقود نہیں ہوتا۔ اکثر حملے کے دوران میں تھوڑے تھوڑے وقفہ سے

چیخیں نکلتی ہیں، کراہنے کی آوازیں نکلتی ہیں، یا احمقانہ الفاظ میں واویلا ہوتا ہے۔ حقیقی یا بیہوشی نہیں ہوتی۔ اگرچہ مریضہ سوالات کا جواب نہیں دیتی، اُس کی موجودگی میں جو کچھ کہا یا کیا جاتا ہے اُس سے متاثر ہوتی ہے۔ آس پاس والے جسقدر زیادہ گھبراہٹ ظاہر کرتے یا شور و غوغا مچاتے ہیں، مریضہ کے جوش و خروش کی نمایش اسی قدر زیادہ شدید ہوتی ہے۔ اس طرح یہ حملہ دو تین گھنٹے تک جاری رہ سکتا ہے۔ اگر مریضہ کی طرف التفات نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ ابتداءً ان علامات کی شدت بڑھ جائے، لیکن اگر خاموشی سے کام لیا جائے تو یہ جلد کم ہو جاتے ہیں۔ معکوسات میں کوئی اختلال نہ تو حملہ کے دوران میں ہوتا ہے اور نہ اس کے بعد۔ بالعموم حملہ کے اختتام پر طبیعت بہ سرعت بحال ہو کر چند لمحوں میں مریضہ کی تمام قوتیں عود کر آتی ہیں۔ ممکن ہے کہ مریضہ اس حادثہ کے متعلق قطعی لاعلمی ظاہر کرے۔ یہ اکثر تو بہانہ ہوتا ہے مگر ممکن ہے کہ ہسٹریائی نسیان کی وجہ سے ہو، اور اس صورت میں ممکن ہے کہ علاج کرنے کے بعد مریضہ کو حملہ کے دوران کے واقعات یاد آنے لگیں۔

حواس مخصوصہ کی خرابیاں۔ ہسٹریائی نابینائی کسی طرح عام نہیں، لیکن جنگ عظیم سے اس کی بہت سی امثلہ ہیں پیدا ہو جانے کا اندراج ہوا ہے۔ بیشتر مثالوں میں یہ ایسے شخص کی حالت میں واقع ہوتی ہے جو خراش آور گیس میں منکشف رہا اور اس وقت کے لئے حاد التہاب ملتحمہ (acute conjunctivitis)، نوریہی (photophobia) اور تشنج الاجفان (blepharospasm) کی وجہ سے دیکھنے کے ناقابل رہا۔ ان میں سے بعض مریض سالہا سال تک اندھے رہے اور پھر نفسیاتی علاج کے ذریعہ ان کے علامات دور ہوئے۔ بلاشبہ ایسی اصابتوں میں چشم بین کے ذریعہ امتحان کرنے پر کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی گئی۔ ہسٹریائی صمم (hysterical deafness) بھی نادر نہیں اور یہ دوسری علامت تھی جو دوران جنگ میں ایسے شخص میں دیکھی جاتی تھی جو گولے کے دھماکے سے عارضی طور پر بہرا ہو گیا ہو۔ یہ عموماً ایک جانبی ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ دونوں جانبوں کو ماؤف کر دے۔ ہسٹریائی صمم کی تشخیص ایسی کسی سرگذشت یا اس بات کی غیر موجودگی سے ہو سکتی

ہے، جن سے درمیانی گوش کا مزمن التہاب، تقرشح ہوتا ہو، نیز وظیفۂ دہلیزی کے
لیے کاشفات عمل میں لائے گئے۔ اگر ان حالات میں ان کاشفات سے تعاملات
طبعی ملیں تو یہ صمم تقریباً یقیناً ہسٹریائی مبداء کا ہے۔

مجمجی اعصاب (cranial nerves) عضلۂ محیطۃ الجفن کا ہسٹریائی
تشنج، یا تشنج الاجفان نہایت عام طور پر ہوا کرتا ہے، اور اکثر ہسٹریائی نابینائی
کے ساتھ ہوتا ہے۔ یہ اکثر ملتحمۂ چشم کی خراش کے بعد ہو جاتا ہے جیسے کہ
مزمن التہاب ملتحمہ میں، اور دورانِ جنگ میں اس کا عام سبب خراش آور گیس تھی۔
چہرہ اور زبان بھی بعض اوقات تشنج سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ
ہسٹیریا کے مریض میں چہرے کی ایک جانب کا انقباض وجہی شلل سے اس لئے
مشابہت پیدا کرے کہ دوسری جانب حالتِ سکون میں بوجہ تضاد کمزور نظر آتی ہے۔

ہسٹیریائی بکم (hysterical mutism) غیر عام علامت نہیں
اور اس کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ یہ شدید جذباتی صدمے کے بعد نمودار ہوسکتا ہے،
مثلاً جنگ والی اصابتوں میں، جن میں یہ تصور کیا جاسکتا ہے کہ وہ شخص اس لمحہ کے لئے
مارے خوف کے گونگا ہو گیا۔ بولنے کی کوشش کرنے پر مریض کسی قسم کی آواز
نہیں نکال سکتا، تاہم بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ وہ خاص آواز کے ساتھ
کھانس سکے۔ ہسٹیریائی بےصوتی (hysterical aphonia) کی حالت
میں مریض صرف سرگوشی میں گفتگو کر سکتا ہے۔ یہ نہایت عام طور پر نزلی التہاب
حنجرہ (catarrhal laryngitis) کے حملے کے بعد پیدا ہو جاتی ہے، اور اسے
اس علامت کا جو ابتداءً عضوی تھی تسلسل سمجھنا چاہئے۔ حنجرہ بین سے امتحان کرنے
پر احبال الصوت کے عضلاتِ مقربہ غیر حرکت پذیر نظر آسکتے ہیں۔ یہ امر نوٹ کرنے
کے قابل ہے کہ ایسی متعدد اصابتوں میں مریض بلا کسی بھرائی آواز کے بلند مرتفع
آواز میں سرگوشی کرتا ہے، اور یہ نکتہ بذاتِ خود تشخیصی اہمیت رکھتا ہے۔ (ملاحظہ
ہو شکلِ عضلاتِ حنجرہ)۔

حسی علامات۔ درد اور الیمیت کی شکایتیں بار بار ہسٹیریائی نوعیت
کی مقامی علامتوں کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ دوسرا یا درد پشت

789

اور چند یا پیر یا فقراتی شوکوں پر الییت کی شکایت ہو' یا جوارح کے ہسٹریائی تعقبض کے ہمراہ حرکت کی کوشش کرنے پر بہت درد کی شکایت ہو۔ ہسٹریائی عدم حسیت کا ذکر پہلے کیا گیا ہے' جب یہ بیان کیا گیا تھا کہ یہ علامت عموماً عصبیاتی امتحان کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو جاتی ہے۔ نیز یہ اکثر ہسٹریائی شلل کے ہمراہ موجود ہوتی ہے۔ یہ عموماً اپنی توزیع کی نوعیت سے شناخت ہو جاتی ہے' کیونکہ یہ توزیع کسی تشریحی قانون کے مطابق نہیں ہوتی بلکہ محض مریض کے اپنے تصورِ تشریح پر منحصر ہوتی ہے۔ مثلاً جب عدم حسیت ہاتھ یا پاؤں کے شلل کے ساتھ ہوتی ہے' تو عموماً "دستانہ" یا "جراب" کی توزیع رکھتی ہے۔

حرکی علامات ۔ ان کی تقسیم شللات اور تعقبضات اور غیر ارادی حرکات میں ہو سکتی ہے۔

حرکی شلل (motor paralysis) تمام ہسٹریائی علامات میں سب سے زیادہ عام ہے۔ یہ یک عضوی فالج' فالج نصفی' یا فالج' یا چاروں جوارح کے شلل کی شکل اختیار کر سکتا ہے۔ یہ شلل عموماً کامل ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ رخوہ ہو یا اس کے ساتھ عضلات کا تعقبض ہو۔ آخر الذکر شکل نسبتہً عام ہوتی ہے۔ بالعموم اس کا آغاز "ناگہانی" اور عموماً جسمانی یا جذباتی ضربہ کے بعد ہوتا ہے' یا ممکن ہے کہ یہ اکثر کسی عضوی المبداء کمزوری کے تسلسل کی شکل میں ظاہر ہو جائے' مثلاً ایک کسر کے بعد جس کے لئے مکسور جارحہ کو عرصہ دراز تک جبیرہ بند رکھا گیا ہو۔ رخو قسم اور تعقبضی قسم' دونوں میں شلل عموماً عضلات کے سب گروہوں کو ساوی طور پر ماؤف کرتا ہے' اور قشری' فلقی' یا محیطی عصبی توزیع کا کوئی لحاظ نہیں ہوتا۔ جب مریض سے مشلول جارحہ کو حرکت دینے کیلئے کہا جاتا ہے' تو کوشش کی بہت کچھ نمائش کے باوجود حرکت بہت کم ہوتی ہے یا کچھ نہیں ہوتی۔ یہ نوٹ کرنے کی بات ہے کہ اگرچہ عدم استعمال کے باعث عضلات کا کسی قدر ذبول ہو سکتا ہے' مگر یہ کبھی اتنا نمایاں نہیں ہوتا جتنا کہ اسفل حرکی عصبیہ کے ضرر کی حالت میں ہوتا ہے' نیز یہ کہ جن اصابتوں میں تعقبض ہوتا ہے' ان میں کرختگی قسم کے لحاظ سے یا عقلی توزیع کے لحاظ سے اُس شبیہت کی سریری تصویر کے ساتھ کوئی مطابقت نہیں رکھتی جو

بالائی حرکی عصبیے کے ضرر سے پیدا ہوجاتی ہے۔ مزید برآں وہ عدم حسیت جو اکثر موجود ہوتی ہے اپنی توزیع میں کسی تشریحی قانون کی متابعت نہیں کرتی اور نہ وتری جھٹکوں کی کوئی غیر طبعی حالت ہوتی ہے۔ ہسٹیریائی شلل کی تشخیص میں ایک مظہر جو قطعی اہمیت رکھتا ہے یہ ہے کہ کسی خاص حرکت کو عمل میں لانے کی کوشش میں اصلی محرکات اور اُن کے ضد متنازع عضلات کا ہمزمان یا بسرعت تبادل کرنے والا انقباض ہوتا ہے۔ مثلاً اگر ہسٹیریائی طور پر مشلول بازو والے مریض سے کہنی کے مقام پر خمیدگی کی حرکت عمل میں لانے کو کہا جائے تو شاہد عضلۂ ذوراسین اور عضلۂ ثلاثۃ الرؤس، دونوں کا بیک وقت حِس کر کے محسوس کرسکتا ہے کہ دونوں عضلات ہمزمان طور پر یا بسرعت یکے بعد دیگرے منقبض ہوتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلی مشقت کے بہت صرف کے باوجود یا تو حرکت بالکل ہوتی ہی نہیں یا صرف جھٹکوں کا یکے بعد دیگرے ایک تسلسل واقع ہوجاتا ہے۔ یہ مظہر کسی ایسی حالت میں نہیں واقع ہوتا جو عضوی مرض کی وجہ سے ہو۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ ہسٹیریائی نقص عضوی حالت سے قریبی طور پر مشابہ ہو۔ لیکن محتاط عصابی امتحان سے عموماً اس کی تفریق ہو جاتی ہے۔ عضوی عصبی مرض کی کرختگی کے خلاف، ہسٹیریا میں یہ پایا جائے گا کہ مجہول حرکت کی مزاحمت جس قوت کے ساتھ کی جاتی ہے وہ اس قوت کے لحاظ سے جو کہ شاہد استعمال کرتا ہے براہ راست اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ شلل کی ایک شکل جو ہسٹیریا میں علی الاکثر ہوا کرتی ہے، لاعزمی تخیّعت (astasia abasia) کے نام سے بیان کی گئی ہے۔ اس حالت میں مریضہ جبتک کہ وہ بستر میں لیٹی ہوئی ہے، جارحۂ اسفل کی تمام ارادی حرکتیں طبعی قوت کے ساتھ اور ٹھیک ٹھیک انجام دے سکتی ہے۔ لیکن جب اُسے بالکل ٹانگوں کے بل کھڑا کر دیا جائے تو وہ چل نہیں سکتی۔ ہسٹیریا کی غیر ارادی حرکتیں نہایت مختلف الاشکال ہوسکتی ہیں، جن میں رعشہ کی مختلف قسمیں بعض اوقات عضوی مرض کے رعشوں سے بمشکل تمیز کی جاسکتی ہیں۔ مگر وہ امارات غیر موجود ہوتے ہیں، جو عموماً مرض گریوز (Graves' disease)، صلابت منتشرہ (disseminated

(sclerosis) شلل اہتزازی (paralysis agitans) اور دوسرے امراض کے عضوی رعشوں کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔

بالعموم ہسٹیریا میں منعکوسات کوئی غیر طبعی حالت نہیں ظاہر کرتے، اگرچہ یہ بیان کیا گیا ہے (Hurst) کہ شکم کی ہسٹیریائی عدم حسیت کی اصابتوں میں شکمی منعکوسات غیر موجود ہو سکتے ہیں، اور جب عدم حسیت جاتی رہتی ہے تو یہ منعکوسات بھی عود کر آتے ہیں۔

بعض اوقات تبویل اور تبرز کے وظائف ماؤف ہو جاتے ہیں اور عام ترین علامات یہ ہوتے ہیں کہ یا تو احتباس بول ہوتا ہے یا عسر تبرز۔ ایسی اصابتوں میں عضوی مرض کے امکان کو خارج کرنے کے لیے بہت احتیاط سے کام لینا چاہئے۔

بالعموم ہسٹیریا میں وضع اور رفتار کی غیر طبعی حالت اُس غیر طبعی حالت سے بہ آسانی تمیز کی جا سکتی ہے جس کا انحصار عضوی اضرار پر ہو۔ بعض مثالوں میں رفتار کی خرابیاں آدیتوں (mannerisms) کی شکل اختیار کر لیتی ہیں، مثلاً پھدکنے یا جست کرنے بلکہ کیکڑے کی طرح ایک جانب کو چلنے لگی۔ وضع کی غیر طبعی حالتوں میں سے خمیدگی پشت بیان کی جا سکتی ہے جو ریڑھ کے عظمی مفصلی التہاب (osteoarthritis of the spine) کی بعض ترقی یافتہ اصابتوں کی خمیدگی پشت سے مشابہ ہوتی ہے۔

790

ہسٹیریا میں تغیرات پرورشی (trophic changes) جداگانہ علامات کے طور پر نہیں واقع ہوتے۔ اگرچہ ہاتھ پاؤں کے سرعۂ دراز کے شکل میں جلد کا نیلا پن اور ناخنوں کی بھر بھراہٹ دیکھی جا سکتی ہے مگر یہ تغیرات عدم استعمال کے لوازمات ہیں۔ طویل المدت تقفّض کی بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ مفاصل کے قریب و جوار میں جلد کا انسلاخ واقع ہو جائے۔

ہسٹیریائی عسر البلع (hysterical dysphagia) بھی غیر عام نہیں اور ممکن ہے کہ یہ ہسٹیریائی گولہ (globus hystericus) کے احساس کے ہمراہ پایا جائے۔ یہ خیال کرنے کی کوئی وجہ نہیں کہ یہ مخصوص احساس اپنی

تعلیات، کے لحاظ سے "اس گولے" کے احساس سے مختلف ہے جو طبعی اشخاص وقتاً فوقتاً محسوس کرتے ہیں اور جو مری میں پیدا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 888)۔ نام نہاد ہسٹیریائی قئے اور ہوا نگلنا (aerophagy) کا تذکرہ تقلصات (tics) کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔ اور ان کا بیان صفحات 888 اور 841 میں ملے گا۔

ہسٹیریائی سرعت تنفس (hysterical polypnœa) وہ حالت ہے جس میں کہ کسی ریوی مرض کے شدید سرعت تنفس ہوتی ہے۔ گوممکن ہے کہ تنفس کی شرح فی دقیقہ ساٹھ یا ستر تک پہنچے، مگر ہر ایک سانس بہت غیر عمیق ہوتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار اولاً تو عضوی مرض کے ایسے امارات کو خارج از بحث کرنے پر ہوتا ہے جو مشاہدہ کردہ علامات کی توجیہہ کرسکیں۔ لیکن بعض علامات ایسے ہوتے ہیں جو تشخیص قائم کرنے میں بذات خود قطعی اہمیت رکھتے ہیں جیسے کہ احبال الصوتیہ کے مقربات کے انفرادی شلل کے ساتھ بے صوتی، اور کسی مشلول جارحہ یا عضلہ میں اصلی محرکات اور ضد متنازعات کی ایک ساتھ حرکت۔

نیز ایسے شکلات کا اجتماع جن کی توجیہہ ایک منفرد ضرر کی بناء پر نہیں کی جاسکتی ہو، ایک مشتبہ امر ہے، مثلاً ایک آنکھ کو کھولنے کی ناقابلیت جس کے ساتھ چہرے کی اسی جانب کا طاری شلل ہو۔ شہادت میں یہ امر بھی کارآمد ہوسکتا ہے کہ ایک عضلہ ایک حرکت کی انجام دہی میں تو مردہ ہے کارنہ آئے مگر دوسری حرکت کی انجام دہی میں اچھی قوت رکھتا ہو۔ نیز وہ حالات جن کے تحت مرض پیدا ہوا ہے اور مریضہ کی ماسبق سرگذشت (خاص طور پر اس کے جذباتی مشکلات کے تعامل سے متعلق) کارآمد ہوتی ہے۔ لیکن محض اس واقعہ کو کہ جذباتی صدمے کے فوراً بعد علامتیں پیدا ہوئیں، اس امر کی شہادت نہیں سمجھ لینا چاہئے کہ وہ ہسٹیریائی نوعیت کی ہیں۔ کیونکہ ایسے حالات سے دماغی نزف (cerebral hæmorrhage) یا حقیقی صرع کے حملہ میں تعجیل ہوسکتی ہے۔

عضوی عصبی امراض میں صلابت منتشر (disseminated sclerosis)

کے ہسٹیریا سے غلط ملط کر دیئے جانے کا سبب سے زیادہ امکان ہوتا ہے، لیکن غلطی عموماً یہ ہو جاتی ہے کہ عضوی حالت کو وظیفی تشخیص کر لیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ مشکل اصابتوں میں، بالخصوص ان میں جن میں کسی عضوی عارضہ پر ہسٹیریائی از کار رفتگی متزاد ہو جائے، آخری فیصلہ تشخیص کے لیے نفسیاتی علاج سے مدد لینی پڑے۔ وہ علامات جو ان طریقوں سے دور ہو جائیں ذہنی المبداء ہوں گی۔

ہسٹیریائی دورے کی تشخیص۔ اگر طبیب دورہ کو دیکھ سکے تو صفحہ 788 پر بیان کردہ ممیز خصائص ایسے صرعی دورے سے منفرق کرنے میں کارآمد ثابت ہوں گے۔ لیکن اکثر اوقات تشخیص محض سرگذشت مرض سن کر کرنی پڑتی ہے۔ یہاں امور ذیل معین طور پر صرع کی تائید میں ہوں گے: حملوں کا اس وقت واقع ہونا جب کہ مریض تنہا ہو، بالخصوص جب کہ وہ گر جائے اور اسے چوٹ پہنچے۔ حقیقی بے ہوشی۔ زبان کا کٹنا۔ سلس البول اور حملہ کے بعد ایک ایسا عرصہ ہونا جس میں مریض سر چکرایا ہوا ہوتا ہے یا قسری طور پر حرکات کرتا ہے۔ مصروع اکثر آغاز حملہ کے وقت ایک درد ناک آواز نکالتا ہے، لیکن پھر اس کے بعد خاموش ہو جاتا ہے۔ ہسٹیریائی مریض اکثر سارے حملہ کے دوران میں چلاتا رہتا ہے۔ صرعی حملوں میں حرکتوں کی مدت مختصر ہوتی ہے (بالعموم دس منٹ سے زیادہ نہیں ہوتی)۔ مگر ہسٹیریائی دورے میں حرکتیں عموماً زیادہ عرصہ تک رہتی ہیں۔ اس کا خیال بھی کرنا پڑتا ہے کہ حملے کا آغاز کن حالات میں ہوا۔ یاد رکھنا چاہئے کہ مصروع کو ہسٹیریا کے دورے بھی ہو سکتے ہیں اور صرع صغیر (minor epilepsy) کے حملے کے بعد مریض بعض اوقات ہسٹیریائی حالت میں ہو جاتا ہے۔

ہسٹیریا میں **انذار** جہاں تک کہ انفرادی علامات کا تعلق ہے فی الجملہ اچھا ہوتا ہے، اگرچہ اس کا انحصار کسی حد تک اس پر ہے کہ تشخیص جلد اور علاج معقول ہو۔ ہسٹیریائی یا فالج (hysterical paraplegia) میں اگر طبیب نے حالت کو مخدوش بتلایا ہے تو مریضہ ممکن ہے برسوں صاحب فراش

791

رہے۔ گر بایں ہمہ ممکن ہے کہ وہ خود بخود اچھی ہو جائے اور علامات دفعتہً غائب ہو جائیں اور بیشتر اصابتوں میں جذباتی صدمے سے منسوب کئے جائیں عطائیوں کے کئے ہوئے بہت سے "کراماتی علاج" ایسی ہی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ فی الجملہ کہا جا سکتا ہے کہ ایک علامت جس قدر زیادہ عرصہ تک قائم رہی ہے، وہ اسی قدر زیادہ مشکل سے دور ہو گی جب علامات کم عرصہ سے ہوتے ہیں تو آسانی سے دور کئے جا سکتے ہیں۔ لیکن ذہنی اعمال کی زیر افتادہ خرابی کا تدارک کسی طرح اس قدر آسانی سے نہیں ہو سکتا، اور اسی واسطے یہ مشہور واقعہ ہے کہ ہسٹیریائی مریضہ کو ایسے نکس ہونے کا امکان ہوتا ہے جن میں ممکن ہے کہ ابتدائی علامات عود کر ہویدا ہو جائیں یا جدید اقسام ظاہر ہوں۔ انذار کا اندازہ کرتے وقت مریضہ کی قوتِ فہم عقلی کا اور اُن ماحولی حالات کا جن کا مقابلہ اُسے کرنا پڑتا ہے، مناسب لحاظ ضروری ہے۔

علاج۔ چونکہ ہسٹیریا ذہنی اعمال کا عارضہ ہے، لہٰذا علاج کے لیے ذہن کے طرف توجہ کرنا چاہئیے اِس میں جو طریقے استعمال میں لائے جاتے ہیں اُن کو نفسیاتی علاج (psychotherapy) کا عام خطاب دیا گیا ہے۔ ہسٹیریا کے علاج میں نفسیاتی علاج جن شکلوں میں استعمال کیا جاتا ہے اُن کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے:۔ ایعاذ، ترغیب اور تجزیہ۔

ان تینوں طریقوں کا خاکہ اور ہر طریقہ کے استعمال کے بعض موقعے آگے درج کیے جائیں گے لیکن پہلے ہسٹیریا کی تسبیب کے متعلق متذکرہ بالا نظریہ کو مختصراً مکرر بیان کر دینا نفع بخش ہو گا۔

چنانچہ یہ حالت ایسی ہے جس میں مریض ان محرکات سے جن کا اُسے شعور نہیں ہے، یہ ایعاذ قبول کر لیتا ہے کہ وہ جسمانی مرض میں مبتلا ہے۔ ان دو اسباب، یعنے لاشعوری محرک اور ایعاذ کی اضافی اہمیت مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتی ہے۔ جب لاشعوری محرک طاقتور ہوتا ہے جیسے

اس کاریگر کی حالت میں جو حرجانہ کا طالب ہے تو ایعاذ خفیف اہمیت کا ہوتا ہے۔ اس کے برعکس جب کوئی بلند مرتبہ طبیب عضوی مرض موجود ہونے کی معین تشخیص کردے تو پھر ہسٹیریائی علامات کی پیدائش کے لئے اپنے آپ کو حوالۂ مرض کر دینے کے فطری رجحان کے سوا اور کوئی مدد رکار نہیں ہوتی۔

اعمالِ ذہنیہ کا وہ سلسلہ جس نے بالآخر ہسٹیریائی حالت پیدا کردی ہے خواہ کچھ بھی ہو، اس آخری نتیجہ سے پہلے کی کڑی مریض کا یہ ایقان ہوتا ہے کہ مجھ میں علامتیں موجود ہیں اور ان کا انحصار ایسے طبیعی اسباب پر ہے جن پر مجھے قابو حاصل نہیں۔ نفسیاتی علاج کا مقصد اسی ایقان کو دور کرنا ہے، اور یہ متذکرۂ بالا تین طریقوں میں سے کسی ایک سے یا تینوں کے مشترک استعمال سے حاصل ہو سکتا ہے۔

اِن طریقوں کی غایت یہ ہوتی ہے کہ مریض اپنی علامتوں کے متعلق جو ایقان رکھتا ہے اُسے دور کر کے اس کے بجائے اس میں ایک دوسرا برعکس عقیدہ پیدا کر دیا جائے۔

ایعاذ کے طریقہ میں اس مقصد کو حاصل کرنے کے لیے مریض کے ذہن کے جذباتی یا جبلتی رجحانات سے کام لیا جاتا ہے، جن میں سب سے زیادہ اہم دو ہیں۔ ایک تو وہ اعتماد کامل جو مریض طبیب کے علم و فضل اور طاقت کے متعلق رکھتا ہے۔ دوم مریض کی وہ مستعدی ہے جس سے وہ ایسے علاج و معالجہ سے جو انوکھا، نمائشی اور پُراسرار ہو معجز نما شفا کی توقع رکھتا ہے۔ ظاہر ہے کہ اس طریقہ کی کامیابی کا انحصار بڑی حد تک طبیب کی شخصیت، شہرت اور نیکنامی پر ہوتا ہے، نیز اس پر کہ مریض اپنی تنقیدی قوتوں سے کام لینا چھوڑ دینے پر مائل ہو۔

اس طریقہ کے طرزِ عمل کی مثال ذیل میں درج ہے:۔ طبیب سے ایک ایسی عورت کو دیکھنے کی استدعا کی جاتی ہے جس کا بازو مشلول ہے۔ معائنہ کے بعد یہ معلوم ہو جانے پر کہ شلل وظیفی ہے، طبیب کو مریضہ سے کہنا چاہئے کہ یہ ایک عصبی شکایت ہے، جس میں ایک نئے قسم کے برقی

علاج سے بہ آسانی شفا ہو سکتی ہے۔ طبیب یہ مذکرہ سکون اور سنجیدگی کے ساتھ اور ایسے انداز سے کرے جس سے ظاہر ہو کہ اسے ایسی اعصابتوں سے اکثر واسطہ پڑتا رہا ہے اور وہ ان کے علاج کا عادی ہے۔ پھر ایک دو اعصابتوں کی مثالیں بیان کرے جو اس کے زیر علاج آئیں اور جن میں یہ نیا علاج ایک ہی بار استعمال کرنے سے اس قسم کا طویل المدت شکل بالکل دور ہو گیا۔ اسی طرح مریضہ کے احباب و اعزا میں بھی فوری اور یقینی شفا کے توقعات پیدا کرے۔ پھر وہ کچھ عرصہ بعد ایک فرادی سورجہ (faradic battery) اور تاروں کا برش لے کر مریضہ کے پاس آئے اور اس کے ذہن میں مزید صلاحیت اور آمادگی پیدا کرنے کے بعد ماؤف جارحہ کے عضلی گروہوں کو تہییج کرنے کے لیے برش لگائے اور ساتھ ہی یہ اصرار زور دیتا رہے کہ مریضہ کی حرکت ارادی کی طاقت بحال ہو گئی ہے۔ دوسری ہسٹریائی علامتوں کے لئے بھی مماثل طریقے استعمال کیے جاسکتے ہیں۔ اس کی کوئی اہمیت نہیں کہ فلاں آلہ ہی استعمال کیا جائے، مگر شرط یہ ہے کہ مستعمل طریقہ مریضہ کے لیے نیا ہو۔ مثلاً اگر پہلے فرادیت کا استعمال کیا گیا ہے اور اس سے کامیابی حاصل نہیں ہوئی ہے تو اور کوئی نئی ترکیب نکالنی چاہئے۔ کامیاب علاج کے لئے ضروری امر یہ ہے کہ مریضہ کے دل میں طبیب کی طرف سے کامل اعتماد پیدا ہو جائے۔ اس طریقے پر عمل کرنے سے معلوم ہوگا کہ مریضہ کے ذہن میں ایقان مرض کے بجائے ایقان صحت یا کسی مدلل سلسلۂ اعتقاد پر نہیں بلکہ جبلتی احساس پر مبنی ہوتا ہے۔

792

تنویم (hypnosis) کو ایحاء کی ایک قسم سمجھنا چاہئے۔ جیسے اب بڑی حد تک ترک کر کے ہسٹیریا کا علاج نسبتہً زیادہ راست طریقوں سے کیا جاتا ہے۔

ترغیب (persuasion) کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ مریضہ کو اس پر راغب کیا جائے کہ اپنے مرض کے متعلق جو غلط ایقان اس کے ذہن میں قائم ہو گیا ہے وہ اسے ہٹا کر اس کے بجائے ایک مدلل یقین قائم کرے۔ اگر ہم بازو کے فلیجی شکل کی مثال پھر لیں تو ایسی صورت میں طبیب مریضہ کو سمجھائے

کہ "اس جارحہ کے عضلات کے مرض کے کوئی امارات، یا اُس پر اقتدار رکھنے والے اعصاب کے مرض کے کوئی امارات موجود نہیں ہیں"۔ نیز یہ کہ "ایک عضلہ جو ایک حرکت کے لئے کام میں لایا جا سکتا ہے اُسے دوسری حرکت کے لئے بھی برابر کام دینا چاہیئے، لہٰذا اگر تم پہلے ماؤف جارحہ کے عضلات کو ڈھیلا کر دو، اور پھر یہ واحد مقصد پیشِ نظر رکھ کر کہ میں ایک معین حرکت معرضِ عمل میں لاؤں گی حرکت شروع کر دو تو اُسے ضرور انجام دے سکو گی"۔ ایعاذ پر اس طریقہ کو ترجیح حاصل ہے کہ اس سے مریضہ میں ایک ایقانِ صحت یابی پیدا ہو جاتا ہے جو بایں وجہ زیادہ دیرپا ہوتا ہے کہ اس کا انحصار مدلل سلسلۂ دلائل پر ہوتا ہے، جنھیں مریضہ ضرورت کے وقت اپنے لئے دُہرا سکتی ہے۔ اس طریقہ میں یہ نقائص ہیں کہ اس میں مریضہ کی عقلی، اور بالخصوص تنقیدی قوتوں پر زور ڈالنا پڑتا ہے، اس میں زیادہ عرصہ درکار ہوتا ہے، اور شاید ایعاذ سے یہ اپنے فوری اثرات کے لحاظ سے کم یقینی ہے۔

عملاً اکثر ایعاذ اور ترغیب ان دونوں طریقوں سے مجموعی طور پر کام لیا جاتا ہے، کیونکہ یہ صاف ظاہر ہے کہ آخر الذکر طریقہ کی کامیابی کا انحصار جس طرح اس امر پر ہے کہ غیر جذباتی طریقہائے استدلال سے کام لیا جائے اس طرح اس امر پر بھی ہے کہ مریضہ کو طبیب پر کامل اعتقاد ہو۔

تجزیہ کے ذریعہ علاج کے طریقہ کا مقصد نسبتہً بہت زیادہ گہرا ہوتا ہے، یعنے اُن ذہنی اعمال کے پورے سلسلہ کو دریافت کرنا جن سے بالآخر ہسٹیریائی علامات پیدا ہو گئے۔ اور پھر ان کو دفع کرنے کے لئے مریض کو اس امر میں مدد دینا کہ وہ تجزیہ سے رہنمائی حاصل کر کے اپنے ذہنی نقطۂ نگاہ کو دوبارہ درست کر لے۔ اگر مریض اس رہنمائی سے اپنی حالت کے متعلق بصیرت حاصل کر سکے اور تجزیتی طریقوں کی مدد سے اس قابل ہو جائے کہ اُسے اُن متفرق تصورات کو جو اس کی ہسٹیریائی علامتوں کی بنیاد رہے ہیں دوبارہ شعور میں لا سکے، تو جیسے جیسے وہ تصورات اور جذبات جن کے ساتھ یہ علامات وابستہ ہیں اس کے ذہن میں متمثل ہوتے جائیں گے،

ہسٹریائی علامتیں غائب ہوتی جائیں گی۔ اِس طریق عمل میں اِس امر کی ضرورت ہے کہ مریض کو کم و بیش مکمل خود فہمی حاصل ہو، اور یہ طریقہ مریض کو دوسرے طریقوں کے مقابلہ میں، زیادہ موثر طور پر نکس سے محفوظ رکھتا ہے۔

ممکن ہے کہ اس قسم کا تجزیہ مقابلتہً ایک سادہ اور آسان امر ہو، یا ممکن ہے کہ اس میں طبیب کو بہت صبر و استقلال تدبیر اور حکمت عملی سے کام لے کر بعض فنی طریقے استعمال کرنا پڑیں (ملاحظہ ہو صفحہ 781)۔ ہم اُس نوجوان عورت کی حالت کو جسے بازو کے وظیفی شلل کی شکایت تھی، ایک مفروضہ مثال کے طور پر پھر لیتے ہیں لیکن ہم طبیب پر یہ حالات منکشف ہو جائیں کہ وہ اب تک اپنے گھر میں ہی رہتی تھی، اور ساری عمر میں اُسے پہلی مرتبہ خانگی ملازمت کیلئے اپنے گھر سے باہر جانے کا اتفاق ہوا۔ نئے فرائض منصبی اُسے بہت صبر آزما معلوم ہوتے ہیں، گھر کی یاد رات دن بے چین رکھتی ہے۔ اِس ہسپتال میں اُسے جس ہمدردی اور غمگساری کی ضرورت تھی وہ اُسے ساتھ کام کرنے والیوں کی طرف سے حاصل ہوئی نہ والدین کی طرف سے۔ مریضہ کے اندرونی خیالات و جذبات، نیز اُس کے طرز عمل اور کلمات کے مزید تجزیہ سے بالآخر یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ اُس کی بیماری کا لاشعوری محرک اُس کی یہ خواہش تھی کہ ناگوار فرائض سے نجات اور آس پاس والوں کی ہمدردی حاصل ہو۔ اِس خواہش کی موجودگی میں ایک خفیف سے تفرد نے جو کام کرتے ہوئے اُسے پہنچا، بیماری پیدا کرنے میں ایک عامل متعجلہ کا کام دیا۔ مریضہ سے اُس کے مرض کی یہ توجیہ بیان کر دی جاتی ہے، ترغیب و تہیجاتی ہے کہ وہ اپنے جذباتی مشکلات کا مقابلہ صاف دلی کے ساتھ کرے، اور کہہ دیا جاتا ہے کہ ایسا کرنے پر اُسکی علامتیں جاتی رہیں گی۔ مندرجۂ بالا سے صاف ظاہر ہے کہ جو شخص اس طریقہ پر عامل ہوتا ہے وہ در اصل ایقاذ اور ترغیب دونوں سے ساتھ ساتھ کام لے رہا ہے، اور یہی چیزیں غالباً اس طریق عمل میں معتد بہ طور پر بروئے کار آتی ہیں، کیوں کہ اصل میں دو باتوں سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے، ایک تو اُس اعتقاد کامل سے جو مریضہ کو

طبیب پر ہوتا ہے' اور دوسرے اُس کی اُس قوت استدلال سے جسے مریضہ اپنے ذہنی اعمال کے متعلق بروئے کار لاتی ہے۔

798

عموماً ہسٹیریا کے عملی علاج میں ایحاذ' ترغیب اور تجزیہ ان تینوں طریقوں سے مجموعی طور پر کام لیا جاتا ہے' اور ہر اصابت میں یہ فیصلہ کرنے کے لئے کہ ان میں سے کون سے طریقہ پر بالخصوص اعتماد کیا جائے گا' مریض کے عقلی پیمانہ اور اُس مدت کا جو علاج کے لئے حاصل ہے معقول لحاظ رکھا جاتا ہے۔ بعض مریض ادنیٰ تعلیمی حیثیت کے ایسے ہوتے ہیں جن کے لئے ایحاذ کے صرف اُن گنے طریقے ہی بہترین طور پر کارآمد ہوتے ہیں۔ دوسری تمام اصابتوں میں مناسب ہے کہ ابتدائی قدم یہ ہو کہ مریض کو اُس کے مرض کے متعلق کچھ نہ کچھ توجیہ ایسے الفاظ میں بتلادی جائے کہ جس سے اُسے اپنی بیماری کی نوعیت اور مجوزہ علاج کا علم سمجھنے میں مدد ملے۔ اس کے بعد بہتر ہے کہ ایحاذ (suggestion) اور ترغیب کے ذریعہ سے علامات کو دُور کرنے یا اُن میں تخفیف پیدا کرنے کی کوشش شروع کی جائے' اور ازاں بعد منتخب اصابتوں میں تجزیہ سے کام لیا جائے۔ جب کبھی ممکن ہو مریض کو یہ باور کرانے کی کوشش کرنی چاہئے کہ اُس کی بیماری ذہنی اعمال کے اختلال کا نتیجہ ہے' اور یہ اعمال ایسے ہیں کہ اگر وہ چاہے تو ان کا خود امتحان کر سکتا ہے اور اُن پر اقتدار حاصل کر سکتا ہے۔ چونکہ اکثر اوقات ہسٹیریائی علامات کی مداومت کا انحصار مریض کے اُن جذباتی تعاملات پر ہوتا ہے جو وہ ماحولی حالات کی طرف ظاہر کرتا ہے' لہٰذا بیشتر اصابتوں میں علاج شروع کرنے سے پہلے اُسے کسی تیمارستان یا شفاخانہ میں منتقل کر دینا' اور تاوقتیکہ کامل طور پر شفایاب ہو جائے خطوط وصول کرنے اور ملاقاتیوں سے ملنے کی ممانعت کر دینا نفع بخش ہے۔

ان اصولوں پر ذہنی علاج جاری رکھنے کے ساتھ ساتھ مریض کی جسمانی حالت پر بھی غور کے ساتھ توجہ دینی چاہئے' اور جسمانی ناکارکردگی کے طبیعی اسباب کو دور کرنے کی ہر طرح کوشش کرنی چاہئے' خواہ یہ اسباب عفن ماسکوں کی نوعیت کے ہوں یا غلط عادات بود و باش کی نوعیت کے۔

تاثری یا وجدانی تعامل والی قسمیں

(AFFECTIVE REACTION TYPES)

مانیائی انخفاضی ادواء النفس

(manic-depressive psychoses)

ان کا ممیز خاصہ وجدانی (جذباتی) غیر طبعی حالت کا غلبہ ہے، جو فرطِ سرور (فرحانیت = elation) یا فرطِ حزن (انخفاض = depression) کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی خیال اور عمل دونوں میں ایک متناظر اختلال ہوتا ہے، اور یہ تناظر ممیز طور پر ہم آہنگ ہوتا ہے۔ چنانچہ فرحان مریض دونوں طرح سے معمول سے زیادہ فعال ہوتا ہے (بیش نفسی حرکی فعالیت)، یعنی مسلسل مشغولیت کے نسبتہً زیادہ جسمانی معنوں میں اور خیال اور تکلم کی اقلیموں میں (جیسا کہ اس کی مسلسل بسیار گوئی سے ظاہر ہوتا ہے)۔ اور اس کے برعکس منخفض مریض میں فعالیت کی متناظر کمی پائی جاتی ہے، اور وہ بیک وقت گھنٹوں بیکار ہاتھ پر ہاتھ دھرے بیٹھا رہتا ہے۔ اس کے خیال اور عمل دونوں کی فعالیت مقدار میں کم ہو جانے کے علاوہ سُست بھی ہو جاتی ہے (نفسی حرکی بطور)۔ یہ مانیائی انخفاضی داء النفس کی تمثیلی شکلوں کے نمایاں اور ممیز خصائص ہیں۔ لیکن بیشتر درمیانی اور غیر تمثیلی شکلیں بھی ہوتی ہیں، جن کا بیان ذیل میں درج ہے (8)۔

حدوثِ مرض۔ اس قسم کے داء النفس میں مبتلا مریضوں کی تعداد دماغی امراض کے شفاخانوں میں داخل شدہ مریضوں کی سولہ فی صدی ہوتی ہے۔ لیکن ان کے علاوہ اور بہت سے مریض ایسے ہوتے ہیں جن میں یہ حالت خفیف درجہ کی ہوتی ہے اور جو شفاخانہ میں اقامت گزین نہیں ہوتے۔

بحثِ اسباب۔ اس کے متعلق واقعات چند اور نظریات

متعدد ہیں۔ توارث بلاشبہ اکثر اوقات عامل ہوتا ہے۔ اسّی فی صدی مریضوں میں حالیہ آباواجداد یا ہم جدی نسلوں میں کسی نہ کسی قسم کا امراضی لوث پایا جاتا ہے۔ لیکن یہ اعداد ایسی مختلف غیر متجانس حالتوں پر بھی محتوی ہیں جیسے کہ عضوی ذہنی مرض اور آوارہ گردی۔ نسبتہً زیادہ اہم یہ شہادت ہے کہ ایسا بلاواسطہ مائل توارث جو والد یا والدہ سے بچہ کو حاصل ہو نسبتہً عام ہے۔ اگر ان میں کوئی ایک اس قسم کی نفسانیت میں مبتلا رہا ہے تو کہا جاتا ہے کہ ایک تہائی بچے بھی اس میں مبتلا ہو جائیں گے اور دوسرے ایک دوری جنونی شخصیت ظاہر کریں گے۔

بِنیہ' خواہ یہ ذہنی ہو یا جسمانی' ایک عاملِ مُعِد ہے۔ اس مزاج کو جو دوسرے مزاجوں کی نسبت مانیائی انخفاضی دارالنفس پیدا کردینے کا امکان زیادہ رکھتا ہے' "ہم اسلوبی" ("syntonic")' "دورانی" ("cycloid") یا "دوری جنونی" ("cyclothymic") کے مختلف ناموں سے یاد کیا جاتا ہے۔ اس کے ممیز خصائص مستقل بشاشی یا پُرسکون غمگینی ہیں' اور ساتھ ہی ایسی ایک حالت سے دوسری حالت میں منتقل ہونے کا رجحان ہوتا ہے' اور مریض اپنے برتاؤ میں صاف دل' بے تکلف اور ملنسار ہوتا ہے۔ مریضوں کے ایک سلسلہ میں دوری جنونی شخصیت کی انخفاضی قسم ۶۴ فی صدی میں پائی گئی۔ اس سلسلہ کے مخصوص انخفاضی خصائص یہ تھے: فکر و پریشانی' حزن یا غمگینی کے وقفے اور عدمِ اعتماد۔ دورانی شخصیت کی فرحانی یا خفیف مانیائی (hypomanic) قسم ہمیشہ نہایت فعال اور ہشاش و بشاش' کاروبار اور معاملات میں مصروف و سرگرم اور انتہا درجہ کی ملنسار ہوتی ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ مانیائی انخفاضی دارالنفس دوسرے اقسام کے دارالنفس کی نسبت ٹھنگنی گٹھیلی بنیہ والے اشخاص میں زیادہ عام طور پر پایا جاتا ہے' اگرچہ اس کا وقوع کسی طرح ایسی جسمانی ساخت والے اشخاص تک محدود نہیں ہوتا۔ ٹھنگنے گٹھیلے جسم کے خصائص حسبِ ذیل ہیں: — درمیانہ قد' لحیم اور مائل بہ فربہی' گردن کوتاہ' سر اور چہرہ گول مول۔

مردوں کی نسبت عورتیں زیادہ عام طور پر یہ (۷۰ عورتیں : ۳۰ مرد)'

794

اور غیر یہودیوں کی نسبت یہودی اکثر زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ تمام پہلے حملوں میں سے پچاس فی صدی حملے تیس سال کی عمر سے پہلے واقع ہوتے ہیں۔ ایک ایسی اصابت کا اندراج بھی ہوا ہے جس میں حملہ پانچ ہی سال کی عمر میں ہو گیا۔ لیکن پندرہ تا تیس سال کی عمر کا زمانہ سب سے زیادہ اثر پذیری کا ہوتا ہے۔ عمر کی زیادتی کے ساتھ مرض کی شکل بھی بدل جاتی ہے، اور انخفاضات (یہی شکل ہمیشہ زیادہ عام ہوتی ہے) مانیائی ہیجان کی مثالوں کے مقابلہ میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتے جاتے ہیں۔

اسباب معجلہ۔ بارِ ذہنی یا جسمانی، عموماً پہلے حملہ کے فوری پیشرو ہوتے ہیں۔ استعداد و سابقہ رکھنے والے شخص میں ممکن ہے کہ کسی بھی جسمانی مرض سے حملہ کی تعجیل ہو جائے۔ لیکن یہ ایک بالکل جداگانہ بات ہے کہ مانیائی انخفاضی مریض اپنی بے احتیاطی کی وجہ سے بین ذو سرایتوں کی نمو یابی کی قابلیت رکھتے ہیں۔ خطرناک جسمانی بار و محنت کی نسبت ذہنی بار اکثر اوقات زیادہ پائے جاتے ہیں۔ سوگ، مالی نقصان، خانگی مشکلات، کسی قسم کی مایوسی، عشق و محبت کے معاملات میں نامرادی، اور ایسے ہی امور، سب اکثر پہلے حملہ کے اسباب معجلہ ہیں۔ مابعد حملے نسبتہً بہت خفیف تر صریح بیرونی تحریک سے یا بلا کسی ایسی تحریک کے واقع ہو جاتے ہیں۔

نظریات۔ (الف) جسمانی۔ مختلف تحول، عضوی بنیاد، مثلاً ساخت دماغ کے مرض کی، اور سمّی مبدا، یہ سب اب تک ناکافی شہادت کی بنا پر سبب مرض بتائے گئے ہیں۔ (ب) نفسیاتی۔ دائمی جذباتی اختلال کی توجیہ کے لئے جو مانیائی انخفاضی ادوار النفس کا اس قدر ممیز خاصہ ہے، ایک خاص، اکثر موروثی متاثری بنیہ پیش کیا جاتا ہے، اور کہا جاتا ہے کہ یہ جنیئی رجحان متذکرہ حالات میں اپنا وجود ظاہر کرتا ہے۔ نفسی تجزیہ ایک جنیئی عامل کے علاوہ یہ بھی فرض کرتا ہے کہ شہوت کا نمو مبرزی یا صادیتی (sadistic) لیول پر رک گیا (یا ثبت ہو گیا) ہے۔

نفسی امراضیات۔ مانیائی فرحانیت کو اس فنطاسیہ (phantasy) کا جذباتی لازمہ سمجھا جا سکتا ہے، جس سے مریض کو سرور حاصل ہوتا ہے اور

جس میں وہ بالکل اس طرح منہمک ہو جاتا ہے کہ حقیقت کو نظر انداز کر دیتا ہے۔ اس کے برعکس انخفاض محض اس پستی کا مبالغہ ہو سکتا ہے (شاید مبنی بنا پر)، جو طبعاً نا امیدی کے ساتھ ہوا کرتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ قصور واری یا غلط کاری کے اس جذبہ کا شعوری لازمہ ہو، جس کا مبداء دبا ہوا اور لاشعوری رہتا ہے۔ جب فرحانیت یا انخفاض کی بنیاد اس طرح لاشعوری رہتی ہے تو جذباتی اختلال قدرتی طور پر مریض اور مشاہد دونوں کو نا قابل توجیہ نظر آتا ہے (9)۔

ذہنی علامات ۔ بالعموم یہ ثلاثات کی صورت میں بیان کئے جاتے ہیں جو ایک طرف تو فرحانیت، حرکی فعالیت، اور پرواز خیالات کے بنے ہوتے ہیں (مانیائی ہیئت)، اور دوسری طرف، انخفاض، فعالیت کی کمی اور تخیل کی سستی (مطوء) کے، جو انخفاضی ہیئت پیدا کر دیتے ہیں۔ مزید برآں بعض مخلوط حالتیں بھی ہوتی ہیں، جن میں علامات مختلف طور پر مخلوط ہوتے ہیں، مثلاً فرحانیت کے ساتھ عدم حرکت اور ساتھ ہی تصورات کی قلت سے "**مانیائی ذھول**" ("manic stupor") پیدا ہو جاتا ہے۔

مانیائی ہیئت (manic phase)۔ اس کی شدت کے تین درجے بیان کئے جاتے ہیں:۔ خفیف مانیا (hypomania)، حاد مانیا، اور حاد ہذیانی مانیا بڑھتی ہوئی شدت کی ترتیب کے لحاظ سے۔ ان سب میں آغاز مرض عموماً ناگہانی طور پر ہوتا ہے۔

(۱) **خفیف مانیائی** مریض ہمیشہ مصروف رہتا ہے، کم سوتا اور سویرے اٹھتا ہے، اپنی موٹر کار خطرناک طور پر تیز چلاتا ہے، بہت بولتا ہے اور زور زور سے بولتا ہے، بہ کثرت خط لکھتا ہے (نفسی حرکی ہیجان)، بہت سی چیزیں شروع کرتا ہے اور تکمیل کسی ایک کی بھی نہیں کرتا (پراگندگی توجہ)۔ وہ نہایت خوش رہتا ہے (فرحانیت)، ہنستا ہے، مذاق کرتا ہے، اور ضلع جگت بولتا ہے۔ اس کی گفتگو جلد ایک موضوع سے دوسرے موضوع میں بدل جاتی ہے اور یہ تغیر اکثر سطحی ائتلافات کی بنا پر ہوتا ہے (پرواز خیالات)۔ "صوتی ائتلافات" ("clang associations) جن کا انحصار الفاظ کی مماثل آوازوں پر ہوتا ہے، عام طور پر

ہوا کرتے ہیں۔ مزاج بعض اوقات بہ سرعت لیکن عارضی طور پر بدل کر چڑچڑا پن ظاہر کرتا ہے۔ امتناع کم ہو جاتا ہے یعنی مریض ایسی باتیں کہہ ڈالتا ہے جو مہذب سوسائٹی میں نہیں سُنی جاتی ہیں، بدتمیزی کے ساتھ صاف گو ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ شراب بہ کثرت پی لے یا شہوت رانی اختیار کرے۔ عقلی اور مجمع الحواسی قابلیت (حافظہ وغیرہ) خوب محفوظ رہتے ہیں۔ بصیرت کا فقدان ہوتا ہے۔

(۲) حاد مانیا مندرجہ بالا حالت کی مزید نمو یافتہ حالت ہے۔ اس میں بھی علامات کا وہی معروف ثلاثہ موجود ہوتا ہے۔ لیکن بیش فعالیت دائمی بے چینی کے درجہ تک پہنچ جاتی ہے، جو ترقی پذیر بے مقصد نوعیت کی ہوتی ہے۔ نیند کی مقدار گھٹ کر اقل ہو جاتی ہے، غذا سے بے پروائی ہوتی ہے، اور گفتگو لگاتار ہوتی ہے۔ گفتگو کا موضوع اس قدر جلد بدل سکتا ہے کہ جس سے بے ربطی کا گمان پیدا ہو۔ توجہ اس قدر اُچاٹ ہوتی ہے (مریض اپنی مشغولیت کے دوران میں کسی اتفاقی آواز یا واقعہ سے متعلق رائے زنی کرنے لگتا ہے) کہ حالیہ حافظہ اور ماحول شناسی میں خلل واقع ہو جاتا ہے۔ وہ کسی چیز پر اس قدر کافی عرصہ تک توجہ نہیں کرتا کہ اُسے یاد رکھ سکے۔ مریض کی بہجت و شادمانی متعدی ہوتی ہے، لیکن بہ سرعت چڑچڑے پن میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور یہ اُس کی بیش فعالیت کے ساتھ مل کر وحشیانہ افعال سرزد کرا سکتی ہے۔ تخریب اور بربادی کی عادت عام ہوتی ہے، جو اس کے کپڑے پھاڑنے اور اشیاء فرنیچر کو توڑنے کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ لباس اُتار ڈالا جاتا ہے، چنانچہ اکثر مریض کو سردی میں کھلا رہنے سے بچانے کے لئے ایک خاص، ناقابلِ تلف ایک ہی ٹکڑے سے بنے ہوئے سوٹ کی ضرورت ہوتی ہے۔ اختیاطات اکثر موجود ہوتے ہیں۔ یہ معمولاً عظمتِ نفس کے، اور بعض اوقات ایذا رسی کے ہوتے ہیں، لیکن عموماً سریع الزوال اور ڈھیلے طور پر منظم ہوتے ہیں۔

(۳) حاد ہذیانی مانیا۔ اس درجہ کا ممیز خاصہ تیرگی شعور ہے۔ انتہائی بے چینی کے ساتھ تمام اقلیموں میں کامل فقدانِ ماحول شناسی ہوتا ہے۔ توجہ نہایت عارضی ہوتی ہے اور غلط شناسی اور توہمات نمایاں ہوتے ہیں۔

مریض کو رویا ر نظر آتے ہیں اور آوازیں سنائی دیتی ہیں' اور یہ سب ایک سریع الزوال اور بے ربط طریق پر ہوتی ہیں۔ طبیعت تمثیلی طور پر فرحاں ہوتی ہے' بہ سرعت وجد یا یاس میں مبدل ہوجاتی ہے' اور پھر اصلی حالت پر آجاتی ہے۔ فعالیت ایسی چیزوں پر مشتمل ہوتی ہے جیسے کہ بلا تحاشا ناچنا' چیخنا اور چلانا' چیزیں ادھر اُدھر پھینکنا' دیواروں اور فرنیچر کو آلودہ کردینا' کپڑے پھاڑ ڈالنا' وغیرہ۔ گفتگو لگاتار جاری رہتی ہے' اور اُس میں ایسی چیزیں شامل ہوتی ہیں جیسے کہ دعا' گالی' التجا' ضلع گوئی' قافیہ سنجی وغیرہ۔ بظاہر معلوم ہوتا ہے کہ مریض کو تکان نہیں ہوتی مگر فی الحقیقت وہ گھلتا رہتا ہے اور بہ آسانی سرایتوں کا شکار ہوجاتا ہے۔ درحقیقت اغلب یہ ہے کہ ہذیانی شدت والے حاد مانیا کی تمام نہیں تو بیشتر امثلہ میں سرایت کے ہمراہ پائی جاتی ہیں اور علامات کی شدت کا سرایت کے ساتھ بہت کچھ تعلق ہوتا ہے۔

انخفاض یا پستی۔ (۱) سادہ ملنچولیا کی حالت میں حزن کیساتھ گفتگو اور فعل دونوں میں فعالیت کی کمی ہوتی ہے (نفسی حرکی اختلاع)۔ کمی بھی ہوتی ہے اور سستی (ملنچولیا) بھی۔ یہ سستی ابتدائی (یعنی کسی فعل کے شروع کرنے میں سستی) اور سرانجامی (یعنی اُس کو پورا کرنے میں سستی) دونوں طرح کی ہوتی ہے۔ تخیل اور گفتگو میں یہ بطور مخصوص موضوعوں کے متعلق زیادہ نمایاں ہوتا ہے ("دردناک خیالات سست ہوتے ہیں")۔ مریض تخیل میں دقت کی شکایت کرتا ہے۔ طبیعت یاس انگیز ہوتی ہے' اور جذباتی کمک کا فقدان ہوتا ہے۔ کسی چیز میں خوشی یا دلچسپی نہیں ہوتی۔ مانیہ خیال نالائقی' معصیت اور ناکامی کے تصورات ظاہر کرتا ہے۔ احتصاری اندیشے' بالخصوص مریض کے عزیز ترین اشخاص کو نقصان پہنچانے کا خوف' اور مذہبی بے ادبی کی نوعیت کے احتصاری خیالات عام ہوتے ہیں۔ ایک نہ ایک درجہ میں موت کی آرزو اور خودکشی کے ارادے عالمگیر ہوتے ہیں' اگرچہ خوش قسمتی سے ملنچولیا ان کو عمل میں لانے کے راستہ میں مزاحم ہوتا ہے۔ مریض کو دنیا اور خود اپنی ذات

عجیب وغریب اور بدلی ہوئی معلوم ہوتی ہے (بےحقیقتی کا احساس)۔ عقلی اور مجمع الحواسی وظائف صحیح وسالم رہتے ہیں، بہ استثنار اس کے کہ ذہنی اعمال بہ حیثیت مجموعی نسبتہً زیادہ سُست ہوجاتے ہیں۔ مریض متفکر یا مشوش نظر آتا ہے، اور بعض اوقات شکایت کرتا ہے کہ رو نہیں سکتا۔ وہ گھٹنوں تقریباً بےحرکت بیٹھا رہتا ہے، اس کا سر جھکا ہوا رہتا ہے اور ہاتھ گھٹنوں پر رکھے ہوئے ہوتے ہیں۔

(۲) حاد انخفاض۔ یہ اور آگے کا درجہ ہے، جس میں امتناع اور بطوء اور بھی زیادہ واضح ہوتے ہیں۔ مریض خود بخود کچھ نہیں کہتا اور کم حرکت کرتا ہے۔ سوالات کے جوابات یک حرفی دیتا ہے۔ اس کی طلعت اور وضع قطع سے ایک غم کی تصویر نظر آتی ہے۔ معاشی، جسمانی اور روحانی بربادی کے اختباطات جاری رہتے ہیں، خواہ اُن کے برعکس کتنی ہی ترغیب دی جائے۔ مریض کو یقین ہوتا ہے کہ جلق یا دوسری بداعمالیوں سے اُس نے خود کو برباد کرلیا ہے، وہ مالی بربادی سے دوچار ہے اور اُس نے اپنے خاندان کو برباد کردیا ہے (اختباطِ افلاس)۔ مراقی اختباطات مبالغہ کے خاصے بلند درجہ پر پہنچ جاتے ہیں: مثلاً یہ کہ آنتوں میں ڈاٹ لگادی گئی ہے، دماغ متکسر ہورہا ہے، اور امعا و احشا سڑ گئے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ ایک حد تک فعلیاتی وظائف کے تغیر پر مبنی ہوں (نیچے ملاحظہ ہو)۔ غذا سے انکار کیا جاتا ہے، اکثر اس وجہ سے کہ مریض خود کو نالائق سمجھتا ہے۔ زیادہ شاذ طور پر وہ سمجھتا ہے کہ غذا زہرآلود ہے، لیکن اس قسم کی ایذارسی کے اختباطات تمثیلی نہیں ہوتے۔ مجمع الحواسی اور عقلی وظائف صحیح وسالم رہتے ہیں، مگر بصیرت کا فقدان ہوتا ہے۔

(۳) انخفاضی ذہول (depressive stupor) میں مریض اپنے مراقی اور خود الزامی اختباطات میں اس قدر کامل طور پر منہمک ہوتا ہے کہ وہ اپنے ماحول میں کسی قسم کی دلچسپی نہیں رکھتا۔ کسی سوال کا جواب نہیں دیتا۔ اُسے نلی کے ذریعہ غذا پہنچانی پڑتی ہے۔ وہ فطری حوائج سے غافل رہتا ہے، جس کا نتیجہ احتباس بول و براز ہوتا ہے۔ عقلی اور مجمع الحواسی وظائف کا امتحان کرنا غیرممکن

796

ہوتا ہے، لیکن عدم دلچسپی کے باعث قدرتاً واقعات حالیہ کے علم میں خلل واقع ہوتا ہے۔

"مخلوط" حالتیں۔ یہ بالخصوص حسب ذیل ہیں:۔ مضطرب، تخفیضیا (agitated depression) یعنی پست مزاجی کے ساتھ جسمانی بیش فعالیت (بے چینی، ہاتھ ملنا، قسمت کو رونا)، مگر تخیل میں پھر بھی بطوء۔ مانیائی ذہول (manic stupor) یعنی فرحانیت کے ساتھ کامل فقدان فعالیت اور ماحول سے بے پروائی۔ مریض اپنی خوش کامی اور اہمیت کے مجوزہ پسند خیالات میں منہمک رہتا ہے۔ عام طور پر صرف یہی دو "مخلوط" حالتیں پائی جاتی ہیں۔ مانیائی ذہول غالباً ہمیشہ پستی اور مانیا کے درمیان، یا اس کے برعکس مانیا اور پستی کے درمیان ایک برزخی درجہ ہوتا ہے۔ لاحاصل مانیا (unproductive mania) (فرحانیت کے ساتھ تخیل کی قلت)، پستی کے ساتھ پرواز خیالات۔ لاحرکی مانیا (فرحانیت کے ساتھ پرواز خیالات مگر حرکی فعالیت کا فقدان)، تشویشی مانیا (anxious mania) (تشویش، نفسی حرکی فعالیت اور پرواز خیالات)، یہ سب نہایت غیر عام ہیں۔ مخلوط حالتوں کی شناخت کی اہمیت بالخصوص مرض کے زیادہ طویل عرصے میں ہوتی ہے جس میں وہ واقع ہوتی ہیں۔

طبیعی علامات۔ نیند بہت کم ہو جاتی ہے اور علاجی تدابیر سے اس پر قابو پانا بہت مشکل ہوتا ہے۔ عدم اشتہا اور غذا سے انکار کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ انخفاضی مریضوں میں نحول پیدا ہو جاتا ہے۔ بیش فعالیت اور غذا کے متعلق بے پروائی یہی نتیجہ مانیائی مریضوں میں پیدا کرتی ہے، باستثنا خفیف مانیائی مریضوں کے، جن میں ممکن ہے کہ وزن کسی قدر بڑھ جائے۔ انخفاضی ہیئت میں تمام افرازات میں کمی ہو جاتی ہے، جس کے ساتھ قبض کا تعلق ہوتا ہے۔ جلد خشک اور کھردری ہو جاتی ہے اور ناخنوں کی بالیدگی ناہموار ہوتی ہے۔ مانیائی ہیجان میں اس کے برعکس حالات پائے جاتے ہیں۔ تحول (جس کی پیمائش تبادلۂ گیس سے کی جاتی ہے)، بولی افراز، فشارِ خون، وغیرہ کوئی ممیز تغیر نہیں ظاہر کرتے۔ طمث میں اکثر اوقات اختلال واقع ہو جاتا ہے، جیسا کہ تمام ذہنی عوارض میں

ہوتا ہے۔ اِس دارالنفس سے شفایابی سے پہلے اکثر اوقات اِن طبیعی علامات میں اصلاح نظر آنے لگتی ہے۔ بعض مانیائی مریضوں میں بیشِ درقیت (hyperthyroidism) کی جزئی دلالتیں ظاہر ہوتی ہیں۔ بعض انخفاضی مریضوں میں سکری تحملی منحنی میں دیر سے سقوط واقع ہوتا ہے۔

عمر اور انذار ۔ انفرادی حملوں کے بعد طبیعت کی بحالی اور توالی مخصوص خصایص ہیں۔ کم از کم مریضوں کی نصف تعداد میں دوسرا حملہ ہوتا ہے بعض مریضوں میں تقریباً ہر سال توالی ہوتی ہے۔ تقریباً پچاس فی صدی مریضوں میں صرف انخفاضی حملے ہوتے ہیں، اور سولہ فی صدی مریضوں میں صرف مانیائی حملے ہوتے ہیں۔ باقیماندہ مریضوں میں کسی نہ کسی وقت دونوں قسم کے حملے ہوتے رہیں۔ مانیائی اور انخفاضی حملے فی الفور ایک دوسرے کی توالی کرتے ہیں (جنونِ شدید = circular insanity) یا کچھ وقفہ کے بعد (جنونِ متبادل = alternating insanity)۔ انخفاضی حملے ایک دوسرے کی توالی کرتے ہیں، (متوالی انخفاض = recurrent depression) اور اسی طرح مانیائی حملے بھی ایک دوسرے کی توالی کرتے ہیں (متوالی مانیا = recurrent mania)۔ ایک حملہ کی مدت چار پانچ دن سے لے کر سالہا سال ہو سکتی ہے۔ شفایابی چودہ سال کے بعد بھی ہو سکتی ہے۔ حملوں کے درمیان کا وقفہ نہایت طویل یعنی چوالیس سال تک دیکھا گیا ہے۔ توالی کے ساتھ افاقے کے وقفے زیادہ مختصر اور انفرادی حملے زیادہ طویل ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، یہاں تک کہ بعض اوقات مرض مسلسل ہو جاتا ہے۔ جب حملے بار بار ہو چکتے ہیں تو ذہنی ضعف کی ایک اختتامی حالت واقع ہو جانا ممکن ہے۔ یہ حالت خفیف انخفاض کی ہوتی ہے، جس میں دلچسپی بہت کم اور فعالیت بہت کم ہوتی ہے۔ تھوڑے مریض مزمن مانیا کی حالت میں رہ جاتے ہیں، اور یہ خاص کر ادھیڑ عمر سے اوپر والے ہوتے ہیں۔ یہ مریض بیش فعال اور خواہ مخواہ مصروف رہنے والے ہوتے ہیں، اور اگر ان کی مزاحمت کی جائے تو ان کے جھگڑالو، شریر اور چڑچڑے ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ یہ بہت باتیں بناتے اور شیخی بگھارتے ہیں، اور اس قدر شاداں نہیں ہوتے جس قدر کہ فخر و مباہات کے عادی اور سادہ لوح۔ وہ لطیف احساسات کا

فقدان ظاہر کرتے ہیں' بھونڈے مذاق کرتے ہیں' بسیار خوری کے عادی ہوتے ہیں' اور اپنی حالت کی حقیقت سے ناواقف ہوتے ہیں۔ وہ اکثر خود کو عجیب و غریب طور پر بناتے سنگارتے اور کوڑا کرکٹ جمع کرتے ہیں۔ مزمن مانیا کی تشخیص میں سن اور شدید مورو ثی لوث عامل خیال کئے جاتے ہیں۔

علاج ۔ خاص مقاصد یہ ہیں کہ مریض کو خود اپنے آپ سے انحطاط کی حالت میں خودکشی سے' اور مانیائی جوش و ہیجان کی حالت میں خستگی سے' یا اضطراری تشدد کی وجہ سے پہنچنے والے تضررات سے محفوظ رکھا جائے' کافی نیند اور تغذیہ بہم پہنچایا جائے اور اخراج کو زیادہ کیا جائے۔ خودکشی کی روک تھام کے لئے تربیت یافتہ ممرضات کے ذریعہ دائمی نگرانی لازمی ہے۔ ضروری ہے کہ چاقو' رسیاں' اور تمام ضرر رساں وسائل و آلات دور کر دیئے جائیں۔ تاوقتیکہ گھر پر وسیع انتظامات نہ کئے جاسکیں' مریض کو کسی خاص شفاخانہ میں منتقل کر دینا ضروری ہے۔ خستگی کے حفظ ماتقدم کے لئے آبی علاج کرنا (مسلسل تغسیل اور اغطیہ) کھلی ہوا میں مریض کے انتظام کے ساتھ مریض کو بستر میں لٹائے رکھنا' اور سکون و آرام بہم پہنچانا چاہئے۔ اگر ان طریقوں سے کافی نیند نہ آئے تو میڈینال (medinal)' پیرالڈی ہائیڈ (paraldehyde)' کلورل اور برومائیڈ (chloral & bromide)' اور اگر ضرورت ہو تو ہیوسین (hyoscine) دیکر نیند کی مقدار بڑھائی جاسکتی ہے۔ غذا کھلانے کیلئے ممرضہ کی ذاتی نگرانی کی ضرورت ہے۔ جہاں کہیں غذا سے اڑتالیس گھنٹے سے زائد تک انکار ہو تو نلی کے ذریعہ سے غذا پہنچانی چاہئے۔

مانیائی مریض کے منہ سے نکلے ہوئے کلمات کے غور و مطالعہ سے اکثر اس امر کا پتہ چل جائے گا کہ اس کے مرض کی پیدائش میں کون کون سے بار کار فرما رہے ہیں۔ یہ مطالعہ علاج مابعد میں بھی مفید مطلب ہوگا' جب کہ شفایابی کے بعد توالی کے حفظ ماتقدم کے خیال سے مریض کو سبب مرض کے متعلق صاف و صریح طور پر سمجھانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ گو اس وقت اشتغاصی مریض کے لئے تشفی اور اطمینان دلانا چنداں کارآمد نہ معلوم ہوگا' تاہم ایسا کرنا اکثر ایک مفید ذریعہ تقویت

ہوتا ہے۔ اس امر کا ادعا کیا گیا ہے کہ زیادہ پیچیدہ قسم کے نفسیاتی علاج سے حملۂ مرض کو آرام ہوسکتا ہے، مگر قرین عقل عموماً یہی ہے کہ مشدد نفسیاتی علاج کو ایک حفظ ماتقدمی تدبیر کے طور پر محض درمیانی وقفوں تک محدود رکھا جائے۔
بظاہر شفایابی کے بعد کچھ عرصہ تک مریض کی نگرانی احتیاط کے ساتھ کرنی چاہیے، کیونکہ دوسری ہیئت طاری ہوجانے کے امکانات ہوتے ہیں۔

حکشی مالنخولیا
(involutional melancholia)

یہ، جیسا کہ اس کے نام سے ظاہر ہے، زندگی کے حکشی زمانہ میں، چوتھے یا پانچویں عاشورہ میں ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات ایسی ہی علاماتیا والی اصابتیں اس زمانہ سے پہلے بھی واقع ہوجاتی ہیں۔ اس کا ممیز خاصہ انخفاض ہے، جس کے ساتھ تشویش و اندیشہ، اور مراقی، ایذارسی اور اعدامتی قسم کے اختباطات ہوتے ہیں۔ اس امر کے متعلق بہت کچھ بحث و تحیص رہی ہے کہ آیا حکشی مالنخولیا محض ایک مانیائی انخفاضی داء النفس ہے جو حکشی زمانہ میں واقع ہوتا ہے اور جس پر آخری عمر کے تبدیل شدہ مطمحِ نظر کا رنگ چڑھ جاتا ہے۔ بیان کیا گیا ہے کہ اکثر مانیائی انخفاضی قسم کے خفیف ماسبق حملوں کی سرگذشت موجود ہوتی ہے، اور یہ کہ حکشی مالنخولیا میں مانیائی انخفاضی داء النفس کے تمام مخصوص علامات ظاہر ہوتے ہیں۔ مستزاد برآں ایک تہائی مریضوں میں یہ حالت شفاپذیر ہوتی ہے۔ لیکن حکشی مالنخولیا اس کا مستحق ہے کہ اس پر علیحدہ طور پر غور کیا جائے کیونکہ اس کی علاماتیات اور عام عمر کافی طور پر ممیز ہیں۔ ایک اضطرابی قسم کا انخفاض خاص طور پر عام ہے۔ اس کا امکان ہوتا ہے کہ اس کا مرض ایک سال اور اکثر سالہا سال کا طول کھینچے، لیکن اس پیچیدہ ادار کو اس زمانہ کے انحطاطی طبیعی تغیرات (شریانی صلابت اور ابتدائی شیخوخی تغیرات وغیرہ) محض بالواسطہ طور پر خراب بنا دیتے ہیں۔

بحث اسباب۔ بیرونی بار کا تعلق اس گروہ میں خالص طور پر واضح ہے۔ ایک شخص جو اب تک قائم مزاج رہنے میں کامیاب رہا ہے، جب وہ

مالی مشکلات، جسمانی مرض کی حوصلہ شکن یاس، رشتہ داروں کی موت، یا کسی مشکل خانگی موقعہ سے دوچار ہوتا ہے تو بالآخر ہمت ہار جاتا ہے۔ ذکور مریضوں میں اکثر فشل مردمی بھی ایک سبب مہمل ہے، جس کی موجودگی کا علم بظاہر زیادہ عمر یا شادی کرنے کے بعد ہوتا ہے۔ شخصیت کی قسم بھی ایک عامل ہے، اور خاموش تنہائی پسند اشخاص خودکشی مالیخولیائی مرض میں غیر متناسب تواتر کے ساتھ مبتلا ہوجاتے ہیں۔ اس سے بعض علامات کی اصلیت پر روشنی پڑتی ہے، بالخصوص ایذارسی کے اختباطات، منفیت، تکرار اور توہمات پر جو بعض اوقات پیدا ہوجاتے ہیں۔ اُن اشخاص میں بھی خودکشی اشخاص پیدا ہوجانے کا رجحان ہوتا ہے جو فکر و تشویش میں مبتلا رہنے کے عادی اور قنوطی طبیعت کے ہوتے ہیں اور معمولی سی بات کو ہمیشہ اہم اور مخدوش سمجھتے ہیں اور عادتاً انہی مشکلات کا نئے سرے سے مقابلہ کیا کرتے ہیں، لیکن ممیز ترین علامات (یعنے افلاس، قریب الوقوع موت اور جسمانی مرض کے اختباطات) بڑھتی ہوئی عمر کے تغیر پذیر مطمح نظر کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اکثر ذہنی ناقیام پذیری کا موروثی لوث نمایاں طور پر موجود ہوتا ہے۔ دونوں جنسیں قریب قریب مساوی طور پر مبتلا ہوتی ہیں (۱۵ فی صدی مریض مستورات ہوتی ہیں)۔

نفسی امراضیات ۔ زیادتی سن و سال کے ساتھ جو نفسیاتی تغیر طبعی طور پر واقع ہوتا ہے، اُس پر غور کرنے سے علامات کے سمجھنے میں مدد ملیگی۔ توانائی کی کمی کے ساتھ کام کی قابلیت میں کمی ہوتی جاتی ہے اور ساتھ ہی دلچسپی بیرونی دنیا سے ہٹ کر اپنی ذات کے طرف مرکوز ہوجاتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اپنی صحت کے متعلق زیادہ سے زیادہ دلچسپی کا اظہار ہوتا ہے، اور موت کو بڑھتا ہوا امکان تصور کیا جاتا ہے۔ اُن عزیز امنگوں اور آرزوؤں کو جو پوری نہیں ہوئی ہیں ترک کرنا پڑتا ہے۔ یادِ ماضی اور جدت گریزی (misoneism) عادت بن جاتے ہیں ("پہلا زمانہ کیا اچھا تھا")۔ ان حالات سے بالآخر انا مرکزیت پیدا ہوتی ہے، جو نمو یافتہ دارالنفس میں، جذباتی محبیت کی کمی اور حقیقی چڑچڑے پن کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ مراق اس کے مظاہر میں سے ایک مظہر ہے، جو صحت کے متعلق فکر و اندیشہ کا

مبالغہ ہوتا ہے' اور مالی افکار سے خست اور افلاس کے اختباطات پیدا ہو جاتے ہیں۔ خود مریض یا اس کے بچوں کے متعلق عزیز آرزوؤں اور امنگوں کی ناکامی سے انخفاض پیدا ہو جاتا ہے۔ اس امر کو تسلیم کرنے سے گریز کہ مستقبل اپنے اندر ہلاکت کا سامان رکھتا ہے' دار النفس میں موت کے خوف کی صورت اختیار کرتا ہے اور موت ڈراؤنی نظر آتی ہے۔ یہاں ایک اور مزید اہم عامل داخل ہو جاتا ہے اور وہ یہ کہ قوی جذباتی رنگ رکھنے والے تصورات' جنھیں ایک نوعمر تندرست شخص کنظم کر کے پس پردہ رکھ سکتا ہے' میدانِ شعور میں داخل ہو جانے کا امکان رکھتے ہیں' اور یہ جس شکل میں ایسا ہوتے ہیں وہ اس وجہ سے اور بھی زیادہ تکلیف دہ ہوتی ہے کہ کنظم کر نیکے عمل میں وہ مسخ ہو گئے ہوتے ہیں۔ حقیقی یا محض خیالی صنفی یا دوسری بدکاریوں کے متعلق عرصہ دراز کی خطاکاری کے احساسات' اپنی نالائقی کے اختباطات اور جلد آنے والی سزا (عذاب' جہنم واصل ہونا وغیرہ) کا خوف پیدا کر دیتے ہیں۔ مراقی اختباطات بھی اکثر اوقات خطاکاری کے احساس پر مبنی ہوتے ہیں' مثلاً یہ کہ بعض اعمال' (مثلاً جلق) نے میری صحت کو برباد کر دیا ہے۔ زندگی سے عدم دلچسپی' جو ترقی پذیر انانیت سے ظاہر ہوتی ہے' موت کی آرزو پر بھی مشتمل ہوتی ہے۔ اس کے برعکس انانیت موت کے خیال کو ناپسند کرتی ہے۔ اسی واسطے یہ مریض موت کے آرزومند بھی ہوتے ہیں اور اس سے خائف بھی۔ اسی وجہ سے ان مریضوں میں ایسے متضاد علامات کا اختلاط پایا جاتا ہے' جیسے کہ قریب الوقوع موت کے اختباطات اور اقدام خودکشی۔ عدم دلچسپی کی تکلیل سے اعدامیتی اختباطات پیدا ہو جاتے ہیں' مثلاً یہ کہ کوئی چیز موجود نہیں' دوسرے سب مر گئے ہیں' کوئی چیز حقیقی نہیں۔

ذہنی علامات۔ مریض طویل عرصہ بے خوابی' بےچینی' پریشانی اور درد سر کے ساتھ گذارنے کے بعد معین طور پر منخفض اور عموماً فکرمند ہو جاتا ہے۔ اس انخفاض کے ساتھ اپنی نالائقی کے تصورات موجود ہوتے ہیں' اور یہ اکثر ناقابلِ معافی گناہ کے اختباطات کی شدت اختیار کر لیتے ہیں' جو نمایاں اور مخیر طور پر نوعمری کی جلق زنی کے متعلق ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض اس انخفاض کو خو

چھپا ہوا رکھے ۔ چنانچہ ممکن ہے کہ وہ دوران گفتگو میں مسکراتا رہے اور تھوڑے عرصے بعد اِقدام خودکشی کرے ۔ انخفاض اور اندیشہ کی زیادتی مسلسل اضطراب پیدا کردیتی ہے' اور مریض اِدھر اُدھر جاتا' اپنے ہاتھ ملتا' ناخن کترتا' روتا' واویلا کرتا' اپنی پیشانی کو دباتا' آہیں بھرتا' ناخنوں کو اپنے ہاتھوں یا حلق میں گڑوتا اور اپنے بالوں کو نوچتا ہے ۔ ممکن ہے کہ یہ حالت مسلسل ہو' یا اس میں تسلیم ورضا یا بظاہر حقیقی بشاشی بلکہ (شاذ صورتوں میں) فرحانیت کے وقفے واقع ہوں۔ اکثر ایک تکراری فعالیت ہوتی ہے' مثلاً خاطرجمعی کرنے کے لئے متواتر استدعاء "کیا وہ مجھے یہاں سے لیجائیں گے ؟" مریض قریب الوقوع ایذا رسی کے اختباطات ظاہر کرتا ہے' جو اکثر عجیب وغریب قسم کے ہوتے ہیں ۔ مثلاً اس قسم کے کہ اُسے گولی ماردی جائے گی' پھانسی لگادی جائے گی' زندہ بھونا جائیگا' وغیرہ ۔

معلوم ہوتا ہے کہ اس فعالیت کا انحصار بڑی حد تک اختباطی مافیہ کی نوعیت پر ہے ۔ مندرجۂ بالا بیان کا اطلاق انخفاضِ اضطرابی پر ہوتا ہے ۔ دوسری اصابتوں میں مراقی اختباطات سب سے زیادہ ممیز خاصہ ہوتے ہیں ۔ علاوہ بریں مریض ایک عجیب بے سروپا قسم کی مبالغہ آمیزی کرتا ہے جو غالباً استعارہ کی اہمیت رکھتی ہے ۔ آنتیں سڑگئی ہیں' دماغ بھوسا ہے' وغیرہ۔ دوسری اصابتوں میں ایک پُرسکون عدم فعالیت کے ساتھ یہ عدامتی ایقان موجود ہوتا ہے کہ ساری دنیا مرگئی ہے' سع (یا بجز) مریض کے ۔ اِن کاہل وجود مجہول یا بطئی الحرکت مریضوں میں ممکن ہے کہ سوالات کا جواب دینے میں کسیقدر سستی ہو' اور جوابات یک حرفی ہوتے ہیں ۔ یہ حالت مانیائی انخفاضی ود ا النفس سے قریبی مشابہت رکھتی ہے ۔ دوسرے مریض ایسے اختباطات کے زیر اثر کہ ہیں کھانا یا بولنا نہیں چاہیئے (اختباطی ضبط)' جن کی تائید اکثر اسی قسم کے توہمی احکام سے ہوتی ہے' سوالات کا جواب بالکل نہیں دیتے (گونگا پن) اور غذا لینے سے اِنکار کرتے ہیں ۔ عموماً تخیل کی دقت کی کوئی شکایت نہیں ہوتی ۔ لیکن بعض مریض حیرانی کی شکایت کرتے ہیں' لیتنے جو کچھ دیکھتے ہیں اُسے سمجھ نہیں سکتے ۔

عقلی اور مجمع الاحساسی وظائف میں خرابی نہیں ہوتی باستثنائے اُن اشخاص کے جن کو انتہائی اضطراب ہو اور جن میں ڈراؤنے توہمات کے ساتھ تیرگیٔ شعور ظاہر ہو۔ یہاں ایک ستی اضافہ کا شبہ کرنا چاہیئے۔

ایسے مریضوں میں خودکشی کے خطرہ کو ہمیشہ پیشِ نظر رکھنا چاہیئے۔ یہ حکشی انخفاض میں بہ نسبت کسی دوسرے دا ءالنفس کے زیادہ عام ہے۔

طبیعی امارات حسب ذیل ہوتے ہیں :— نحول، قبض، بیش فاعلی رگبی جھٹکے، ہاتھوں کے رعشے، اور ساتھ ہی پیرانہ سالی کے طبعی لوازم بالخصوص شریانی صلابت۔

عمر اور انذار ۔ اکثر علامات کی شدت میں بہت کمی بیشی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ایک بظاہر صحتیاب ہوتا ہوا مریض خودکشی کرلے۔ مرکم ازکم چھیتوں سے برسوں کا طول کھینچتا ہے۔ آٹھ سال کے بعد بھی شفا ہوگئی ہے۔ انذار کا انحصار وجدانی حالت پر ہوتا ہے۔ انخفاض اور تشویش کا جذباتی اختلال تصویر میں جس قدر زیادہ ہو مستقبل اسیقدر امید افزا ہوتا ہے۔ چڑچڑا پن اور نمایاں مراقی مشغول ذہنی منحوس سمجھے جاتے ہیں۔ پیرانہ قشری خرابی (نقصِ حافظہ) کے یا ماسکی شریان صلابتی دماغی مرض کے امارات کی موجودگی انذار کو خراب بنا دیتی ہے۔

عـــلاج ۔ دو اصول رہنمائی کرتے ہیں :— جسمانی طاقت کو برقرار رکھنا اور خودکشی کو روکنا۔ اِن دونوں کے لئے ہمیشہ نگرانی کی ضرورت ہوتی ہے۔ دوسرے کے یہ معنی ہیں کہ مریض کو دن رات تنہا نہیں چھوڑا جا سکتا۔ اسی واسطے تاوقتیکہ مریض کے ذرائع آمدنی استقدر کافی نہوں کہ گھر پر دن رات ممرضہ کا انتظام ممکن ہو کسی شفاخانہ امراضِ دماغی میں علاج کرانا ضروری ہے۔ ابتداءً تغذیہ میں آسانی کے لئے بستر میں آرام ضروری ہے۔ اگر علاج کھلی ہوا میں عمل میں لایا جاسکے تو بے چینی پر اچھا اثر پڑتا ہے۔ اگر مریض غذا سے انکار کرے تو انبوبی تغذیہ سے کام لینا چاہیئے۔ نیند لانے کے معمولی طریقے استعمال میں لائے جا سکتے ہیں لیکن مریض کی کمزوری اور اُس کی فاعلی مزاحمت کے باعث آبی علاج کی مداہنیر

اکثر ممنوع ہوتی ہیں۔ جسمانی حالت کی بحالی کے بعد سادہ مشاغل تجویز کرنا چاہئیں۔ بعض اوقات یہ مریض کی نقاہت میں پہلا قدم ثابت ہوتے ہیں۔ نفسیاتی علاج سادہ قسم کا ہونا چاہیئے۔ ممکن ہے کہ زیادہ گہرا کریدنے کا یہ نتیجہ ہو کہ مریض کی طبیعت خطرناک طور پر الٹ پلٹ ہو جائے۔

انشقاق الذہنی تعامل والے اقسام

عتاہت مبادر (dementia præcox)

انشقاق الذہن کے مریض شفاخانہ جات امراضِ دماغی کے داخلوں کے پچیس فی صدی، اور ان کی مستقل آبادی کے چالیس فی صدی ہوتے ہیں۔ اس کیفیت مختلف العناصر سریری مواد کو ابتداءً کریپیلن (Kraepelin) نے ایک زمرہ میں جمع کیا اور ان کے لئے "عتاہتِ مبادر" (dementia præcox) کا نام تجویز کیا لیکن بلیولر (Bleuler) کا تجویز کردہ نام "انشقاق ذہن" (''schizophrenia'') مختلف وجوہات کی بنا پر قابلِ ترجیح ہے:۔ اولاً یہ کہ اس قسم کے بہت سے مریض معتوہ نہیں ہوتے، بلکہ بعض کامل طور پر اور بعض جزئی طور پر شفایاب ہوجاتے ہیں۔ دوم یہ کہ "مبادر" صحیح تعریف نہیں ہے، کیونکہ اس حالت کا ابتدائی زندگی میں واقع ہونا لازمی نہیں، اور نہ عتاہت، جب کہ وہ واقع ہوتی ہے، ہمیشہ سرعت کے ساتھ لاحق ہوتی ہے۔ اور بالآخر یہ کہ انشقاق ذہن کے مادّہ کا مفہوم ("ذہن کا پھٹ جانا") اس حالت کو بیان کرنے کے لئے جسے بعض اوقات بنیادی انشقاق الذہنی عمل یعنے مختلف ذہنی وظائف کے درمیان معمولی ہم آہنگ اشتراکِ عمل کا فقدان سمجھا جاتا ہے، نہایت موزوں ہے۔ "انشقاق الذہن" کی اصطلاح کو وسعت دے کر تقریباً ہر ایسے داء النفس پر جس کا کوئی قابلِ ثبوت عضوی مبدا نہ ہو، اور جو انیا، یختنقی یا دوارا النفس کے تحت شامل نہ ہو سکے، محتوی کرنے کا رجحان رہا ہے۔ مگر یہ امر قابلِ مذمت ہے، اگرچہ دوسرے ادواء النفس میں انشقاق الذہنی علامات کی پیچیدگی کا ذکر کرنا رائج ہے اور اس کی

اجازت بھی ہے (7)۔

تعریف ۔ انشقاق الذہن ایک تغیر پر مشتمل ہے، جو عام طور پر (نہ کہ ہمیشہ) ترقی پاکر مریض کی شخصیت میں ایک کم و بیش گہری اور مستقل خرابی پیدا کر دیتا ہے۔ یہ عمل احساس، تخیل، اور طرز عمل میں تغیر کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے، جس سے ایک طرف تو بیرونی دنیا سے بظاہر بے پروائی کا برتاؤ، اور دوسری طرف بعض ذہنی اعمال میں ایک اندرونی بے نظمی، خاص کر احساس اور تخیل کے درمیان ایک ناہم آہنگی پیدا ہو جاتی ہے، لیکن عقلی اور مجمع الاحساسی وظائف (حافظہ، فہم اور ماحول شناسی) صحیح اور محفوظ رہتے ہیں۔

800

بحث اسباب ۔ حدوث :۔ بالعموم یہ حالت ابتدائے زمانۂ ریعان میں ظاہر ہوتی ہے۔ اسی بنا پر کلاؤسٹن (Clouston) نے اس کے لئے "ریعانی جنون" ("adolescent insanity") کی اصطلاح تجویز کی۔ اسکے بیشتر مریض بیس اور چالیس سال کی عمر کے درمیان امراض دماغ کے شفاخانوں میں داخل ہوتے ہیں، لیکن اس سے یہ کسی طرح لازم نہیں آتا کہ یہ ابتدائے مرض کے زمانہ میں ہی داخل ہوتے ہیں۔ انشقاق الذہن ابتدائی عمر یعنے چار سال کے سن میں بھی ہوتا پایا گیا ہے، اور انشقاق الذہنی علامات کی رنگ آمیزی دوسرے ادوار النفس میں آخری عمر یعنے پیرانہ سالی تک میں پائی گئی ہے۔ لیکن انشقاق الذہن اس مفہوم میں جو اوپر بیان کیا گیا ہے پینتالیس سال کی عمر کے بعد غیر عام ہے۔ عورتوں کی نسبت مرد زیادہ اکثر مبتلا ہوتے ہیں (۱۲۰۸ فی لاکھ آبادی کے مقابلہ میں ۱۶ فی لاکھ)۔ اس واقعہ سے کہ انشقاق الذہن دیہاتی اضلاع کے مقابلہ میں شہروں میں اور ریاستہائے متحدہ کی ملکی پیدائشی آبادی کی نسبت غیر ملکی پیدائشی آبادی میں زیادہ کثیر الوقوع ہے، اس خیال کی کسیقدر تائید ہوتی ہے کہ انشقاق الذہن توافق میں خاص بار پڑنے کا تعامل ہے۔ اس امر کی کچھ نا تمام شہادت موجود ہے کہ نسل اور جائے پیدائش عاملات معتدہ ہیں، مثلاً یہ کہ سلافی قومیں (Slavonic races) انشقاق الذہنی تعاملات کی نسبتہً زیادہ مستعد اور کھتی ہیں۔

موروثی لوث [ادوارالنفس' عصبی امراض' الکحلیت' صرع' شیخوخی عتاہت (senile dementia)' غیر معمولی کردار اور خودکشی کی شکل میں] معمولی اشخاص کے اسلاف کی نسبت مشقوق الذہن اشخاص کے اسلاف میں زیادہ غالب ہوتا ہے۔ ادوارالنفس آباد اجداد اور ہم جدّی افراد میں خاص طور پر کثیرالوقوع ہیں' اور معمولی اشخاص کے اسلاف کی نسبت اِن میں سہ گنا زیادہ عام ہوتے ہیں مشقوق الذہن اشخاص سے خون کا رشتہ رکھنے والوں میں معین ادوارالنفس کے علاوہ مزاج اور کردار کی غیر طبعی حالتیں نمایاں طور پر عام ہوتی ہیں۔ لیکن سب سے زیادہ گہرا لوث بالواسطہ (ہم جدّی) اسلاف میں اور اجداد میں ہوتا ہے۔ انشقاق الذہنی عارضہ پیدا کرنے میں الکحل بہت کم اثر رکھتی ہے یا کوئی راست اثر نہیں رکھتی۔ بعض اوقات وہ اس طرح عامل ہوتی ہے کہ گویا مخفی انشقاقی رجحانات کو رہا کر دیتی ہے۔ زیادہ اکثر الکحلیت انشقاق الذہن کی ایک علامت ہوتی ہے' اور وہ شخص جو پہلے ہی سے ذہنی مرض میں مبتلا ہے اُسے اختیار کر لیتا ہے۔

انشقاق الذہن کی تسبیب کے متعلق کثیرالتعداد نظریات ہیں۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ انشقاق الذہنی ادوارالنفس کسی تحولی اختلال کسی قسم کی موجودگی' یا ساختِ دماغ کے مرض سے' یا ماسکی عفونت' اور اُس سے پیدا ہو جانے والی مرکزی عصبی نظام کی سمومیت سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ بھی خیال کیا گیا ہے کہ یہ ادوارالنفس عام طور پر جسم کے خلیات' اور خاص کر دماغ کے مخی خلیات اور دروں افرازی غدد (بالخصوص خصیتین) کے خلیات کے "عمومی تہقری ذبول" کا مظاہرہ ہے۔ لیکن تاحال ان نظریات میں سے کسی نظریہ کو مسلمہ توجیہ کی حیثیت حاصل نہیں ہوئی۔

اغلب ہے کہ ایک بنیٔی استعداد یا سبق موجود ہوتی ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ جسمانی لحاظ سے یہ اس سے ثابت ہوتا ہے کہ مشقوق الذہن اشخاص کی جسمانی ساخت بیشتر اوقات "بدقوارہ" ("dysplastic") قسم کی ہوتی ہے۔ نیز اس سے کہ بعد الممات امتحان میں اِن اصابتوں کی اکثریت میں بہت سے احشار کی ناقص تکوین پائی جاتی ہے اور ساتھ ہی مزمن التہابی اضرار کا حدوث

غیر معمولی طور پر زیادہ ہوتا ہے۔

انشقاق الذہن کے سریری مظاہر سے زیادہ راست تعلق اُن خصائص شخصیت کا ہے جو اکثر بین انشقاق الذہنی علامات کے آغاز سے پہلے موجود ہوتے ہیں۔ یہ تسلیم کر لیا گیا ہے کہ ایک خاص قسم کے شخص میں انشقاق الذہنی علامات کے نمو کی صلاحیت دوسروں کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ اِس قسم کی شخصیت کو بند (shut-in) مشقوق (schizoid)، مرتجع الباطن (introvert) یا خود عاشق (narcissistic) کہتے ہیں۔ ان اصطلاحات میں معنوں کا باریک فرق ہے، مگر یہ سب ایک ہی جماعت کے اشخاص پر دلالت کرتی ہیں۔ "بند" شخصیت مشقوق الذہن اصابتوں کے تقریباً دو ثلث میں موجود ہوتی ہے۔ یہ مریض ہمیشہ شرمیلے، تنہائی پسند، کم گو، مشکل سے اثر قبول کرنے والے، ذکی الحس اور ضدی ہوتے ہیں۔ انھیں اوسط اشخاص کی خوش کامیوں اور مشاغل سے کوئی دلچسپی نہیں ہوتی، بلکہ اس کے بجائے وہ ایک خیالی عالم میں رہتے ہیں۔ دوسری خصوصیات بھی موجود ہوتی ہیں، مثلاً جذبات کا اوپری ہونا، اپنے ماحول کے لئے بے التفاتی، غیر معمولی ضابطہ پرستی اور ناقص التوازن جنسی جبلت۔ S01

اس قسم کا مزاج ایک کامل انشقاق الذہنی دارالنفس میں کیونکر متغیر ہوتا ہے؟ اس دارالنفس کو ماحولی اور اندرونی باروں کے بد توافق تعاملات کا نتیجہ سمجھا جاتا ہے جو ایک طویل عرصہ تک جاری رہے ہوں۔ فرد متعلق بجائے اس کے کہ اپنی مشکلات و مسائل کا ایمانداری کے ساتھ مقابلہ کرے اُن سے جی چُراتا ہے اور چالبازیوں، مثلاً نسیان، عیب چینی، خیالی پلاؤ پکانے، دعا مانگنے اور دوسری ترکیبوں سے کام لیتا ہے (ابدالی تعاملات substitutive reactions:)۔ بدقسمتی سے یہ چالبازیاں اپنے آپ میں خود روی اختیار کرنے کا (یعنے خود بخود سرزد ہو جانے کا) رجحان رکھتی ہیں، پھر ان سے زیادہ جلد جلد کام لیا جاتا ہے (خرابیٔ عادت = habit deterioration)، اور بالآخر کم و بیش یہ حالت ہو جاتی ہے کہ ان پر کوئی قابو نہیں رہتا۔ یہ واقعہ کہ انشقاق الذہنی دارالنفس کا آغاز دفعتہً ہو سکتا ہے اِس رائے کا منافی نہیں۔ یہ ناگہانی حدوث

متناظر ہے تعویض کی شکست کے، جو کسی شخص میں جس کا مضرت رسیدہ قلب اب تک اپنے افعال تشفی بخش طور پر انجام دیتا رہا ہے، بُہر، ازیما، وغیرہ پیدا کر دیتی ہے۔ اس نظریہ کی بنا پر کسی نوعی مرضی ذات کی موجودگی خارج از بحث ہے۔ ہر فرد بذاتہٖ ایک جداگانہ مرض کی حیثیت رکھتا ہے۔ اس سے وہ عام مشابہتیں خارج از بحث نہیں ہوتیں، جن کی بنا پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ افراد کے ایک گروہ میں بعض مرضی تعاملات مشترک طور پر موجود ہیں، جو انشقاق الذہنی تعاملی اقسام کا خاصّہ ہوتے ہیں۔ جس طرح کہ بعض اشخاص متعدد اقسام میں سے ایک قسم کا طبیعی نمو حاصل کرتے ہیں، اسی طرح بعض اشخاص ذہنی مرض میں مبتلا ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اسی طرح ناگزیر بدعتاہت کا خیال ہرگز درست نہیں۔ بات صرف اتنی ہی ہے کہ بعض تعاملات کا استعمال اس قدر مضرت رساں ہے کہ اگر اُن کی عادت پڑ جائے تو طبیعی حالت کا عود بمشکل ممکن ہے (2)۔

نفسی امراضیات۔ فتور تخیّل، جس کی وجہ سے ایسے کلمات زبان سے نکلتے ہیں جو اکثر واہی تباہی معلوم ہوتے ہیں، بہت سے مشقوق الذہن مریضوں کا ایک نمایاں سریری مظہر ہوتا ہے۔ یہ امر چنداں تعجب خیز نہیں، جب کہ یہ یاد رکھا جائے کہ ان میں سے بہت سے مریضوں میں دوسرے اشخاص سے بات چیت کرنے کی خواہش بالکل مفقود ہوتی ہے اور اسی واسطے انھیں اپنا مطلب سمجھانے کی ضرورت ہی نہیں ہوتی۔ چنانچہ وہ اپنی نجی زبان استعمال کر سکتے ہیں اور اسی میں راضی رہتے ہیں۔ مزید برآں شخصیت کا وہ تکسّر جو مشقوق الذہن اشخاص میں واقع ہوتا ہے، یہ معنی رکھتا ہے کہ بہت سے جذبات اور رجحانات جو طبعاً لاشعوری رہتے ہیں اُن کا شعوری اظہار ہونے لگتا ہے، اور یہ یا تو بلاواسطہ ہوتا ہے، مثلاً عظمت نفس کے سادہ اختیاطات "جو جاہ طلبانہ خیالی پلاؤں کا (جو عام طور پر سب آدمی پکاتے رہتے ہیں) سادگی آمیز اظہار ہے"، یا اختباطات محبوبیت جو عورتوں کا حصہ ہیں۔ یا بالواسطہ ہوتا ہے، مثلاً ایذا رسی کے توسیّا یا اختباطات، جو لاشعوری رجحانات، اور اُن کے کنظم کی کوشش" دونوں کا مجموعی نتیجہ ہوتے ہیں، جن کا انجام یہ ہوتا ہے کہ یہ رجحانات محض ایک محدود و مسخ شدہ

اظہار کی حد تک پہنچتے ہیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ کسی دوسرے شخص کے متعلق ہم جنسی پسندیدگی کا شعوری اظہار اِس اختباط کی صورت میں ہونے لگے کہ وہ دوسرا شخص ایذا رسانی (نفرت) کر رہا ہے۔

ایک دوسری صفت جس کی وجہ سے مشقوق الذہن کے ذہنی اعمال اس قدر بے ترتیب نظر آنے لگتے ہیں، رمز اور کنایہ کا استعمال ہے جس میں اس کے خیالات چھپے رہتے ہیں۔ اس اخفا کی نوعیت یا تو یہ ہوتی ہے کہ وہ کتم کرنے کی کوشش کرتا ہے، یعنی اپنی ذات کے اندر کے بعض رجحانات کے اعتراف سے انکار کرتا ہے یا اسے اُس قسم کے تخیل کی طرف تقہقر (یعنی ایک نسبتۃً ابتدائی درجہ کی طرف عود) سمجھنا چاہیے جو ابتدائی اقوام میں نمایاں طور پر پایا جاتا ہے۔ مشقوق الذہن کے بیانات کی کچھ بے ترتیبی کا سبب تخیل میں عدم صفائی بھی ہے۔ کوئی بھی شخص اپنے خیالات کے اظہار میں پھسپھسا پن پیدا کر دے گا جو ان کو ہمیشہ حقیقت کی کسوٹی پر نہیں جانچتا۔ مشقوق الذہن اپنی حساس محویت بالذات (ارتجاع باطنی) کے باعث ایسا کرنے کی برداشت نہیں رکھتا۔ اُس کی بیماری ایک معنی میں ایک نامہربان دنیا کی ناخوشگوار حقیقت کی طرف سے ایک ایسی خیالی دنیا کی طرف رُو گردانی ہے جس میں ہر چیز اُس کے حسب خواہش ہے، جہاں اُس پر "خوشبوؤں اور پھولوں کی بوچھاڑ ہوتی ہے جو خواتین کے ہاتھوں سے ہلکے ہلکے پڑتی ہے" (6)۔

ذہنی علامات۔ عام طور پر انشقاق الذہن کی چار خاص قسمیں بیان کی جاتی ہیں، جو بعض علامات کے غلبہ کے لحاظ سے حسب ذیل ہیں:۔ سادہ، شبابی جنونی (hebephrenic)، خبطی آسا (paranoid) اور زوالِ ذہنی (catatonia)۔ لیکن ان کے درمیان کوئی قطعی خطِ فاصل نہیں ہے۔ اِن سب کی ممیز خصوصیت یہ ہے کہ مریض کو حقیقت کی بیرونی دنیا سے عدم دلچسپی اور اپنے خود کے باطنی تجربات میں ایک متناظر انہماک ہوتا ہے۔ اِن سب میں جذباتی اور تخیلی اعمال کے درمیان ایک ظاہری تناقص بھی نظر آتا ہے (درونِ نفسی عدم اتساق = intrapsychic ataxia) (یہ تناقص شاید اس قدر حقیقی نہیں ہوتا

802

جس قدر کہ ظاہری)، اور خود تخیّل کے عمل کا فتور ہوتا ہے (ملاحظہ ہو "نفسی امراضیات")
جس کی وجہ سے ان مریضوں کا کلام بے ربط اور بیہودہ ہوتا ہے۔ عموماً ایک ابتدائی
زمانہ ایک مبہم سی بے چینی اور شخصیت اور طرزِ عمل میں بتدریج ترقی پذیر تغیر کا ہوتا
ہے، اور ممکن ہے کہ یہ محض اُن خصائص کا مزید نمو ہو جو پہلے بیان کئے جا چکے
ہیں۔ مریض دوسرے لوگوں سے ملنے جلنے کی طرف بتدریج کم مائل ہوتا جاتا ہے،
اور وہ غیر فاعلی ہو جاتا ہے، اور شاید گھٹنوں ہاتھ پر ہاتھ دھرے بیٹھا رہتا ہے۔
اس کے برعکس ممکن ہے کہ فعالیت کے اضطراری حملے واقع ہو جائیں، مثلاً
آوارہ گردی یا جسمانی مضرت رسانی کی شکل میں۔ وہ اپنے لباس اور شکل و صورت
کی درستی میں غفلت کرتا ہے، اور جب اُسے اس کے متعلق متنبہ کیا جاتا ہے تو چڑچڑا
بلکہ خطرناک ہو جاتا ہے۔ وہ ناگوار احساسات کی شکایت کرتا ہے (بالخصوص اپنے
سر کے)، اور عجیب و غریب اور بے بنیاد باتیں کہہ ڈالتا ہے، اکثر یہ کہ "مجھے
بعض لوگ غور سے دیکھ رہے" یا "میرے متعلق خاص طور پر دلچسپی لے رہے ہیں"
(تصوراتِ اشارہ)۔ اکثر اوقات طبیعت میں حقیقی پستی محسوس ہوتی ہے، اور
اس درجہ میں بعض اوقات اس حالت کو انخفاض کے دَوری جنونی (مانیائی
انخفاضی = manic-depressive) حملہ سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ اسکے برعکس
ممکن ہے کہ مزاجی تغیر محض خفیف اور مبہم سی فرحانیت ہو، جو ایسے امور سے وابستہ ہو جیسے کہ
مثلاً مغلق الفاظ کی نثر لکھنے یا ایک عجوبہ فلسفیانہ یا میکانی اسکیم تیار کرنے کی کوشش۔
ان ذہنی علامات کے ساتھ بے خوابی اور عام صحت میں اختلالات (وزن میں کمی وغیرہ)
واقع ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات آغازِ مرض ناگہانی ہوتا ہے، بالخصوص حادثہ اتفاقیہ
کے بعد۔ زوالِ ذہنی والی قسم کا آغاز دوسری قسموں کی نسبت زیادہ اچانک
ہوتا ہے۔

سادہ انشقاق الذہن (schizophrenia-simplex)۔ اس قسم کا
مخصوص خاصہ یہ ہے کہ بیرونی دلچسپی کم ہو جاتی ہے اور مریض تنہائی پسند اور
بظاہر مشغول الذہن ہو جاتا ہے۔ اکثر واہمے، التباسات اور توہمات موجود ہوتے ہیں۔
جو نا پائیدار قسم کے ہوتے ہیں، مگر عام طور پر توانائی اور دلچسپی کی ایسی کمی کا گمان ہوتا

ہے کہ خود محوی فعالیت بھی کم ہو کر اقل ہو جاتی ہے۔ بالآخر مریض بالکل پست ہو کر ایک خاموشی اور بے بسی کی حالت میں ہو جاتا ہے، جس میں ممکن ہے کہ وہ زیر نگرانی سادہ ترین قسم کے معمولی کام کے قابل رہے۔ ایسے اشخاص شاید ادارات (شفاخانہ جات امراض دماغی) سے باہر رہ سکتے ہیں، اور ابتداً ہونہار ہونے کی توقع کے بعد ناکام زندگی کی چند مثالیں پیش کرتے ہیں۔ یہ کاہلوں اور بیکاروں، آوارہ گردوں اور کسبیوں کی تعداد میں اضافہ کرتے ہیں۔

شبابی جنونی انشقاق الذہن (hebephrenic schizophrenia) کی مخصوص و ممیز خصوصیات حسب ذیل ہیں:۔ اختباطات کی عجوبہ اور عارضی نوعیت، توہمات کا غلبہ، تخیل کی نمایاں بے ربطی، اور جذباتی خرابی جو بے پروائی (ماحولی تہیجات کی طرف عدم التفات) اور خیال اور جذبہ کی ناہم سازی کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے، جس سے مثلاً یہ ہوتا ہے کہ ڈراؤنے اور تکلیف دہ تصورات بے پروائی سے قبول کئے جاتے ہیں یا بیان کئے جاتے ہیں۔ انخفاض اور ہیجان کا تبادل بھی ممیز ہے، اور آخر الذکر اکثر وحشیانہ اضطرار اور خودکشی کی فعالیت کے ساتھ ہوتا ہے۔ آدابیت (عجوبہ طریقے، مثلاً کھانے کے) اور گفتگو، حرکت اور وضع کا تکرار (بعض فقروں اور حرکات کو دہرانے اور بھونڈی جسمانی ہیئتوں کو قایم رکھنے کے رجحانات)، بیہودہ ہنسی (مثلاً بہ ظاہر بلا معقول وجہ کے ہنسنا) اور عجوبہ طور پر خود کو بنانا سنوارنا، یہ سب اکثر پائے جاتے ہیں۔ وہ اشخاص جن میں مرض کی یہ قسم نمویاب ہو جاتی ہے پہلے اکثر تخیل پسند اور غیر عملی، ردماں پسند اور لطافت پسند، اپنی ذات پر اعتماد نہ رکھنے والے، ایحاء پذیر، ڈرپوک، نا ملنسار، محدود دلچسپی رکھنے والے، لیکن شفیق اور قدرے خوش و خرم تھے۔ کامل نمویافتہ حالت میں یہ گمان ہوتا ہے کہ سابقہ شخصیت کی مکمل بربادی کیا تھا ایک بے ربط حماقت کی حالت پیدا ہو گئی ہے۔

جُنّہ آسا قسم (paranoid form) اُن اشخاص میں عام ہے جن میں معین انشقاق الذہنی آمارات تیس سال کی عمر کے بعد نمویاب ہوتے ہیں۔ جُنّہ آسا انشقاق الذہن کا تعلق جُنّہ اور فتورِ عقل (paraphrenia) کے ساتھ

ظاہر کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ان حالتوں کو سلسلہ وار مرتب کیا جائے:۔
جُنّتہ فتورِ عقل اور جُنّتہ آسا انشقاق الذہن یعنے ذہنی حیات کے مترقی تکسر کی ترتیب میں۔ جُنّتہ آسا انشقاق الذہن کے ممیز امارات حسب ذیل ہیں:۔ نمایاں اختباطات، فقدانِ نظم (جُنّتہ کے برعکس)، اُن کی مجموعہ سریع الزوال اور تغیر پذیر نوعیت اور توہمات کے ساتھ اُن کا ایتلاف، جو اکثر احمقانہ قسم کے، اور خود اختباطات کی طرح، عموماً ایذارسی یا عظمت نفس کی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ دوسرے امارات وعلامات وہی ہیں جو انشقاق الذہن کی دوسری قسموں میں مشترک پائے جاتے ہیں۔
803
شخصیت کی وہ قسم جس میں جُنّتہ آسا انشقاق الذہن بالآخر نمویاب ہوجاتا ہے عموماً ضدی، عزلت پسند، سخت وکرخت (جو واقعات کو جھکا لیتی ہے خود واقعات کے سامنے نہیں جھکتی) اور خود بین ہوتی ہے۔ ان میں اعتماد بالذات بظاہر پایا جاتا دلیل ہے اس امر کی کہ وہ قطعی طور پر مفقود ہے۔ اکثر یہ لوگ بچپن کے زمانہ میں غیر معمولی طور پر نافرمان بردار، نصیحت اور اصلاح کو نہ قبول کرنے والے، اور اپنی مرضی کا کام کرنے پر مُصر رہنے والے تھے۔ دوسرے شرمیلے اور تنہائی پسند تھے، جن میں پیش قدمی کا فقدان اور ہمیشہ خود کو محفوظ رکھنے کی عادت تھی۔

نزوال اللذھنی انشقاق الذہن (catatonic schizophrenia) کی مخصوص خصوصیات ذہول اور منفیت ہیں، (یعنی دوسرے کی کرائی ہوئی حرکات کی مخالفت، یا جس فعل کے انجام دینے کے لئے کہا گیا ہے اُس کے ٹھیک خلاف عمل میں لانا) جن کے ساتھ اضطراری جوشش وہیجان کے دورے تبادل کرتے ہیں۔ ذہول گونگے پن اور عام بے حرکتی پر مشتمل ہے، اور ساتھ ہی اس میں تہیجات کی تحییت کا فقدان ہوتا ہے، جس کی وجہ سے مریض فطری ضروریات (پیشاب پاخانہ جانے) سے بے توجہی کرتا ہے، بلکہ لعاب دہن اپنے منھ کے اندر جمع ہونے دیتا ہے یہاں تک کہ وہ متعفن ہوجاتا ہے۔ ذہول کے ساتھ عموماً منفیت موجود ہوتی ہے (بلکہ ممکن ہے کہ ذہول منفیت ہی کا ایک اظہار ہو) اور اسی کے ساتھ غذا سے انکار ہوتا ہے اور مجہول حرکات کی مخالفت ہوتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ جوارح اُسی وضع میں رہیں جس میں انھیں کسی مشاہد نے رکھدیا ہو (مومی

خمم پذیری : flexibilitas cerea) اور جاذبہ کے اثر تک سے نہ گریں نفسیاتی لحاظ سے اس کو منفیت کے برعکس سمجھا جا سکتا ہے۔ اسی طرح ممکن ہے کہ مریض بظاہر خودرو طریقہ سے ہر اُس امر کی تعمیل کرے جسے کرنے کے لئے اُس سے کہا جائے (حکمی خودروی :command automatism)، اور جو کچھ اُس نے سنا ہے اُسے خود بخود دُہرائے (مہمل صدیت : echolalia)، یا ہو بہو اُنھیں حرکات کی نقل اُتارے جو وہ دوسروں کو کرتا ہوا دیکھے (متواتر نقالی = echopraxia)۔ استقامت (preseveration) کا اظہار نہ صرف جوارح کی اوضاع برقرار رکھنے میں ہوتا ہے بلکہ مشہور و معروف پوزی احتقال (schnautzkrampf) میں بھی، کیونکہ مریض اپنے لبوں کو سؤر کی تھوتھنی کی طرح بُود نما صورت میں اُٹھائے رکھتا ہے۔ ذہول اور عصبی عضلی تنید گی کی یہ حالت اکثر بتدریج یا بسرعت وحشیانہ جوش و ہیجان میں مبدل ہو جاتی ہے، جس میں مریض اضطراری طور پر تیز و تند مائل بہ خودکشی و مردم کشی ہوتا ہے۔ ممکن ہے وہ اسی حالت میں بہت دن یا ہفتے گذار دے اور اُن تضررات کی جو وہ خود کو پہنچاتا ہے مطلق پروا نہ کرے، کسوتوں کو پھاڑ ڈالے، غذا سے بے توجہی کرتا رہے یا بہت زیادہ کھا لے، ہمیشہ بولتا رہے اور بہت کم سوئے۔ بیش فعالیت کے ایسے حملے اکثر بہت تھوڑے عرصہ تک رہتے ہیں، اور مریض پھر خاموشی کے ساتھ ذہول کی حالت میں ہو جاتا ہے۔

یہ دیکھا جائے گا کہ اِس حالت کی ذہولی ہیئت کے تمام علامات منفیت کے مختلف اظہارات سمجھے جا سکتے ہیں (اس معنی میں کہ یہ بیرونی دنیا سے قطع تعلق کرنے کی کوشش ہے) اور اِس کی ضد یعنی انتہائی ایحاذ پذیری (مہمل صدیت وغیرہ) اور ساتھ ہی استقامتی مظاہر (تکرارات) کے مختلف اظہارات۔

طبیعی امارات زوالِ ذہنی میں دوسرے اقسام کی نسبت زیادہ نمایاں ہوتے ہیں، لیکن یہ امارات کسی طرح ممیز یا معنی خیز نہیں ہوتے، بجز اِس کے کہ ان سے عام جسمانی ناقابلیت ظاہر ہوتی ہے۔ بالخصوص زراق جواج عام ہوتا ہے، اور اِس کے ساتھ بعض اوقات اُذیما بھی ہوتا ہے (جو حرکت

ناپذیری کا نتیجہ ہوتا ہے)۔ وتری معکوسات عموماً نہایت فاعلی ہوتے ہیں، قبض اور احتباسِ بول ورِیق بھی ہوتے ہیں (اور یہ سب کسی حد تک منفعتی مظاہر ہیں)۔

ممر اور انذار ۔ مندرجۂ ذیل بیان ایک عام اطلاق رکھتا ہے۔ انفرادی اصابتیں خلافِ معمول ہوسکتی ہیں۔ مشقوق الذہن مریضوں کی اکثریت کی حالت جلد یا بدیر خراب ہوکر مزمن عمیق عتاہت تک پہنچتی ہے۔ دوسرے مریضوں کے مرض میں اس حد تک شفا یا روک ہوجاتی ہے کہ ایک خفیف سی عتاہت باقی رہ جاتی ہے، جس میں کم و بیش بے حسی یا بے پروائی کے ساتھ تخیل میں بے مائگی اور فتور اور طرزِ عمل میں خفیف سا نرالاپن پایا جاتا ہے۔ ان کو اور دوسرے مریضوں کو نام نہاد "مجلسی صحتیابی" حاصل ہوجاتی ہے، یعنی ان کی حالت اس حد تک اچھی ہوتی ہے کہ گو یہ کلی طور پر طبعی حالت میں نہیں سمجھے جاسکتے، تاہم شفاخانہ سے باہر رہ سکتے ہیں۔ نتیجہ کا انحصار کسی حد تک علامات کی نوعیت پر ہوتا ہے۔ جب ارتباک زیادہ ہو تو انذار اِسقدر یاس انگیز نہیں ہوتا جس قدر کہ مجمع الاحساس غیر ماؤف رہنے کی حالت میں ہوتا ہے۔ جذباتی علامات (انخفاض یا فرحانیت کی شکل میں) جس قدر زیادتی کے ساتھ ہوں، یعنے تصویرِ مرض جس قدر زیادہ ماتیائی انخفاضی وار النفس کی تصویر سے مشابہ ہو، مستقبل اُسیقدر زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ جن مریضوں میں مرض کا آغاز حاد ہوا ہے اُن میں شفایابی کا بہتر موقع ہوتا ہے بہ نسبت اُن کے جن میں طویل مندر اسے جاری رہے ہوں (آخر الذکر کے نظر انداز ہوجانے کے امکان کو یاد رکھنا چاہیئے)۔ سابقہ شخصیت کا اندازہ کرنا بھی ضروری ہے۔ مریض جس قدر زیادہ اچھے "جوہر" ("stuff") سے بنا ہوگا اسی قدر اس کے عمدہ توافق کے مواقع بہتر ہوں گے۔ اُن مریضوں میں جو حاد طور پر نمو یافتہ زوال الذہنی انشقاق الذہن میں مبتلا ہوتے ہیں، دوسرے اقسام کے انشقاق الذہن والے مریضوں کی نسبت شرحِ شفایابی زیادہ پائی جاتی ہے۔ ناسبق حملہ جن کے بعد فترہ واقع ہوا ہو، مزید فترہ کا امکان ظاہر کرتے ہیں، لیکن متفرق اصابتوں میں عام رجحان مترقی عدم کفایت کا ہوتا ہے۔

804

تحریز۔ چونکہ اِس امر کی تائید میں بڑی مقدار میں شہادت موجود ہے کہ مزاج اور کردار کے ناقص صفات مرض کی استعداد مائیق پیدا کردینے میں ممد ہوتے ہیں، لہذا سب سے زیادہ قرینِ عقل اصول علاج یہی معلوم ہوتا ہے کہ ابتدائی زندگی میں ذہنی اصول صحت کے ذریعہ مرض کا حفظ ماتقدم کیا جائے۔ بچوں کیطرح والدین اور اساتذہ کو بھی واقف اور خبردار کردینا ضروری ہے۔ مناسب ذریعہ معاش تجویز کرنے اور انتخاب پیشہ میں موجودہ "لگے تو تیر ورنہ تکا" قسم کے طریقہ کے بجائے جو بیشتر اختیار کیا جاتا ہے، عاقبت اندیشی سے کام لیا جائے تو سوء توافق کے موقعے کم ہونے کا امکان ہے۔

علاج نہایت غیر تشفی بخش حالت میں ہے۔ جب ایک قابل شناخت انشقاق الذہنی حالت قایم ہوچکی ہو تو مریض کے برائے بلکہ خطرناک طرزِ عمل اور اپنی ذاتی جسمانی ضروریات سے عدم توجہی کے باعث عموماً اداراتی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ شفاخانہ کے حمیتہا سے جس میں صفائی، مقررہ اوقاتِ غذا، باقاعدگی کے ساتھ افراغات اور نیند پر زور دیا جاتا ہے، نہ صرف عام صحت میں ترقی ہوتی ہے بلکہ عادات کی خرابی بھی کسی حد تک درست ہوجاتی ہے۔ کسی موزوں مشغلہ (مثلاً گلیم سازی، پارچہ بافی، سبد گری، وغیرہ) میں مشغول رہنے سے پژمردہ بیرونی دلچسپیوں میں تحریک و تازگی حاصل ہونے اور احترام ذات پھر قایم ہونے میں مدد ملتی ہے۔ طبیب مریض سے جسقدر زیادہ ارتباط بڑھائے اور اُس کے افکار و پریشانیوں سے واقف ہوسکے، اُسیقدر زیادہ بہتری کی امید ہوگی۔ خودکشی کے اور قاتلانہ اضطراری اقدامات اور تجدیع خود (کسی حقیقی یا خیالی گناہ کے کفارے کے خیال سے خود کو آختہ کردینا) کی کوششوں کی پیش بندی کرلی چاہیئے۔ بعض اوقات نلی کے ذریعہ سے غذا پہنچانے کی ضرورت ہوتی ہے، یا تو معدی انبوبہ کے ذریعہ، یا (نہایت سرکش مریضوں میں) انفی انبوبہ سے۔ کسی تنہا کمرے میں علیحدگی کی ضرورت صرف اُسی وقت ہونی چاہیئے جب کہ مریض دوسروں کے لئے حد سے زائد خلل کا باعث ہو۔ ہیجان و جوشش کی روک تھام کے لئے تغریہ اور ہنرمندانہ تیمارداری (ہیجان والے مرد مریضوں کے لئے مرد تیماردار) کی ضرورت ہوتی ہے۔

اور اس کے ساتھ اگر ضرورت ہو تو مُسکّن اور منوّم ادویہ بھی دینے پڑتے ہیں اور شاذ صورتوں میں اس لئے کہ مریض خود کو تضرر نہ پہنچا نے پائے میکانی روک تھام کی ضرورت ہوتی ہے۔ یاد رکھنا چاہیئے کہ ایسی تدبیریں قانوناً صرف لائسنس یافتہ مکانات اور مصدقہ ادارات میں عمل میں لائی جاسکتی ہیں، جنھیں قانون نے اس مقصد کے لئے تسلیم کر لیا ہو جسمانی صحت میں مخصوص داعیات (دانت، لوزتین، اجواف یا دوسرے کوئی ماسکے جن کا سرایت زدہ ہونا معین طور پر معلوم ہو) پر توجہ دینا چاہیئے۔ عام جسمانی ناقابلیت جو ایسے مریضوں میں پائی گئی ہے، ورزشیں، آبی علاج، اور کھلی ہوا کی طالب ہے۔ اگر گھر سے باہر سہنے کا انتظام ہو سکے تو اور بھی بہتر ہے۔

ہر قسم کے تجربی طریقے آزمائے گئے ہیں، مثلاً عدیم العفونت التہاب سحایا (aseptic meningitis) کا امالہ، حموی حالتوں کا امالہ (بذریعہ ملیریا، نیوکلینیٹ آف سوڈا = nucleinate of soda) اور طویل نیند کا امالہ (ٹرائونال: trional، یا سومنی فین: somnifen وغیرہ سے)۔ پروٹینی صدمہ (protein shock)، مُجدّرینات (vaccines)، دروں افرازی تجہیزات (endocrine preparations)، کیلشیئم، اور خلاصہ جات خصیہ (testicular extracts)، یہ سب آزمائے گئے ہیں مگر کوئی کامیابی نہیں ظاہر ہوئی۔ بعض اصحاب درقیہ (thyroid) کا دوائے داخلی استعمال کرتے ہیں۔ دوسرے اُسے جراحی عملیہ کے ذریعہ خارج کر دیتے ہیں، لیکن ان دونوں حالتوں میں کوئی نوعی اثر نہیں ظاہر ہوتا۔

جُنّت اور جُنّت آسا حالتیں

(PARANOIA & PARANOID STATES)

جنّت (paranoia) جنّت آسا حالتوں اور فتورِ عقل (paraphrenia) میں اصلی چیز انتقاباطات کی موجودگی ہے، جو ایک صاف شعوری میدان میں ہوں۔

اِن حالتوں کو پہلے "اختباطی جنون" ("delusional insanity") کے نام سے یاد کیا جاتا تھا۔ کریپلین نے جُنتہ کی حسب ذیل تعریف کی ہے:- یہ ایک مستقل اور راسخ اختباطی نظام کا غیر محسوس نمو ہے جو داخلی اسباب سے پیدا ہو جاتا ہے اور جس کے ساتھ صاف اور باترتیب تخیل، ارادہ اور عمل بالکل محفوظ رہتا ہے۔ توہمات مفقود ہوتے ہیں۔ صحتیابی نہیں ہوتی اور نہ عتاہت واقع ہوتی ہے۔
جُنتہ آسا حالتیں (paranoid states) یعنے ایسی حالتیں جن کا ممیز خاصہ اختباطات ہوتے ہیں، بعض اوقات حاد طور پر شروع ہو جاتی ہیں، اکثر سریع الزوال ہوتی ہیں، اور اکثر کسی بیرونی زاد عامل (سرایت، جنگ، قید علیحدگی) کی وجہ سے ان کی تعجیل ہوتی ہے۔ اِن میں اختباطات جنتہ کے انتہائی نظامی نمو کی حد تک نہیں پہنچتے، لیکن توہمات موجود ہو سکتے ہیں (توہمی جُنتہ آسا حالتیں: hallucinatory paranoid states)، اور اُن کا مافیہ اختباطات کے مافیہ سے ہم ساز ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ حالت اکثر ادھیڑ عمر میں ظاہر ہو جاتی ہے اور مردوں میں عورتوں کی نسبت زیادہ عام طور پر، یعنے ۷ اور ۳ کے تناسب

805

میں ہوتی ہے۔ شفاخانہ جات امراض دماغی میں داخل شدہ مریضوں میں ۱۰۰ میں سے صرف ایک مریض خود جُنتہ کا ہوتا ہے، لیکن اِن اعداد سے جو کچھ ظاہر ہوتا ہے اُس کے مقابلہ میں یہ حالت زیادہ کثیر الوقوع ہوتی ہے، کیونکہ متعدد مریض ایسے ہوتے ہیں جو اس قدر کافی مجلسی توافق محفوظ رکھنے میں کامیاب رہتے ہیں کہ وہ شفاخانہ سے باہر رہ سکتے ہیں۔ گو جُنتہ آسا علامات بلکہ کامل نمو یافتہ جُنتہ بعض اوقات عضوی مرض کے تعلق میں ظاہر ہو جاتی ہے (اِس طرح پر کہ گویا اُس مضرت نے جو شخصیت کو بحیثیت مجموعی پہنچی ہے، زیر افتادہ رجحانات کو رہا کر دیا)، مگر خود جُنتہ، اِس اصطلاح کے مسلمہ مفہوم میں، اُن اشخاص میں پائی جاتی ہے جو معنوی طور پر ہر لحاظ سے تندرست ہوتے ہیں۔ یہ امر غیر یقینی ہے کہ توارث کیا حصہ لیتا ہے۔ کہتے ہیں کہ جنتی اشخاص کے آباؤ اجداد اور اولاد میں جنتہ آسا انشقاق الذہن (paranoid schisophrenia)

کے ظاہر ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

اِس امر کی شہادت نسبتہً بہت زیادہ قوی ہے کہ خود مریض میں دار النفس علامات کے ظہور سے بہت پہلے مزاج اور کردار کے بعض خصوصیات موجود ہوتے ہیں۔ "بد گمانی بنیہ" ("paranoic constitution") کو دیا بنیہ بیان کیا گیا ہے، جس میں ہمیشہ ہر چیز کا مفہوم تعصب کے ساتھ سمجھنے اور بد گمان ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ مخالف واقعات کو پہچاننے اور تسلیم کرنے سے انکار رہتا ہے۔ ایسے شخص کبھی غلطی پر نہیں ہوتے، نخوت پسند، شیخی باز، حساس ہوتے ہیں، ذرا ذرا سی بات پر ناراض ہو جاتے ہیں، ترش رو، کبیدہ خاطر، چڑچڑے اور اکثر جاہ پسند ہوتے ہیں، اور اپنی قدر و قیمت اور قابلیتوں کے متعلق بہت اعلیٰ رائے رکھتے ہیں۔ بعض ضدی اور انتقام پسند ہوتے ہیں، اور دوسرے حد سے زائد محتاط اور حد سے زائد صاحبِ ضمیر اور محو خود۔ بعضوں کو خیال ہوتا ہے کہ وہ کسی خاص مرتبہ کے لئے پیدا کئے گئے ہیں۔ دوسروں کو یہ خوش خیالی ہوتی ہے کہ ہم بہت عالی خاندان اور عالی نسب ہیں، یا ہم سے کسی ایسے کو محبت ہے جو مجلسی لحاظ سے زیادہ بلند مرتبہ رکھتا ہے۔ بعضوں میں، جو صنفی امور میں غیر مطمئن ہوتے ہیں، اپنے زوج سے ایک مرضی بدظنی پیدا ہو جاتی ہے۔ بعض خاص کر اپنی صحت کے متعلق ایک مرضی تشویش ظاہر کرتے ہیں (مراقی مشغول ذہنی hypochondriacal preoccupation:)۔ نفسی تجزیتی نقطۂ نگاہ سے جنیہ اور مابعد دار النفس دونوں کا اصلی سبب ایک کظم شدہ ہم صنفیت ہوتی ہے۔ دار النفس میں کظم شدہ رجحانات بدلی ہوئی شکل میں ایذا رسی کے اختباطات کی صورتیں تشکیل ہوتے ہیں (یعنے وہ ماحول کے اشخاص سے منسوب کئے جاتے ہیں اور خود وہ شخص ان رجحانات کا منکر ہوتا ہے) (10)۔

ذہنی علامات۔ بالعموم کسی ایسی ہی شخصیت میں سے جنّتی دار النفس غیر محسوس آہستگی کے ساتھ نمو یاب ہو جاتا ہے۔ اکثر ایک درجۂ متندرہ ہوتا ہے جس میں مریض اور کسی چیز کی نہیں بلکہ عام کسلمندی کی، یا مخصوص و عجیب قسم کے احساسات کی شکایت کرتا ہے، جن کو وہ اب تک تو (کم از کم علانیہ طور پر)

کسی بیرونی عامل کی طرف منسوب نہیں کرتا۔

عموماً اس کے بعد حوالتی تصورات (ideas of reference) کا درجہ ہوتا ہے۔ لوگ مریض کی طرف دیکھ رہے ہیں، یا اس کے متعلق گفتگو کر رہے ہیں۔ ماحول کے چھوٹے چھوٹے افعال کے غلط معنے سمجھ لئے جاتے ہیں۔ لوگ جب اس کے پاس سے گذرتے ہیں تو کھانستے ہیں، یا اپنے منہ کو ہاتھوں سے ڈھانپ لیتے ہیں، وغیرہ۔ ان چیزوں سے گذر کر اختباطات کی حد تک پہنچ جانا آسان ہوتا ہے۔ یہ اختباطات ان تمام چیزوں میں (جن کے متعلق مریض یقین رکھتا ہے کہ میں نے مشاہدہ کی ہیں) باہمی ربط پیدا کرتے اور ان کی توجیہ کرتے ہیں۔ یہ اختباطات ایک کم وبیش مربوط نظام میں مرتب ہوتے ہیں۔ مریض کے خلاف فرامشن فرقہ کے لوگ، یا رومن کیتھولک فرقہ والے، یا اس کاٹ لینڈ یارڈ کے اشخاص سازش کر رہے ہیں۔ بتدریج یہ اختباطات ترقی کر کے مریض کے روزانہ تجربات کے بڑے حصے پر حاوی ہو جاتے ہیں، اور خواہ کتنی ہی تفہیم سے کام لیا جائے، مریض کے اس راسخ یقین پر جو وہ اپنی تعبیرات کے متعلق رکھتا ہے ذرا بھی اثر نہیں پڑتا۔ یہ اختباطات ایذارسی کے اور عظمت نفس کے (عظمت مانیائی: megalomanic) ہوتے ہیں، لیکن کبھی کبھی صرف ایذارسی کے اختباطات ہی موجود ہوتے ہیں۔ یہ عملاً ہمیشہ عظمت نفس کے اختباطات کے نمو سے پہلے ہوا کرتے ہیں، اور اسی واسطے آخر الذکر کو ایسا سمجھنا چاہئے کہ گویا وہ ایذارسی کی تعویض کرنے والے اختباطات ہیں۔ مریض ضرور کوئی بڑا یا اہم شخص ہے، ورنہ اس کی ایذارسانی نہ کی جاتی۔ اس انانیتی خود استحسان کے باعث شاہی نسل سے ہونے، مامور من اللہ ہونے، بڑی دولت وامارت رکھنے وغیرہ کے خیالات پیدا ہو جاتے ہیں۔ مریض یقین رکھتا ہے کہ میں پیغمبر یا شہزادہ یا کروڑوں روپیہ کا وارث ہوں، یا میں نے ایک ہمیشہ چلنے والی گاڑی (perpetuum mobile) ایجاد کی ہے۔ متعدد دستکی موجد اسی جماعت سے تعلق رکھتے ہیں۔ مزاج کی کیفیت مختلف ہوتی ہے۔ حافظہ اور قوائے عقلیہ عموماً صحیح وسالم رہتے ہیں۔ جیسے جیسے زمانہ

گذرتا جاتا ہے کاذب یادداشتیں' مریض کی زندگی کے واقعات کی تغلیط کی شکل میں' زیادہ کثیر التعداد ہوتی جاتی ہیں' چنانچہ اس امر کا یقین ناممکن ہے کہ مریض کی بیان کردہ روداد مرض سے اُس کے دار النفس کی ابتداء کا معقول طور پر صحیح حال معلوم ہوا ہے۔ عرصہ دراز کے گذرے ہوئے واقعات کی توجیہ وہ اپنے اختباطی اعتقادات کے لحاظ سے غلط کرتا ہے' اور بعض ایسے واقعات جو اُس وقت اُسے پیچیدہ اور ناقابل فہم نظر آتے تھے' اسے یکایک پُرمعنی معلوم ہونے لگتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض کا طرز عمل بظاہر غیر متبدل ہو اور جب تک کہ وہ اپنے اختباطات کا تذکرہ نہیں کرتا مجلسی لحاظ سے طبعی سمجھا جاتا ہے۔ لیکن اکثر ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ پارلیمنٹ کے ممبروں اور دوسرے بڑے آدمیوں سے ملنے کی کوشش' اخبارات کے مدیروں کے نام خطوط' یا (نسبتہً بہت شاذ حالتوں میں) اُن اشخاص پر جن پر وہ ایذارسانی کا الزام لگاتا ہے حملوں کی وجہ سے اُس کا پردہ فاش ہوجاتا ہے۔ پیشہ یا جائے سکونت کی متواتر تبدیلیاں یا کسی دوسرے ملک کو ہجرت' یہ سب ایذارسی سے دور بھاگنے کی کوشش کے مختلف مظاہر ہیں۔ درحقیقت اس حالت کے تین درجے بیان کئے گئے تھے؛ فرار ("il fuit")' حفظ ("il se defends")' حملہ ("il attaque")۔ لیکن یہ ترتیب کسی طرح غیر متغیر نہیں۔ بدظنی (بیوفائی زوج) کے اختباطات نسبتہً کم عام نہیں۔ مراقی اختباطات اکثر موجود ہوتے ہیں' لیکن اُن کا غلبہ نہیں ہوتا۔

ناتمام جنّتیں ("abortive" paranoias) یا ناتمام اشکال ("formes frustes") بھی مرقوم ہیں۔ یہ بعض اوقات خفیف مانیائی انحطاطی حالتیں ہوتی ہیں جن میں جنّت آسا رنگ آمیزی ہوتی ہے۔ دوسرے اوقات میں یہ جنّت آسا شخصیت کی وہ عجیبیت ہوتی ہیں جو ناگہانی بار پڑنے پر واقع ہوتی ہے اور جب یہ بار غائب ہوجاتا ہے تو اختباطی علامات بھی رفع ہوجاتے ہیں۔

کوئی ممیزہ طبعی امارات نہیں ہوتے۔

مآل اور انذار۔ یہ حالت مزمن طور پر مترقی ہوتی ہے۔ کامل نمایا فتہ

احساب میں صحتیابی عملاً نامعلوم ہے۔ خرابی کا رجحان اس معنی میں کم ہوتا ہے کہ اگرچہ ممکن ہے کہ اختباطات زیادہ ہو کر طرزِ عمل کو زیادہ متاثر کر دیں' تاہم غیر متعلق موضوعوں کے متعلق عقلی اعمال صحیح و سالم رہتے ہیں اور مریض اپنی بیرونی وضع قطع کے متعلق احتیاط و خبرداری سے کام لیتا ہے۔

علاج ایک ایسا امر ہے جس میں دانشمندانہ ترتیب و انتظام کی ضرورت ہے۔ بحث و استدلال کے ذریعہ مریض کے عقاید کو غلط ثابت کرنے اور اُسے قائل کرنے کی کوشش لاحاصل ہے۔ ضرورت اس کی ہے کہ اُس کی بات کو غور سے سن کر حتی الامکان اُس کا اعتماد حاصل کیا جائے۔ اسکے بعد ہی کوئی ایسا عملی مشورہ دینا ممکن ہوتا ہے جو مریض کو سوسائٹی کے ساتھ صریح تصادم سے باز رکھنے کے لئے کارآمد ہو' مگر یہ مشورہ اس ترکیب سے دینا چاہئے کہ مریض یہ محسوس نہ کرنے پائے کہ اُس کے خیالات اور تصورات پر بالکل اعتماد نہیں کیا جا رہا ہے۔ کسی دلچسپ قسم کے مشغلہ کا انتظام نہایت ضروری ہے۔ اس مقصد کے لئے مناسب ہے کہ مریض کو خود اُسی کے ماحول میں رکھا جائے' تاوقتیکہ کوئی ایسا قابلِ اعتبار شفاخانہ یا تیمارستان موجود نہ ہو جہاں مریض کے لئے درحقیقت کافی دلچسپی کے سامانوں اور مشاغل کا انتظام ہو۔ چند اصابتیں ایسی ہیں جن میں وحشیانہ قسم کے غیر معاشرتی رجحانات کے باعث مریض کو کسی شفاخانۂ امراضِ دماغی میں منتقل کر دینا لازمی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں اُسکے دیوانہ ہونے کی تصدیق ضروری ہوتی ہے' کیونکہ مریض بوجہ عدمِ بصیرت تحفظ کی ضرورت کو صحیح طور پر نہیں سمجھ سکتا۔

فتورِ عقل

(paraphrenia)

یہ ایک طرف تو جنتہ آسا انشقاق الذہن (paranoid schizophrenia) سے اور دوسری طرف جنتہ (paranoia) سے ممیز کیا گیا ہے۔ بالعموم یہ جنتہ آسا انشقاق الذہن کی نسبت زیادہ عمر میں (تقریباً تیس سال کی عمر کے بعد)

واقع ہوتا ہے' اور اس میں وجدان کی خرابی' اور وجدان اور خیال کے درمیان "تفعل' اور تخیل میں بے ربطی' یہ سب نسبتاً بہت کم نمایاں ہوتے ہیں۔ اختباطات انشقاق الذہن کی نسبت باہم زیادہ باربط ہوتے ہیں' لیکن اس کے برعکس وہ جنتہ کی نسبت زیادہ عجوبہ ہوتے ہیں اور نسبتاً کم احتیاط کے ساتھ باہم مربوط ہوتے ہیں۔ فاتر العقل توہمات میں مبتلا ہوتا ہے اور جنتی کو کتب متداولہ کی رو سے ایسا نہیں ہونا چاہیئے۔ لیکن مزاولت میں دیکھا جاتا ہے کہ یہ تمام امتیازات بیکار ہوجاتے ہیں۔ اس مرض کا ممر جنتہ آسا انشقاق الذہن کی نسبت زیادہ آہستہ طور پر مخرب ہوتا ہے۔

عضوی تعاملِ والی قسمیں

ان میں مندرجۂ ذیل شامل ہیں:—

(الف) وہ ادوار النفس جو سموم یا سرایتوں کے ساتھ ہوں۔ سموم:—

(۱) دروں زاد' مثلاً یوریا دمویت (uræmia)' انتشاج (eclampsia)' حاد زرد ذبول (acute yellow atrophy)۔ (۲) بروں زاد' مثلاً الکحل' افیون (اور اس کے مشتقات) کوکین' برومائیڈز' وغیرہ' فلزات (سیسہ' وغیرہ)' گیسیں (کاربن مان آکسائڈ = carbon monoxide' کلوروفارم' وغیرہ)۔ سرایتیں:—

(۱) عمومی:- پیش حموی' حموی اور بعد حموی ہذیانات جو جسمانی سرایتوں کے باعث پیدا ہوجائیں۔ (۲) مقامی دماغی سرایتیں:— آتشک:- (الف) عمومی شلل' (ب) سحائی اور عروقی آتشک۔ التہاب دماغ' مع وبائی التہاب دماغ۔ التہاب سحایا۔ پھوڑے۔

(ب) وہ ادوار النفس جن میں ابتدائی انحطاطی تغیرات دماغ ملتے ہیں:

شیوخی عتاہت (senile dementia)' پیش شیوخی دماغی انحطاط (pre-senile cerebral degeneration)' مرض آلزہیمر (Alzheimer's disease)' شیبی دیوانگی (presbyophrenia)' شریان صلابتی دماغی مرض' رقص ہنٹنگٹن (Huntington's chorea)

80

(ج) وہ ادوار النفس جن میں عام تحوّلی قلت ہو: پیلاگرا (pellagra)، اَوذیمائے مخاطیہ (myxœdema)، قمائت (cretinism)۔

(د) وہ ادوار النفس جو دماغ میں ضربہ کے ساتھ لاحق ہوں: ضربی ہذیان (traumatic delerium)، بنیہ، ذہنی ضعف، طرزِ عمل کے فتور۔

(ہ) وہ ادوار النفس جو دوسرے دماغی امراض کے ساتھ ہوں: — دماغی سلعہ، صلابت متعدّدہ، علقیت، سداویت، وغیرہ۔

(و) وہ ادوار النفس جو مزمن عمومی امراض کے ساتھ ہوں: — قلبی کلوی مرض، متلف عدم دمویت (pernicious anæmia)، وغیرہ۔

باشتنائے ساری خستگی آور حالتوں، شیبی دیوانگی اور مرضِ الزہیمر کے یہ سب گذشتہ ابواب میں بیان کئے گئے ہیں۔

علامات۔ عضوی تعامل والی قسم کے اصلی علامات عموماً وہی ہوتے ہیں جو دماغ کے متی مرض یا مرضی ساخت سے منسوب کئے جا سکتے ہیں۔ وہ خاص کر مجمع الاحساسی اور عقلی وظائف کے نقائص ہوتے ہیں اور مندرجۂ ذیل پر مشتمل ہوتے ہیں: — حافظہ، توجہ، ادراک، فہم، اور یاد رکھنے کی قوت میں خلل یا نقص۔ تازہ واقعات جلد فراموش ہو جاتے ہیں۔ پرانی یادداشتوں کو تازہ کرنے میں مشکل ہوتی ہے۔ توجہ کے لیول میں اُتار چڑھاؤ (کمی بیشی) اور غالباً توجہ کی وسعت (span) میں کمی، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریض علٰحدہ علٰحدہ واقعات کو اپنے ذہن میں ہم زماں طور پر یکجا نہیں کر سکتا۔ دقتِ فہم ہوتی ہے، اور جدید واقعات پرانے واقعات کے ساتھ یا ایک دوسرے کے ساتھ بآسانی متشکل نہیں کئے جا سکتے، اور ان سب کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ معاشرتی صلاحیت کا فقدان ہوتا ہے۔

دوم، اکثر جذباتی عدم استحکام کی شکل میں وجدان کا فتور ہوتا ہے، اور مریض کافی سبب کے بغیر رونے یا ہنسنے لگتا ہے یا چڑچڑا ہوتا ہے اور بھڑک اٹھتا ہے۔ ممکن ہے کہ پستی یا تشویش بھی ہو مگر یہ دماغی مرض کا راست نتیجہ نہیں ہوتی بلکہ اس امر کا ہوتی ہے کہ مریض یہ سمجھ جاتا ہے کہ میں بیمار ہوں۔ نسبتہً شاذ تر صورتوں میں، عمومی شللِ مجانین (ع۔ ش۔ م G. P. I.) اور صلابت منتشرہ

(disseminated sclerosis) کی طرح احساس عافیت (euphoria) ہوتا ہے۔
یہ ایک خلاف قاعدہ نتیجہ ہے جو شاید مخصوص سموم سے تعلق رکھتا ہے۔
سویم ممکن ہے کہ طرز عمل کے ایسے فتور نمودار ہو جائیں جو ماسبق شخصیت سے ہم آہنگ نہ ہوں۔ یہ بلاشبہ جزوً اعلیٰ تر اقتدار سے رہائی حاصل ہو جانے (قشری امتناع کے فشل) کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اس طرح ناشائستہ برہنگی، صنفی بد اطواریوں، چھوٹی چھوٹی لاحاصل چوریوں، احمقانہ اسراف، وحشیانہ حملوں وغیرہ کا ظہور بصورت حادثہ ممکن ہے۔
تمثیلی حاد عضوی تعامل ایک ہذیان ہے۔ اس میں توجہ انتہائی سرعت کے ساتھ کم و بیش ہوتی رہتی ہے۔ اور ادراک میں اس قدر خرابی ہو جاتی ہے کہ ماحول ناشناسی عموماً کامل ہوتی ہے۔ التباسات نمودار ہو جاتے ہیں۔ اور توہمات عام ہوتے ہیں۔ جب جذباتی اختلال ہوتا ہے تو وہ عموماً خوف ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

ساری خستگی آور ادواء النفس

(infective exhaustive psychoses)

(مع عصبی نھاکت : neurasthenia کے)

ساری خستگی آور ادواء النفس مختلف الانواع علاماتی تصاویر پر مشتمل ہوتے ہیں، جو حاد سرایتوں کسی بیرون زاد یا درون زاد سم سے سمومیت، نزف اور کسی قسم کے شدید جسمانی بار و محنت کے ساتھ یا اُن کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں۔ ساری خستگی آور ادواء النفس، جن کو صحیح طور پر یہ نام دیا جا سکتا ہے، عضوی تعاملی اقسام سے تعلق رکھتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ استعداد رکھنے والے افراد میں اور بعض اوقات اُن افراد میں بھی جن میں کوئی ماسبق استعداد نہیں پائی جاتی، مماثل اسباب سے مانیائی انخفاضی (manic-depressive) یا انشقاق الذہنی (Schizophrenic) یا جُنّہ آسا (paranoid) قسم کا ذہنی فتور رہا ہو جائے یا تازہ ہو جائے۔ لیکن ان مثالوں میں عضوی علامات (مثلاً ماحول ناشناسی جو ہیجانی جوش و ہیجان کی

شدت کے مقابلہ میں بہت زیادہ ہو) اس طرح مخلوط ہوتے ہیں کہ جن سے مشاہد کو اس حالت کے ساری یا عضوی المبداء ہونے کا احتمال ہوگا۔

سرایت یا دوسرے بار کی قسم میں اور پیدا شدہ داء النفس کی قسم میں کوئی نوعی تناظر نہیں ہوتا۔ داء النفس کی کوئی بھی قسم سرایت کی کسی بھی قسم کے ساتھ واقع ہو سکتی ہے، اور نتیجہ کا انحصار زیادہ تر اس فرد کے نفسی بنیہ پر ہوتا ہے جس پر حملہ ہوا ہے۔ جب سرایت سبب مرض ہوتی ہے تو ذہنی علامات پیش حموی، حموی یا بعد حموی درجہ میں پیدا ہو سکتے ہیں، اور ان میں سے مختلف درجوں میں کے علامات کے درمیان کوئی قطعی امتیاز نہیں ہوتا۔ عام ترین تعامل ہذیان ہے، لیکن وہمیت (hallucinosis) (ماحول ناشناسی کے بغیر)، زوالِ ذہنی کی حالت (catatonic state) (وہمیت کے ساتھ یا وہمیت کے بغیر)، اور ذہول بھی واقع ہو سکتے ہیں، اور کسی بھی درجہ میں۔ بعد حموی درجہ میں عقلی ضعف، نسیان (جو بعض اوقات کورساکوئی (Korsakow = قسم کا ہوتا ہے)، بے حسی اور انخفاض واقع ہوتے ہیں۔ یہ حالتیں "عصبی نہاکت" کے اقسام میں سے ایک قسم ہیں، (اُن معنوں میں جن میں کہ یہ وسیع لفظ استعمال کیا گیا ہے)۔ اِس اصطلاح کا اطلاق بالخصوص اس وقت کیا جاتا ہے جب کہ انخفاض یا حزن کے علاوہ ذہنی اور جسمانی تکاسل (fatiguability)، دردِ سر، غیر معین درد، اور نقصانِ وزن کے ساتھ عدمِ اشتہا موجود ہوں۔ انفلوئنزا کے بعد بالخصوص اِس قسم کے انخفاض کے وقوع کا رجحان ہوتا ہے، جس میں خودکشی کی کوشش غیر عام نہیں ہوتی اور نقاہت نہایت سست ہوتی ہے۔

حموی زمانہ کے ممیز ہذیان سے پہلے بے چینی اور بے خوابی ہوتی ہے، ساتھ ہی ڈراؤنے خواب آتے ہیں اور گن گن کے احساسات کے ساتھ سر میں ارتباک ہوتا ہے۔ اِس کے بعد اصلی ہذیان کے علامات واقع ہوتے ہیں، یعنے ماحول ناشناسی، فشلِ توجہ و فہم، سلسلۂ خیال کو قایم رکھنے کی ناقابلیت، اور توہمات، جن کے ساتھ اکثر (نہ کہ ہمیشہ) شدید دہشت طاری ہوتی ہے، جس سے ممکن ہے کہ اپنی حفاظت کیلئے حملہ کرنے کی یا بھاگ نکلنے کے لئے قاتلانہ اقدام کی تحریک ہو۔ بعض اوقات وحشیانہ نفسی حرکی جوشش و ہیجان، اور شدید اصابتوں میں تو ما پیدا ہو جاتا ہے۔ بعد حموی

808

درجہ میں ایک ہبوطی ہذیان (collapse delirium) بیان کیا گیا ہے جس کیساتھ انتہائی انبطاح نیز توہماتی منظاہر اور بے چینی ہوتے ہیں۔

طبیعی امارات اشتعال کنندہ جسمانی حالت کے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خون کے امتحان سے ترشہ دمویت ظاہر ہو اور بعض اوقات نائٹروجن کا احتباس موجود ہوتا ہے۔

علاج میں مطمح نظر یہ ہونا چاہئے کہ بنیادی جسمانی حالت دریافت ہوجائے اور کوئی سرایت، عمومی یا ماسکی جو معلوم ہوجائے اس کا تدارک ہو۔ علاماتی علاج حسب ذیل ہے :۔ بستر میں سکون و آرام اور پسندیدہ یہ ہے کہ یہ کھلی ہوا میں ہو۔ آبی علاج۔ کافی غذا رسانی (اگر غذا سے لگاتار انکار ہو تو معدی انبوبہ یا انفی انبوبہ کے ذریعہ سے) دودھ، اناج، شکر اور پھلوں کے عرق کی شکل میں آنتوں سے اخراج فضلہ (جس کے لئے کیلول کے بعد غنیتہً ہلکی دوائیں دی جائیں)۔ قلویات خوب مرقق کرکے دہن یا آنت کے راستے سے۔ اور جہاں تسمم الدم بہت زیادہ ہو فعلیاتی ملح محلول آنت کے راستہ سے (تعاطر مرفی: murphy drip) بلکہ دروں وریدی راہ سے۔

مرکزی عصبی التہاب (central neuritis)(Meyer)۔ اس سے دماغی عصبیوں میں ایک حاد التہابی تغیر مراد ہے، جو مختلف حالتوں (بالخصوص بیلاگرا: pellagra) کے آخری درجوں میں واقع ہوتا ہے۔ سریری طور پر اس میں تشنجی شکل اور ساتھ ہی تقبضات ہوتے ہیں نیز ارتباک کے ساتھ اکثر توہمات، التباسات اور پرشور بے چینی۔ یہ ارتباک بتدریج غوا میں بدل جاتا ہے اور اس کا ناگزیر خاتمہ ہلاکت ہے۔

شیبی دیوانگی

(presbyophrenia)

یہ ایک قشری اختلاط کی حالت ہے جو ادھیڑ عمر میں اور بیشتر شیخوخی زمانہ میں بالخصوص عورتوں میں واقع ہوجایا کرتی ہے۔ سریری لحاظ سے اسکے ممیز خصائص حسب ذیل ہیں :۔ بتدریج حافظہ کا کامل فشل واقع ہوجاتا ہے، چنانچہ تازہ واقعات کی

یادداشت باقی نہیں رہتی' اور اسیواسطے امتداد زمانہ سے نسبتہً زیادہ بعید واقعات
کا حافظہ بھی جاتا رہتا ہے۔ فقدان فہم واقع ہوجاتا ہے' جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ماحول
ناشناسی بتدریج بڑھتی جاتی ہے۔ بصیرت کا فقدان ہوتا ہے۔ طبیعت احمقانہ طور پر
خوش وخرم ہوتی ہے' ہنسی آسانی کے ساتھ آجاتی ہے اور گاہے گاہے چڑچڑاپن
ہوتا ہے۔ حافظہ کا خلا عموماً ایجاد (تدلیس یا سخن سازی = confabulation)
کے ذریعہ پُر کیا جاتا ہے' اور یہ بھی بلا بصیرت کیا جاتا ہے۔ عام طرز عمل میں خرابی
پیدا ہوجاتی ہے۔ اب مریضہ اپنے لباس وغیرہ کے متعلق معمولی احتیاط بھی نہیں
برتتی' اور اگرچہ بعض مثالوں میں وہ ایک جوان عورت ہوتی ہے لیکن گھر بار کی
سادہ سے سادہ ذمہ داری کا بار اُٹھانے کے قابل نہیں رہتی۔ فضول گوئی بہت کرتی
ہے اور ایسی بک بک کرتی رہتی ہے جو سمجھ میں نہیں آتی اور جس سوال کی تحریک
سے بولنا شروع کیا تھا اُسے بالکل بھول جاتی ہے۔ اِس قسم کی اصابتیں اکثر
ماسکی امارات کے ساتھ اختتام کو پہنچتی ہیں' یعنے اُن کی سریری تصویر الزہیمر کے
مرض سے ناقابل تمیز ہوتی ہے۔

مرضِ الزہیمر

(Alzheimer's disease)

اس کا انحصار قشرۂ دماغ کے ایک انحطاطی تغیر پر ہوتا ہے جو عموماً پیش شیخوخی
زمانہ میں شروع ہوجاتا ہے' یعنے عمر کے چوتھے عشرے میں (اور بعض اوقات
اس قدر جلد کہ تیسویں سال سے)۔ اس حالت میں شیخوخی قسم کا منتشر قشری بول
موجود ہوتا ہے۔ خردبین سے فانہ نما قشری ماسکے نظر آتے ہیں جن میں خلیات کا
فقدان ہوتا ہے' اور اس کی وجہ یہ ہے کہ نسبتہً چھوٹے عروق دمویہ جو سحایا سے قشرے
کے اندر آتے ہیں مسدود ہوجاتے ہیں۔ اِن عروق کی مسدودی کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ
متعدد چھوٹی چھوٹی نزفی لینتیں یا ذبولی رقبے پیدا ہوجاتے ہیں۔ بڑے ماسکی اضرار
جیسے کہ شریانی صلابت میں پیدا ہوجاتے ہیں نہیں ہوتے۔ ضایع شدہ عصبی
خلیوں کی جگہ ریشکوں کے تودے اور الجھے ہوئے تودے لے لیتے ہیں (جو انحطاطیتہ

عصبی خلیوں کے دروں خلوی ریشک سمجھے جاتے ہیں)۔
سریری طور پر مریض تازہ اور بعید واقعات کے حافظہ کا فقدان اور ساتھ ہی فہم میں کمی اور بصیرت کا فقدان ظاہر کرتا ہے۔ ماسکی اختلالات [جیسے کہ حبسہ (aphasia)] کا ظہور جلد ہو جاتا ہے۔ درحقیقت الزہیمر کے مرض کی سریری تصویر شیبی دیوانگی کی سی ہوتی ہے جس میں ماسکی آمامات متزاد ہوتے ہیں۔ کچھ عرصہ بعد مریض بے چین اور بکی ہو جاتا ہے، اور گاتا اور ہتسار ہتا ہے۔ جب گہرے درجہ کا ہو جاتا ہے اور گفتگو ایک لایعنی بکواس بنجاتی ہے۔ چلنا پھرنا ناممکن ہو جاتا ہے۔ دوسرے ماسکی امامات (تشنّج جوارح) نمودار ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی صرعی حملے ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ حدقی تعاملات کا فقدان ہو۔ مرض مترقی ہوتا ہے، لیکن آہستگی کے ساتھ، اور موت واقع ہو جاتی ہے۔
پک (Pick) کا مرض، سریری طور پر الزہیمر (Alzheimer) کے مرض سے تمیز نہیں کیا جا سکتا لیکن وہ زیادہ معیّن خاندانی حدوث سے، ذبول دماغ بعض فصوص (جبہی اور صدغی) میں زیادہ واقع ہونے سے اور سفید مادہ کے نسبتاً زیادہ نقصان سے ممیز ہے۔

نفسی مرضی تعامل والی اقسام

(PSYCHOPATHIC REACTION TYPES)

متعدد ذہنی امراض کی ماسبق استعداد میں مزاجی عدم استحکام (جیسے بعض اوقات "بنیئی نفسی مرضی دنائت" = "constitutional psychopathic inferiority" کہتے ہیں) ایک جزو مشترک ہے، لیکن بعض اشخاص میں یہ بذاتہٖ ایسے درجہ تک پہنچ جاتا ہے کہ قطع نظر کسی اتفاقی پیچیدگی کے طور پر واقع ہونے والے ذہنی مرض کے جس کا یہ اپنے موضوع میں میلان پیدا کر دیتا ہے، ممکن ہے کہ یہ سوء توافق اور عام ناقابلیت پیدا کرنے میں ایک مخدوش عامل ہو۔ جب یہ کسیقدر عقلی نقص کے ساتھ موجود ہوتا ہے تو یہ زندگی میں ناکامی، الکحلیت، دواؤں کی لت (drug addiction)

یا حقیقی غیر معاشرتی طرزِ عمل (اقدام خودکشی خطا کاری اور جرم) پیدا کر دینے کا اور بھی زیادہ رجحان رکھتا ہے۔ اِس درجہ کے مزاجی عدم استحکام کے مریض جس طرح وہ اس کی وجہ سے نہایت زیادہ آسانی کے ساتھ منغض ہوتے ہیں اور آسانی کے ساتھ فرحاں ہوتے ہیں یا (حوالتی تصورات سے) شکی ہوجاتے ہیں یا مخالف یا سرکش ہوتے ہیں اسی طرح اُس وقت جب کہ انھیں زندگی میں کسی مشکل کا سامنا ہو تو اُن میں معین ذہنی مرض کے نمو کا رجحان اپنے طبعی ہمسایوں کے نسبت زیادہ ہوتا ہے۔ لیکن جس طرح کہ ان میں ایسے نفسی عصابی یا دار النفسی حادثات طبعی اشخاص کے نسبت زیادہ آسانی کے ساتھ برپا ہوجاتے ہیں ٹھیک اسیطرح یہ حادثی ظواہر زیادہ آسانی کے ساتھ فرو بھی ہوجاتے ہیں۔ چونکہ ایسے اشخاص اپنا پیشہ اکثر تبدیل کرتے رہتے ہیں اور کسی معین لائحہ عمل سے معرّا ہوتے ہیں لہٰذا اِن امور کی وجہ سے اِن کا راز سطحی معائنہ سے بھی فاش ہوجاتا ہے۔ اِن میں سے بعض بڑے بڑے مقاصد رکھتے ہیں لیکن ان سب میں ثابت قدمی کا فقدان ہوتا ہے۔

ان میں سے متعدد کی حالت میں بہت کچھ اصلاح ہوسکتی ہے بشرطیکہ علاج کافی جلد کیا جائے۔ اس امر کی شہادت موجود ہے کہ کم از کم ان میں سے بعض میں عدم استحکام تخلقی نہیں ہوتا بلکہ ماحول کے ابتدائی اثر اور بالخصوص خانگی اثر سے اکتسابی طور پر پیدا ہوجاتا ہے۔ مشدد نفسیاتی علاج کے علاوہ اس کا علاج عملی انتظام اور حتی الامکان حفظ ما تقدم کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔ مریض کی عقلی یا ہاتھ سے کام کرنے کی قابلیتوں کے امتحان کے بعد اس کے لئے موزوں ترین پیشہ یا شغل کا انتخاب خاص طور پر اہم ہے۔ ظاہر ہے کہ ہر شخص کو اس کام پر لگا رہنا زیادہ آسان معلوم ہوتا ہے جس کے لئے وہ قدرتی طور پر موزوں ہے۔ یہ اور اس کے ساتھ کافی معاشرتی اور دیگر انتظام اور کسی ایسے شخص کی کم و بیش نگرانی جس پر مریض اعتماد رکھتا ہو عدم استحکام کے خطرناک نتائج کے لئے بہترین حفظ ما تقدم ہے۔ جب مزاجی عدم استحکام مریض کو قانون کی زد میں لے آئے تو اس نگرانی کے فوائد کا پورا فائدہ اٹھانا چاہیے اور ساتھ ہی یہ تحقیق کرنا چاہیے کہ اس خطا کاری کا ارتکاب کن حالات و ماحول میں اور کس نیت سے کیا گیا اور پھر مریض کو کسی

موزوں ماحول میں رکھنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔

مزاجی عدم استحکام بچوں اور ریعانی عمر والوں میں خاص مسائل پیدا کر دیتا ہے، جو ساتھ ہی مابعد عمر کے نسبت زیادہ امید افزا ہوتے ہیں۔ شفا خانہ جانے کے قابل ایسے مریضوں کی صورت میں طبیب کو مندرجۂ ذیل سے پورا پورا فائدہ اٹھانا چاہیئے:— شفا خانۂ عام کے بیرونی مریضوں کی (امراض النفسی اور امراض الصبیانی) سرپرست گاہوں سے (جو ایسے مریضوں کے معالجہ کے لئے ساز و سامان مہیا رکھتی ہیں)، نیز رہنمائی اطفال کی سرپرست گاہوں، افسرانِ مدرسہ، معاشرتی کارکنوں اور موزوں خیراتی انجمنوں سے، اور اسیطرح خطا کاری کی مثالوں میں عہدہ دارانِ نگران کا (probation officers) کی خدمات سے جن میں سے بعض آجکل اس شعبہ کے کام کے لئے خاص طور پر تربیت یافتہ ہوتے ہیں علاج کا ایک اہم حصہ یہ ہے کہ والدین کو ہدایت کی جائے۔ ان کو یہ بتانے کے بعد کہ حد سے زائد منت و سماجت وغیرہ کے غلط طرزِ عمل کا اثر بچوں پر کیا ہوتا ہے ایسے طرزِ عمل کی اصلاح کر دینی چاہیئے۔

310

جنونِ ثنوی ("Folie a deux") (دو کا جنون) یا جنونِ منتقل (communicated insanity)۔ اس اصطلاح کا اطلاق اُسوقت کیا جاتا ہے جبکہ دو شخص جو ایک دوسرے کے ساتھ قریبی طور پر رفاقت رکھتے ہوں، ہم زماں طور پر کسی ایسے داء النفس میں مبتلا ہو جائیں جس میں یہ معلوم ہو کہ اِن دونوں شخصوں میں سے ایک نے دوسرے شخص کو اُس کے اختباطی تصورات میں متاثر کر دیا ہے۔ تاہم اس حالت کا صرف دو شخصوں تک محدود ہونا لازمی نہیں، اور اس میں تین بلکہ زائد اشخاص بھی مبتلا ہو سکتے ہیں ("جنونِ ثلاثی" وغیرہ ("folie a trois," etc: — یہ مرض عزلت گزینی کی زندگی بسر کرنے والے اور بوڑھے اشخاص میں سب سے زیادہ عام ہے۔ اس حالت کے عام موضوع شوہر اور بیوی، بھائی اور بہن، والد یا والدہ اور بچے، یا ہم صنف دوست ہوتے ہیں جو اکثر قریبی طور پر ساتھ رہتے ہیں۔ یہ حالت عموماً جنتہ ایسا ہوتی ہے، یعنی اس میں ایذا رسی کے اختباطات ہوتے ہیں، جو بعض اوقات عظمتِ نفس (شاہی خاندان سے پیدائش وغیرہ) کے اختباطات کے ساتھ مخلوط ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک اجتماعی وہمیت موجود ہوتی ہے (مثلاً

حشرات سے جو کہ دیکھے جاتے ہیں سرایت واقع ہونے کی) ۔ ان مریضوں کی جوڑی
میں سے کوئی ایک پیدائیشی مرض میں غالب حصہ لیتا ہے اور بلاارادہ یا غیر محسوس
طور پر دوسرے مریض کی ایحا پذیری سے موقع پاتا ہے، جو محبت، لاعلمی یا ہسٹیریا
کے سبب سے حد سے زائد ایحا پذیر ہوتا ہے۔

قلت ذہن یا کم ذہنی

(MENTAL DEFICIENCY)

(amentia = بے ذہنی)

نقص ذہن یا بے ذہنی (جیسا کہ اُسے اکثر اس ملک میں خطاب کرتے ہیں) سے
وہ ناقص عقلی موہبت مراد ہے، جو یا تو جرثوم مایہ میں موجود ہو (اوّلی بے ذہنی primary
amentia =) یا استقرار حمل کے بعد کسی زمانہ میں بیرونی مرض کی وجہ سے اکتسابی طور پر
پیدا ہو جائے (ثانوی بے ذہنی = secondary amentia)۔

نقص ذہن کے اسباب بالخصوص حسب ذیل ہیں :۔ (۱) توارث۔
ایک قسم نقص وہ ہے جو غالباً مغلوبِ مینڈل (Mendelian recessive) کی حیثیت
سے توارث پذیر ہوتی ہے۔ (۲) نامعنی انحطاط (blastophoria)۔ والدین میں
الکحلیت، آتشک، تدرن یا کسی سبب سے کمزوری، جو جرثوم مایہ کی حیویت کو تلف
کردے۔ (۳) ولادتی تضرر (birth-injury)۔ (۴) اوائل عمر کا مرض، بالخصوص
دماغ کی سمی اور التہابی حالتیں (التہاب سحایا، التہابِ دماغ وغیرہ)۔

جسمانی اصطلافات عام ہیں، بالخصوص اوّلی قسم میں، اور یہ نام نہاد طور پر
"میاسم انحطاطیت" ("stigmata of degeneracy") کے خطاب سے
یاد کئے جاتے ہیں۔ یہ میاسم تشریحی تشوہات پر مشتمل ہوتے ہیں جو حسب ذیل ہو سکتے
ہیں :۔ کھوپری کے تشوہات، مثلاً کوچک سری (microcephaly)، کلاں
سری (macrocephaly)، استسقاء الراس (hydrocephalus)، مخروطی کھوپری
(steeple-skull)، وغیرہ۔ تالو اور دانتوں کے تشوہات۔ اور آنکھوں اور کانوں کے

تشنجات۔ علاوہ ازیں یہ میاسم فعلیاتی اختلالات پر بھی مشتمل ہو سکتے ہیں (جن کا انحصار عموماً تشریحی اضرار پر ہوتا ہے) مثلاً شلل، رعشہ، لکنت، بدڈھنگی گفتگو، زفن، متکرر حرکات، حَوَل یعنے بھینگا پن، رقصِ مقلد اور صرعی حملے۔

عام طور پر ناقص الذہن مریضوں کی جماعت بندی اُن کے نقص کے درجہ کے لحاظ سے کی جاتی ہے۔ ۱۹۱۳ء کے قانونِ نقصِ ذہن میں اُن کی تقسیم حسبِ ذیل کی گئی ہے :- ابلیے (idiot)، سخیف (imbecile)، ضعیف العقل (feeble-minded) اور اخلاقی سخیف (14)-

جو معیارات سریری اور قانونی طور پر استعمال کئے گئے ہیں (جیسے کہ مندرجہ ذیل تعریفات میں) وہ خاص کر طرزِ عمل اور قابلیت کے معیارات تھے، مثلاً یہ کہ آیا مریض مدرسہ میں سبق یاد کر سکتا تھا اور آیا از اں بعد وہ کسبِ معاش کر سکتا تھا اور کس حد تک کر سکتا تھا۔ مگر ۱۹۰۵ء میں بِنا اور سائمن (Binet & Simon)، پیرس کے دو ماہرینِ نفسیات نے "عقل و ذہانت کے کاشفات" ایجاد کئے، جو مختلف ترمیمات کے ساتھ اور زیادہ صحیح تشخیص اور جماعت بندی میں آسانی پیدا کرنے کے لئے اُس وقت سے اب تک بکثرت مستعمل ہیں۔ کاشفات کے شمار کے لحاظ سے جن میں مریض کامیاب ثابت ہو، اِن کاشفات کے ذریعہ سے اُس کی ایک "ذہنی عمر" ("mental age") متعین کی جا سکتی ہے۔ بالغ ناقص العقل اشخاص، جن کی ذہنی عمر ایک دو سالہ طبعی بچے کے نسبت کم ہو، ابلہ ہیں۔ جن کی ذہنی عمر تین اور سات سال کے درمیان ہو وہ سخیف ہیں۔ اور وہ جن کی ذہنی عمر سات سال سے اوپر لیکن تقریباً دس سال سے زائد نہ ہو وہ ضعیف العقل (feeble-minded) ہیں۔ ضعفِ عقل کے لئے بالائی حدِ عمر کا انحصار زیادہ تر ساتھ کے مزاجی حالات پر ہوتا ہے۔ ذہنی نمو کا ایسا درجہ جس کے ذریعہ اُس کا مالک کسبِ معاش کر سکتا اور معمولی حالات میں قوم یا سوسائٹی میں اپنی حیثیت برقرار رکھ سکتا ہو، ممکن ہے کہ ساتھ کے مزاجی عدمِ استحکام کے باعث اِن مقاصد کے لئے غیر مکتفی ثابت ہو، یعنی یہ ساتھ کا مزاجی عدمِ استحکام نقصِ عقل کے ساتھ مل کر مریض کو قانونی اور معاشرتی طور پر ضعیف العقل افراد کے زمرہ میں شمار کئے جانے کے قابل بنا دیتا ہے۔ لہٰذا

جملہ مدارج کے ناقص العقل اشخاص کی مزید تقسیم "مستحکم" اور "غیر مستحکم" میں ہوتی ضروری ہے۔ اوسط طبعی بالغ شخص کی ذہنی عمر اب مندرجہ بالا پیمانہ کے مطابق چودہ سال فرض کر لی گئی ہے۔ چنانچہ اس غرض سے کہ مختلف عمروں میں مقابلہ ممکن ہو، ذہنی عمر کو عمر زمانی کے تفاعل کے طور پر ظاہر کرنا ضروری ہے، اور مندرجۂ ذیل ضابطہ کو "عقلی حاصل تقسیم" یا ع ح ت ("intelligence quotient" or I. Q.) کہتے ہیں:۔ $\frac{\text{ذہنی عمر} \times 100}{\text{زمانی عمر}}$۔ آخر الذکر (یعنے عقلی حاصل تقسیم) کسی خاص فرد کے نمو کے دوران میں نمایاں طور پر مستمر رہتا ہے۔ کسی فرد کی قابلیتوں کا تقریبی تخمینہ لگانے کے لئے نہ صرف نام نہاد کاشفات عقل و ذہانت، مثلاً بنا سائمن کے کاشفات کا استعمال ضروری ہے، بلکہ عملی قابلیت کے کاشفات (مثلاً "کاشفات کارپردازی" "performance tests = "بھول بھلیاں والے کاشفات" "maze tests" = اور میکانی استعداد کے کاشفات) بھی ضروری ہیں، اور ان سب کے لئے خاص خاص آلات اور ضابطے ایجاد کر لئے گئے ہیں۔ مزاج کے کاشفات نسبتہً بہت زیادہ مشکل ہیں۔ مزاج کی شناخت کے بہترین معیارات سرگذشت سے حاصل ہوتے ہیں (12) (15)۔

مندرجۂ ذیل جماعت بندی ۱۹۱۳ء کے قانون نقص ذہن کے مطابق ہے، جس کے ساتھ متناظر علامات بھی مندرج ہیں:—

ضعیف العقل یا خفیف العقل (morons)۔ "وہ اشخاص جن کی حالت میں پیدائش کے وقت یا ابتدائی عمر ہی سے ایسا ذہنی نقص موجود ہوتا ہے جو سخافت کی حد تک تو نہیں پہنچتا مگر با ایں ہمہ اس قدر نمایاں ہوتا ہے کہ خود اُن کی حفاظت کے لئے اور دوسروں کے تحفظ کے لئے اُن کی خبر گیری، نگہداشت اور روک تھام کی ضرورت ہوتی ہے، یا بچوں کی صورت میں ایسا نمایاں ہوتا ہے کہ اس کی وجہ سے وہ معمولی مدارس میں تعلیم سے مستفید ہونے کے لئے مستقلاً ناقابل معلوم ہوتے ہیں" (قانون نقص ذہن ۱۹۱۳ء)۔ ۱۹۲۷ء کے قانون نقص ذہن کی رو سے "ابتدائی عمر" کی تعریف یہ کی گئی کہ یہ ایسی عمر ہے جو اٹھارہ

سال سے زائد نہ ہو۔

"میاسم انحطاطیت" ("stigmata of degeneracy") ضعیف العقل اشخاص میں اکثر پائے جاتے ہیں۔ بالعموم ان میں ابتدائی بچپن کے زمانہ میں چلنا اور بولنا سیکھنے میں تاخیر ہو جاتی ہے۔ ان میں سلسل البول اور بعض اوقات سلسل البراز طبعی اشخاص کے مقابلہ میں زیادہ عمر تک ہوا کرتا ہے۔ سرایتوں سے اثر پذیری بھی غیر طبعی ہوتی ہے۔ فہم کے نقص اور مجرّد استدلال کی قابلیت کے نقص کے علاوہ ذہنی وظائف میں پراگندگی توجہ ظاہر ہوتی ہے جو بذاتہ حصولِ علم میں مشکل پیدا کرتی ہے۔ ایتلافی قابلیت کا نقص جو نقص فہم کا بنیادی سبب ہوتا ہے، اور اسی کے ساتھ مواظب جذباتی تحریک کا فقدان، تخیّل کے نقص کا سبب ہوتا ہے، جو بالغ ضعیف العقل اشخاص میں بھی بچوں جیسی سادگی رکھتی ہے۔ ان میں سے ذکور خود کو آئندہ انجن ڈرائیوروں کی حیثیت میں دیکھنے کی حد سے زیادہ نہیں بڑھتے اور لڑکیوں کے خیالی پلاؤ پریوں کی شہزادی کے درجہ سے آگے نہیں جاتے۔

جذباتی حیثیت سے ان میں سے بہت سے مستحکم اور اطاعت پذیر ہوتے ہیں، لیکن یہ اطاعت پذیری ہی ان کو خطاکاری، خلاف ورزی قانون بلکہ خود ارتکاب جرم پر مائل کر دیتی ہے۔ چند غیر مستحکم، مغلوب الجذبات اور بے ضبط ہوتے ہیں۔ مدرسہ میں ضعیف العقل اس وقت بھی جب کہ وہ بہترین حالت میں ہوں بمشکل اتنا کام کر سکتے ہیں جو اوسطاً درجہ دوم کے برابر ہو۔ ادنیٰ ترین درجہ کے ضعیف العقل کسی طالب علمانہ کامیابی کے ناقابل ہوتے ہیں۔ وہ ایک جزو کے الفاظ تک یاد نہیں کر سکتے اور سادہ ترین جمع یا تفریق بھی نہیں کر سکتے۔ خوش قسمتی سے اعلیٰ مدارج میں بہت سے ضعیف العقل بعض سادہ قسم کی دستکاریوں میں کارآمد ہو سکتے ہیں اور بالغ عمر میں کسب معاش کی قابلیت رکھتے ہیں۔ اور بہت سے ایسے اشخاص جو مدرسہ میں ضعیف العقل اشخاص کے زمرہ میں شمار کئے جاتے ہیں، بالغ زندگی میں اس زمرہ سے خارج ہو جاتے ہیں، کیونکہ ان میں دستکاری کی قابلیت اتنی کافی ہوتی ہے کہ وہ کسب معاش کر سکتے ہیں اور معمولی سمجھ آتی ہوتی ہے کہ وہ اپنی زندگی کا انتظام سادہ طور پر کر سکتے ہیں۔ ان کی تناظر ذہنی عمر

سات سے دس سال تک کی ہوتی ہے۔

سخیف "وہ اشخاص ہیں جن کی حالت میں پیدائش کے وقت یا اوائل عمر سے ایسا ذہنی نقص موجود ہوتا ہے جو البلہی کی حد تک تو نہیں پہنچتا مگر اس قدر نمایاں ہوتا ہے کہ وہ اپنا یا اپنے معاملات کا انتظام نہیں کر سکتے' یا اگر وہ بچے ہیں تو ان کو اس کی تعلیم دینا ناممکن ہوتا ہے" ضعیف العقل اشخاص کی نسبت سخیف اشخاص میں بحیثیت ایک جماعت کے مباسم کا حدوث زیادہ ہوتا ہے' کیونکہ ان کا ایک بڑا حصہ اولی بے ذہنوں کے گروہ سے تعلق رکھتا ہے۔ ان کے حرکات میں بد اسلوبی ہوتی ہے اور طرز بیان احمقانہ ہوتا ہے۔ ان کا ذخیرۂ الفاظ بہت محدود ہوتا ہے اور طالب علمانہ قابلیت تقریباً نادار ہوتی ہے۔ ان میں سے بعض نہایت بے چین ہوتے ہیں۔ غیر مستحکم قسم میں معمولی چالاکی' وحشیانہ غصہ' حسد' غفلت اور بے پروائی کی عادتیں' بے غیرتی اور لے روک حلق کی عادت پائی جاسکتی ہے۔ بعض بچوں کی طرح خود پسند ہوتے ہیں۔ متناظر ذہنی عمر تین سال سے لے کر سات سال تک کی ہوتی ہے۔

812 ابلہی "وہ اشخاص ہیں جو زمانۂ پیدائش یا اوائل عمر ہی سے اس قدر ناقص الذہن ہوتے ہیں کہ اپنی حفاظت معمولی جسمانی خطرات تک سے نہیں کر سکتے" ابلہوں میں جسمانی انحطاطیت اس درجہ تک پہنچ جاتی ہے کہ وہ ایک نظر میں پہچانے جاسکتے ہیں۔ وہ متصیع اور بدشکل ہوتے ہیں' مختلف اقسام کے شللوں میں مبتلا ہوتے ہیں' اور اگر کچھ بول بھی سکتے ہیں تو صرف اسیقدر کہ چند الفاظ ادا کر سکتے ہیں اور وہ بھی بد اسلوبی کے ساتھ۔ وہ حوائج فطری کی طرف بھی توجہ نہیں کرتے ہیں' اور ہمیشہ خود کو بول و براز سے تر اور آلودہ کر لیتے ہیں۔ وہ کھانا کھاتے نہیں بلکہ اسے درندوں کی طرح ہڑپ کرتے ہیں۔ بعض ہر چیز کو جو ان کے ہاتھ چڑھتی ہے تلف اور برباد کر دیتے ہیں۔ ان میں سے بہت سے مکانی عمر کی نقص کی وجہ سے لازمی طور پر صاحب فراش ہوتے ہیں۔ اور وہ جو خود چلنے پھرنے کے قابل ہوتے ہیں نہایت بے ڈھنگے ہوتے ہیں۔ یہ سخیفوں سے بھی زیادہ سرایتوں میں مبتلا ہو جاتے ہیں اور یہ خوش قسمتی سے عموماً نو عمری میں مر جاتے ہیں۔ عقلی اعمال فی الحقیقت غیر موجود ہوتے ہیں۔

صرف نہایت اولین جذبات (غصہ، بے رحمی، خوف اور جسمانی لذات) ظاہر ہوتے ہیں۔ متناظر ذہنی عمر دو سال سے کم ہوتی ہے۔

اخلاقی سخیف " وہ اشخاص ہیں جو اوائل عمر ہی سے کوئی مستقل ذہنی نقص ظاہر کرتے ہیں، اور ساتھ ہی اُن میں قوی شریرانہ یا مجرمانہ رجحانات موجود ہوتے ہیں، جن پر سزا کا بہت کم اثر ہوتا ہے یا سزا دینے پر بھی وہ اس سے باز نہیں آتے " " اخلاقی سخیف " کی اصطلاح چنداں موزوں نہیں، کیونکہ بہت سی ایسی اصابتوں میں جن میں یہ خطاب استعمال کیا گیا ہے، عقلی نقص درحقیقت بہت کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔ مرضیت اقلیم جذبات میں ہوتی ہے۔ ایسے اشخاص میں ایسے کوئی جذبات نظر نہیں آتے جو اخلاقی وجدانات کے اس قدر اہم ترکیبی اجزا ہوتے ہیں۔ یہ لوگ جھوٹ بولتے ہیں، چوری کرتے ہیں، اس قدر پیتے ہیں کہ بدمست ہو جاتے ہیں، بعض اوقات وحشیانہ تندی ظاہر کرتے ہیں بلکہ بلا اشتعال بیرحمی کے مرتکب ہوتے ہیں، اور ہر لحاظ سے بے اصول اور ناقابلِ اعتماد ہوتے ہیں۔ بایں ہمہ وہ ندامت کا کبھی کوئی حقیقی احساس نہیں ظاہر کرتے۔ سزا سے اُن کے طرزِ عمل میں کوئی اصلاحی اثر نہیں ہوتا۔ علاج بالخصوص یہی ہے کہ اُن کی نگرانی اور روک تھام کی جائے۔ رشتہ داروں کے حق میں یہی بہتر ہے کہ " اخلاقی سخافت " کی تشخیص ابتدائی زمانہ میں ہو جائے (اگرچہ اس کی تشخیص اواخر طفولیت سے پہلے نہیں کرنی چاہیے) اور قانون نقص ذہن کے تحت تصدیق کے ذریعہ مریض کو علیحدہ رکھنے کا انتظام کیا جائے۔ اس سے زیادہ عرصہ گزرنے کے بعد اُن کا تدارک اور بھی زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ پھر اُن کو قابو میں لانے کی خاص امید صرف یہی رہ جاتی ہے کہ وہ کسی جرم کے مرتکب ہوں اور پھر اُن کو قید کی سزا دی جائے، یا یہ کہ اُن میں کوئی داء النفس پیدا ہو جائے جس کی وجہ سے وہ قانون مجانین (Lunacy Act) کے تحت قابلِ تصدیق ہو جائیں۔

امراضیاتی جماعت بندی۔ ناقص العقل اشخاص کی جماعت بندی حسب ذیل بھی کی جاتی ہے: (۱) اولی بے ذہن (primary aments) جن کی تقسیم تین خاص گروہوں میں کی جاسکتی ہے: — سادہ کوچک سر (microcephalic)

اور منگولی۔ (۲) ثانوی بے ذہن (secondary aments) جن کی تقسیم حسب ذیل ہو سکتی ہے:۔ (الف) وہ جن میں جلی دماغی اضرار موجود ہوں، جیسے گمنستی (amaurotic)، آتشکی، استسقاء الدماغی (hydrocephalic)، مسامی دماغی (porencephalic)، صلابتی، شللی، نیز جلی التہابی یا عروقی اضرار (مثلاً وبائی التہابِ دماغ = epidemic encephalitis) کے دوسرے مابعد اثرات۔ اور (ب) وہ جن میں جلی دماغی اضرار موجود نہ ہوں بلکہ جو عصبیتی نمو کے عام ایقاف (مرعی، قمائتی : cretinous، یا تغذیئی) میں مبتلا ہوں۔ اِن میں سے بہت سوں کا تذکرہ اِس کتاب کے گذشتہ بابوں میں کیا گیا ہے۔ اعضائے حواس کے مرض اور دماغی نمو کے متناظر فقدان کا نتیجہ (تفریدی بے ذہنی = isolation amentia) ذیل میں درج کیا جاتا ہے۔ بے ذہنی کی یہ تمام قسمیں ضعفِ عقل، سخافت اور ابلہی کے کسی بھی درجہ میں موجود ہو سکتی ہیں:۔

ذیل میں بعض واضح اقسام کا بیان درج کیا جاتا ہے:۔

کوچک سری بے ذہنی (microcephalic amentia) کی اصطلاح کا اطلاق اُس حالت پر کیا جاتا ہے جس میں ذہنی نقص ایک صریحاً چھوٹی کھوپری کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جس کا محیط عموماً ۱۷ انچ سے کم ہوتا ہے۔ لیکن اگر کھوپری کی جسامت کے بجائے اُس کی شکل کو معیار سمجھا جائے تو اس میں ایسے مریض بھی شامل کئے جا سکتے ہیں جن کی کھوپری کا محیط اِس کے نسبت قریب ۲ انچ کے زائد ہو۔ جبہی خطہ کے دَب جانے اور قذالی خطہ کے چپٹا ہو جانے سے تمثیلی نوک دار یا "پرندہ نما" شکل پیدا ہو جاتی ہے، اور اسی کے ساتھ دماغی نیم کُروں کی ناقص تکوین اور انفرادی عصبیوں اور ریشوں کا نامکمل نمو پایا جاتا ہے۔ تزارید کا نمو ناقص ہوتا ہے اور نقص نمو کے مقامی رقبے موجود ہوتے ہیں۔ کھوپری کی شکل کی وجہ سے کوچک سر مریض میں پرندہ نما مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ مزید برآں وہ غیر معمولی طور پر قصیر القامت ہوتے ہیں۔ دماغ کے خلیات معمول کے نسبت کم ہوتے ہیں، مگر اس میں کثیر التعداد جنینی اور دیگر مقامی خلیے نظر آتے ہیں۔ کوچک سروں کی اکثریت ابلہیوں اور سخیفوں کی جماعت سے تعلق رکھتی ہے۔ کچھ تھوڑے محض ضعیف العقل ہوتے ہیں۔ بحیثیت ایک

گروہ کے پیشگفتہ مزاج' بے چین' محبت کرنے والے اور نیک چلن ہوتے ہیں۔

مغولی بے ذہنوں (mongolian aments) کی وجہ تسمیہ یہ ہے کہ ان کے فتحاتِ چشم ترچھے رُخ میں اوپر اور باہر کے طرف جاتے ہیں۔ ماقِ واحسلی پر جلد کا برباقی شکن قوی طور پر نمو یافتہ ہوتا ہے۔ علاوہ بریں زبان بڑی ہوتی ہے اور اُس میں عرضی انشقاقات کے نشان ہوتے ہیں (صفن نما زبان = scrotal tongue) اور جبہی اور قذالی خطوں کے چپٹا ہونے کی وجہ سے کھوپری قصیر الراس (brachycephalic) ہو جاتی ہے۔ پہلی تسنین میں تاخیر ہو جاتی ہے۔ دانت چھوٹے ہوتے ہیں اور جلد بوسیدہ ہو جاتے ہیں۔ ناک چھوٹی' ہاتھ پاؤں چوڑے اور ہاتھوں کے انگوٹھے اور چھنگلی انگلیاں معمول کے نسبت چھوٹی ہوتی ہیں' اور آخر الذکر چھنگلی کی انگلیوں کے طرف قدرے متقعر ہوتی ہیں۔ ہتھیلیوں میں اکثر ایک مستعرض فجوہ ہوتا ہے (نام نہاد خط قردی = simian line)۔ رباطات ڈھیلے ہوتے ہیں' جس کی وجہ سے مفاصل کو معمول سے زاید پھیلایا جا سکتا ہے۔ تمام اقسام کی پیدائشی غیر طبعی حالتیں اور بالخصوص پیدائشی مرض قلب عام ہے۔

ذہنی حیثیت سے ان کی اکثریت سخیف درجے کی ہوتی ہے۔ بہت سے ضعیف العقل ہوتے ہیں اور چند ابلہے ہوتے ہیں۔ یہ مطمئن نظر آتے ہیں' اور مُنہ بنانے اور نقالی کے عادی ہوتے ہیں۔ اکثر لے کو خوب سمجھتے ہیں اور موسیقی سے لطف اندوز ہوتے ہیں۔ مغولیت (mongolism) کا سبب اب بھی ایک متنازع فیہ امر ہے۔ ایک عامل جو کہ خاص طور پر اس سے متعلق ہے ماں کی عمر ہے۔ مغولی زیادہ تر مسن ماؤں کے ہاں تولد ہوتے ہیں۔

صلابتی بے ذہنی (sclerotic amentia)۔ مریضوں کی ایک خفیف تعداد میں ابلہی کا انحصار عصب سریشی افزار پر ہوتا ہے جو یا تو منتشر ہوتے ہیں یا ایک محدود (گرہکی یا بصلی) شکل میں ہوتے ہیں۔ دونوں صورتوں میں ذہنی نقص کی تصویر مختلف تشنجات' رعشوں' اور بالخصوص بصلی قسم میں تشنج سے پیچیدہ

ہو جاتی ہے۔ بعض صلابت کی چند اصابتوں میں ذہنی غدی سلعہ (adenoma sebaceum) اور مختلف باطنی اعضاء کے سلعات بھی موجود پائے گئے ہیں۔ اضرار کے ایسے مجموعہ کے لئے تصریع (epiloia) کی اصطلاح تجویز کی گئی ہے۔ صلابت کی بیش پرورشی منتشر قسم میں درد سر ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔

حواس سے محرومی اور ذہنی نقص ۔اب یہ امر تسلیم کرلیا گیا ہے کہ ایسا ذہنی نقص جو مخصوص حس کے اعضا میں سے کسی ایک عضو کے ضرر کے ساتھ پایا جائے حقیقی نہیں بلکہ زیادہ تر ظاہری ہوتا ہے اور اُس کا انحصار خلقی قلت پر نہیں بلکہ اس امر پر ہوتا ہے کہ عضو کی غیر موجودگی کے باعث تعلیم نہ ہوسکی۔ مخصوص کاشفات سے جو حال ہی میں ایسے بچوں کی ذہانت کے متعلق کئے گئے جو اوائل عمر سے بالکل بہرے تھے ظاہر ہو گیا ہے کہ یہ طبعی بچہ کے نسبت اوسطاً کم ذہین نہیں ہوتے۔

عالم ابلہ (idiots savants) وہ اشخاص ہیں جو عام ذہنی قلت میں مبتلا ہونے کے باوجود کسی ایک رُخ میں غیر معمولی استعداد یا صلاحیت ظاہر کرتے ہیں۔ مثلاً بعض سخیف اور ضعیف العقل اشخاص کا حافظہ نہایت نادر اور عجیب وغریب ہوتا ہے۔

حادثی ادوار النفس اور نفسی عصابیتیں جو نقص ذہن کی حالت میں پیچیدگیوں کے طور پر پیدا ہو جاتی ہیں۔ معمولی اشخاص کی نسبت ناقص الذہن اشخاص میں مشکلات سے دوچار ہونے پر کسی نہ کسی قسم کی ذہنی بیماری پیدا ہو جانے کا امکان زیادہ ہی ہوتا ہے۔ لیکن جس طرح اُن میں حادثی ادوار النفس یا نفسی عصابیتیں زیادہ آسانی سے ہو جاتی ہیں اُسی طرح مجموعی حیثیت سے انھیں شفا بھی زیادہ آسانی سے ہو جاتی ہے۔ لیکن یہ ممکن ہے کہ اُس دوار النفس کے جذباتی اختلال کی وجہ سے مریض کی معاشرتی صلاحیت پیشتر کے نسبت کم ہو جائے، مثلاً ایسا ہو سکتا ہے کہ ایک ناقص الذہن شخص کو جو انشقاق الذہنی حادثہ کے آغاز سے پہلے بیرونی دنیا میں رہنے کے قابل تھا، انشقاق الذہنی علامات زائل ہو جانے کے باوجود بعد میں مستقلاً کسی ادارہ میں رہنا پڑے۔ طبعی ذہن وفہم والے

افراد کے نسبت ناقص الذہن اشخاص میں ہسٹیریائی ظواہر زیادہ صریح اور جلی ہونیکا امکان ہوتا ہے۔ مریض کو بڑی آسانی کے ساتھ رویا نظر آتے ہیں اور آوازیں سنائی دیتی ہیں اور ان توہمات میں طفلانہ سادگی ہوتی ہے۔ اور وہ بہ نسبت رعشہ اور مستمر دردوں اور دُکھن کے (جو اوسط ہسٹیریائی مریض میں اس قدر عام ہوتے ہیں) پورے جوارح کے شلل کو ترجیح دیتا ہے۔

نقصِ ذہن کا علاج۔ نقص ذہن کا مسئلہ خاص کر تین اقلیموں میں پیدا ہوتا ہے: یعنے تعلیم، معاشرتی انضباط و نگہداشت اور پیشہ کی۔ اگر کوئی بچہ اپنی عمر کے اوسط ذہنی نمو میں ایک یا زائد سال پیچھے ("غبی اور پس ماندہ" گروہ کا) ہے تو اس کے لئے یہی بہتر ہے کہ اُسے ایک مخصوص جماعت میں تعلیم دی جائے۔ جب یہ نقص تین یا زائد سال کے برابر ہو تو ایک مخصوص مدرسہ مناسب ہے، جس میں تعلیم و تدریس کے خاص طریقے ہوں اور سادہ دستکاریوں پر خاص توجہ دی جاتی ہو اور درسی تعلیم صرف اُسی حد تک ہو جسے بچہ سمجھ سکے اور جو اس کے ذہن نشین ہو جائے۔ بچہ کی گھر پر نگرانی اُس کی دو باتوں پر منحصر ہے: یعنی اُسکے درجۂ عقل و درجۂ مزاج پر۔ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ والدین کو بچہ کی ظاہری حماقت ناگوار گذرتی ہے اور بھائی بہن اُسے چھیڑتے اور ستاتے ہیں۔ لہٰذا اُنھیں سکھلانا چاہیے کہ رعایت کے ساتھ برتاؤ کریں۔ بچہ کی مزاجی مشکلات کی روک تھام عقلمند والدین کو کرنی چاہیئے لیکن اگر (جیسا کہ اکثر ہوتا ہے) اُن میں سے ایک یا دونوں خود ناقص الذہن ہوں تو ممکن ہے کہ ایک پرورش گاہ کی ضرورت لاحق ہو۔ ناقص الذہن افراد کو "زیر تولیت" رکھنے یا منظور کردہ گھروں میں رکھنے کے لئے قانونی انتظام کر دیا جاتا ہے۔

جہاں نقص اس شدت کو پہنچ جائے کہ یہ طریقے ناقابل استعمال ہوں، تو جیسا کہ قانونی امور کے باب میں مفصل بیان کیا گیا ہے، تصدیق کے بعد دارتی نگہداشت سے کام لینا چاہیئے۔

مدرسہ چھوڑنے کے بعد پیشہ کا مسئلہ نہایت اہم ہے۔ موزوں انتخاب سے ایک مفید شہری پیدا کیا جا سکتا ہے۔ اور انتخاب ناموزوں ہو تو اس کا نتیجہ پہلے بار بار تغیر خدمت، ازاں بعد مزمن بیکاری اور نیز بعض اوقات خطاکاری بلکہ ارتکاب جرم

تک ہو سکتا ہے ۔ یہ انتخاب بچہ کی مدرسہ کی کامیابیوں کے علم کی بنا پر کرنا پڑتا ہے، اور اگر ضرورت ہو تو اس کے علاوہ اُسکی صنعتی صلاحیت کے متعلق مخصوص کاشفات سے بھی امداد لی جاسکتی ہے ۔

قانونی تعلقات

جنون کی تصدیق

کسی شخص کے "مجنون" یا "مختل العقل" ہونے کی تصدیق کرنے میں، علاوہ اصلی مسئلہ تصدیق کے، طبیب جو کچھ صداقت نامہ لکھے اُس کے لئے اُس کی قانونی ذمہ داری کا سوال بھی مضمر ہوتا ہے ۔ تصدیق اساساً ایک قانونی کارروائی ہے ۔ یہ نہ صرف علاج کی سمت ایک قدم ہے، بلکہ ایک مصدقہ مجنون اسی بات سے اپنے بعض مدنی حقوق سے محروم ہو جاتا ہے، جن میں اُس کی آزادی بھی شامل ہے ۔ مزید براں یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ تصدیق کے نہ صرف راست قانونی نتائج ہوتے ہیں، بلکہ بالواسطہ طور پر مدنی نتائج بھی ہو سکتے ہیں ۔ مثلاً اگر ایک کاروباری شخص مجنون تصدیق کر دیا گیا ہے اور اس واقعہ کی اطلاع اُس کے ہم پیشہ رفقا کو ہو جائے تو ممکن ہے کہ شفایاب ہو جانے پر وہ یہ پائے کہ وہ بورڈ آف ڈائرکٹرس کے فرائض انجام دینے یا ایسی ہی کسی اعتماد کی جگہ پر کام کرنے سے محروم ہو گیا ہے ۔ چنانچہ کسی مریض کے متعلق تصدیق کرنے میں امور ذیل کے متعلق غور و احتیاط کے ساتھ خیال رکھنا چاہیئے :۔ (الف) آیا اُس مریض کی تصدیق طبی لحاظ سے مناسب ہے ۔ (ب) آیا تصدیق قانوناً ممکن ہے ۔ (ج) اگر الف اور ب کی شرطیں پوری ہوتی ہیں تو آیا تصدیق شفایابی کے بعد اُس کے لئے شدید طور پر حاج توہ ہوگی ۔ یاد رکھنا چاہیئے کہ طبیب نہ صرف اس کی تصدیق کرتا ہے کہ وہ مریض مختل العقل ہے، بلکہ یہ بھی کہ "وہ اس لائق ہے کہ علاج اور نگہداشت کے لئے زیر نگرانی رکھا جائے" ۔ تازہ رائل کمیشن کے سامنے سر کلاڈ شوستر، لارڈ چانسلر کے مستقل معتمد نے مریض کے متعلق

ایسا شخص ہونے کی تصدیق کرنے کے تفصیلی وجوہ حسب ذیل پیش کئے :۔ (۱) تاکہ عوام آزار سے محفوظ رہیں۔ (۲) تاکہ مریض خود کو آزار نہ پہنچانے پائے۔ (۳) تاکہ شفا یا تخفیف مرض کی غرض سے علاج و معالجہ ہو جو دیگر طور پر نہیں کیا جا سکتا۔ (۴) تاکہ مریض کو ایسی مضرت سے محفوظ رکھا جائے جو عدم نگہداشت سے پہنچ سکتی ہے۔

رویّہ کی کوئی خرابی جو خرابیٔ عقل سے پیدا ہو گئی ہو، جس سے مریض مجلسی لحاظ سے اس قدر ناقابل ہو جائے کہ خود اپنی یا اپنے کاروبار کی خبر گیری کے لائق نہ رہے، تصدیق کے لئے کافی وجہ ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ اختلالِ عقل موجود ہونا چاہیئے، اور رویّہ کی ایسی خرابی موجود ہونی چاہیئے جس سے سوسائٹی کے ساتھ تصادم یا خود مریض کو غیر ضروری نقصان پہنچنے کا اندیشہ ہو یا ایسی خرابی موجود ہونی چاہیئے جو ذاتی صحت و سلامتی سے غفلت پیدا کر دے۔ اگر رویّہ مجلسی لحاظ سے طبعی ہے اور صرف خرابیٔ عقل ہے تو یہ صداقت نامہ دینے کے لئے کوئی وجہ نہیں ہو سکتی۔ مثلاً ایک مریض، جو بارہ سال تک پختہ یقین رکھتا تھا کہ وہ اس ملک کے حکمرانوں اور افواج کے سپہ سالاروں سے روزانہ تعلقات و مراسلت رکھتا ہے اور باوجود اس کے وہ کامیابی کے ساتھ تجارتی کاروبار انجام دیتا اور اس سارے عرصہ میں خوش و خرم متاہلانہ زندگی بسر کرتا تھا، اُس وقت تک تصدیق کے قابل نہ ہوا جب تک کہ تجارتی اور کاروباری نقصانات اور انقلابات کی وجہ سے پست اور منخفض ہو کر اس نے اپنے پیٹ کے اندر دو بار ٹوپی کی پنیں داخل کر کے اقدام خودکشی نہ کیا۔ بہ الفاظِ دیگر محض اختباطی عقیدوں کی موجودگی صداقت نامہ دینے کی وجہ نہیں ہو سکتی۔ اس کے برعکس، واضح غیر طبعی ذہنی رجحانات کی غیر موجودگی تصدیق کو ناممکن نہیں کر سکتی، کیونکہ صرف رویہ کا غیر طبعی ہونا تصدیق کے لئے جائز بنیاد ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک ایسے مریض کے ساتھ جو جسمانی وجوہات کی غیر موجودگی میں غیر فعال پایا جاتا ہے، اور کھانا کھانے اور فطری حوائج کو رفع کرنے سے انکار کرتا ہے، تصدیق کے ذریعہ نپٹنا پڑے تاکہ غذا پہنچانے کے معقول طریقے عمل میں لائے جا سکیں۔

815

وہ مریض جن کی تصدیق سب سے زیادہ مشکل ہوتی ہے حسب ذیل ہیں:۔ (۱) وہ جو مخالفت کرتے ہیں اور اس قدر کافی قابو اور بصیرت رکھتے ہیں کہ ممتحن کی موجودگی میں اپنا حال ظاہر نہیں ہونے دیتے۔ اس گروہ میں بالخصوص منتشا حالتیں شامل ہیں۔ (۲) وہ جن میں رویہ کی خرابی محض مخصوص حالات یا ماحول میں یا مخصوص اشخاص کے تعلق میں، ظاہر ہوتی ہے، اور جو ایسے رویہ کے علاوہ اور کوئی واضح ذہنی نقص یا مرض بہت کم ظاہر کرتے ہیں یا بالکل نہیں ظاہر کرتے، اور جو اس رویہ سے انکار کرتے ہیں۔ بعض مزمن شرابی، جو اپنی بیویوں اور خاندان والوں کے ساتھ بے حیائی کا اور بُرا سلوک کرتے ہیں، ایسے ہی ہوتے ہیں۔ (۳) وہ جن کیا ذہنی مرض کے حملے وقفوں کے ساتھ یا حوادث ہوتے ہیں، مثلاً مصروعین (epileptics) اور شرابی، جو درمیانی وقفوں میں کافی طور پر اچھی حالت میں ہوتے ہیں اور کوئی خرابی یا عارضہ اس درجہ کا ظاہر نہیں کرتے جس سے عامی ذہن کو (اور یہی ذہن ان اغراض کے لئے قانونی ذہن بھی ہوتا ہے) اُن کے مرض کے متعلق یقین ہو سکے۔ تاہم اگر مزمن شرابی مریض ایسے درمیانی وقفے میں قابل تصدیق نہ ہو تو ہذیان مرتعش (delirium tremens) کے حملے کے دوران میں اُس کی تصدیق جائز نہیں۔ (۴) خفیف ہیجان والا مریض، جو مسرف ہو، زیادہ باریک حس تمیز نہ رکھتا ہو اور بدیں وجہ اپنے معاملات اور کاروبار کو بیباکی کے ساتھ تباہ و برباد کر سکتا ہو لیکن ملاقات کے وقت جب اُس سے اس کے کاروباری معاملات کے متعلق سوال کیا جائے تو وہ خوش خلق اور بظاہر قابل اعتماد پایا جائے۔

بہرصورت ذہنی امراض میں مبتلا مریض کے متعلق صداقت نامہ محض اُس کی سلامتی اور حفاظت کے لئے یا سوسائٹی کی حفاظت کے لئے دینا چاہیئے اور صرف ایسی حالت میں جب کہ طبی لحاظ سے اسیقدر کارگر کوئی دوسرا طریقہ میسر نہ ہو۔ خوش قسمتی سے ایسا ہی ایک دوسرا طریقہ وہ انتظامات ہیں جو کہ شفاخانہ ہائے امراض دماغی میں رضاکارانہ مریضوں کے لئے منضبط کئے گئے ہیں۔ اس طریقہ میں اس امر کی ضرورت ہوتی ہے کہ مریض خود ایک خط پر اپنے دستخط ثبت کرے جس میں وہ یہ بیان کرتا ہے کہ میں خود کو فلاں شفاخانہ میں (جس کا نام وہ درج کرتا ہے) نگہداشت اور

علاج کے لئے سپرد کرنا چاہتا ہوں۔ دوسری اور کوئی رسمی کارروائی ضروری نہیں ہوتی۔ سولہ سال سے کم عمر کے مریضوں میں، ایک مخصوص فارم پر مریض نہیں بلکہ اس کے والد یا والدہ یا ولی دستخط کرتا ہے، جس کے ساتھ ایک طبی مداواں کا سفارش نامہ منسلک کردیا جاتا ہے۔ جب کبھی مریض کو اس خط پر دستخط کرنے کو راضی کرلیا جاسکے تو یہی پسندیدہ طریقہ ہے۔ اس میں ویسے کوئی نقائص نہیں ہوتے جیسے کہ تصدیق میں تھے ہیں۔ مگر اس میں بعض ذاتی خرابیاں موجود ہوتی ہیں:— (۱) جس مریض کی تصدیق میں سب سے زیادہ مشکلات پیش آتی ہیں (یعنی خبطی 'paranoid: مزمن شرابی اور خفیف مانیائی hypomanic:') وہی رضاکارانہ دستاویز پر دستخط کرنے سے انکار کرتا ہے۔ (۲) شفاخانہ میں رضاکارانہ اصول پر داخل شدہ مریض کو ۷۲ گھنٹے کا نوٹس ملنے پر شفاخانہ سے جانے کی اجازت دیدی جاتی ہے۔ یہ ایسے مریض کی حالت میں، جو مثلاً خودکشی کے رجحانات رکھتا ہو، نہایت نامناسب، نقصان رساں بلکہ خطرناک ہوتا ہے۔ اگر ایسا واقعہ پیش آئے تو مریض کے حق میں صرف یہی کارروائی درست اور مناسب ہے کہ اس کی تصدیق کرالی جائے، اگرچہ کوئی شخص یہ پسند نہیں کریگا کہ پہلے کسی مریض کو ایک شفاخانہ میں رضاکارانہ حیثیت سے داخل ہونے کی ترغیب دے، اور جب وہ مریض شفاخانہ سے جانے پر اصرار کرے تو اسے تصدیق کے ذریعہ سے روک لے۔ بہتر طریقہ یہ ہے کہ وہ تصدیق کرنے سے پہلے مریض کو شفاخانہ سے جانے کی اجازت دے کر دوستوں کی نگرانی میں دے دے۔ انگلستان میں ۱۹۳۰ء کے قانونِ علاجِ ذہنی کی رو سے، رضاکارانہ طریقہ کا اطلاق نجی اور امداد یافتہ مریضوں دونوں پر ہوتا ہے۔ آخرالذکر کچھ بھی ادا کرنے کی قدرت نہیں رکھتے۔ ایک نجی ذہنی شفاخانہ میں ایک نجی مریض کے کھانے، رہائش اور طبی علاج کے لئے کمترین شرح بالعموم ۲ پونڈ ۳ شلنگ ہے۔ لیکن بہت سے سرکاری (یعنی امداد یافتہ) ذہنی شفاخانوں میں، کیا لندن میں اور کیا لندن کے باہر، رضاکار اقامت گزیں (boarders)، نجی مریضوں کی حیثیت سے ۲ پونڈ ۲ شلنگ فی ہفتہ پر داخل کئے جاتے ہیں۔

کسی مریض کو مختل العقل تصدیق کرنے کی قانونی اجازت قانون متعلق دیوانگی، بابتہ ۱۸۹۰ء میں دی گئی ہے۔ کسی مریض کو شفاخانہ امراض دماغی میں سپرد

کرنے کے لئے مختلف قسم کے طریق کار ہیں جو مختلف مثالوں کی مناسبت سے تجویز کئے گئے ہیں۔ پہلا طریقہ :۔ درخواست پر داخلہ کے حکم کے ذریعہ سے۔ اس کا اطلاق صرف اُن نجی مریضوں پر ہوتا ہے جو اپنے خاندان میں یا دوستوں کیساتھ اقامت گزیں تھے۔ دوسرا طریقہ امداد یافتہ مریضوں کے لئے سرسری حکم داخلہ کے ذریعہ سے۔ اس دوسرے طریقہ کا اطلاق اُن نجی مریضوں پر بھی ہو سکتا ہے جو (الف) معقول نگہداشت اور نگرانی میں نہیں ہیں، (ب) جن کے ساتھ رشتہ داروں کا سلوک بے رحمی اور غفلت کا ہے، یا جو (ج) کھلے بند جہاں چاہیں پھر رہے ہیں۔ تیسرا طریقہ تعجیلی حکم داخلہ کے ذریعہ سے، اور چوتھا طریقہ عدالتی تحقیقات کے ذریعہ سے۔ آخرالذکر ایک مخصوص دقیق اور وقت طلب طریقہ ہے جس سے آجکل شاذ ہی کام لیا جاتا ہے، اور جو اُن مثالوں کے لئے محفوظ رکھا گیا ہے جن میں کسی بڑی جائداد کا سوال متعلق ہو(18)۔

816

(۱) پہلا طریقہ۔ درخواست پر داخلہ کے حکم کے ذریعہ تصدیق کی مکمل قانونی کارروائی کے لئے پانچ دستاویزوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ (۱) قریب ترین رشتہ دار، یا قریب ترین ممکن الحصول رشتہ دار کی درخواست، یا اگر یہ میسر نہ ہوں کسی دوسرے شخص کی درخواست۔ لیکن جب قریب ترین رشتہ دار نہ مل سکے تو اس کی وجہ بیان کر دینی ضروری ہے کہ اس کی عرضی کیوں نہیں گذرائی گئی۔ (۲) فرد کیفیت چند مطبوعہ سوالات کے جواب میں۔ (۳) اور (۴) دو مستند بعد ذیل طبی صداقت نامے۔ (۵) حکم داخلہ جس پر مؤزوں عدالتی افسر کے دستخط ہوں اور جنکے ذریعہ کسی بیمار شفاخانہ امراض دماغی یا تیمارستان کو مریض کو داخلہ کی اجازت ہو۔

(۲) دوسرا طریقہ سرسری حکم داخلہ کے ذریعہ کارروائی کرنے میں ضروری دستاویزیں مماثل ہوتی ہیں، لیکن درخواست کا فارم نہیں ہوتا کیونکہ رشتہ دار یا دوست موجود نہیں ہوتے۔ فرد کیفیت پر ملکی افسر یعنے جس حلقہ میں مبتلا دیوانہ پایا گیا ہے اس کے کسی کانسٹبل، فریادرس افسر، یا نگران کار کے دستخط ہوتے ہیں۔ طبی صداقت ناموں کا فارم تمام مثالوں میں ویسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ پہلے طریقہ میں نجی مریضوں کے لئے دو صداقت نامے، اور امداد یافتہ مریض کے لئے ایک صداقت نامہ ضروری ہوتا ہے۔

(۳) تیسرا طریقہ "تعجیلی حکم" کے ذریعہ صرف ایسے وقت استعمال کے لئے تجویز کیا گیا ہے جب مریض کو فوراً ہٹا کر شفا خانہ میں داخل کرانا ضروری ہوتا ہے۔ صرف ایک ہی طبی صداقت نامہ ضروری ہوتا ہے، اور ایک حکم، جس پر قریب ترین رشتہ دار کے، یا اگر کوئی قریب ترین رشتہ دار میسر نہ ہو تو کسی ذمہ دار شخص کے، دستخط ہوتے ہیں، اور بہتر یہ ہے کہ قریب ترین رشتہ دار کی غیر موجودگی کے وجوہ بھی بیان کر دیئے جائیں۔ فرد کیفیت بھی ملفوف کر دینا چاہیئے، جس پر اسی شخص کے دستخط ہوں جسنے حکم پر دستخط کئے ہیں۔ اگر حکم پر دستخط کرنے والا شخص وہی نہیں ہے جس نے فرد کیفیت پر دستخط کئے ہیں تو اسکی وجہ بیان کر دینی چاہیئے۔ تعجیلی حکم صرف سات دن تک نافذ العمل رہتا ہے، اور اگر اس عرصہ میں مریض صحتیاب نہ ہو گیا ہو تو پہلے یا دوسرے طریقہ کے مطابق پھر صداقت نامہ داخل کرنا ضروری ہے۔ حکم کے ساتھ جو صداقت نامہ ہوتا ہے اُس پر دستخط کرنے والے طبیب کے لئے ضروری ہے کہ دستخط کرنے سے پہلے دو پورے دنوں کے اندر یا زیادہ پسندیدہ یہ ہو کہ (اس رائے کے مطابق جو ہیومر اسپرائی بنام ہیتھ اور ایک دوسرے شخص کے تازہ مقدمہ مندرجہ ٹائمس ۱۹۱۳ء میں ظاہر کی گئی ہے) اُسی دن اُس نے مریض کو دیکھ لیا ہو۔ اسیطرح ضروری ہے کہ حکم پر دستخط کرنے والے رشتہ دار یا دوسرے شخص نے مریض کو اسی وقفہ کے اندر دیکھ لیا ہو۔

۱۹۳۰ء کے قانون (انگلستان) علاج ذہنی نے ایک ذہنی طور پر بیمار شخص کو حقیقی تصدیق کے بغیر ایک مستند شفا خانہ یا ادارہ میں رکھنے کا ایک مزید طریقہ رائج کیا ہے۔ یہ عارضی سفارشنامہ کا طریقہ ہے اور صرف نام نہاد غیر ارادی مریضوں پر اطلاق پذیر ہوتا ہے، یعنی ان مریضوں پر جو شفا خانہ میں رکھے جانے کے متعلق اپنی منظوری دینے یا نہ دینے کے ناقابل تصور کئے جائیں۔ اگر اس کی ٹھیک ٹھیک تشریح کی جائے تو اس دفعہ کا اطلاق صرف ہذیانی یا ذہول زدہ مریضوں پر ہوگا لیکن سرکاری حوصلہ افزا نقطۂ نگاہ کی رعایت رکھتے ہوئے جو کہ مجلس نگران (board of control) کی روئدادوں سے واضح ہے، سرسری تشریح میں کسیقدر آزادی و سجا تی ہے، چنانچہ مانیائی ہیجانات جو ہذیانی شدت کے نہوں، وہ بھی شامل

کئے جاسکتے ہیں۔ اس طریقہ کا اقتضا یہ ہے کہ درخواست پر ایک نجی مریض کی صورت میں رشتہ دار اور امداد یافتہ مریض کی صورت میں ملکی حاکم (عہدہ دار امداد عامہ) دستخط کرے۔ اور دو طبی سفارش ناموں پر دستخط کئے جائیں ' ایک پر اس طبیب کے جس کو مجلس نگراں نے اس مقصد کے لئے خاص طور پر مستند قرار دیا ہو۔

طبی صداقت نامے۔ درخواست پر حکم داخلہ کیلئے جو صداقت نامے ہوں اُن میں سے ایک پر مریض کے معمولی معالج کے دستخط ہونے چاہئیں ' تاوقتیکہ درخواست میں کوئی معتبر سبب نہ بیان کر دیا گیا ہو جس کی بنا پر ایسا صداقت نامہ نہ حاصل کیا جاسکا ہو۔ ایسی صورت میں کوئی دوسرے معالج یہ دونوں صداقت نامے دے سکتے ہیں۔ تصدیق کرنے والے ان دونوں معالجوں کو اپنے امتحانات جداگانہ طور پر کرنے چاہئیں۔ مسٹر جسٹس ہاکنس نے مقدمہ ویلٹون بنام سیمپل میں بیان کیا کہ " از روئے قانون طبیبوں کے جداگانہ امتحانات ضروری ہیں ' اور یہاں یہ دونوں ایک ساتھ جاتے ہیں۔ یہ ضابطہ کی بہت بڑی خلاف ورزی ہے۔ دونوں طبیبوں کے باہم ملنے اور ایک ساتھ جانے سے زیادہ کوئی دوسری بات اس قدر شبہ پیدا کرنے والی نہیں ہوسکتی اور نہ خیال میں آسکتی ہے"۔ لیکن جہاں تصدیق کنندہ طبیبوں میں سے ایک طبیب نے مریض کو پہلے نہیں دیکھ لیا ہے (جیسا کہ عموماً ہوتا ہے ' کیونکہ دونوں طبیب مریض کے "معمولی معالج" نہیں ہوسکتے) وہاں ظاہر ہے کہ امتحان کرنے سے پہلے اُسے ماسبق اور موجودہ حالات سے آگاہ کر دینا چاہئے۔ لہٰذا یہ رائے دی جاتی ہے کہ قانون کے الفاظ اور اصلی منشا کو پورا کرنے کی غرض سے ' مشیر طبیب کے آنے ' اور معمولی معالج کے بہ اغراض تصدیق آنے کے درمیان کسقدر (مثلاً ایک دن یا کم از کم کئی گھنٹوں کا) وقفہ گزر جانے دینا چاہئے۔

817

بعض قانونی ممانعتیں (statutory prohibitions) بھی ہیں جن کا علم صداقت نامہ پر دستخط کنندہ طبیب کو ہونا چاہئے۔ ان ممانعتوں کا یہ مقصد ہے کہ امتحان کے اندر ذاتی مفاد کا دخل نہ ہونے پائے۔ طبی صداقت ناموں پر مندرجۂ ذیل اشخاص میں سے کسی کے دستخط نہ ہونے چاہئیں:۔ (۱) ایسا طبیب جو

دوسرے صداقت کنندہ طبیب کے ساتھ خون کا رشتہ یا کاروباری تعلق رکھتا ہو' مثلاً باپ یا خسر' ماں یا خوشدامن' بیٹا یا داماد' بھائی یا بہنوئی یا نسبتی برادر' بہن یا بھاوج' نند یا جیٹھانی یا دیورانی' حصہ دار یا مددگار۔ (۲) ایسا طبیب جو خود درخواست گزار بھی ہو یا اُس نرسنگ ہوم' شفاخانہ یا مکان کا جس میں مریض کو بھیجا گیا ہے' مہتمم' مالک یا معالج بھی ہو۔ (۳) ایسا طبیب جو مریض سے متعلق ادا کردہ رقموں میں مفاد رکھتا ہو۔ (۴) پہلے بتلائے ہوئے اشخاص میں سے کسی کا شوہر' یا بیوی' باپ یا خسر' وغیرہ۔

طبی امتحان۔ جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے تصدیق کی غرض سے امتحان علیحدہ علیحدہ کرنا چاہیئے۔ بعض اوقات رشتہ دار ہوشیاری اور فراست کے غلط زعم میں طبیب سے استدعا کرتے ہیں کہ وہ مریض کو ایک بہانہ سے دیکھے' اور بحیثیت طبیب ہرگز نہ دیکھے۔ ایسا کرنے کے لئے طبیب کو ہرگز راضی نہ ہونا چاہیئے۔ مریض کے ساتھ بالکل صاف گوئی سے کام لینا چاہیئے' اور اگر وہ صاف و صریح الفاظ میں یہ پوچھ بیٹھے کہ "کیا آپ کا ارادہ میرے متعلق تصدیق کرنے کا ہے" "تو طبیب کو کہنا چاہیئے کہ" میں تمہاری صحت کی حالت کے متعلق تمہیں دیکھنے کے لیئے آیا ہوں اور بالخصوص تمہاری ذہنی حالت کے متعلق۔ میرا ارادہ تمہاری تصدیق کرنیکا نہیں ہے' بشرطیکہ اس سے محترز رہنا کسی طرح ممکن ہو۔ بہرحال طبیب تصدیق صرف اسیوقت کیا کرتے ہیں جب کہ علاج کے اغراض سے وہ معین طور پر ضروری ہوتی ہے"۔

طبیب کو چاہیئے کہ ہمیشہ ملاقات کی یادداشتیں درج کر لیا کرے' خواہ ملاقات کے وقت ہی' یا اگر یہ مریض کو شبہ ہونے یا اُس کے رویہ (مثلاً" سریع پرواز تصورات) کے سبب سے ناممکن ہو تو مریض کے پاس سے جانے کے بعد فوراً۔ ان یادداشتوں میں وہ تمام متعلقہ واقعات جو اسوقت ظاہر ہوئے ہوں شامل ہونے چاہئیں۔ اُس کی گفتگو کی رُو کے معنی خیز حصوں کے چند لفظ بہ لفظ نمونے نہایت کارآمد ہوں گے۔ تصدیق کی جانے والی ہر اصابت کی یادداشتیں درج کرکے محفوظ کر لینے کی ضرورت ایک تازہ مقدمہ' ہارنیٹ بنام فشر میں اُن اعتراضات سے

صاف طور پر ثابت ہوتی ہے جو جج نے ڈاکٹر فشر پر کئے ۔ ڈاکٹر فشر نے ۱۹۱۲ء میں مسٹر ہارنیٹ کے دیوانہ ہونے کی تصدیق کی تھی اور مسٹر ہارنیٹ نے ۱۹۲۶ء میں چودہ سال بعد استغاثہ دائر کیا کہ غفلت کے باعث بیجا تصدیق کی گئی ہے ۔ جج نے سوال کیا " ہمیں کوئی ایک ایسا سوال تبلائیے جو آپ نے اُن سے پوچھا ہو " ڈاکٹر فشر نے جواب دیا " میں نے اُن سے کچھ پوچھا ہوگا ' لیکن یہ یاد نہیں کہ الفاظ کیا تھے " جج نے کہا " مجھے توقع تھی کہ آپ ہمیں وہ سوالات بتلائینگے جو آن سے پوچھے تھے " اور یہ رائے ظاہر کی " وہ فرماتے ہیں کہ میں نے ایسے چھوٹے چھوٹے سوالات کئے ' مگر یہ نہیں بتلا سکتے کہ وہ کیا سوالات تھے " ۔

جیسا کہ دوسرے ہر ذہنی امتحان میں کیا جاتا ہے ' خود اس امتحان کو ایک منظم طریقہ سے عمل میں لانا چاہیئے ' اور حتی الامکان ہر عنوان کو باری باری سے لینا چاہیئے ۔ اس میں احتیاط کے ساتھ جسمانی امتحان ہمیشہ شامل ہونا چاہیئے (ہیوم اسپرائی کے مقدمہ سے مقابلہ کرو) ۔ اس امر کے متعلق بھی دریافت کرنا ضروری ہے کہ حملۂ مرض سے پہلے مریض کی ذہنی حالت کیسی تھی ۔ اس طریقہ سے ممکن ہے کہ نہایت کارآمد تائیدی شہادت حاصل ہو جائے ' اور علاوہ بریں نتائج پر پہنچنے میں جلد بازی کا امکان نہ رہے گا ۔ اس امر کے طرف توجہ دلائی گئی ہے کہ شدید مذہبی سرگرمی ایک شخص کا خاصہ طبعی ممیز خاصہ ہو سکتی ہے ' یعنے کسی ایسے شخص میں جو پہلے مذہبی رجحانات رکھتا تھا ' لیکن یہ کسی دوسرے شخص کی ذہنیت کے لئے بالکل نئی چیز اور اسیواسطے مرض کی علامت ہو سکتی ہے ۔

بعض امور ایسے ہیں جو صداقت نامہ کے اندر خاص طور پر اہم ہوتے ہیں چنانچہ اگر یہ مشاہدہ میں آئیں تو ان کو بیان کر دینا چاہیئے ۔ ان میں سے ایک امر رویہ کا انوکھا پن ' مثلاً خاموشی اور اڑیل پن ہے ۔ دوسری چیز ' مرضی تصورات کی موجودگی ہے ' بالخصوص جب کہ یہ اختباطات کی حد تک نمو یافتہ ہوں ۔ لیکن صداقت نامہ کے اندر اسیقدر بیان کرنا کافی نہیں کہ مریض کو اختباطات ہوتے ہیں ۔ ان اختباطات کی یا ان میں سے بعض کی تفصیل درج کرنا چاہیئے ' اور مزید براں (یہ بھی اسیقدر اہم ہے) طبیب کو معقول طور پر یقین ہونا چاہیئے کہ یہ درحقیقت اختباطات ہیں ۔

816

مثلاً ممکن ہے کہ ایک شخص اپنی بیوی سے بدگمان ہو کر کہنے لگے کہ وہ کسی دوسرے شخص سے تعلق رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ صحیح ہو اور اس کا غلط ثابت کرنا بہت مشکل ہے چنانچہ طبیب اس کو غلط سمجھنے میں محض قیاس آرائی کرتا ہے۔ ایک مریض نے کہا کہ جس کارخانہ میں وہ ملازم ہے وہاں کا ہر شخص اس کی طرف دیکھتا رہتا اور اس کے متعلق باتیں بنایا کرتا ہے۔ یہ سچ بات تھی کوئی اختباط نہ تھا۔ متعدد موقعوں پر اس کے شکی رویہ سے ان کی توجہ اس کی طرف مبذول ہوئی تھی۔ لہٰذا کسی اختباطی تصور کے متعلق اطلاع درج کرتے وقت طبیب کو کوئی ایسا فقرہ بڑھا دینا چاہیے، جیسے کہ "جسے میں غلط سمجھتا ہوں" یا یہ کہ "جس کے غلط ہونے کا مجھے علم ہے"۔ صداقت نامہ کے لئے توہمات کارآمد ثبوت ہیں، کیونکہ ان سے غیر فنی شخص کو یقین آجاتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات ان کا مافیہ بیان کرنا غیر ممکن ہوتا ہے، اور مریض کے طرزِ عمل کو دیکھ کر ان کی موجودگی کا استنتاج کرنا بیشتر اکثر ایک ماہر ہی کا کام ہوتا ہے۔ تاہم چونکہ وہ نہایت عام طور پر جنون کا ثبوت مانے جاتے ہیں، صداقت نامے کے اندر ان کی موجودگی کی شہادت شامل کر دینی چاہیے۔

ممکن ہے کہ نہ تو اختباطات موجود ہوں اور نہ توہمات، اور صرف تاثری یا وجدانی حالت ہی تصدیق کے لئے کافی ہو، بشرطیکہ یہ اتنی کافی غیر طبعی ہو کہ رویہ کو عدم فعالیت یا اضطراب یا اقدام خودکشی کے طرف مائل کر دے۔ محض خودکشی کے خیالات کا اظہار، اگرچہ یہ نہایت پستی کے ایتلاف میں ہو، صداقت نامہ لکھے جانے کے لئے کافی ہے، کیونکہ ایسے ایتلاف میں ایسے خیالات کے عمل میں لائے جانے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ واضح ذہنی خرابی کی غیر موجودگی میں خودکشی کے مصمم قصد کے ساتھ بظاہر پولیس ہی نپٹ سکتی ہے، اس وقت جب کہ اس قصد سے باز رہنے کی ترغیب ناکام رہے۔ حافظہ، ماحول شناسی اور فہم کی خرابیاں نہایت کارآمد تصدیقی شہادات ہیں۔ یہ بطور خود تصدیق کے جواز کے لئے عموماً کافی نہیں سمجھے جاتے، لیکن ان سے اکثر معمر اشخاص کی حالت میں کام لیا جاتا ہے، جن کی نگہداشت گھر پر نہیں کی جا سکتی اور جنہیں ترقی پذیر ذہنی عدم کفایت کے

باعث خاص احتیاط و نگہداشت کی ضرورت ہوتی ہے۔

صداقت نامہ میں تشخیص کا اندراج نہایت خلافِ مصلحت ہے۔ ایسا کرنے سے واقعات پر کوئی مزید روشنی نہیں پڑتی، اور پھر ممکن ہے کہ یہ تشخیص غلط بھی ہو (مقابلہ کرو ڈی فریول بنام ڈِل، ٹائمس، ۹ ارمئی ۱۹۲۷ء، جس میں تصدیق کنندہ طبیب نے یہ لکھا کہ مریض جادِ ما نیا میں مبتلا ہے، اور جہاں بعد میں یہ ثابت ہوا کہ ایسا صداقت نامہ لکھنے کے بعد چوبیس گھنٹے کے اندر مریض بالکل معمولی حالت میں تھا)۔

صداقت نامہ کا دوسرا حصہ "اُن واقعات کے لئے ہے جن کی اطلاع دوسروں سے ملی ہو"۔ ایک جائز اور صحیح صداقت نامہ محض اِن واقعات سے ہرگز درست یا قابلِ قبول نہیں بنایا جا سکتا، اور اس حصے کو بالکل خالی چھوڑا جا سکتا ہے۔ لیکن جہاں خود طبیب کے مشاہدہ کردہ واقعات قطعی طور پر فیصلہ کن نہ ہوں، وہاں "دوسروں کے دیکھے ہوئے واقعات" نہایت کارآمد ہو سکتے ہیں۔ اطلاع دینے والوں کے پورے نام، پتے اور پیشے درج کر دینے چاہئیں۔ غالباً اِس قاعدہ پر عمل کرنا بہتر ہے کہ جب کبھی اطلاع حاصل ہو اُسے اِس حصے میں درج کر دیا جائے۔ اس سے "معقول سبب" کے اظہار میں مدد ملتی ہے۔ ظاہر ہے کہ دوسروں کے بیان کردہ واقعات کے متعلق مریض سے دریافت کر لینا چاہئے۔ ہارنیٹ بنام فشر کے استغاثہ میں، جس کا پہلے حوالہ دیا گیا ہے، جج نے ڈاکٹر فشر سے دریافت کیا "آپ نے اس سے اُن باتوں کے متعلق جن کا تذکرہ بھائی نے کیا تھا یہ دریافت کرنے کی زحمت کیوں گوارا نہیں کی، کہ آیا وہ صحیح ہیں یا نہیں؟ آپ نے جواب دیا کہ وہ آپ سے کچھ کہنے کے ناقابل تھا کیونکہ وہ بول نہیں سکتا تھا۔ جب تک آپ اُس سے نہیں پوچھتے وہ آپ سے کوئی بات کیسے کہہ سکتا تھا؟" ہیوم اسپرائی بنام سمتھ اور ایک دوسرے کے مقدمہ میں بھی مستغیث نے شکایت کی کہ تصدیق کرنے میں مدعا علیہم نے اس امر پر اعتماد کیا کہ مجھے اپنی بیوی کی بدچلنی کے مرتکب ہونے کے متعلق قوی اختباطات ہیں نیز اِن بیانات پر اعتماد کیا کہ میں نے اپنی بیوی کو قتل کرنے کی اور خودکشی کرنے کی کوشش کی۔ مستغیث نے اصرار کیا کہ یہ فی الواقع ایک واقعہ تھا،

اور وہ الزامات جو خود اس پر رکھے گئے تھے غلط تھے۔ مدعا علیہم کو اعتراف کرنا پڑا کہ ہم نے یہ دریافت کرنے کی کوئی کوشش نہیں کی کہ آیا مریض کے بیانات صحیح ہیں، اور قتل اور خودکشی کی مبینہ کوششوں کے معاملہ میں بھی ہم سے یہ فروگذاشت ہوگئی کہ مریض سے دریافت نہیں کیا۔ مستغیث کے وکیل نے پوچھا "آپ یہ امر کہ آیا ایک شخص پر دھمکیاں دینے کا الزام غلط تو نہیں لگایا گیا، کیسے دریافت کر سکتے ہیں جب تک کہ آپ ان امور کے متعلق اس شخص سے پوچھ نہ لیں؟" (ٹائمس مورخہ ۱۲ مارچ ۱۹۲۷ء)

19 بالآخر دیوانگی کے صداقت نامہ پر دستخط کنندہ طبیب کے لئے ضروری ہے کہ وہ درحقیقت مطب کر رہا ہو اور رجسٹر شدہ بھی ہو۔ صداقت ناموں میں بیان کردہ تاریخ امتحان (صرف وہ تاریخ ہی نہیں جو حاشیہ میں درج ہے) درخواست سے پورے سات دن کے اندر کی ہونی چاہیے۔ صداقت نامہ میں تمام خالی جگہوں کی خانہ پری کرنی چاہیے۔

اطبا کی حفاظت۔ چونکہ تصدیق، مصدقہ شخص کو اس کے مدنی حقوق سے محروم کر دیتی ہے، لہٰذا یہ بڑی ذمہ داری کا کام ہے اور اسے بلا انتہائی غور و خوض ہرگز اپنے ذمہ نہیں لینا چاہیے۔ نیز یہ ایک ایسا فعل ہے جس میں سخت قانونی پیچیدگیاں پیدا ہو سکتی ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ مصدقہ شخص اپنی آزادی سے محروم ہونے کی وجہ سے ناراض ہو کر اپنی مبینہ دیوانگی کے متعلق جیوری (jury) کے ذریعہ سماعت کی استدعا کرے۔ مزید برآں جب ایک تصدیق کردہ شخص کی حالت اس قدر کافی بحال ہو جاتی ہے کہ وہ آزاد کیا جا سکے تو ممکن ہے کہ وہ "بیجا" تصدیق کے لئے نالش دائر کر دے۔ دیوانگی کی تصدیق میں بظاہر بیشتر دوسرے اقسام کے طبی قانونی معاملات کے نسبت سب سے زیادہ خطرات مضمر ہیں۔ مریضوں کی ایک چھوٹی جماعت ایسی بھی ہوتی ہے جن میں ایک خاص علامت مقدمہ بازی ہوتی ہے۔ ان کو نام نہاد طور پر "مقدمہ باز خبطی" ("litigious paranoics") کا خطاب دیا گیا ہے۔ علاوہ بریں اکثر ایسا بھی ہوتا ہے کہ مصدقہ مریض جن کو اتنی کافی شفا ہو چکی ہے کہ وہ رہا کر دئے جاتے ہیں

در اصل اکثر کامل طور پر شفا یافتہ نہیں ہوتے اور ممکن ہے کہ اُن کو احتیاطات جاری رہیں؛ جنھیں وہ اُن طبیبوں کے خلاف استعمال کریں جو اُن کے حبس میں رکھے جانے کے "محرکِ اصلی" ("agents provocateurs") تھے۔ لہٰذا بظاہر اغلب معلوم ہوتا ہے کہ اُس طبیب کے لئے جو کسی مریض کی تصدیق کرتا ہے، مریض کی طرف سے ہرجانہ کی نالش کا خاص طور پر خطرہ ہوتا ہے۔ یہ خیال بہت رائج رہا ہے لیکن بعض تازہ انتباہات کے باوجود عملاً یہ بات نہیں ہے کہ تصدیق کنندہ طبیب پر قانوناً نالش دائر کئے جانے کا کوئی خاص امکان ہو۔ غلط تصدیق کے لئے اب تک صرف ایک ہی نالش اسکاٹ لینڈ میں دائر ہوئی ہے" اور "وہ نالش کبھی دائر نہیں ہونی چاہیے تھی" (رابرٹسن) سنہ ۱۹۳۰ء کا قانون علاج ذہنی اب طبیب کی زیادہ کافی حفاظت کرتا ہے۔ اس قانون کی دفعہ (۱۶) کی رو سے، مستغیث کے لئے ضروری ہے کہ وہ اپنی درخواست جج در ایوان (Judge in Chambers) کے سامنے پیش کرے، اور ثابت کرے کہ تصدیق کنندہ مزاولین نے بدنیتی کے ساتھ اور بلا معقول احتیاط کے یہ فعل کیا۔ اب بھی ہر طبیب کے لئے طبّی بیمہ کی سوسائٹی میں شریک ہوجانا نہایت مناسب ہے۔ ورنہ ممکن ہے کہ وہ ایسی مقدمہ بازی میں پھنس جائے جو ایک خانگی شخص کے لئے تباہ کن ہوتی ہے جس کا دارومدار اپنے نجی مالی ذرائع پر ہو۔

جب طبیب کے دل میں تصدیق کے ضروری ہونے کے متعلق کوئی شبہ ہو تو مریض کو جاکر دوبارہ دیکھنا کارآمد ہوسکتا ہے۔ اِس سے اِس الزام کی پیش بندی کرنے میں تو یقیناً مدد ملیگی کہ معقول احتیاط سے کام نہیں لیا گیا۔

اس کے برعکس، صداقت نامہ دینے سے اِنکار کرنے میں بھی طبیب پر قانونی ذمہ داری عائد ہوسکتی ہے۔ مگر یہ امر قانونی طور پر طے شدہ نہیں ہے۔ مسٹر جسٹس میکارڈی نے اِس امر میں یہ رائے ظاہر کی ہے کہ گو ایک مریض طبیب سے تصدیق کے متعلق احتیاط کا طالب ہوسکتا ہے، مگر اگر طبیب کسی ایسے شخص کی تصدیق سے اِنکار کردے جو در اصل فاتر العقل تھا اور جس نے بعد میں خود کو مضرت پہنچائی تو طبیب مریض کے سامنے غفلت کی کوئی ذمہ داری نہیں رکھتا (ڈی فریول

بنام ڈِل' مقالۂ افتتاحیہ' ٹائمس ۸ جولائی ۱۹۲۶ء)۔

امین کا تقرر ۔ جب کسی شخص کے فاتر العقل ہونے کے متعلق تصدیق کر دی گئی ہو اور وہ ایسی مالیت یا کاروبار رکھتا ہو جس کا انتظام کرنے کی ضرورت ہو اور جب وہ اپنی فاتر العقلی کی وجہ سے کاروباری معاملات کی انجام دہی کے ناقابل سمجھا گیا ہو تو درخواستگزار ایک امین کے تقرر کے لئے جج متعلقۂ دیوانگی کے سامنے درخواست پیش کرتا ہے۔ امین قریب ترین رشتہ دار یا کوئی مختار وکیل یا کوئی دوسرا شخص ہو سکتا ہے جسے جج نے منتخب کیا ہو۔ جب مریض کی تصدیق منسوخ کر دی جاتی ہے تو امینیت کے اختتام کی غرض سے اُسے جج سے درخواست کرنی پڑتی ہے۔

جب کوئی ایسا شخص' جسکی تصدیق دراصل نہ کی گئی ہو' اپنے معاملات کو انجام دینے کے ناقابل سمجھا جائے' اور جب اُن کی انجام دہی کے لئے کسی نہ کسی کو مقرر کرنا ضروری ہو تو ایسی صورت میں یا تو خود مریض اپنے پسند کئے ہوئے کسی شخص کو مختار نامہ دے سکتا ہے' یا جہاں یہ نامناسب ہو یا جہاں مریض اسکی اجازت نہ دے' وہاں مریض کا معمولی معالج مریض کے نمایندوں کی درخواست پر یہ حلف نامہ پیش کر سکتا ہے کہ مریض "مرض یا زیادتی عمر سے ذہنی کمزوری پیدا ہو جانے کی وجہ سے" اپنے معاملات انجام دینے کے ناقابل ہے (۱۸۹۰ء کے قانون دیوانگی کی دفعہ ۱۱۶)۔ چنانچہ اس کے مطابق جج متعلقۂ دیوانگی ایک امین مقرر کر دیتا ہے' اس وقت جب کہ وہ پہلے اس قسم کی ضرورت کے متعلق اطمینان کر لے۔

قلتِ ذہن یا کم ذہنی

(mental deficiency)

ناقص العقل اشخاص کا تدارک انگلستان کے قانون ہائے ناقص العقلی بابتہ ۱۹۱۳ء و ۱۹۲۷ء کے تحت کیا جاتا ہے۔

اِن قوانین کے تحت کسی شخص کی ناقص العقلی کی تصدیق حسب ذیل طریقہ سے عمل میں لائی جاتی ہے :- (۱) اگر وہ مریض ابلہ یا کسی بھی عمر کا سخیف ہے تو

اُس کے والدین میں سے کوئی ایک، یا سرپرست کیفیت نامہ پر دستخط کرتا ہے۔
مزید برآں دو طبی صداقت ناموں کی ضرورت ہوتی ہے، جن میں سے ایک تو بہتر ہے کہ معمولی معالج کی طرف سے ہو اور دوسرا کسی ایسے طبیب کی طرف سے جسے مجلس نگراں نے اِس غرض کے لئے پسند کر لیا ہو۔ (۲) اگر وہ مریض ضعیف العقل یا اخلاقی سخیف ہے اور اُسکی عمر اکیس سال سے نیچے کی ہے، تو طریقۂ کارروائی وہی ہوتا ہے جو ابلہوں اور سخیفوں کے لئے ہے، لیکن اِس کے علاوہ کسی حاکم عدالت کا صداقت نامہ ضروری ہوتا ہے۔ (۳) اگر وہ کسی جماعت یا عمر کا ناقص العقل ہے اور مخصوص حالات میں ہے مثلاً اگر (الف) اُس کا کوئی خبر گیر اور پرساں نہ ہو یا وہ بظاہر کوئی ذریعۂ معاش نہ رکھتا ہو، یا اُسکے ساتھ بے رحمی کا برتاؤ کیا گیا ہو، یا (ب) وہ کسی مجرمانہ فعل کا مرتکب ثابت ہوا ہو، یا اُسے کسی مصدقہ مدرسۂ صنعت و حرفت میں بھیجے جانے کا حکم دیا گیا ہو یا وہ ایسا حکم دیئے جانے کا سزاوار ہو، یا (ج) وہ قید بھگت رہا ہو یا حبس میں رکھا گیا ہو، یا وہ کسی پاگل خانے میں ہے، یا (د) وہ عادی شرابی ہے (اور بعض دوسرے شرائط بھی ہیں)، تو تصدیق مندرجۂ ذیل طریقہ سے عمل میں لائی جاتی ہے :- بذریعۂ درخواست جس کیساتھ دو طبی صداقت نامے ہوں، جن میں سے ایک اُس طبیب کی طرف سے ہو جسے مقامی حاکم یا مجلس نے خاص طور پر پسند کیا ہو، اور ساتھ ہی ایک کیفیت نامہ ہو، اور درخواست گزار کی طرف سے ایک قانونی اقرار نامہ، اور عدالتِ ضلع کے جج یا مجسٹریٹ (پولیس کے یا معاوضہ یاب) یا کسی خاص طور پر مقرر کردہ جسٹس آف دی پیس کی طرف سے ایک قانونی حکم۔ (۲) عدالت کے حکم سے، ثبوت جرم کے بعد، یا جب کوئی بچہ کسی صنعتی مدرسہ میں بھیجے جانے کے لائق ثابت ہو گیا ہو۔ (۳) معتمد محکمۂ داخلیہ کے حکم سے (قید ہوتے پر، یا کسی تادیب خانہ یا جرائم پیشہ مجانین کے ماؤں میں محبوس ہونے پر)، جس کے ساتھ دو طبی صداقت نامے ہوں۔ اِس قسم کے مریض کی تصدیق کے لئے، جن احتیاطوں اور طریقوں پر عمل پیرا ہونا پڑتا ہے، وہ اُن سے بہت مشابہ ہیں جو دیوانگی کی تصدیق کے لئے عمل میں لائی جاتی ہیں، لیکن اُس جماعت یا قسم کو بھی بیان کر دینا لازم ہے جس سے

وہ ناقص العقل تعلق رکھتا ہو۔ عمومی بیانات (جیسے کہ "اس میں قوت فیصلہ کی کمی ہے") کی تائید کے لئے مریض کے افعال یا بیانات بھی درج کر دینا چاہیئے۔

وصیّت کی قابلیت

بعض اوقات طبیب سے اِس امر کا فیصلہ کرنے کی درخواست کی جاتی ہے کہ آیا مریض کی ذہنی حالت وصیت نامہ لکھنے کے قابل ہے۔ اس متعلق طبیب کو جو کاشفات استعمال کرنے پڑتے ہیں وہ اُن کاشفات سے مختلف ہیں جو تصدیق کے معاملات میں ضروری ہوتے ہیں۔ قابلیت وصیت کے لئے جو کچھ ضروری ہے وہ یہی ہے کہ وصیت کنندہ "اُس مالیت کی مقدار کو سمجھتا ہو جسے وہ دینا چاہتا ہے، اُن حقوق کو پہچانتا اور سمجھتا ہو جن کو وہ منظور کرنا چاہتا ہے" اور اُسے کوئی ایسی ذہنی خرابی نہیں ہے کہ جس سے اُس کا احساسِ حق یا اُس کے رجحانات محبت تضلال پذیر ہو گئے ہوں مثلاً اس طرح کہ وہ اپنی مالیت کی تقسیم میں اختباطات سے متاثر ہو۔ یا حافظہ کا کوئی بڑا نقص اُسے اپنی فطری قوتوں کے استعمال سے باز رکھتا ہو۔ اسی واسطے ممکن ہے کہ ایک مریض قابلیت تصدیق کے لحاظ سے تو دیوانہ ہو (خود اس کی سلامتی کے نقطۂ نظر سے)، مگر بایں ہمہ وہ اس قابل ہو کہ صحیح وصیت نامہ مرتب کر سکے۔ اِس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ وہ کوئی ایسی ذہنی خرابی میں مبتلا ہو کہ وہ اپنے گھر میں رہ سکتا ہو، مگر وصیت نامہ مرتب کرنے کے قابل نہ ہو۔ یہ خاص کر اُن اشخاص میں ہوتا ہے جو شیخوخی قشری خرابی (senile cortical deterioration) میں مبتلا ہوتے ہیں، جن کی حالت میں حافظہ اور فہم میں کوئی بڑا نقص موجود ہوتا ہے۔

ذمہ داریٔ جُرم

(criminal responsibility)

جُرم کی ذمہ داری کا مسئلہ نفسیاتی طب کے معاشرتی پہلو کے مسائل میں سب سے زیادہ معرکتہ الآرا ہے۔ مشکل یہ ہے کہ طب اور قانون اِس کے متعلق ہم رائے اور یک زبان ہونے میں دقت محسوس کرتے ہیں۔ یہ امر تعجب خیز نہیں اور اس کی وجہ

یہ خیال کی جاتی ہے کہ قانون داں کی معاشرتی نظر طبیب کی معاشرتی نظر سے مختلف ہوتی ہے ۔ اول الذکر کا تعلق سوسائٹی کی سلامتی سے ہے اور آخرالذکر کو انفرادی بہبودی سے سروکار ہے ۔ "جب مجھے مجرم پر رحم آنے کی ترغیب ہوتی ہے تو میں یاد کرتا ہوں کہ ایک رحم وہ بھی ہے جس کا مستحق میرا ملک ہے" (جسٹس میتھیو ہیل) ۔ لیکن یہ کوئی خاص فرق نہیں' بلکہ اصلی فرق یہ ہے کہ ذہن اور ذہنی عارضہ کے قانونی تصور اور طبی تصور میں تباعد ہے ۔ قانونی تصور یہ ہے کہ ذہن پر عقل اور آزاد ارادہ کا اقتدار و غلبہ ہوتا ہے ۔ طبی تصور یہ ہے کہ وظائف کی تحریک جذبات سے اور تعیین دروں علالات سے ہوتا ہے ۔ قانونی دماغ کے نزدیک ہر چیز کا علم شعوری طور پر ہوتا ہے ۔ طبی دماغ کے نزدیک بہت کچھ لاشعوری اور نامعلوم ہے ۔ اسی واسطے ذمہ داری کے طبی عیار اور قانونی عیار میں بعض اختلافات نمودار ہو جاتے ہیں (5)۔ 821

دیوانگی کا عذر (خواہ یہ سماعت کنندہ عدالت میں ہو یا سزا دہندہ عدالت میں ہو) تقریباً تمامتر قتل کے مقدمات تک محدود ہوتا ہے ۔ اس کے یہ معنی نہیں کہ قتل ہی وہ تقریباً واحد مجرمانہ فعل ہے جس کے ذہنی امراض کے مریض مرتکب ہوتے ہیں ۔ ان میں آتش زنی' صنفی جرائم' سرقہ' وغیرہ بہ نسبت قتل کے زیادہ عام ہیں ۔ مگر ان مقدمات میں دیوانگی کا عذر اگر کامیاب ہوتا ہے تو اس کا نتیجہ محض کسی مأمن میں جبری حبس ہوتا ہے ۔ اور یہ خالص نتیجہ مریض کے لئے نفع بخش نہیں کیونکہ اگر عدالت اُسے دیوانہ نہیں تجویز کرتی تو بھی اُسے اپنی آزادی اسیقدر جلد حاصل ہو جاتی ۔ اس کے برعکس' جرم واجب القتل میں دیوانگی کا کامیاب عذر مریض کو پھانسی سے بچا لیتا ہے ۔ قانون ہر شخص کو بیگناہ تصور کرتا ہے' جب تک کہ وہ گناہ گار نہ ثابت ہو جائے' اور اسی طرح یہ تصور کرتا ہے کہ ہر شخص صحیح العقل ہے جب تک کہ وہ فاترالعقل نہ ثابت ہو جائے' اور ان دونوں صورتوں میں ثبوت سے جیوری کو اطمینان ہونا ضروری ہے ۔ لہٰذا دیوانگی کا بار ثبوت مدعا علیہ پر ہوتا ہے ۔ دیوانگی کے ثبوت کے لئے انگلستان کے موجودہ قانون کے مطابق مندرجۂ ذیل شرائط کا پورا ہونا لازمی ہے :-

میکناٹنی قواعد (McNaghten rules)۔ اوّلاً یہ ثابت ہونا چاہئے کہ ارتکاب جرم کے وقت ملزم کو ذہن کا مرض تھا' دوم یہ کہ اُسے اپنے فعل کی نوعیت اور صفت معلوم نہیں تھی' یا (نہ کہ "اور") سوئم یہ کہ اُسے یہ معلوم نہ تھا کہ یہ فعل نادرست ہے۔ ان شرائط کو حقیقتہً تحریری قانون کا جامہ پہنایا نہیں گیا لیکن یہ میکناٹنی مقدمہ (۱۸۴۳ء) میں جوابات کا لُبّ لُباب ہیں' اور اس تاریخ سے جرم کی ذمہ داری کے متعلق تمام قانونی فیصلوں کی بنیاد ہیں۔ یہ اس فعل کے وقت کے متعلق ہیں جس کا کسی شخص کو ملزم گردانا گیا ہے۔ یہ خاص طور پر اس فعل کے اور اس کے علم سے متعلق ہیں' اور عام جرم کے متعلق نہیں ہیں علم جو ضروری قرار دیا گیا ہے قانونی طور پر درست یا نادرست کا نہیں : یہ تصور نہیں کر لیا گیا ہے کہ ملزم کو قانونی طور پر درست یا نادرست کے متعلق اس سے کچھ زیادہ کا علم ہونا چاہئے جو ملت کو عام طور پر معلوم ہے۔ ذمہ داری کا انحصار عملاً اس فعل کی اخلاقی نوعیت دریافت کرنے کی قابلیت پر رکھا گیا ہے۔ میکناٹنی قواعد' قوائے ذہنیہ اور اسکے نتیجہ صریح یعنی جزئی دیوانگی کے طبی طور پر متروک اور پارینہ مسئلہ پر مبنی ہیں' جس میں ذہن کو متعدد آزاد خانوں میں منقسم خیال کیا گیا ہے' اور قوت وقوف (cognitive faculty) ایک بڑا ذیلی خانہ ہے۔ مگر طب میں اب یہ ایک مسلمہ امر ہے کہ ذہن ایک سالم چیز ہے' جو ایک ہے اور ناقابل تقسیم ہے۔ ایسا کوئی ذہنی عارضہ نہیں ہے (خواہ وہ بظاہر کتنا ہی جزئی ہو) جو ذہن ماؤف کے پورے بقیہ حصے پر اپنا انعکاس نہ رکھتا ہو۔ لہذا ذمہ داری کا خالص عقلی عیار ایک بے بنیاد چیز ہے' کیونکہ ممکن ہے عقل بحیثیت عقل صحیح وسالم ہو' لیکن ایک جذباتی اختلال طرز عمل پر عقل کے اثر کو بدل دے یا اس میں مزاحم ہو یا اُسے کالعدم کر دے۔ اس کے برعکس عقلی نقص کے یہ معنی ہیں کہ جذباتی اقتدار ناقص ہے۔ قواعد میکناٹن کو تجویز کرنے والے ججوں پر مسئلہ جزئی دیوانگی کا اثر ان جوابات سے ظاہر ہوتا ہے جو انھوں نے اُن سے کئے ہوئے چوتھے سوال کے جواب میں دیئے " اگر کوئی شخص موجودہ واقعات کے متعلق کسی مجنونانہ انضباط کے زیر اثر اس جرم کا ارتکاب کرے تو کیا وہ واجب القتل ہے؟" ججوں نے جواب دیا" بلاشبہ اس کے جواب کا انحصار اس انضباط کی

نوعیت پر ہے۔ مگر اسی مفروضہ کو اختیار کرتے ہوئے جیسے ہم نے پہلے کیا تھا (یعنے یہ کہ وہ شخص صرف ایسے جزئی اختباط کے زیر اثر ہے، اور دوسرے معاملات میں دیوانہ نہیں ہے) ہم خیال کرتے ہیں کہ ذمہ داری کے معاملہ میں اُسے اُسی حیثیت میں خیال کرنا چاہئے کہ گویا وہ واقعات جن کے متعلق وہ اختباط موجود ہے اصلی تھے۔ مثلاً اگر اپنے اختباط کے زیر اثر وہ یہ سمجھ رہا ہے کہ کوئی دوسرا شخص اُسکی جان لینے کی کوشش کر رہا ہے اور اگر وہ اپنی حفاظت کے خیال سے اُس شخص کو مار ڈالتا ہے تو وہ سزا سے بری ہوگا۔ اگر اُس کا اختباط یہ تھا کہ متوفی نے اُس کے چال چلن اور مال و دولت کو سخت نقصان پہنچایا ہے اور اُس نے اِس مفروضہ نقصان کا بدلہ لینے کی نیت سے اُس شخص کو قتل کر دیا تو وہ مستوجب سزا ہوگا۔ چنانچہ ایک دیوانہ شخص اگر اُسے یہ یقین ہو کہ وہ یہ فعل اپنی حفاظت کے لئے کر رہا ہے کسی شخص کو بلاخوف نتائج قتل کر سکتا ہے، لیکن اگر اُس کا قاتلانہ فعل اِس عقیدہ کی بناپر ہو کہ مقتول اُس کے خیالات کو معلوم کر رہا ہے یا اُس کے اعضائے تناسل کو چھیڑ رہا ہے تو اُسے موت کی سزا دیجاتی ہے۔ صریح عقلی اعمال اور طرز عمل پر اُن کے اثر کے سوائے اور کسی چیز کا لحاظ نہیں کیا جاتا۔ ایسے مشہور مظاہر جیسے کہ بعد تنویمی (post-hypnotic) اور صرعی قسریت (epipleptic automatism) مظاہر کا بظاہر کوئی لحاظ نہیں کیا جاتا۔

822

چنانچہ عملی نتیجہ یہ ہے کہ: — اُس شخص کے محاکمہ میں جو کسی جُرم کے بابت دیوانگی کا عذر پیش کرے، اگرچہ برائے نام یہ ضروری قرار دیا جاتا ہے کہ اِن دونوں امور کے متعلق شہادت لی جائے کہ اولاً ارتکاب جُرم کے وقت اُس کے ذہن کی عام حالت کیا تھی، اور دوم یہ کہ اُس فعل کی اخلاقی نوعیت کے متعلق اُسے کیا خاص علم تھا، تاہم عدالت کی خاص یا تمامتر توجہ آخرالذکر امر یعنے مجرمانہ فعل کے علم کے طرف ہی مبذول رہتی ہے۔ چنانچہ اِس کا نتیجہ اکثر اوقات یہ ہوتا ہے کہ وہ شخص جس کی ذہنی حالت پر عام طور پر نظر ڈالنے سے یہ قرار دیا جاتا ہے کہ وہ اس وقت بلاشبہ دیوانہ تھا، ایک خاص یعنے مجرمانہ فعل کے ارتکاب کے متعلق صحیح العقل قرار دیا جاتا ہے۔ اِس سے یہ نتیجہ اخذ ہوتا ہے کہ ایک شخص کو ارتکاب

قتل کے لئے قانوناً پھانسی دیجاتی ہے' اور اُس کے ساتھ وہی عدالت اُسے اُس قابل نہیں سمجھتی کہ وہ اپنی یا اپنی ملکیت کی نگہداشت اور خبرگیری کرسکتا ہے" (سنگر اور کروہن = Singer & Krohn)۔ اُس دیوانہ مجرم کی خوش قسمتی سے جس کے لئے پھانسی کا حکم ہوچکا ہے' قانونِ مجرمینِ مجنون بابت ۱۸۸۴ء (Criminal Lunatics Act, 1884) میں ایک دفعہ (دفعہ ۲۔ ذیلی دفعہ ۴) موجود ہے کہ جب وزیرِ سلطنت کو کسی ذریعہ سے اطلاع ملے کہ اس امر کا یقین کرنے کے لئے وجوہات موجود ہیں کہ ایک شخص جسے پھانسی کی سزا کا حکم ہوچکا ہے' دیوانہ ہے تو صاحب موصوف کو لازم ہے کہ وہ دو یا زائد قانونی طور پر مستند طبیبوں کو ایسے قیدی کے امتحان اور اُس کی دیوانگی کے متعلق دریافت کرنے کے لئے مقرر کریں۔ اگر یہ اطبا یا اُن کی اکثریت اُس شخص کو مجنون تسلیم کرلے اور وزیرِ سلطنت مناسب خیال کریں تو وہ اُس قیدی کے کسی مامن (جو مجرمینِ مجنون کے لئے ہو) میں منتقل کئے جانے کا حکم صادر فرماسکتے ہیں۔ حاصل کلام یہ کہ مقدمہ کی درپیشی کے وقت قیدی کو دیوانہ مگر مستوجبِ سزا قرار دیا جاسکتا ہے' اور اُسے اِس سزا سے صرف اُس وقت معافی ملتی ہے جب کہ وہ حکمِ سزا کی تعمیل کا انتظار کر رہا ہو۔

اِن طریقوں میں جو بے ربطیاں ظاہر ہوئی ہیں' قانون میں اُن کا کسیقدر لحاظ اِس طرح پر رکھا گیا ہے کہ جج جیوری کو ہدایتیں دیتے وقت حسبِ ایماء بدکے وسیع اختیارات کام میں لاسکتا ہے' اور مزید برآں حال ہی میں (رونالڈ ٹرو کے مقدمہ کے بعد) ایک خاص مجلس جسٹس اٹکن کی سرکردگی میں مقرر کی گئی۔ اٹکن مجلس نے حسبِ ذیل سفارش کی:۔ "اِس امر کو تسلیم کرنا چاہیئے کہ وہ شخص جس پر کسی فوجداری جُرم کا الزام لگایا گیا ہے' اپنے فعل کا ذمہ دار نہیں ہوسکتا جب کہ فعل مذکور اُس سے کسی ایسے اضطراری جذبہ کے تحت سرزد ہوا ہو جس سے باز رہنے کی قوت قیدی میں فی الحقیقت کسی ذہنی مرض کے باعث سلب ہوگئی ہو۔"

اگر اِس سفارش کو منظور کرلیا جائے تو اِس سے بعض اُن مشکلات کا سدِّباب ہوجائے گا جو میکناٹنی قواعد کے غیر مشروط اطلاق سے پیدا ہوجاتی ہیں۔ لیکن یہ نہ تو اُن قواعد کو منسوخ کرتی ہے اور نہ اُن کی قائم مقام ہے۔ اسیواسطے اِس سے ذہن

اور ذہنی عوارض کے متعلق اُس پارینہ نظریہ کی تصحیح نہیں ہوتی جس کے قواعد مذکور حائل ہیں۔ مجرمانہ ذمہ داری کے اُن مقدمات میں جنمیں دیوانگی کا عذر پیش کیا گیا ہو طبیب جب بحیثیت گواہ پیش ہوتا ہے تو خود کو مشکلوں اور دشواریوں سے گھرا ہوا پاتا ہے۔ اولاً یہ ہے کہ طبی گواہ (جس کی حیثیت ایک ماہر کی ہوتی ہے، نہ کہ واقعات کے متعلق ایک معمولی گواہ کی) اُس مقدمہ میں جس میں اُس کو طلب کیا جاتا ہے ایک یا دوسرے فریق کے طرف سے پیش ہوتا ہے۔ لہذا وہ عدالت کی نظر میں اُس حد تک اُس فریق کا طرف دار ہوتا ہے۔ وہ مجبور ہوتا ہے کہ اپنی شہادت کے ایک حصے کو جو زمانۂ گذشتہ کے واقعات سے متعلق ہوتا ہے، طرف دار اشخاص (مریض اور اُس کے دوستوں) کے بیانات پر سے فراہم کرے۔ قیدی کی ذہنی حالت کے متعلق اُس کے ذاتی بلاواسطہ مشاہدات نہایت ناموافق حالات میں کئے جاتے ہیں یعنی ملزم محبس میں ہوتا ہے اور مشاہدے کا وقت اور موقع اُس کے قید میں ہونے اور مقدمہ کی تاریخ جلد مقرر ہونے کی وجہ سے محدود ہوتا ہے۔ عدالت میں بھی طبیب کو اپنی توجہ جس امر کے طرف رکھنے کو کہا جاتا ہے وہ وہ چیز نہیں ہوتی کہ جس کی شناخت کا وہ اپنی تعلیم و تربیت کے لحاظ سے سب سے زیادہ اہل ہے (جیسے قیدی کی عام ذہنی حالت) بلکہ زیادہ تر ایک خاص فعل کے لئے ذمہ داری کا نسبتہً بہت زیادہ مشکل مسئلہ ہوتا ہے، جس میں ہر شخص اپنی اپنی رائے رکھ سکتا ہے۔

اِن میں سے پہلی دقت کو کم کرنے کے لئے طبیب خود ہی کچھ کر سکتا ہے۔ اور وہ یہ کہ جب اُس سے ایک یا دوسرے فریق کے طرف سے قیدی کو دیکھنے کی خواہش کی جائے تو اُسے یہ جواب دینا چاہئے کہ میں مریض کو دیکھوں گا اور اُس کا امتحان کروں گا اور جو واقعات مجھے معلوم ہوں گے اُن کے لحاظ سے اپنی رپورٹ پیش کر دوں گا۔ اگر میری اُس رپورٹ کی بنا پر درخواست کنندہ مشیران قانونی مجھے پیش کرنا چاہیں تو میں اسکے لئے راضی ہوں۔

دوسری مشکلات کے تدارک کے لئے یہ تجویزیں پیش کی گئی ہیں کہ اِس امر کی روک تھام کے لئے کہ طبی گواہ مخالف جانبوں پر نہ پیش ہوں، غیر جانب دار ماہرین کا ایک گروہ مقرر کر دیا جائے جو عدالت کے سامنے اپنی مشترکہ رپورٹ پیش کرے۔ لیکن

ایسا اب تک اس ملک (انگلستان) میں نہیں ہوتا ہے۔ امتحان کے لئے کافی وقت دینے کے لئے بعض ملکوں میں یہ انتظام کیا گیا ہے کہ مریض کو کچھ عرصہ تک مشاہدہ کے لئے کسی نفسی مرضی شفاخانہ (psychopathic hospital) میں منتقل کر دیا جائے۔ سب سے آخری اعتراض (یعنے یہ کہ طبی گواہوں سے یہ خواہش کی جاتی ہے کہ مخصوص ذمہ داری کی موجودگی یا عدم موجودگی کی تصدیق کریں) کے جواب میں یہ بیان کیا جاتا ہے کہ ذمہ داری کا فیصلہ کرنا جیوری کا کام ہے۔ برطانوی طبی نفسیاتی انجمن (British Medico-Psychological Institution) نے اپنی ایک تازہ سفارش میں یہ رائے دی ہے کہ اس سوال کے علاوہ جو میکناٹنی قواعد میں درج ہے، جیوری سے یہ بھی دریافت کرنا چاہیئے کہ آیا اُن کی رائے میں قیدی اُس وقت دیوانہ تھا، اور آیا اس کا فعل اسکی دیوانگی سے تعلق رکھتا تھا؟

حوالہ جات

References

1 Dunton, W. R., Jr. "Prescribing Occupational Therapy." London, 1928.

2. Flournoy, H. "L'Enseigsement Psychiatrique d'Adolf Meyer," *Archives de Psychologie*, 1926, xx. 81.

3 Freud, S. "Introductory Lectures," London, 1922.

4 Hart, B. "Psychology of Insanity." Cambridge, 1919.

5 Henderson, D. K., and Gillespie, R. D. "Text-book of Psychiatry." London, 3rd ed., 1933.

6 Jung, C. "The Psychology of Dementia Praecox," New York, 1919.

7 Kraepelin, E. "Dementia Præcox." translated by Barclay. Edinburgh, 1919.

8 Kraepelin, E. "Manic-depressive Insanity asd Paranoia." *Ibid.*

9 MacCurdy, J. T. "Psychology of Emotion," London, 1925.

10 Meyer, A. Article on "Paranoia." Modern Treatment of Nervous and Mental Diseases, New York, 1913.

11 Ross, T. A. The Common Neuroses. London, 1924.

12 Terman, L. M. "Measurement of Intelligence." New York, 1916.

13 Theobald, H. S. "The Law relating to Lunacy." London, 1924.

14 Tredgold, A. F. "Mental Deficiency." London, 1929.

15 Wells, F. L. "Mental Tests in Clinical Practice." New York, 1927.



صحت نامہ

عمل طب جلد سوم

صفحہ	سطر	غلط	صحیح	صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱۰	۱۸	مُعَیّن کے	مُعَیّن کی	۲۱۰	۳	برآزندہ ریشے	برآزندہ ریشے
۲۰	۴	جیض و مویت	بیض و موبت	۲۲۴	۲	انجمنی سیکوسہ	انمصی مجبیت
۲۱	۵	کوئی دوسرے	کسی دوسرے	۲۲۶	۶	دماغی ہے۔	دماغی سے۔
۲۵	۶	مزمن	مرض	۲۲۸	۵	اوپرواہ	اوپرکو
〃	۱۸	سپیدی خلوی	سپید خلوی	۲۶۰	۱۴	بالنور تعامل	تعامل بالنور
۳۲	۲۳	تنگریٹہ	کیٹہ	۲۷۶	۱۱	عصبیہ سے	عصبیہ کے
۴۱	۱۶	تفخیم	تفخیم	۲۸۷	۱۰	مغایرت	معائرت
۴۸	۱۶	tubal	or tubal	۲۹۶	۶	اوپرواہ	اوپرکو
۷۷	۲۱	پیدا ہوجاتے	پیدا ہوجائے	۲۹۹	۱۸	سے پندرہ دن	سے قبل پندرہ دن
۹۱	۸	خراج	سلعہ	۳۰۳	۵	نظر آتی	نظر آتے
۱۰۸	۱۴	۹۶۸	۹۵۸	۳۱۸	۳	عصب عضلانی	ضفیرۂ عضلی
۱۲۱	۶	ایک معضلی	یک مفصلی	۳۳۵	۱	febrile	febrile or toxic
۱۲۲	۱۸	موجود ہوتا ہے	ہوتا ہے				
۱۲۳	۱۴	جلدی	زیر جلدی	۳۰۷	۴	اتنے شدید	اتنے ہی شدید
۱۳۴	۲۰	اس سے یورک ایسڈ	اس سے بھی یورک	۳۸۷	۱۲	درجہ کیا دیکھی	درجہ میں بھی دیکھی
〃	〃	کے اخراج میں بھی	ایسڈ کا اخراج میں	۴۴۳	۲۵	قلب پایا جاتا ہے	قلب۔
۱۴۵	۱۰	OSTFITIS	OSTEITIS	۴۴۸	۱۶	کے علامات	کی علامات
۱۶۲	۷	asorbic	ascorbic	۴۶۰	۲۰	لمفی	قطنی

صفحہ	سطر	غلط	صحیح	صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۴۶۵	۱۹	اُفقی	افقی	۵۹۹	۶	سے اس	سے ۔ اس
۵۱۹	۷	نخاعی	نخاعی	۶۰۲	۲۳	حصباتی	عصبانی
۵۴۷	۱۳	یہ استثناء	یہ استثنار	۶۱۵	۱۹	dysarthria=	(dysarthria=
۵۷۶	۲۴	مثلاً.........	مثلاً گلائی کے التہاب				
		....	مفصل میں سارے	۶۱۸	۶	ب	ج
		....	بازو اور شانہ	؍	۲۰	ج	د
		....	کے عضلات ۔	۶۲۳	۱۵	بعید حافظہ	ردّی ھو چیزوں کا حافظہ
		....	مفصلی التہابی ۔	۶۳۴	۲۵	اس کے علامات	اس کے علامات
۵۷۸	۶	ذبول	بیش پرورش	؍	؍	اس کے ما ل میں	اس کے احوال میں
۵۹۰	۱۴	مختلف	اختلاف پذیر	۶۳۵	۸	چھٹ پٹے	جھٹ پٹے
۵۹۵	۱۷	آہنگی	ہم آہنگی	۷۳۲	۱۴	:۔ بذریعہ	:۔ (۱) بذریعہ

ں

۵

اشاریہ

عمل طب

جلد سوم



سلسلۂ نصابات علمیہ جامعۂ عثمانیہ

ٹیلرز پریکٹس آف میڈیسن

عملِ طب

یعنی

مؤلفہ

ای۔ پی۔ پولٹن، ایم۔ اے، ایم۔ ڈی (آکسن)، ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لندن)

بمعاونت

سی۔ پی۔ سیمنڈز، ایچ۔ ڈبلیو۔ باربر، آر۔ ڈی۔ گلیسپی، این۔ ایچ۔ فیرلے، ڈبلیو۔ ایم۔ مالیسن

جلد چہارم

مترجمہ

ڈاکٹر محمد عثمان خان صاحب، ایل۔ ایم۔ اینڈ۔ ایس (بمبئی)، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ (امراض جلد) از طبع چہاردہم سنہ ۱۹۳۰ء

ڈاکٹر غلام دستگیر صاحب، ایم۔ بی۔ بی۔ ایس، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ (مدارینی امراض) از طبع یازدہم سنہ ۱۹۳۶ء

بہ نظر ثانی و ترمیم امراض جلد

ڈاکٹر ی۔ ا۔ محمد حسین صاحب، ایم۔ بی۔ بی۔ ایس، رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ مطابق طبع پانزدہم سنہ ۱۹۳۶ء

سنہ ۱۳۶۴ھ — سنہ ۱۳۵۴ف — سنہ ۱۹۴۵ء

دار الطبع جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

فہرست مضامین

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

THE PRACTICE OF MEDICINE

عملِ طب

جلد چہارم

امراضِ جِلد

اَدواء الجلد

(DERMATOSES)

علم طب کی ایک عام نصابی کتاب کے اندر امراض جلد کا ایک مکمل تبصرہ پیش کرنا ممکن نہیں۔ چنانچہ ذیل کی فصل میں بہت سی ایسی باتیں جو اہمیت رکھتی ہیں حذف کردی گئی ہیں۔ مثلاً جلد کے بہت سے سلعات، خبیث اور غیر خبیث دونوں کے بیانات کے لئے قارئین کو یہ مشورہ دینا مناسب سمجھا گیا ہے کہ وہ جلدیات اور علم الجراحت کی نصابی کتابوں سے استفادہ کریں۔ اِسی طرح اِس کتاب میں ناخنوں کے مختلف امراض کا یا شعاعی التہابِ اَدمہ (radio-dermatitis) کا بیان نہیں ملیگا۔ بدقسمتی سے

گزشتہ زمانے میں جلدیات کو ایک جداگانہ موضوع خیال کر لیا گیا، عام طبیب نے اُس کی طرف توجہ نہ کی اور اُن حضرات نے جو خود کو امراض جلد کا ماہر خیال کرتے تھے اُسے غلط طور پر سمجھا۔ درحقیقت یہ موضوع سرسری طور پر فن طب کی خاص شاخوں میں سے ایک اہم ترین شاخ ہے، کیونکہ جلد ہی وہ آئینہ ہے جس میں عام صحت کی حالت کا مطالعہ ہو سکتا ہے اور جلد کے زیادہ عام فتورات کے اسباب کا علم مرض کی امراضیات کو صحیح طور پر سمجھنے کے لئے ایک کلید کا کام دیتا ہے۔ چند سال سے جلدیات کو عام طب کا جز و شمار کرنے کا رجحان بہت بڑھ گیا ہے اور آج کل طبیب کے لئے عہد حاضرہ کی جلدیاتی تعلیم سے واقف ہونا اُسیقدر ضروری ہے جسقدر کہ ماہر امراض جلد کے لئے اُن ترقیات کے ساتھ دوش بدوش رہنا ضروری ہے جو طبی امراضیات میں ہو چکی ہیں۔

جلد بھی اُنہیں امراضیاتی حالتوں میں مبتلا ہو سکتی ہے جو جسم کے دوسرے اعضا اور ساختوں کو لاحق ہو جاتے ہیں، چنانچہ امراض جلد کی جماعت بندی اُنہیں پر مبنی ہے۔

چنانچہ اُس میں حسب ذیل مرضی حالتیں پیدا ہو سکتی ہیں:۔ سوء قیت میں تغیرات، التہابات، تو بالیدات، تغیرات ساخت خرد عضویوں (مثلاً تدرن یا جذام کے خرد عضویوں) کے باعث، سمیات مرض (مثلاً قرمزیہ اور دوسرے ثورانی امراض کے سمیات) کے دوران سے پیدا ہو جانے والے اضرار، حیوانی اور نباتی طفیلیات (جراثیم کے علاوہ) کا حملہ، جلد کی جداگانہ ساختوں کی بیش پرورش اور انحطاط، اور تغیرات لون۔

ہمیں بعض ایسے اعضاء کے فتورات کے متعلق بھی غور کرنا ہے جو جلد کے اندر واقع ہیں، مثلاً بال، عروق دہنیہ، اور پسینہ کے غدد یا عرقی غدد۔

جلد کے بہت سے فتورات کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے، مثلاً امراض طفحیہ کے ممیز ثورانات، آتشک، جذام، سراجہ (کنار) (glanders)، شعاع فطریت (actinomycosis)، اور داء الفیل (elephantiasis) کے جلدی اضرار اور فرفر کی وہ شکلیں جو پرپیورا (purpura) کے نام سے موسوم ہیں۔

اِن مختلف امراض کی تفریق اُن مقامی تغیرات یا اضرار کے بغور مشاہدے پر مبنی ہے جو جلد میں واقع ہوتے ہیں، اور اس کے ساتھ ہی اِن کی توزیع، اِنکی مدت اور مؤتلف اور ماسبق حالات کے متعلق غور و خوض پر۔

اَوّلی اضرار

چھالے یا پھپولے (حباب) (blebs or bullæ)- بڑے آبلے جن کا قطر ۵ ملی میٹر تا ایک انچ یا زائد ہوتا ہے، اُن کا سیّال مافیہ صاف، یا کسیقدر گندلا یا خون آلود ہوتا ہے۔ یہ اکثر ایک ملتہب قاعدے پر واقع ہوتے ہیں، اور اِن کا اِندمال اخراجِ مافیہ اور بُرجلدی چھلکے کے خشک ہوکر اُتر جانے سے ہوتا ہے۔ کفیلے گیاں (chaps)، شقوق الجلد (rhagades)، یا فتحات (rimæ)- بُرجلد میں تڑاکیں یا شقیں جو نیچے طبقۂ مخاطی یا اَدمہ تک پہنچتی ہیں، نہایت دردناک ہوتی ہیں اور اِن میں سے خون بآسانی نکل آتا ہے۔ انسحاج (excoriation)- جلد کی وہ جگہ جو بُرجلد کی بالائی تہہ سے مُبرّا ہوا اور جس میں طبقۂ مخاطی منکشف ہو۔ اِس کا رنگ شوخ سرخ ہوتا ہے، اور یہ چھونے سے الیم پائی جاتی ہے۔ اور اِس سے مصل کی خفیف مقدار کا افراز ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ خشک ہوکر پپڑی بن جائے۔ نزفات (hæmorrhages)- 825

جلدی نزفات سے شوخ سرخ، گہرے سرخ، یا ارغوانی رنگ کے بڑے یا چھوٹے دھبے بنجاتے ہیں۔ یہ دبانے سے غائب نہیں ہوتے۔ عموماً یہ خون بتدریج جذب ہوجاتا ہے، اور دھبّوں کا رنگ پھیکا پڑکر بھورا یا زردی مائل بھورا، یا بڑے تحت الجلد نزفات میں یکے بعد دیگرے بھورا، سبز، اور زرد ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عرصہ دراز تک ایک دیرپا بھورا دھبّہ رہ جائے۔ چھوٹے دھبّوں کو نمشہ (petechiæ) اور بڑوں کو کُدَم (ecchymoses) کہتے ہیں۔ اگر وہ دھاریاں بنادیں تو اُن کو خطّی کُدَم (vibices) کہتے ہیں۔ شعری کُدَم (capillary ecchymosis) میں نہایت باریک نقط پیدا ہوجاتا ہے جس کا منظر بیشِ دمویت جیسا نظر آتا ہے، مگر جب اِس کو دبایا جاتا ہے تو معلوم ہوجاتا ہے کہ وہ باقی رہتا ہے۔ استثنائی حالتوں میں اس جلد میں جو کہ نزف میں مبتلا ہوتی ہے اغتاث واقع ہوکر ایک قرحہ باقی رہ جاتا ہے۔ بیشِ دمویت (hyperæmia)- یہ ایک سرخی ہے، جو مختلف وسعت کی ہوتی ہے اور خون سے عروقِ دمویہ کے پُر ہونے اور پھُول جانے کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ حسبِ ذیل شکلوں میں ہوسکتی ہے:- (۱) فاعلی بیشِ دمویت (active hyperæmia) دعامرکی فعل کی وجہ سے۔

(۲) ابتدائی التہابی بیشِ دمویت (early inflammatory hyperæmia) جس کے ساتھ خفیف ورم، الیمیت، اور ارتفاعِ تپش کی بعض دلالتیں موجود ہوتی ہیں۔ یا (۳) وریدی بیشِ دمویت (venous hyperæmia) یا استلاءِ مجہول (passive congestion)، جس میں دوسری قسموں کی نسبت زیادہ نیلا یا کبود رنگ ہوتا ہے۔ تمام حالتوں میں یہ سرخی دبانے سے غائب ہوجاتی ہے اور جب دباؤ ہٹا دیا جاتا ہے تو سرخی پھر نمودار ہوجاتی ہے ـــــ پہلی دو حالتوں میں سرعت کے ساتھ اور آخری حالت میں بتدریج۔ لطخات (macules)- جلد کی بدرنگی کے چھوٹے چھوٹے رقبے، جن میں جلد کی سطح یا قوام میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ یہ ایک ماسبق بیشِ دمویت سے پیدا ہوسکتے ہیں اور تھوڑے عرصہ بعد غائب ہوجاتے ہیں۔ لیکن اگر یہ بیشِ دمویت کے بدوں پیدا ہوں تو عموماً زیادہ دیرپا ہوتے ہیں۔ کربیجے یا گرھلکیں (nodules)- ٹھوس اُبھار جو بثور کی نسبت بڑے ہوتے ہیں۔ بثور (papules)- جلد کے چھوٹے چھوٹے اُبھار جو ٹھوس ہوتے ہیں یا کم از کم اُن میں مرئی طور پر کوئی سیّال موجود نہیں ہوتا۔ یہ بیشتر آدمہ میں پیدا ہوتے ہیں مگر بشرہ کے چھلکوں کے اجتماع سے بھی اِن سے مشابہت پیدا ہوسکتی ہے۔ یہ نوکدار (نکیلے =acuminate)، یا بے نوک، یا چپٹے (مسطّح) ہوسکتے ہیں۔ قائحات (pustules or pustulæ)- آبلے یا پھپولے جن میں پیپ بھری ہوئی ہوتی ہے۔ کھرنڈ یا پپڑیاں (crusts)- خشک مصل، پیپ یا خون کے بے قاعدہ چپٹے تودے، یا اِن مادّوں کا آمیزہ، جو اُسی کچی سطح پر جس سے اُن کا افراز ہوا ہے بنتے ہیں اور اُس سے چپکے ہوئے رہتے ہیں، اور اکثر ایک آبلہ، قائحہ، یا پھپولے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ چھلکے یا قشر ـــ (squamæ)- برجلدی خلیوں کے اجتماعات گچھوں کی شکل میں بعض اوقات جیسے کہ سبوسہ (dandruff) میں اِن کے ساتھ دُہن (sebum) کے شحمی مادّے کی بڑی آمیزش ہوتی ہے۔ چھلکے کھرا کے چھوٹے چھوٹے بھوسی جیسے ذرات (نخالی یا سبوسی =furfuraceous) سے لے کر اُن بڑی بڑی برگ ریزیوں (exfoliations) تک خلاف پذیر ہوتے ہیں جو کہ تسلخی التہابِ آدمہ (exfoliative dermatitis) میں اور قرمزیہ (scarlatina) کی بعض امساحتوں میں دیکھی جاتی ہیں، یا صدفیہ (psoriasis) کے دبیز چپکے ہوئے تودوں تک۔ نشانات (scar or cicatrix)- اتصالی بافت کی



توبالیدگی، جو زخموں کے اندمال کا نتیجہ ہوتی ہے اور خفیف تہ اور عمیق تر اَدمہ کو متاثر کرتی ہے - جب ندبات تازہ ہوں تو اُن کا رنگ گلابی یا آسمانی مائل ہوتا ہے - بالآخر وہ بالکل سپید ہو کر جسامت میں سکڑ جاتے ہیں - کھرچنے کے نشانات (scratch marks)- خطی، یا اگر منتصب جرابوں کے راسوں پر ہوں تو نقطہ دار، جو ناخنوں سے پیدا ہو جاتے ہیں اور جن پر خون کی چھوٹی چھوٹی پپڑیاں جمی ہوئی ہوتی ہیں - اگر یہ کافی گہرے ہوں تو یہ بالآخر خطی یا نکلے نما ندبات بنجاتے ہیں - اُن کا رُخ عموماً ایک یا دوسرے ہاتھ کی وضع کے ساتھ ایک معتین تعلق رکھتا ہے - نرا زخم (sore) یا قرحہ (ulcer)- نقصانِ جرم جو سارے بَرجلد کو اور اَدمہ کے جز یا کل کو ماؤف کرتا ہو - اس کا قاعدہ اربکات سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے اور اس سے پیپ کا افراز ہوتا ہے - اس کا اندمال اندماب کے ذریعہ ہوتا ہے - صغیہ عروقی اتساعات (telangiectases) - زیرِ حلیمی صغیرہ کی اوریدی و ریدکوں کا اتساع - یہ اکثر وجنی خطہ اور ناک پر دیکھے جاتے ہیں، خاص طور پر گلابی تعظیر میں اور اُن اشخاص میں جو سردی اور دھوپ میں بہت منکشف رہے ہوں - یہ شعاعی التہابِ جلد اور احراری ذئبہ میں ایک خصوصیت ہیں - آبلے (vesicles) یا حویصلات (vesiculæ) چھوٹے چھوٹے چھالے، جن کا قطر ۱ تا ۵ ملی میٹر ہوتا ہے، اور جو بَرجلد کی بالائی تہوں کے نیچے صاف سیّال کے اجتماع کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں - یہ اکثر اوقات التہابی ہوتے ہیں ایک منتصب قاعدہ پر واقع ہوتے ہیں، اور ان میں ایک زرد البیومینی مصل بھرا ہوا ہوتا ہے - دَدوڑے (wheals) یا سُلاق (pomphi) یا انجریہ (hives) - اَدمہ کا محدود اُذیما جس سے جلد کا ایک پھیکا گلابی یا سپید اُبھار پیدا ہو جاتا ہے -

مندرجۂ ذیل امراض ساری عضویات سے پیدا ہوتے ہیں

مقطار گزار عضویوں کی سرایت سے پیدا ہونیوالے امراض

اغلب ہے کہ مزید تحقیقات سے یہ ظاہر ہو جائے کہ نا معلوم تسبیب کے کئی جلدی امراض ایک مقطار گزار تشب کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً نخالیہ وردیہ (pityriasis rosea)- فی الحال صرف ذیل کے مرض اس نوعیت کے ثابت ہوئے ہیں

826 ... متعدی رخوت (molluscum contagiosum)، معمولی ثولول (common wart)، سادہ نملہ (herpes simplex)، نطاقی نملہ (herpes zoster) اور لمفی ذراتی سلعہ اربی (lymphogranuloma inguinale)۔

متعدی رخوت

(molluscum contagiosum)،

(ملاحظہ ہو صفحہ ۹۰ دُ صفحہ 888)

یہ نام جلد پر کے اُن چھوٹے سلعات کو دیا گیا ہے، جو قطر میں $\frac{1}{32}$ تا $\frac{1}{4}$ انچ یا $\frac{1}{2}$ ہوتے ہیں، جن کی شکل عدسی یا نیم کروی اور کبھی کبھی گلو بچہ نما یا ڈنڈی دار ہوتی ہے، جو سطح پر کسیقدر بیقاعدہ یا گرہک دار ہوتے ہیں، اور جن کا رنگ زردی مائل سفید ہوتا ہے۔ نسبتہً چھوٹے سلعات میں مرکز کے اندر اکثر ایک چھوٹا فتحہ ہوتا ہے، نسبتہً بڑے سلعات میں ایسے کئی فتحے ہوتے ہیں۔ اور اگر سلعہ کو زور سے دبایا جائے تو اِن سوراخوں کے اندر سے مخلوط یا فتہ خلیات کا ایک جیلاتینی نرم تودہ رستا ہے۔ خردبین کے نیچے امتحان کرنے پر یہ دقیق بیضوی چمکدار اجسام سے بنا ہوا معلوم ہوتا ہے، جن کو رخوتی جسیمات یا رخوتی اجسام (molluscum corpuscles or bodies) کہتے ہیں۔ سلعہ میں سے انتصابی تراش لی جائے تو اُس کی ساخت ایک عنقودی غدہ کی ساخت سے کسیقدر مشابہ معلوم ہوتی ہے۔ اُس میں لختک ہوتے ہیں جن کو لیفی بافت علٰحدہ کرتی ہے۔ ہر لختک میں بیرونی جانب اُستوانی خلیوں کی ایک قطار ہوتی ہے، اِس سے اندر کو زیادہ بیضوی تر آدمی خلیے ہوتے ہیں، اور ہر لختک کے مرکز میں چمکدار غیر شفاف رخوتی اجسام کا اجتماع ہوتا ہے۔ نسبتہً بڑے سلعات میں کے لختک متقارب ہو کر مرکزی قنات یا فتحہ کی طرف نہیں جاتے، بلکہ زیادہ تر پہلو بہ پہلو واقع ہو کر سطح پر علٰحدہ علٰحدہ کھلتے ہیں۔

معلوم ہوتا ہے کہ اِس کی پیدائش کے عمل کا آغاز اِس طرح ہوتا ہے کہ شبکہ یشبکی کے خاردار خلیے رخوتی اجسام میں متبدل ہو جاتے ہیں اور بیان کیا جاتا ہے کہ ان میں قرنین (keratin) موجود ہوتی ہے۔ یشبکہ کا وہ حصہ جو کہ متصل ہوتا ہے نیچے کی طرف اُدمہ کے اندر بڑھ آتا ہے اور ظاہری لختکوں کے درمیان کے فاصلات حلیمات کے لیفی باقیات

ہوتے ہیں۔ ذہنی غدد یا شعری جرابات کے ساتھ تعلق ہونا ضروری نہیں۔
چنانچہ یہ بالیدیں دراصل سلیم سرطلی سلعات (benign epitheliomata) ہیں، اور اس لئے دلچسپی کا باعث ہیں کہ یہ ایک سرایت رساں عضویہ سے پیدا ہوجاتی ہیں جو اسقدر دقیق ہے کہ برکٹ فیلڈ مقطار کے اندر سے گزر جاتا ہے۔ اس کی تلقیم اسطرح کی جاسکتی ہے کہ بالیدہ کے جھبی مافیہ کی آلود جلد پر کسی خراشیدگی کے اندر لگائی جائے یا اس سے بہتر یہ ہے کہ اس عقیم مالع مقطر کا دروں جلدی اشراب کیا جائے جو کہ جرف کے ذریعہ نکالے ہوئے سلعات کو مالح محلول کے ساتھ پیسنے اور اسطرح حاصل شدہ مستعلق کو ایک برکٹ فیلڈ مقطار میں سے گزارنے سے پیدا ہو۔ پانچ ہفتہ سے لیکر چھ ماہ تک کے زمانۂ حضانت کے بعد مقام اشراب پر ننھی ننھی رخوتی بالیدیں نمودار ہوجاتی ہیں۔
متعدی رخوت پر ندوں میں عام ہے اور اُن سے انسان میں منتقل ہوسکتی ہے۔
یہ بچوں اور بالغوں دونوں میں ہوتی ہے، اور اس کے سلعات نہایت عام طور پر چہرے بازووں یا ہاتھوں، عورتوں کے پستانوں، اور مردوں کے اعضاء تناسل پر دیکھے جاتے ہیں۔ اِن میں تقیح ہونے کا امکان ہوتا ہے اور یہ خود بخود غائب ہوجاسکتے ہیں۔ اس کے خلاف ممکن ہے کہ یہ غیر معین مدت تک قائم رہیں اور ذاتی تلقیم کے ذریعہ تعداد میں بڑھیں۔ اِن کی ایک کثیر تعداد ان اشخاص کے دھڑ پر واقع ہوتی ہے جو ترکی حمام کثرت سے کرتے ہیں، اور یہ سرایت، دلاّک کی انگلیوں سے یا شائد جبۂ غسل (bath gown) سے حاصل ہوتی ہے۔
علاج سلعات کے مافیہ کو دبا کر نکالدینے اور اُن کے اندر خالص کاربولک ایسڈ یا آیوڈین لگا دینے، یا ایک میزاب دار سوئی کو پگھلائی ہوئی سلور نائٹریٹ میں ڈبو کر (تاکہ اُس پر اس نمک کا ایک غلاف چڑھ جائے) اُن کے اندر چبھونے سے ممکن ہے کہ سلعات غائب ہوجائیں (Whitfield)۔ ایک زیادہ سادہ طریقہ یہ ہے کہ اُنھیں ایک چھوٹے جرف (curette) سے کھرچنے کے بعد ماؤف سطح پر ہلکا ٹنچر آف آیوڈین لگا دیا جائے۔

ثولولات

(warts)

(برّوقہ =verruca)

بروقہ یا ثولول کی متعدد جداگانہ اقسام ہیں، جنکی تسبیب مختلف ہوتی ہے۔ مثلاً معمولی ثولول (عام بروقہ =V. vulgaris) ایک متقطار گزار تثب کی وجہ سے ہوتا ہے، زہراوی ثولول (venereal wart) (نوکدار بروقہ یا فلطا حیہ (V. vel condyloma acuminata) غالباً ایک مرغولیہ (spirillum) کی وجہ سے ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 888)، میلان الدہنی ثولول (میلان الدھنی بروقہ =V. seborrhœica) غالباً تاخیر سے نمو پانے والی ایک وحمہ نما بالیدہ ہے، اور ثولول پیری (شیخوخی بروقہ یا قرنیت =V. vel keratosis senilis) جلد کا ایک جیش سرطانی انحطاط ہے۔ آخر الذکر دو اکثر غلطی سے عام بروقہ کے ساتھ خلط ملط کردئے جاتے ہیں مگر ان میں سے کوئی ایک بھی اُس کے ساتھ کوئی تعلق نہیں رکھتا۔

827

معمولی ثولولات جلد کے فضولات ہیں، کیونکہ وہ جیش پروردہ حلیمات ہیں جن پر قرنی برادہ چڑھا ہوا ہوتا ہے۔ اُن کی شکل اور جسامت مختلف ہوتی ہے۔ مثلاً وہ چھوٹے اور چپٹے ہو سکتے ہیں (مسطح بروقہ =V. plana)، نیم کروی، نوک دار یا ڈنڈی دار ہو سکتے ہیں، اور اُن میں سے نسبتہً زیادہ بڑے لنکدار یا معتنج ہو سکتے ہیں۔ چپٹے ثولول پھیکے زرد یا گلابی مائل رنگ کے، اور زیادہ بڑے ثولول زیادہ تاریک اور ریادی مائل بھورے رنگ کے ہو سکتے ہیں۔ وہ نہایت عام طور پر ہاتھوں کی پشت پر، انگلیوں کا چہرے پر، اور بالخصوص دہن کے گرد ہوتے ہیں، جس کی وجہ یہ ہے کہ بچے ابتدائی یا "مادرِ ثولول" کو (جو ہاتھ پر ہوتا ہے) منہ سے کترنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ وہ پپوٹوں اور جلد الراس پر، اور تلووں پر بھی ہوتے ہیں (اخمصی بروقہ =V. plantaris)۔ کثیر التعداد چپٹے ثولول اکثر اوقات بچوں کے اور بعض اوقات بالغوں کے چہرے پر پائے جاتے ہیں۔ یہ بچوں میں بالخصوص پیشانی، کنپٹیوں، رخساروں اور ٹھوڑی پر واقع ہوتے ہیں، اور اُن

بچوں میں جنہیں جلدالراس اور چہرے کے سیلان الدہن اور تخیل کی شکایت ہو ان کی ناقص استعداد و خاص طور پر ہوتی ہے ۔ مردوں میں چپٹے اور ڈنڈی دار دونوں قسم کے ثؤلول ڈاڑھی کے حلقے میں ہوسکتے ہیں ' اور پھر یہ حجامت کے برش اور استرے کے ذریعہ پھیل جاتے ہیں ۔ بعض اوقات ناخنی دیوار ماؤف ہوجاتے ہیں اور ثؤلولی بالیدا اکثر ناخن کے نیچے پھیل جاتی ہے ۔ اخمصی ثؤلولات (plantar warts) نہایت عام ہیں ' اور اس وجہ سے اہم ہوتے ہیں کہ ان سے شدید درد پیدا ہوسکتا ہے ۔ اکثر ان پر گوکھرو (corns) کا غلط گمان ہوجاتا ہے ۔ وہ اکثر بعد حمارتی ہڈیوں کے سروں پر یا ایڑی پر واقع ہوتے ہیں ۔ وہ ایک قرنی حلقہ سے گھرے ہوتے ہیں ' جس کے مرکز میں حلیمی نبیتیں شفاف قرنی طبقہ میں سے نظر آسکتی ہیں ۔

بحث اسباب ۔ معمولی ثؤلول بالغوں کی نسبت بچوں اور ریعانیوں میں زیادہ اکثر دیکھے جاتے ہیں ۔ وہ متعدی اور خود تطعیم پذیر ہوتے ہیں ۔ سرایت رساں عضویہ ایک متقطار گزار قشہ ثابت ہوچکا ہے ۔ کچلے ہوئے معمولی ثؤلولات کا رس جو ایک برکے فیلڈ متقطار میں سے تقطیر کیا گیا ہو اس کی تطعیم کرنے سے سطح ثؤلولات دوبارہ پیدا ہوگئے (1)۔

تشریح ۔ حلیمات کی بڑی بیش پرورش اور تطویل اور اس کے ساتھ تمام برآئی طبقات کی دبازت ہوجاتی ہے ۔ ادمہ میں کوئی التہابی تغیر نہیں ہوتا ۔

علاج ۔ متوسط یا بڑی جسامت کے ثؤلولات کو اگر تنکید کے ذریعہ پہلے نرم کرلیا جائے تو کاربن ڈائی آکسائڈ سنو (carbon dioxide snow) کی ایک قلم کے ذریعہ انجماد کرنے سے وہ بآسانی دور کئے جاسکتے ہیں ۔ انہیں کیج بالتقار یا گلوانی کئی سے برق شیدگی کیجئے یا اگر تعداد میں بہت زیادہ ہوں تو میگنیشیم سلفیٹ کے ذریعہ رواں رسانی کرکے بھی تلف کیا جاسکتا ہے ۔ سطح ثؤلولات اکثر لاشعاعوں کی معتدل مقداروں سے ' نیز بن آیوڈائڈ آف مرکیوری (biniodide of mercury) کا $\frac{1}{1000}$ محلول جو ۵ ۔ فیصدی اسپرٹ میں بنا ہوا ہو اور جس میں ۲ فیصدی سیلی سلک ایسڈ موجود ہو ' اس کے بار بار لگانے سے غائب ہوجائینگے ۔

اخمصی ثؤلولات بعض اوقات مشکل سے اچھے ہوتے ہیں ' لیکن عموماً لاشعاعوں

کی بڑی مقداریں (½ سے لیکر ۲ رفاقہ) کامیاب ہوتی ہیں جبکہ آس پاس کی معمولی جلد کو احتیاط کیساتھ محفوظ کر دیا جائے۔ ایک زیادہ یقینی طریقہ یہ ہے کہ مقامی یا عمومی عدم حسیت کے تحت وولکمین کے چمچے کے ذریعہ ثولول کو اسکے جہاد سے کھرچ لیا جائے اور کہفہ میں ایسی گاز بھر دی جائے جو ٹنکچر آف آیوڈین سے یا سلور نائٹریٹ کے ۵ فیصدی محلول سے تر ہو۔ داخلی علاج میگنیشیم سلفیٹ، گرین آیوڈائڈ آف مرکیوری یا سنکھیا کی بڑھتی ہوئی مقادیر سے نہایت ناقابل اعتماد ہے۔ اس امر کے پیش نظر کہ وہ ایک معلوم ساری قسم کے واقع ہوتے ہیں، یہ امر نہایت ہی تعجب انگیز ہے کہ ثولولات بعض اوقات ایحاء کے ذریعہ بسرعت شفایاب ہوجاتے ہیں، اور یہ طریقہ براعظم یورپ اور امریکہ میں فی الوقت استعمال ہوتا ہے۔ جھاڑ پھونک کے ذریعہ ثولول اچھا کر دینے والوں کے دعاوی اکثر اوقات حقیقتاً حق بجانب ہوتے ہیں۔

سادہ نملہ

(herpes simplex)

نملہ کی اصطلاح کے تحت عموماً دو حالتیں، یعنے سادہ نملہ (H. simplex) اور نطاقی نملہ (H. zoster) شامل کی جاتی ہیں۔ فرانسیسی اطباء اس اصطلاح کو اول الذکر حالت تک محدود رکھنا پسند کرتے ہیں، اور آخر الذکر حالت کو نطاقیہ (Zona) کہتے ہیں۔ بدقسمتی سے اس کا اطلاق مختلف الاقسام حالتوں پر بھی کیا گیا ہے، جو نہ تو ایک دوسری سے کوئی تعلق رکھتی ہیں اور نہ حقیقی نملہ سے، مثلاً نملۃ الحمل (H. gestationis) (نملہ نما التہاب الجلد: dermatitis herpetiformis جو دوران حمل میں ہوتا ہے)، نملۂ پیچدار (H. circinata) یا بالخورہ (tonsurans) (قوبا یا داد)، قزحیہ نما نملہ (H. iris) (کثیر الاشکال احمرار کی ایک قسم)، جبسی نملہ (H. cretacea) (احمراری ذئبہ: lupus erythematosus): ان اصطلاحات کو ترک کر دینا چاہئے۔

سادہ نملہ (herpes simplex) ایک حاد ثوران ہے جو مختلف التعداد آبلوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو ایک احمراری قاعدہ پر مجتمع ہوتے ہیں۔ ایسی ایک یا کئی چکتیاں ہو سکتی ہیں۔ حملہ ہونے سے پہلے آئندہ ماؤف ہونے والے حصے میں عموماً تنیدگی، جھنجھناہٹ یا جلن کا احساس ہوتا ہے۔ چند گھنٹوں کے بعد احمرار کی ایک آذیمائی چکتی نمودار ہوجاتی ہے، جس پر بسرعت چھوٹے چھوٹے صاف آبلے پیدا ہوجاتے ہیں: یہ چند یا

کثیر التعداد ہوسکتے ہیں، اور جب قریب قریب واقع ہوں تو اکثر ایک دوسرے سے ملتحق ہوجاتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ نزفی ہوتے ہیں۔ ان کا صاف مافیہ گندلا ہوجاتا ہے اور پھر خشک ہوکر کھرنڈ بنجاتا ہے، جو جھڑجاتا ہے اور پھر ایک عارضی دھبہ باقی رہجاتا ہے، لیکن ندبہ کبھی نہیں ہوتا۔ اکثر کسی نبقہ سبحیہ کا ثانوی حملہ واقع ہوجاتا ہے اور نملہ ممکن ہے کہ حصفۂ متعدی (impetigo contagiosa) کے حملہ کا نقطۂ آغاز ہو۔ متصل لمفی غدد کسی قدر متورّم ہوسکتے ہیں، لیکن اُس حد تک نہیں جس حد تک کہ نطاقی نملہ (H. zoster) میں ہوتے ہیں۔

سادہ نملہ تقریباً ہرجگہ پر ہوسکتا ہے، لیکن اُس کے انتخابی مقامات چہرے پر لبوں اور ناک کے گرد، اور اعضائے تناسل پر ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی وہ کانوں، ملتحمہ (آنکھوں)، دہن کی غشائے مخاطی، اور سُرینوں پر بھی پایا جاتا ہے۔ اس کے توالی کا رجحان مشہور ہے، اور یہ بالعموم ماؤف شخص کے اُسی حصّے پر ہوتا ہے۔ ڈاریئر (Darier) نے مختلف حملوں پر وافر توارد ثابت رقم کیے ہیں جو ضد محرقی تطعیمات (antityphoidal inoculations) کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہوگئے۔

وجہی یا شفوی نملہ (herpes facialis seu labialis) عام ترین قسم ہے۔ یہ حاد سرایتوں کے ہمراہ واقع ہوتا ہے، مثلاً معمولی نزلہ، ذات الریہ (lobar pneumonia)، انفلوئنزا، دماغی نخاعی التہابِ سحایا، اور ملیریا کے ساتھ۔ یہ سباتی التہاب الدماغ (encephalitis lethargica) میں اور تپِ محرقہ میں نہایت شاذ ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ ایک تیز حموی حملہ کے ساتھ ہوتا ہے، جس میں لرزہ ہوتا ہے (تپِ نملی = herpetic fever) اور اِس قسم کی وبائیں مرقوم ہیں لیکن بعض اصحاب کو میں ایک یا متواتر حملے بلاکسی حاد سرایت کے دیکھے گئے ہیں۔

نملۂ اعضائے تناسل (herpes genitalis)- یہ دونوں صنفوں میں پایا جاتا ہے۔ مردوں میں یہ تورانِ قلفہ کی اندرونی سطح کو، یا نسبتہً کم اکثر اُس کی بیرونی جانب کو، یا حشفہ کو، یا حشفی قلفی تجویف کو، یا منفذ کو، بلکہ مجری البول تک کو ماؤف کردیتا ہے۔ عورتوں میں یہ فرج کے کسی بھی حصّے پر، اور کبھی کبھی مہبل میں اور عنق الرحم پر واقع ہوسکتا ہے۔ عورتوں میں متوالی نملہ کے حاد اور وافر حملے ہوتے ہیں، جن میں نہ صرف فرج، بلکہ رانیں

کی اندرونی سطحیں، جبل الزہرہ، بین سُرینی درز، اور سُرین بھی ماؤف ہوجاتے ہیں۔ تپ کے ساتھ اِن حصّوں کا اور متصلہ غدد کا ورم ہوتا ہے، اور شدید درد اور تکلیف ہوتی ہے، جس کی وجہ سے ممکن ہے کہ مریضہ کو صاحبِ فراش ہونا پڑے۔ دونوں صنفوں میں یہ نملی افراز بدلکر تاکلات بنجاتے ہیں، جو ممکن ہے کہ ذُفتیریائی التہاب کی جیسی جھلی سے ڈھک جائیں، یا ایک گندہ مخاطی ریمی سیّال خارج کریں۔ نملۂ اعضائے تناسل اِس تاکلی درجہ میں اکثر قرحۂ رخوہ (soft sore) یا اوّلی آتشکی شینکر (primary syphilitic chancre) کے ساتھ خلط ملط کیا جاسکتا ہے، اور اُن لوگوں میں جو خود کو ایسے خطرہ میں ڈالتے ہیں قدرتی طور پران سرایتوں کی ماسبق استعداد پیدا کردیتا ہے۔ مزید برآں یہ آتشکی سرایت کو ثانوی علامات کے نمویاب ہونے تک مخفی رکھ سکتا ہے۔

خدّی نملہ (herpes buccalis) عموماً شفوی نملہ کے ساتھ ساتھ دیکھا جاتا ہے۔ وہ اکثر آخرالذکر کی طرح دوجانبی ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ گالوں کی مخاطی جھلّی، تالو یا زبان کو ماؤف کردے۔ آبلے جلد ہی تاکلات بنجاتے ہیں۔ بلعوم کا نملہ شاذ ہی ہوتا ہے اور اُس کے ساتھ عموماً تپ، شدید مقامی درد، اور عنقی غدد کا ورم ہوتا ہے۔ کبھی کبھی یہ ثوران ملتحمہ کو بھی ماؤف کردیتا ہے۔

جیساکہ کہا گیا ہے، سادہ نملہ کا توالی ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے، اور اِس کے ظاہری اسبابِ محرکہ مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتے ہیں۔ سب سے زیادہ کثیرالوقوع سبب معمولی نزلہ ہے۔ نیز سرایت کے مزمن اسکے اکثر اسبابِ معدہ ہوتے ہیں مثلاً:۔ دانتوں، انفی بلعوم، انفی جوفوں، یا دریانی کان کی سرایت کے اسکے شفوی، انفی، یا اُذنی نملہ میں۔ التہابِ مجری البول، التہاب غدّۂ قدامیہ، التہاب الرحم اکثر اعضائے تناسل کے نملہ میں ایسے ماسکوں کا علاج کرنے سے ممکن ہے اِن نملی حملوں کا سدباب ہوجائے لیکن سرایت رساں حالتوں کے علاوہ معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات بعض غذائی اشیاء (مثلاً پنیر) نملہ کے اشعال کا سبب ہوجاتی ہیں۔ عورتوں میں علاوہ اُس حملہ کے جو ازالۂ بکارت (defloration) کے بعد ہوسکتا ہے، نملے کے متوالی حملے، لبوں پر یا فرج پر، تقریباً ہر زمانۂ حیض کے ساتھ ہوسکتے ہیں۔ مردوں میں ممکن ہے کہ کسی خاص عورت کے ساتھ جماع کرنے کے بعد ہمیشہ نملۂ اعضائے تناسل

پیدا ہو جائے۔ بعض اصابتوں میں معکوس خراش (مثلاً وہ جو دانتوں کے نکلنے یا دندانی عملیات سے پیدا ہو جاتی ہے) بھی نملہ کا سبب معلوم ہوتی ہے۔

متوالی نملہ کی بعض قسمیں متفرق کی جا سکتی ہیں۔ بچوں اور ریعانیوں میں ایک یا دوسرے گال پر متوالی حملے غیر عام نہیں۔ بالغوں میں سُرینوں پر ایسا ہی ہوتا ہے۔ نسبتہً قلیل الوقوع لیکن زیادہ دلچسپ وہ متوالی نملہ ہے جو ہاتھوں اور انگلیوں پر ہوتا ہے، اور نطاقی نملہ (H. zoster) سے مشابہت پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اضرار کسی عصبی تنہ کے ممر کے برابر برابر پیدا ہو جاتے ہیں، اور ان کے ساتھ ساتھ حِسّی اور دماحرکی اختلالات بلکہ عضلی لاغری بھی موجود ہوتی ہے۔ راقم الحروف کے زیرِ علاج ایک عورت میں یہ ثوران ہر زمانۂ حیض کے ساتھ اُس کے دائیں ہاتھ کی بچلی اُنگلی میں نمودار ہوتا تھا۔

بحثِ اسباب۔ تازہ تحقیقات سے اب یہ امر ثابت ہو چکا ہے کہ سادہ نملہ، خواہ اُس کا سببِ محرک کچھ بھی ہو، ایک ماورائے خوردبین مقطار گزار قشب کی سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ انسان کے نملہ کے آبلہ کے مافیہ کی تطعیم ایک خرگوش کے قرنیہ کے اندر کرنے سے ایک ممیز التہاب القرنیہ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ التہاب القرنیہ ایک خرگوش سے دوسرے خرگوش میں انتقال پذیر ہوتا ہے، اور بعض مثالوں میں اس کے بعد شدید بلکہ مہلک التہاب الدماغ (encephalitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ قشب بہت سے اشخاص کی مخاطی جھلّیوں پر پناہ گزیں ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ اُنہیں نملہ کی شکایت نہ ہو (2)۔ نملی بلکہ غیر نملی موضوعوں کے لعابِ دہن کی تطعیم خرگوشوں میں کرنے سے التہاب القرنیہ اور التہاب الدماغ پیدا ہو گیا ہے۔ اگرچہ یہ مرض انسان میں خفیف درجہ کا ہوتا ہے، تاہم نملہ کے حملوں میں دماغی نخاعی سیّال کے اندر لمفی خلیوں کی کثرت پائی جا سکتی ہے۔ یہ سوال کہ آیا نملہ کا قشب اور سیاتی التہاب الدماغ کا قشب دونوں ایک ہی چیز ہیں، ابتک فیصلہ طلب ہے۔

مرضی تشریح۔ اِس کے آبلے شبکہ ماَلپیگی کے عمیق ترحِصّے میں، خاردار خلیوں کے تنخّر سے پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن نہ تو کوئی غبارگی ہوتی ہے جو نطاقی نملہ میں دیکھی جاتی ہے، اور نہ بین خلوی اُذیما ہوتا ہے۔ اَدمہ میں عروقی اتساع کے ساتھ اُذیما ہوتا ہے، اور کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی، جو آبلوں کے کہفوں پر حملہ آور ہوتے ہیں،

اور اتصالی بافت کے خلیتوں اور چند مسطولی خلیتوں کی دردریزش ہوتی ہے۔

علاج - الکحل یا یوڈی کلون (eau-de-Cologne) سے بار بار اسفنج کرنے اور اُس کے بعد کوئی سادہ چھڑکنے کا سفوف یا غسولِ کلامین (calamine lotion) استعمال کرنے سے ابتدائی اضرار کو ایک حد تک دبایا جا سکتا ہے - مرطوبوں سے پرہیز کرنا چاہیئے - متوالی نملہ کی اصابتوں میں اگر ممکن ہو تو معتد سبب یا اسباب کی تعیین کرکے اُن کا تدارک کرنا چاہیئے - اِن متوالی حملوں کی روک تھام میں بعض اوقات شعاعی علاج (radio therapy)، اور ذاتی دموی علاج (autohæmotherapy)، یا حسّاسیت ربائی کے دوسرے طریقے کامیاب ثابت ہوتے ہیں - حال ہی میں جدرینی قشب کا ذکیجر کا لمف جوا : ۱۰ کی نسبت سے مرقق کیا گیا ہو)، یا نملی قشب کے مستحلب کا (بڑھتی ہوئی معتادیں، ۱ سے لیکر اسی سی سی تک، ہفتہ وار وقفوں سے) زیر جلدی اشراب دینے سے اختلاف پذیر کامیابی حاصل ہوئی ہے (8).

نطاقی نملہ

(herpes zoster).

(ملاحظہ ہو تحفہ ۱۱، الف، صفحہ 922)

[نطاقیہ (zona)، نطاقی نملہ (shingles)]

یہ آبلوں کا ایک توران ہے، جو گروہ در گروہ مرتب ہوتے ہیں، اور عموماً ایک جلدی عصب کی توزیع میں واقع ہوتے ہیں - نطاقیہ یا پیٹی کا نام اِنکی نہایت عام بین ضلعی قسم سے ماخوذ ہے، جس میں اِن آبلوں کے گروہ ریڑھ کی ہڈی سے لیکر جسم کے نصف حصہ کے گرد ہو کر سامنے خطِ درمیانی تک پھیلتے ہیں - توران سے پہلے بعض اوقات درد، جھنجھناہٹ، یا جلن، اور ممکن ہے کہ قدرے کسلمندی یا خفیف حرارت ہو - پھر پاس پاس واقع ہونے والے بثور کے گروہ پیدا ہو کر سرخ چکتیاں بنا دیتے ہیں، جو قطر میں ایک یا دو انچ ہوتی ہیں - اور اِن پر آبلے بسرعت پیدا ہو جاتے ہیں، جنکی دیواریں پتلی ہوتی ہیں اور مافیہ صاف ہوتا ہے - یہ آبلے زیادہ تناؤ دار نہیں ہوتے، اور جب کثیر التعداد ہوتے ہیں تو باہمی دباؤ کی وجہ سے ایک کثیر الزوایا شکل اختیار کر لیتے ہیں یہ

چکتیاں سب کی سب ایک ہی وقت نہیں پیدا ہوجاتی ہیں، مثلاً ممکن ہے کہ ایک چکتی پہلے ریڑھ کے پاس بنے، پھر بعد میں ایک بغل میں بنے، اور اس کے بعد پھر ایک عظم القص پر بنے۔ نیز ممکن ہے کہ بعض چکتیاں، یعنی وہ جو بعد میں بنی ہیں کوئی آبلے نہ پیدا کریں اور یہ عمل گویا جلد رک جائے یا ناتمام رہے۔ کچھ عرصہ کے بعد آبلوں کا مائیہ غیر شفاف یا دودھیا ہوجاتا ہے اور آبلہ خشک ہوکر ایک کھرنڈ بنجاتا ہے جو اتر جاتا ہے اور پھر ایک سرخ دھبہ باقی رہ جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ دودھیا پن، پیپ بننے کی حد تک پہنچ جائے اور جلد کا اوپری طبقہ تلف ہوکر ندبات پیدا ہوجائیں۔ ایسے ندبات ہر گروہ میں بن سکتے ہیں، لیکن ایک گروہ کے ہر آبلہ سے نہیں۔ نہایت شاذ صورتوں میں جلد کا وسیع اغتشاث واقع ہوکر عمیق قروح باقی رہجاتے ہیں، جو آہستہ آہستہ مندمل ہوتے ہیں۔ اگرچہ یہ چکتیاں صریحاً اعصاب

830

کے ساتھ متعلق ہوتی ہیں، تاہم دھڑ پر ۲ انچ سے لیکر ۴ انچ تک چوڑا بند بنا دیتی ہیں، جس کا رُخ پسلیوں کے حقیقی مر کی نسبت زیادہ اُفقی ہوتا ہے۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ یہ آبلے سامنے اور پیچھے دونوں جگہ خطِ درمیانی سے متجاوز ہوجائیں۔ جو اعصاب کو اولی طور پر متعلق ہوتے ہیں، کبھی کبھی اِن سے دور دراز فاصلہ کے جسمانی حصوں میں بھی آبلے پیدا ہوجاتے ہیں، حتیٰ کہ بکثرت پیدا ہوجاتے ہیں (خاطی آبلے 'aberrant vesicles:' یا نملۂ عام generulised herpes:)۔

جبھی نملہ (H. frontalis) پیشانی، جلد الراس، بالائی پپوٹے، اور ناک کی جانب پر فوق المحجری عصب کے رقبہ پر واقع ہوتا ہے۔ کان اور اُس کے متصلہ حصوں کا نملہ عصبِ پنجم، عصبِ وجہی (عصبِ درمیانی =nervus intermedius) اور نویں اور دسویں اعصاب کی حسی شاخوں اور اُن کے تناظر عقود کی ماؤفیت سے پیدا ہوسکتا ہے۔ عنقی نملہ (H. cervicalis) گردن، عظم ترقوہ، اور شانے والیہ پر ہوتا ہے۔ عضدی نملہ (H. brachialis) بازو کے اعصاب کے مر کا تعاقب کرتا ہے۔ دوسری ایسی ہی گروہ بندیاں شکم، ران، اور ٹانگ پر کبھی کبھی دیکھی جاتی ہیں بین ضلعی نطاقیہ (intercostal zona) کے ساتھ بازو کے اندرونی جانب کا نملہ ہوسکتا ہے (بین ضلعی ذراعی عصب) یا اَلوی نطاقیہ (gluteal zona) کے ساتھ مقدم ساقی نملہ، جو قطنی اعصاب کی موخر اور مقدم شاخوں کی نمائندگی کرتے ہیں۔ یہ

ثوران تقریباً ہمیشہ یک جانبی ہوتا ہے، اور اُس کا دوجانبی وقوع نہایت شاذ مرقوم ہوا ہے۔ نطاقی نملہ کا ایک اہم خاصہ یہ ہے کہ وہ لمفی غدد، جو ماؤف رقبہ سے تعلق رکھتے ہیں، ثوران کے ظہور سے پہلے ہی کلانی یافتہ اور الیم ہوجاتے ہیں۔

اِس ثوران کی مُدّت چار دن سے لیکر دس دن تک کی ہوتی ہے، لیکن مرض یہاں ہمیشہ ختم نہیں ہوجاتا۔ بالخصوص بوڑھے آدمیوں میں ممکن ہے کہ ماؤف عصب کے ممرمیں وجع العصبی درد ہفتوں یا برسوں جاری رہے اور تشویشناک تکلیف کا باعث ہو۔ اور چند اصابتوں میں تو حسّی ریشوں کے ساتھ حرکی ریشے بھی ماؤف ہوجاتے ہیں، اور متناظر عضلات کا استرخا دیکھا گیا ہے، زیادہ اکثر عصب وجہی سے رسد یافتہ عضلات میں، اور بعض اوقات اُن عضلات میں جن کو تیسرے، پانچویں یا چھٹے مجمی اعصاب سے، اور عضلہ دالیہ کو اور شکمی عضلات کو جانے والے اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔ جبہی نملہ کے ساتھ یا اُس کے بعد التہابِ ملتحمہ، تقرحِ قرنیہ، یا التہابِ قزحیہ ہوسکتا ہے۔

بحث اسباب ۔ یہ ثوران دونوں صنفوں میں تقریباً برابر ہوتا ہے، اور اگرچہ یہ زمانۂ شیرخوارگی میں نہایت شاذ ہے، تاہم تقریباً ہر عمر میں دیکھا جاتا ہے۔ کسی حد تک موسمی مدوث بھی معلوم ہوتا ہے، اور دوسرے موسموں کی نسبت فصل بہار اور خزاں میں اِس کے مریض زیادہ دیکھے جاتے ہیں۔ اِس میں کوئی شک نہیں کہ بعض مثالوں میں یہ متعدی ہوتا ہے، مگر جُدیری (varicella) کی نسبت کم متعدی ہوتا ہے۔ جمع شدہ سریری اور امراضیاتی مشاہدات سے مترشح ہوتا ہے کہ نطاقی نملہ میں اصلی ضرر پچھلی نخاعی جسڑ، گیسری (Gasserian) یا زکبی عقود کی ماؤفیت ہوتی ہے، اور ساتھ ہی پچھلی جڑوں، نخاع کے پچھلے ستونوں، اور محیطی اعصاب میں انحطاطی تغیرات ہوتے ہیں۔ اِسی ماؤفیت مختلف الاقسام اسباب کی وجہ سے ہوسکتی ہے، جن کی عارضی یا سرسری جماعت بندی حسب ذیل کی جاسکتی ہے:۔

(الف) جُدیری (varicella) کے ساتھ نطاقی نملہ کے رشتہ کے متعلق اب کوئی شبہ باقی نہیں ہے۔ سب سے پہلے بوکے (Bokay) نے ۱۸۹۲ء میں اِس کا اشارہ کیا، اور لی فیورے (Le Feuvre) اور دوسروں نے اِس پر زور دیا، اور ساری دنیا میں کثیر التعداد مشاہدات سے اِس کی تصدیق ہوگئی ہے۔ اِس کی تائید میں جو شہادتیں

میں ان کا خلاصہ حسب ذیل پیش کیا جا سکتا ہے:۔ (۱) نطاقی نملہ کے حملہ کے بعد جُدیری ہو سکتی ہے ۔راقم الحروف کے مشاہدہ کردہ ایک مریض میں' جو ایک بوڑھا آدمی تھا اور جسے پہلے جُدیری نہیں ہوئی تھی' دھڑ پر نطاقی نملہ کے ایک تمثیلی حملہ کے تقریباً ایک ہفتہ بعد جُدیری کا ایک عام ثوران ہو گیا۔ نطاقیہ کے حملہ کے شروع میں وہ اپنی ایک بھتیجی سے ملنے گیا' جسے دو ہفتہ بعد جُدیری ہو گئی۔ (۲) اِس کے بر عکس جُدیری کے بعد نطاقیہ ہو سکتا ہے۔ (۳) ایک شخص کو نطاقیہ ہونے کے بعد ان بچوں میں یا دوسروں میں جو اس کے ساتھ رہے ہوں' بارہ دن سے لیکر سترہ دن تک کے وقفہ سے (جو جُدیری کے زمانۂ حضانت سے متناظر ہے) جُدیری کا حملہ ہو سکتا ہے' یا اس کا عکس بھی واقع ہو سکتا ہے۔ (۴) اِن دونوں سرایتوں کی مماثلت کی مزید تصدیق نیٹر (Netter) اور اَربَین (Urbain) اور زیادہ قریبی زمانہ میں بریَن (Brain) (۵)' نے ستم تثبیتی کا (complement-fixation test) استعمال کر کے کر دی ہے۔ اِس میں اِن دونوں ثورانات کے اضرار کے مصلی مائیہ یا پپڑیوں سے ضدِ جسم آفریں حاصل کیا جاتا ہے۔ دوسرے آبلہ خیز ثورانات (جن میں سادہ نملہ بھی شامل ہے) کے ذریعہ کئے ہوئے تجربات منفی پائے گئے۔ (۵) آبلوں کی خردبینی امراضیات نطاقی نملہ اور جُدیری دونوں میں مماثل ہوتی ہے۔

831 اغلب ہے کہ نطاقی نملہ کی اُن اصابتوں میں' جن میں اصلیتی توزیع والے ثوران کے خاص حلقے کے علاوہ جسم کے مختلف حصوں پر آبلوں کی خاطی چکتیاں پیدا ہو جاتی ہیں' اِس مرض کا سبب جُدیری کے قِشب کی سرایت ہے۔ جیسی کہ توقع کی جا سکتی ہے' ایسی اصابتوں میں یہ ثوران ایک نوعی ساری مرض کا ایک جزو ہوتا ہے چنانچہ تپ' منذرہ دیام کسلمندی' اور سفید خلیوں کی کثرت موجود ہوتی ہے جن میں ایوسین پسند خلیوں کی زیادتی ہوتی ہے۔

(ب) جُدیری کے نوعی قشب کے علاوہ' معلوم ہوتا ہے کہ دوسرے ساری عضویے بھی' جو جوئے خون کے ذریعہ عقود میں پہنچ کر اُن میں التہابی تغیرات پیدا کرتے ہیں' سبب مرض ہو سکتے ہیں۔ دعوی کیا گیا ہے کہ نطاقی نملہ میں مبتلا اشخاص کے لوزتین یا سرایت زدہ دانتوں سے علیحدہ کئے ہوئے نبقات سبحیہ کے اِشراب سے جانوروں

میں نطاقی نملہ پیدا کیا گیا ہے۔ راقم الحروف نے ایک اصابت کا مشاہدہ کیا ہے کہ ایک خاتون میں، جسے فوق الحجری نملہ کے ساتھ رثیت آسا التہابِ مفاصل (rheumatoid arthritis) تھا، اُس کے عفونتی لوزتین سے علیحدہ کردہ نبقاتِ سبحیہ سے مجدرین تیار کیگئی، جس کے اشرابات سے نہ صرف التہابِ مفاصل میں اشتداد ہو گیا بلکہ نملہ کے متوالی حملے بھی ہو گئے۔ سانڈی (Sande) کو جبہی نملہ (herpes frontalis) کی ایک اصابت سے حاصل کردہ گیسری عقدہ کی تراشوں میں گرام ثبت نبقات ملے۔ اِس میں شک نہیں کہ حاد سرایتوں، مثلاً ذات الریہ کے عضویے بھی اِن عقود پر حملہ آور ہو کر التہاب پیدا کر سکتے ہیں اور اِس طرح بعض مثالوں میں نطاقی نملہ کا سبب ہو سکتے ہیں۔

(ج) نخاعی سحایا کا تدرّن اور آتشک پچھلی جڑ کے ایک یا زائد عقود کو ماؤف کر سکتے ہیں۔ راقم الحروف نے نخاعی بوسیدگی (spinal caries) کی دو اصابتیں دیکھی ہیں، جن میں ایسے رقبہ پر جو عمود الفقرات کے ماؤف حصّے کی عصبی جڑوں سے متاثر تھا نطاقی نملہ کا حملہ ہو گیا۔ آتشک میں نملہ ثانوی زمانہ میں پایا جا سکتا ہے (بعض اوقات بلا شبہ سالورسان کے اشرابات سے تحریک پاکر)، جبکہ سحائی ماؤفیت کے علامات موجود ہوتے ہیں۔ یا وہ آتشکی سحائی نخاعی التہاب (syphilitic meningo-myelitis) کے ساتھ موجود ہو سکتا ہے۔ اور بالآخر وہ ہزال نخاع (tabes) میں اور عمومی شلل (general paralysis) میں بھی غیر عام نہیں ہوتا۔ ہزال نخاع کی ایسی اصابتیں دیکھی گئی ہیں جن میں آلام صاعقہ سے ماؤف رقبہ پر نملہ کے متوالی حملے مہینوں تک ہوتے رہے ہیں۔

(د) بعض کیمیائی سمّی اشیاء، مثلاً سنکھیا، کاربن مان آکسائیڈ، پستھیاور مرکیوری (پارہ)، سبب مرض ہو سکتی ہیں۔ تیتم سم الفار کی اُس وبا میں جو ۱۹۰۰ء میں مانچسٹر میں بیئر نوشوں میں واقع ہوئی، نملہ کے بہت سے مریض دیکھے گئے۔ بعض اوقات وہ صدفیہ (psoriasis) کی یا دوسرے امراض کی اُن اصابتوں میں پایا جاتا ہے، جن کا علاج سنکھیا کے باؤ دہن استعمال سے کیا جا رہا ہو، لیکن سم الفار کے نامیاتی مرکبات کے اشرابات سے اُس کے پیدا ہو جانے کا امکان نسبتہً زیادہ ہوتا ہے۔

(س) بعض اوقات ضربی نملۂ نطاقی (traumatic zoster) دیکھنے میں آتا ہے، مثلاً سر یا عمودِ شوکی کے تضررات، منخرۂ قطنی یا شوکی اشرابات، اور شوکہ کی

دست ورزی کے بعد۔

(س) عمود شوکی اور سمایا کی نوبالیدہ پچھلی جڑ کے عقود پر حملہ آور ہو سکتی ہیں ' جیسے کہ ہیڈ (Head) اور کیمبل (Campbell) کی مرقومہ اصابت میں ہوا ' جس میں فقرات کے کمی سلسلہ کے ساتھ نطاقی نملہ کا حملہ ہو گیا (5)۔ اِس میں امتحان بعد الممات سے ظاہر ہو گیا کہ نوبالیدہ نے متناظر عقود کو ماؤف کر دیا تھا۔ دوسری اصابتوں میں سیلیوں کے مرض کے ساتھ نملہ کا وقوع ممکن ہے۔ ڈوبلر (Dubler) کی بیان کردہ اصابت میں ' جو سیلیوں کے مدرّنی تخرّز کی تھی ' عقود تو غیر ماؤف تھے لیکن ایک بین ضلعی عصب کا عصبی التہاب پایا گیا۔

مرضی تشریح: پچھلی جڑ کے ماؤف عقود میں عقدی خلیّات کا اتلاف ' اور پچھلی جڑوں اور استوانوں اور محیطی اعصاب میں انحطاط واقع ہوتا ہے۔ ثوران کے آبلے ' جو ایک احراری قاعدے پر پیدا ہو جاتے ہیں ' ویسی ہی ساخت رکھتے ہیں جیسی کہ جُدَیری کے آبلوں کی ہوتی ہے۔ یہ آبلے شبکۂ مالپیگی میں بین خلوی اُذیما کی وجہ سے بنتے ہیں ' اور سرطلی خلیوں میں ایک مخصوص اور عجیب قسم کا "غباری" انحطاط واقع ہوتا ہے ' جس سے وہ پھول جاتے ہیں اور اُن کے نوات تعداد میں بڑھ جاتے ہیں۔ اَدمہ میں عروقی اتساع اور اُذیما کے ساتھ سفید خلیوں کی دراندازی ہوتی ہے ' اور کسی قدر تنخّر ہوتا ہے ' جو ممکن ہے کہ اتنا کافی شدید ہو کہ اُس کے بعد عمیق ندبات باقی رہ جائیں۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ جلد کے یہ اخراز ' جو صریحاً حسّی عقود یا اُن کے بُعدی اعصاب میں خراش آور تغیّرات سے پیدا ہو جاتے ہیں ' ماؤف جلد کے قرب میں ہ۔ مادہ (H-substance) (غالباً ہسٹامین =histamine) کی آہستہ آہستہ اور مسلسل رہائی کی وجہ سے ہو جاتے ہیں (6)۔

علاج: خفیف اصابتوں میں صرف اسی قدر ضروری ہے کہ بوروٹیلک کا چھڑکنے کا سفوف (boro-talc dusting powder) ' غسولِ کلامین (calamine lotion) یا سادہ زنک کی لگدی استعمال کر کے اخراز کو صاف اور خشک رکھا جائے۔ مرہموں ' تکمیدات اور پولٹسوں سے احتراز کرنا چاہیے ' کیونکہ یہ آبلوں کی ثانوی سرایت میں ممد ہوتے ہیں اور اندمال کے امکان کو زیادہ دور کر دیتے ہیں۔ خلاصۂ نخامیہ (۵ ۔ ۱ سی سی) کے محلول

کے دروں عضلی انجرابات نہ صرف درد کو تسکین دیتے ہیں، بلکہ حملہ کی مدت کو کم کرتے ہیں بھی ایک تعجب انگیز اثر رکھتے ہیں۔ ان انجرابات کا روزانہ تکرار کیا جا سکتا ہے یہاں تک کہ درد موقوف ہو جائے۔ حل ان کا واحد مانع ہے۔ ذاتی دموی علاج بھی مفید معلوم ہوتا ہے۔ شدید اور سخت درد کے لئے، جو حملہ کے بعد بھی طویل عرصہ تک باقی رہے (عموماً بوڑھے اشخاص میں) اور ایسا شدید ہو کہ مریض کو خودکشی پر مجبور کردے، بعض اوقات تناظر عصبی جڑوں کا عمیق لاشعاعی علاج حیرتناک طور پر کامیاب ہوتا ہے۔

جراثیمی امراض۔ ا۔خردبینی

امراض جلد کی بڑی اکثریت میں، جس میں امراضیاتی تغیرات جلد میں خرد عضویات کی فاعلی بالیدگی کے سبب سے واقع ہوتے ہیں، سرایت باہر سے واقع ہوتی ہے لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ نہایت تندرست اور صاف جلد بھی کبھی عقیم نہیں ہوتی، بلکہ اپنی سطح پر اور خاص کر شعری دہنی جرابات کے دہنوں پر، خالی جلدی اتصال کے مقامات پر اور اپنے قدرتی شکنوں میں کثیر التعداد اور مختلف الاقسام عضویوں کو پناہ دیتی ہے تین عضویے ایسے ہیں جو انسانی جلد کے اندر اسقدر مداومت کے ساتھ (کم از کم متمدن حالات و ماحول کے تحت تو ضرور) پائے جاتے ہیں کہ انھیں شاید جلد کا طبعی باشندہ سمجھنا بجا نہ ہو۔ یہ عضویے حسب ذیل ہیں:۔ نبقہ عنقیہ ابیض (staphylococcus albus) تقطیر کا خرد عصیہ (microbacillus of acne) اور ملاسز کا تقشیری بذوریہ (pityrosporon of Malassez) جسے غلط طور پر قنینی عصیہ (bottle bacillus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ یہ ایک لبن نما فطر ہے جو مانیلیا (monilia) سے قریبی رشتہ رکھتا ہے۔ لیکن اس پر جسقدر زور دیا جائے بجا ہے کہ تندرست جلد کو خرد عضویتی بالیدگی کا اڈا نہیں سمجھنا چاہئے، بلکہ اس کے برعکس واقعہ یہ ہے کہ وہ حیرتناک طور پر ضد خرد عضویہ ہوتی ہے۔ مثلاً طبعی جلد میں سے لی ہوئی تراشیں ظاہر کرتی ہیں کہ عضویے علیحدہ علیحدہ اکائیوں کے طور پر قرنی طبقہ کی سطح پر واقع ہوتے ہیں اور اس کی اوپری تہوں تک کے اندر کبھی داخل نہیں ہوتے۔ وہ شعری دہنی جرابات کے دہنوں پر بھی پڑے ہوئے نظر آتے ہیں، لیکن پسینہ کی قناتوں میں کبھی نہیں ہوتے۔ تاہم یہ امر واضح ہے کہ (7) سطح پر خرد عضویوں کی محض موجودگی، اور فاعلی بالیدگی کی حالت میں

اُن کے وقوع کے درمیان فرق کرنا ضروری ہے ۔ باستثنا ر بعض ترشگنوں کے (جیسے کہ پاؤں کی اُنگلیوں کے درمیان اور بغلوں میں) جہاں عضویے طبعی طور پر زوردار تکاثر کی حالت میں ہوتے ہیں (اگرچہ وہ صحت کی حالت میں افرازات کی تحلیل سے زائد کوئی اثر نہیں پیدا کرتے)، تندرست جلد پر کوئی فاعلی خردعضویتی بالیدگی نہیں ہوتی، لیکن دقیق ترین قاتحہ یا دوسرے ساری ضرر میں عضویے بہت بڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں ۔ مزید برآں سیلان الدہن (seborrhœa) اور نصلہ (comedo) میں دُہنی جرابوں کے اندر بیشمار تغطیری عصیات (acne bacilli) موجود ہوتے ہیں، اور سادہ تخیل (pityriasis simplex) کے چھلکوں میں تخیلی بذوریہ (pityrosporon) بہ افراط نظر آسکتا ہے ۔

قرنی طبقۂ جلد پر خردعضویتی حملہ کی مدافعت کے لئے ایک قدرتی حفاظت کا سامان ہے ۔ جب یہ طبقہ مضرور (خواہ کتنا ہی خفیف سا مضرور) ہوجاتا ہے تو ایسے حملہ کا موقع مل جاتا ہے، اور کوئی خردعضویے جو موجود ہوں [خواہ طبعی طور پر جیسے کہ نبقات عنبیہ، یا اتفاقی طور پر، جیسے کہ نبقات سبحیہ]، وہ فاعلی بالیدگی اختیار کرلینے اور امراضیاتی اثرات پیدا کردینے کا امکان رکھتے ہیں ۔ شعری دُہنی دہنوں کو قرنی روک کے کمزور نقطے سمجھنا چاہئے اور نبقاتِ عنبیہ جو وہاں گھات میں لگے رہتے ہیں، اُسوقت جبکہ جلد کسی خراش آور چیز سے مضرور ہوجائے، جرابی التہاب (folliculitis) پیدا کردینے کا اِمکان رکھتے ہیں ۔

اِسطرح سمجھ میں آجائیگا کہ وہ امراضِ جلد، جو بیرونی سرایت سے ہوجاتے ہیں، مندرجۂ ذیل اسباب سے پیدا ہوسکتے ہیں :- (۱) اُن عضویوں کی، جو پہلے ہی سے غیرفاعلی حالت میں موجود رہتے ہیں، فاعلی بالیدگی اور حملہ، جلد کے ضرر یا کسی دوسرے ایسے سببی عامل کے سبب سے جو جلد کی مدافعت کو کم کردے، مثلاً نبقی عنبی، اور نسبتہً کمتر حد تک نبقی سبحی سرایتوں کی بہت سی قسمیں ۔ (۲) کسی سرایت زدہ شخص یا حیوان کے ذریعہ قشری عضویوں سے بلاواسطہ یا بالواسطہ تعدیہ، مثلاً حصفۂ متعدی (impetigo- contagiosa)، قوبا (ringworm)، آتشک، ثؤلول (warts) اور ذئبہ بردقی (lupus verrucosus) ۔ (۳) سرایت زدہ مخاطی اغشیہ سے جلد پر حملہ، مثلاً حصفہ جو التہاب الانف (rhinitis) یا سیلان الاذن (otorrhœa) کی وجہ سے ہو

بالائی لب کا انجیریہ (sycosis) جو التہاب الانف کی وجہ سے یا نبتی عنبی خفی التہاب کے براہِ قناتِ انفی پھیلنے کی وجہ سے ہو۔ مزید برآں یہ واضح امر ہے کہ جب ایک بار تشبی جراثیمی بالیدگی کا ماسکہ قائم ہو جاتا ہے تو جلد کے دوسرے حصوں پر حملہ ہو جانے کا خطرہ بہت بڑھ جاتا ہے۔

833

جلد پر عضویوں کا حملہ براہِ جوئے خون ہو سکتا ہے، مثلاً تقیح الدم (pyæmia) اور عفونتہ الدم (septicæmia) میں، تمدن، آتشک، جذام، تقیحی قوبار، بعض امراض طفحیہ (exanthemata) اور کم از کم بعض اصابتوں میں، غالباً ایسے ثوراتات میں جیسے کہ کثیر الاشکال احمرار (erythema multiforme) کریہی احمرار (erythema nodosum) اور پرپیورا۔

بیرونی سرایت سے پیدا ہونے والے عام ترین ثورانات وہ ہیں جو پیریم زا نبقات (pyogenic cocci)، حصیۂ تعطیر (acne bacillus) اور ملاسیز کے تخمکِ بذوریہ (pityrosporon of Malassez) کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، اور ان عضویوں سے پیدا ہو جانے والی حالتوں کا بیان پہلے درج کیا جائیگا۔ ریم زا نبقات کے متعلق یہ ہے کہ نبتی عنبی اور نبتی سبحی سرایتوں کے درمیان بعض فروق ذیل میں بصورتِ جدول درج کئے جاتے ہیں:-

نبقاتِ عنبیہ	نبقاتِ سبحیہ
(۱) بعض نسلوں کو جلد کا قدرتی باشندہ سمجھنا چاہئے۔	(۱) جلد پر ان کا حملہ یا تو کسی ماسبق مرض سے، یا مخاطی اغشیہ سے ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔
(۲) شعری گڑھی جرابات کو ماؤف کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں، چنانچہ بیشتر نبتی عنبی سرایتیں اتفاقی طور پر جرابی ہوتی ہیں۔	(۲) جرابات کی طرف کوئی میلان نہیں رکھتے بلکہ جلد کے قدرتی شگنوں کو ماؤف کرنے اور شقوق بنانے کا رجحان رکھتے ہیں۔
(۳) عموماً عروقِ لمفیہ کا التہاب یا غدی التہاب نہیں پیدا کرتے۔	(۳) عروقِ لمفیہ پر حملہ آور ہو کر غدی التہاب پیدا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔

نبقاتِ سبحیہ	نبقاتِ عنبیہ
(۴) نسبتاً کم ریم زا ہوتے ہیں، اور مصل کے ارتشاح میں ترقی دیتے ہیں، جس میں صرف معدودے چند خلیات موجود ہوتے ہیں۔	(۴) کثیر الاشکال نواتی خلیاتِ بیضا کے لئے قوی کشش کیمیائی رکھتے ہیں، اور اس طرح "ریم ستودہ" ("laudable pus") پیدا کردیتے ہیں۔
(۵) نبقی سبحی اضرار ہمیشہ ثانوی طور پر نبقاتِ عنبیہ سے سرایت زدہ ہوجاتے ہیں، جو ممکن ہے کہ پھر اوّلی جرابی اضرار بنا دیں مثلاً نبقی سبحی حصفہ (impetigo) کے بعد نبقی عنبی انجیریہ (sycosis) پیدا ہوسکتا ہے۔	(۵) نبقی عنبی اضرار خالص رہنے کا رجحان رکھتے ہیں، یعنے عموماً ثانوی طور پر دوسرے عضویوں سے سرایت زدہ نہیں ہوتے۔

نبقی سبحی سرایتیں

حصفہ (impetigo) کی اصطلاح جلد کی اُس اوپری سرایت کے لئے تجویز کی گئی ہے جو ریم زا عضویوں سے پیدا ہوجاتی ہے، اور جس کا ممیز خاصہ قائمحاست یا پھپولوں کا بنجانا ہے، یہ تندرست جلد پر بہ سرعت نمودار ہوجاتے ہیں، اور ان کا مافیہ خشک ہوکر پپڑیاں بنا دیتا ہے، جن کے نیچے اندمال واقع ہوتا ہے۔ تندرست جلد پر نمودار ہونے کے بجائے، انھیں خود عضویوں کی سرایت اُن امراضیاتی اضرار (بالخصوص اکزیما) کو پیچیدہ بنا سکتی ہے جو کہ پہلے سے موجود ہیں اور پیپ اور بالآخر پپڑیاں پیدا کرسکتی ہے۔ اِن حالات کے تحت اِن اضرار کے متعلق کہا جاتا ہے کہ یہ ثانوی طور پر حصفی (impetiginised) ہوگئے ہیں۔

اوّلی حصفہ (primary impetigo) کی دو ممتاز قسمیں ہیں:- (۱)

حصفۂ متعدی (impetigo contagiosa) (Tilbury Fox)' جو طویل زنجیرنما نبقات سبحیہ (streptococcus pyogenes longus) کی سرایت کے باعث ہوتا ہے۔ (۲) حصفۂ بوخارت (impetigo of Bockhardt) جو نبقی عنبی سرایت کے باعث ہوتا ہے۔ گو حصفہ کی اصطلاح کو صرف نبقی سبحی قسم کے لئے محفوظ رکھنا پسندیدہ ہے۔ بوخارت کے حصفہ کو مسامی جرابی التہاب (porofolliculitis) کے نام سے موسوم کرنا باعثِ سہولت ہے۔

حصفۂ متعدی

(impetigo contagiosa)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۵۵' الف)

اس قسم میں نبقۂ سبحیہ سے جلد کی سرایت قرنی طبقہ کے عین نیچے واقع ہوتی ہے۔ اوّلی ضرر ایک چھوٹا سا سرخ دھبہ ہوتا ہے' جو سیّال کے ارتشاح کے باعث نہایت سرعت کے ساتھ ایک سطحی آبلہ یا پھپولا بنجاتا ہے' اور یہ آبلے یا پھپھولے ہی اس مرض کے ممیّز اضرار سمجھے جا سکتے ہیں۔ جہاں قرنی طبقہ پتلا ہوتا ہے' جیسے کہ چہرے پر' یہ پلپلے ہوتے ہیں لیکن دوسرے حصوں میں' بالخصوص ہتھیلیوں اور تلووں پر' یہ تنا ؤ دار ہوتے ہیں۔ ابتدائی درجہ میں ان کے اندر کا سیّال صاف مصل ہوتا ہے اور اس سے اکثر نبقۂ سبحیہ کی خالص کاشت اُگائی جا سکتی ہے' لیکن جلد ہی نبقات عنبیہ سے ثانوی سرایت واقع ہو جاتی ہے اور پھر یہ سیّال سپید خلیوں کی موجودگی کے باعث گندلا ہو جاتا ہے۔ اس درجہ میں آبلوں کے گردبیش دمویت کا ایک سرخ ہالہ ہوتا ہے۔ یہ سیّال آبلہ کی سقف کے انشقاق کے باعث خارج ہو سکتا ہے' یا ممکن ہے کہ خود بخود خشک ہو جائے۔ بہرصورت خشک مصل سے ممیّز پپڑیاں بنجاتی ہیں' جو زرد یا عنبری رنگ کی ہوتی ہیں' یا بعض اوقات خون اور میل کی آمیزش سے بھوری ہوتی ہیں۔ چند روز کے بعد پپڑیاں اُترکر اصلی ضرر کے مقام پر ایک گلابی داغ کا نشان باقی رہتا ہے۔ اگر پپڑی کو اس کے نیچے اندمال واقع ہونے سے پہلے ہی دور کر دیا جائے تو ایک چپکی رستی ہوئی' اور بعض اوقات خون نکلتی ہوئی سطح منکشف ہو جاتی ہے' جس پر ازاں بعد

834

جلد ہی پھر پپڑی بنجاتی ہے۔ اندمال طبعی طور پر مکمل طور پر از سر نو پیدا ہو کر واقع ہوتا ہے اور کوئی ندبہ باقی نہیں رہتا۔ موضوعی علامات عموماً خفیف ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ کسیقدر خفیف سی خارش یا جلن ہو، اور بچوں میں کھرونچنے سے تازہ اضرار پیدا ہو جائے ہیں۔ حصفۂ متعدی کی مختلف قسمیں بیان کی گئی ہیں۔

پیچوانہ حصفہ (impetigo circinata) میں مقابلۃً کم ارتشاح ہوتا ہے، اور اضرار محیط کی جانب پھیلتے ہیں گو مرکز میں مندمل ہوتے جاتے ہیں، اور سطح پیچوانہ چکتیاں بنا دیتے ہیں جن کے حاشیے پپڑی دار ہوتے ہیں۔ اس حالت پر اکثر غلطی سے پیچوانہ قوبا (circinate ringworm) کا گمان ہوتا ہے۔ چکتیوں کے سنگم سے وسیع تر زیدی شکلیں پیدا ہو سکتی ہیں (تر زیدی حصفہ = I. gyrata)۔

آبلہ دار حصفہ (impetigo bullosa)۔ اس قسم میں اضرار بڑے بڑے پھپھولے بنا دیتے ہیں، جن کی سقفیں پتلی ہوتی ہیں، باستثناء اُس مقام کے جہاں قرنی طبقہ دبیز ہوتا ہے، جیسے کہ ہتھیلیوں اور تلووں پر۔

حصفۂ تخفیلی (impetigo pityrodes)۔ جیسا کہ سبورا (Sabouraud) نے ۱۹۰۰ء میں زور دیا، نبتی سبجی حصفہ کی ایک خشک مختلف شکل ہوتی ہے، جو عموماً چہرہ پر واقع ہوتی ہے، اور جس میں اضرار خشک نخالی چکتیوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جن کی شکل عموماً بیقاعدہ ہوتی ہے۔ یہ غالباً قدیم مصنفین کے (dartre volante یا tetter) کی اصابتوں کی اکثریت سے متناظر ہوتے ہیں۔ معمولی حصفہ کے حملہ کے خاتمہ کے قریب پائے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ہم ایک ہی مریض میں تمام درجے (پپڑی دار بستہ ہوئے اضرار سے لیکر متذکرۂ بالا خشک چھلکے دار چکتیوں تک) دیکھیں۔ یہ اُن بچوں میں بھی نہایت عام ہوتے ہیں جو مزمن انفی نازلت میں مبتلا ہوں اور جنہیں معمولی حصفہ کا کوئی معین حملہ نہ ہو چکا ہو، اور پھر یہ اکثر اوقات منتھنوں یا دہن کے زاویوں پر نبتی سبجی شقاقات کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ قوی قلوی صابنوں کے استعمال سے (جو حفاظتی قرنی طبقہ کو متضرر کر دیتے ہیں) ان کے وقوع کی استعداد سبق پیدا ہو جاتی ہے، لیکن سرایت سے قطع نظر ایسے صابن بطور خود خشک چھلکے دار چکتیاں پیدا کر سکتے ہیں۔ حصفۂ تخفیلی متعدی ہوتا ہے اور اُس کی بہت سی وبائیں بیان

کی گئی ہیں۔ اُس کی تفریق اُن چھلکے دار چلیتوں سے کرنی پڑتی ہے جو ملاسیز کے تخلیلی بذور (pityrosporon of Malassez) سے پیدا ہو جاتی ہیں، اور جو عموماً زیادہ عمر کے بچوں اور بالغوں میں دیکھی جاتی ہیں، نیز اکزیمانما جلدی درنہ (eczematoid tuberculide) سے تفریق کرنی پڑتی ہے۔

بحثِ اسباب۔ نبتی سبجی حصفہ کے اوّلی نُفیطہ (primary phlyctenule) پر جلد ہی ثانوی طور پر نبقاتِ عنبیہ کا حملہ ہو جاتا ہے جو ہمیشہ شعری دُہنی جرابات کے دہنوں میں موجود رہتے ہیں، اور چونکہ یہ عضویے معمولی واسطوں کے اندر نبقاتِ سبجیہ کی نسبت بہت زیادہ آسانی اور افراط کیساتھ بالیدگی حاصل کر لیتے ہیں، لہٰذا ممکن ہے کہ حصفہ کے ابتدائی اجزاء سے تیار کی ہوئی کاشتوں تک سے نبقاتِ عنبیہ کی خالص بالیدیں حاصل ہو جائیں۔ نبقۂ سبجیہ کو حاصل کرنے کے لئے مصل کو ابتدائی نُفیطہ سے، یا پپڑی کو علٰحدہ کرنے کے بعد جو کچی سطح منکشف ہو اُس سے، ایک چھوٹے شیشہ کے اندر کھینچ لیا جاتا ہے جو مصلی یخنی سے آدھا بھرا ہوا ہوتا ہے۔ اس نالچے کے سرے مُہر بند کر دئے جاتے ہیں اور اس کو تقریباً آٹھ گھنٹوں تک ۳۹ درجہ پر محتضن کر لیا جاتا ہے۔ اب اگر اس نالچے کے زیرین سرے کو توڑ دیا جائے تو واسطہ کے پہلے چند قطروں کے اندر نبقۂ سبجیہ کی خالص کاشت موجود ملیگی، اور نالچہ کے بالائی حصّے میں کے سیّال میں جو ہوا کے تماس میں ہوتا ہے، نبقاتِ عنبیہ موجود ہونگے۔ چونکہ نبقۂ سبجیہ ایک اِمکانی ناہوا باش ہے، لہٰذا نالچہ کے زیرین ترین حصّے میں وہ تنہا ہی اُگیگا۔ جب حصفہ کے نُفیطات یا پھپھولے ہاتھ کی راحی سطح پر واقع ہوتے ہیں، جہاں شعری دُہنی جرابات نہیں موجود ہوتے اور بدیں وجہ نبقاتِ عنبیہ کمتر تعداد میں ہوتے ہیں، تو نبتی عنبی حملہ نسبتہً دیر سے واقع ہوتا ہے، نُفیطہ کا مصلی مافیہ صاف رہنے کا رجحان رکھتا ہے، اور نبقۂ سبجیہ معمولی واسطوں کے اندر بھی خالص کاشت میں حاصل ہو سکتا ہے۔ کرسٹل وایولیٹ (crystal violet) شامل رکھنے والے کاشتی وسائط بھی، جو نبقاتِ عنبیہ کی بالیدگی کو روک دیتے ہیں، استعمال کئے جاسکتے ہیں (8)۔ اس ذریعہ سے معمولی حصفہ اور ناعطیت (ecthyma) میں نبقۂ سبجیہ طویل (streptococcus longus) کی وافر بالیدیں حاصل کی جاتی ہیں، گرطبعی جلد سے

835

اور دوسرے مختلف جلدی ثورانات سے (جو نبتی سبجی مبداء کے نہوں) بنائی ہوئی کاشتوں میں یا تو نبقاتِ سبجیہ بالکل اُگتے ہی نہیں ' یا اُن کی صرف چند علٰحدہ علٰحدہ نوآبادیات حاصل ہوتی ہیں۔ اَسطح حصفۂ تخیلی (impetigo pityrodes) کی نبتی سبجی تسبیب کے متعلق سَبُورالڈ (Sabouraud) کے دعوے کی تصدیق ہوتی ہے۔ حصفہ کی ماسبق استعداد پیدا کرنے والے خاص حالات تمام اقسام کے ضربے ہیں ' جن سے جلد کا قرنی طبقہ مضرور ہوجائے ' اور قشبی نبقاتِ سبجیہ کی سرآیت میں کشف۔ جیساکہ اِس کے نام سے ظاہر ہے یہ متعدی مرض ہے ' اور بالواسطہ یا بلاواسطہ تماس سے خاندان کے ایک رکن سے دوسرے میں منتقل ہونے کا رجحان رکھتا ہے ' اور مدارس میں اور دوسری جماعتوں میں وبائی شکل میں بھی ہوتا ہے۔ نام نہاد "فٹ بال پھنسی" ("scrum-pox")در اصل حصفۂ متعدی ہے جو فُٹ بال کے میدان پر تماس کی وجہ سے پھیلتا ہے۔ تعدیہ کے علاوہ یہ خود بخود بھی پیدا ہوسکتا ہے اور خارشی حالتوں ' مثلاً خارشت (scabies) اور بالخصوص قمل الراس (pediculosis capitis) میں پیچیدگی کے طور پر واقع ہوسکتا ہے۔ جلد الراس کا حصفہ بیشتر اوقات آخرالذکر سبب کی وجہ سے ہی ہوتا ہے۔ یہ نتھنوں کے گرد ' یا بالائی لب پر اُس نبقہ سبجیہ کی پیدا کی ہوئی جلدی سرایت سے شروع ہوسکتا ہے جو حاد التہاب الانف (acute rhinitis) یا قیحی انفی اخراج سے ماخوذ ہوتا ہے ' اور کان کے گرد درمیانی اُذن کے مزمن التہاب (chronic otitis media) کے اخراج سے شروع ہوسکتا ہے۔ اکثر اوقات یہ زاویۂ دہن پر شقاقات (fissures) سے پیدا ہوجاتا ہے (la. perleche)۔

مرضی تشریح ایک آبلہ میں سے لی ہوئی خُردبینی تراش سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ ذراتی طبقہ کے لیول پر واقع ہوتا ہے ' چنانچہ اِس کی سقف قرنی طبقہ سے اور قاعدہ خاردار خلیۂ والی تہہ کے بالائی حصّہ سے بنتا ہے۔ اِس کا سیّال معصل ہوتا ہے جس میں سپید خلیے موجود ہوتے ہیں۔ آبلہ کے فرش کے برابر نبقاتِ سبجیہ کی زنجیریں اور سقف اور اطراف کے قریب نبقاتِ عنبیہ کے گروہ دکھلائی دیسکتے ہیں۔ نیچے کی بر جلداً ذیمائی ہوتی ہے ' اور دروں سرحلمی لمفی راہوں میں سپید خلیے نظر آسکتے ہیں۔ تخلیات میں کے عروقِ شعریہ متسع ہوتے ہیں اور خفیف التہابی دررزش موجود

ہوتی ہے۔

انذار۔ انذار ہر انفرادی اصابت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ مرض کا مائل جو ایسے بچہ یا بالغ میں ہو، جو دیگر لحاظ سے اچھی صحت کی حالت میں ہے، کوئی تین سے لیکر چھ ہفتوں کی مدت کا متعین عمر رکھتا ہے، اور سرایت رساں نبقہ مسبحیہ کی مناعت بتدریج نمویاب ہونے سے شفایابی خود بخود واقع ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس کمزور شدہ اشخاص میں، بالخصوص اُن میں جن میں مخاطی جھلیوں میں مزمن نبقی مسبحی سرایت کی شکایت ہو (جو غرباکے بچوں میں اس قدر عام ہوتی ہے) یا جو سیلان الاذن میں مبتلا ہوں، حصفہ عموماً نبقی مسبحی تشققات اور تسمیط (intertrigo) کے ہمراہ واقع ہو کر ایک مزمن مرض بن سکتا ہے۔ ایسی ہی اصابتوں میں (قطع نظر اُن مزمن تشققات کے جو مخاطی جلدی اتصالات پر اور جلد کے قدرتی شکنوں میں ہوتے ہیں) حصفہ کی اُس خشک چھلکے دار قسم کے وقوع کا امکان ہوتا ہے، جو پہلے بیان کی گئی ہے۔

علاج۔ مقامی۔ نبقی مسبحی حصفہ کے لئے بہترین مقامی لاسقات میں سے ایک لاسقہ فرانسیسیوں کی یُو۔ ڈی۔ ا لیبور (eau d' Alibour) ہے، جس کے مختلف ضابطے استعمال کئے جاتے ہیں۔ مصنف بورا ڈو مندرجۂ ذیل کی سفارش کرتا ہے۔

R/ (Zinci sulphatis—1·0) زنک سلفیٹ ۔ ۔ ۱.۰

(Cupri sulphatis—4·0) کاپر سلفیٹ ۔ ۔ ۴.۰

(Aq. dest.—1000·0) آب مقطر ۔ ۔ ۱۰۰۰.۰

اِس محلول کو نرم روئی کے پھاروں سے زور سے لگانا چاہئے، تاکہ پیڑیاں علیحدہ ہو جائیں اور محلول زیر افتادہ سرایت زدہ سطح کے تماس میں آجائے۔ ان لاسقات کو روزانہ کئی بار کر لگانا چاہئے، یہاں تک کہ اُن کے اثر سے دبیز زرد پیڑیوں کے بجائے خشک سطحی چھلکے پیدا ہو جائیں۔ اِس محلول کا مجفف اثر اکتھیال (ichthyol) کا ایک کروڑ زبدہ لگا کر کم کیا جاسکتا ہے۔

ایک متبادل طریقہ یہ ہے کہ پیڑیوں کو علیحدہ کرنے کے بعد سرایت زدہ رقبوں کو ۵ ء فیصدی روح شراب میں بنائے ہوئے (۲۰۰۰ میں ایک حصہ طاقت کے) پرکلورائڈ آف مرکیوری (perchloride of mercury) کے محلول سے بچایا ریں۔ بہر صورت جب

اضرار کی تخفیف واقع ہو جائے تو ایک سیمابی زبدہ یا لئی استعمال کرنی چاہیئے، مثلاً

بگیرند۔ ہائڈرارج امونیئٹ۔ ۵ - - ۱۰ اگرین R/ (Hydrarg. ammoniat gr v—x)
انگنٹم پیرافینی - ایک اونس تک (Ung. paraffini ad ℥i)-

یا

بگیرند۔ ہائڈرارج آکسائڈ فلیوی - ۵ - - ۱۰ اگرین R/ (Hydrarg. oxidi flavi. gr. v—x)
پیسٹا زنکی کمپونڈ۔ برٹش فارماکوپیا۔ ایک اونس تک (Pasta zinci Comp. B. P. ad ℥i)

وسیع اصابتوں میں جن میں پپڑی زیادہ ہو بورک نشاستہ کی پولٹسوں (boric-starch poultices) کے ابتدائی لاسفات مفید ہیں، اور جب تو ران وسیع طور پر پھیلا ہوا ہو تو زنک سلفیٹ کا ایک بڑا چمچہ بھر روزانہ غسل میں شامل کر دینا چاہیئے۔ اگر متصلہ مخاطی جھلیوں کی سرایت اور کوئی شقاقات موجود ہوں تو اُن کا علاج کرنا بھی بہت اہم ہے۔

836

جیسا کہ کہا گیا ہے، حصفہ کے حملہ سے شفایابی کا انحصار غالباً مقامی علاج کے کارگر ہونے کی نسبت زیادہ تر مناعت کی نمو یابی پر ہوتا ہے حصفی اضرار سے حاصل کردہ عضویوں کی نسلوں سے مخلوط تبتی سبجی اور تبتی عنبی تجدیرین (vaccine) تیار کی جاتی ہے، اور ابتدائی اصابتوں میں اس کے پُر تمیز استعمال سے حملہ مرض کے نمو کو روکنے کی کوشش کرنا کارآمد ہے۔ تجدیرین ان اصابتوں میں بھی مفید ہوتی ہے کہ جنہیں کافی مقامی تدابیر کے باوجود تازہ اضرار ظاہر ہوتے رہتے ہیں، نیز طویل المدت اصابتوں میں جب کبھی ممکن ہو سمندر کے پاس یا کسی صحت بخش آب و ہوا میں بالکل میدانی زندگی بسر کرنے کی تاکید کرنا چاہیئے، اور یہ مزمن اصابتوں میں جنہیں نہایت محتاط مقامی علاج عموماً توالئ مرض کو روکنے میں ناکام رہتا ہے تقریباً ناگزیر ہے۔

یہ کہا گیا ہے کہ حصفہ متعدی اکثر بالواسطہ تماس سے، تولیوں، حجامت کے برشوں وغیرہ کے ذریعہ پھیلتا ہے۔

نافطیت

(ecthyma)

یہ حالت نبقی سبحی حصفہ کی گہری قسم سمجھی جاسکتی ہے، جس میں برادمہ کا اتلاف واقع ہوکر ایک قرحہ بنجاتا ہے۔ اضرار قائمات یا پھپولوں کی طرح شروع ہوتے ہیں، جن میں مصل بھرا ہوتا ہے، اور وہ جیسا کہ معمولی حصفہ میں ہوتا ہے، یا تو گدلا ہوتاہے یا زیادہ شاذ صورتوں میں ثانوی نبقی عفنی سرایت کے درجہ کے لحاظ سے صریحاً ریمی ہوتاہے۔ یہ مصل خشک ہوکر ایک دبیز چپکی ہوئی پپڑی بنا دیتاہے جس کا رنگ نیلا زرد ہوتا ہے یا خون کی آمیزش کی وجہ سے سُرخی مائل، یا بعض اوقات تقریباً روپیا نما (rupial) نوعیت کا ہوتا ہے۔ مقابلۃً ابتدائی اضرار میں پپڑی کے گرد اصلی پھپولے کی سقف سکڑی اور سمٹی ہوئی نظر آسکتی ہے، اور اس سے آگے التہاب کا ایک سرخ رقبہ ہوتاہے جس میں بعض اوقات بہت اُذیما ہوتا ہے۔ پپڑی کو نکالنے کے بعد زیر افتادہ قرحہ منکشف ہوتاہے۔ یہ عموماً زیادہ گہرا نہیں ہوتا، اُس کے کنارے واضح الحدود اور قاعدہ سرخ ہوتاہے۔ اُس سے ایک ریمی یا مصلی دموی ارتشاح خارج ہوتاہے، جس میں نسیجی نواخل، لچکدار ریشے، متغیر سرخ جسیمات دمویہ، سپید خلیے، اور نبقات موجود ہوتے ہیں۔ مناسب حالات اور علاج کے تحت یہ اضرار خشک ہوجاتے ہیں، پپڑیاں اُتر جاتی ہیں، اور قرحہ مندمل ہوکر ندبات باقی رہ جاتے ہیں، جو عموماً ایک ملوّن کنارے سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ نافطیت بیشتر اوقات ٹانگوں، سُرینوں (بالخصوص شیر خواروں میں) اور پشت پر دیکھی جاتی ہے۔ دورانِ خون کا رکود ایک اہم امدادی عامل ہوتا ہے، چنانچہ یہ دوالی وار ٹانگوں پر واقع ہونے کا اِمکان رکھتی ہے، اور ممکن ہے کہ ایک دوالی نما قرحہ کا ابتدائی نقطہ ہو۔ عام کمزوری، اطرافی اختناق (acroasphyxia)، الکحلیت، اور ذیابیطس اسبابِ مُعِدّہ ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ حالت خارش (pruritus)، خارشت (scabies)، اور تقمّل (pediculosis) میں پیچیدگی کے طور پر واقع ہوجائے۔ دورانِ جنگ میں یہ ہمارے جُوئیں بھرے سپاہیوں میں بہت کچھ ازکار رفتگی کا سبب ہوگئی تھی، اور اکثر برازی نبقہ سبحیہ (streptococcus fæcalis) سرایت رساں عضویہ معلوم ہوا (Mac Cormac)۔

مرضی تشریح ۔ متقرح ضرر آدمہ کا تجزیہ بعض خلوی دریزش اور شدید امتلا ظاہر کرتا ہے ، اور ساتھ ہی عروق کا اتساع ہوتا ہے اور وہ خلیتوں کے غلافوں سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں ۔

علاج ۔ مقامی علاج اُنھیں اصول پر کرنا چاہئے جو پہلے حصفہ کے لئے تجویز کئے گئے ہیں ۔ دشوار علاج اصابتوں میں اضرار کا سورج کی روشنی میں یا ماورائے بنفشئی شعاعوں میں منکشف کرنے سے عموماً اندمال جلد واقع ہوگا ۔ کمزور اشخاص میں ابیرطل خانہ طویل آرام ، اور مقویات [بالخصوص سیرپ فیری آیوڈائیڈ ۔ برٹش فارماکوپیا (Syr. ferr iodidi B.P.) اور سیرپ کیلسی لیکٹو فاسفیٹ ، برٹش فارماکوپیا (Syr. calcii lactophosphatis B.P.)] کا استعمال مقتضیات علاج ہیں ۔

رضیعی گنگرینی التہاب جلد

(dermatitis gangrenosa infantum)

اس نہایت شاذ حالت کا تذکرہ پہلے گنگرینی جلدیرای (varicella gangrenosa) کے نام کے تحت کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 35) ، لیکن گو یہ مرض عموماً موتیا سیتلا (chicken-pox) کے عواقب میں سے ہوتا ہے ، تاہم یہ دوسرے ثورانات ، مثلاً جدری البقر (vaccinia) اور اُس ساری التہاب جلد کے بعد ہو سکتا ہے جس کو طفوذ رومالی ("napkin-rash") کہتے ہیں ۔ یہ عموماً ضعوری شیر خواروں میں ہوتا ہے جو ماسبق حاد مرض ، نامناسب تغذیہ اور عدم احتیاط کے باعث یا کساحۃ (rickets) یا تدرن کے باعث کمزور ہو گئے ہوں ، لیکن یہ اُن بچوں میں بھی دیکھا گیا ہے جن کی خبرگیری اچھی کی گئی ہو ۔ اضرار واضح الحدود مُدّبہ قروح ہوتے ہیں جو اکثر ایک سیاہ خشیثہ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ وہ مندمل ہو جائیں ، مگر شدید اصابتوں میں وہ محیطاً پھیل کر گنگرینی تقرّح کے وسیع رقبے پیدا کر دیتے ہیں ۔ یہ بچے عموماً تیز تپ سے حاد طور پر بیمار ہوتے ہیں ۔ موت تقیّح الدم یا عفونی شعبی ذات الریہ (septic bronchopneumonia) سے واقع ہو جاتی ہے ۔ جو مریض شفایاب ہو جاتے ہیں اُن میں ساری عمر وسیع پھیلا ہوا اندباب ضرور موجود رہتا ہے ۔

بحث اسباب ۔ غالباً اصلی سرایت رساں عضویہ معمولی ناقطیت کی طرح ، ایک ریم زا طویل نبقہ مسبحیہ (streptococcus pyogenes longus) ہوتا ہے ، لیکن ثانوی حملہ آور ، مثلاً نبقات عنبیہ ، بلاشبہ اہم اور بعض اوقات غالب حصّہ لیتے ہیں ۔ اِس امر کا معتدبہ ثبوت موجود ہے کہ کم از کم بعض اصابتوں میں اِس مرض کے نمو کا سبب عصیہ ریم ازرق (bacillus pyocyaneus) ہوتا ہے ۔

علاج ۔ اُنھیں اصول پر عامل ہونا چاہئے جو نومولودی الفقاع (pemphigus neonatorum) کے تحت بتلائے گئے ہیں ۔

تسمیط

(intertrigo)

وہ ثوران جو تسمیط کے نام سے مشہور ہے (تسمیطی احمرار erythema intertrigo: تسمیطی ایکزیما :eczema intertrigo) ایک التہابی سرخی ہے جو جلد کے قدرتی شکنوں میں واقع ہوتی ہے ، مثلاً جنگاسوں میں ، سرینوں کے درمیان ، بغلوں میں ، پستانوں کے نیچے ، کانوں کے پیچھے ، اور موٹے آدمیوں میں زیر معدی ہراؤ میں اور گردن کے گرد ۔ اِس کی سادہ ترین شکل میں یہ ثوران جلد کے اُن حصوں سے قریبی طور پر متناظر ہوتا ہے جو متماس ہوتے ہیں ۔ سطح چکنی ہوتی ہے ، اُس پر سے بر جلد کی بالائی تہیں اُتر جاتی ہیں ، اور ایک سپیدی مائل گدلے سیّال کا افراز ہوتا ہے ، جو اکثر کیا کے زرد مصل یا مصلی ریم سے مختلف ہوتا ہے ، اور تاوقتیکہ اُس کے ساتھ اُس پر لگائی ہوئی دوائی اشیاء کی آمیزش نہ ہو وہ خشک ہو کر پپڑیاں نہیں بناتا ۔ دہراؤ یا شکن کی تہہ میں اکثر ایک شقاق ہوتا ہے جو متقابل سطحوں کو علٰحدہ کرنے پر بہ آسانی نظر آجاتا ہے ۔ ممکن ہے کہ تسمیط کوئی موضوعی علامات نہ پیدا کرے ، گو بعض اوقات کھجلی کی شکایت ہوتی ہے اور ہمیشہ کھرچنے سے ثانوی اکزیمیت اور ساتھ ہی حزازیت پیدا ہوجانے کا امکان ہے ۔

بحث اسباب ۔ جلد کی دو متقابل سطحوں کا میکانی رگڑ ، افراز کا جمع ہونا اور سڑنا ، اور اُن حصوں کی تری ، یہ سب حالات ممدہ ہیں ۔ اسی واسطے ظاہر

ہے کہ ذاتی عدم صفائی اور فربہی تسمیط کے نمو میں ممد ہوتے ہیں۔ لیکن اِن حالات معتدبہ کے
علاوہ، تسمیط کا اصلی سبب ماؤف دہراؤ یا دہراؤں میں جلد کی سطح کی سرایت زدگی
ہے، اور یہ مختلف اقسام کے عضویوں کی وجہ سے ہوسکتی ہے۔ چنانچہ ہم جن اقسام کو جانتے
ہیں وہ مندرجۂ ذیل کی سرایت کی وجہ سے ہوتی ہیں :- (۱) نبقہ سبحیہ، (۲) قوبائی فطر
(ringworm fungus) کی بعض انواع، مثلاً براَدمی فطر اربی (epidarmophyton
inguinale) (حاشیئی اکزیما: eczema marginatum، سعفۂ ساقی tinea
cruris:) اور خرد بذوریہ ادق: microsporon minutissimum)؛ حُمیرہ
erythrasma:) -(۳) جنس مانیلیا (یا بویضی فطر: oidium) کے لبن نما عضویے،
خفی التبقہ فطر (cryptococcus)، شکری فطر (sacchromyces) یا دروں فطر
(endomyces) (بویضی فطریتیں: oidiomycoses) مع ملاّسیز کے تخیلی بذوریہ
(pityrosporon of Malassez) کے حُمرہ (erythrasma) اور براَدمی فطریت
(epidormophytosis) کی تشخیص عموماً مشکل نہیں ہوتی۔ اُن کا تذکرہ بعد کے
ایک باب میں کیا جائیگا۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ کھرچن کے محتاط خردبینی امتحان اور
کاشتی تحقیقات کے بغیر نبقی سبحی تسمیط اور بویضی فطریتوں (oidiomycoses) کی وجہ
سے پیدا ہونے والی تسمیط کے درمیان تفریق کرنا غیر ممکن ہو۔

غالباً، جیسا کہ سبوراڈ کا قول ہے، سادہ تسمیط کی اصابتوں کی اکثریت نبقی
سبحی مبداء کی ہوتی ہے۔ خلف الاُذن تسمیط (retroauricular intertrigo) میں
توفی الحقیقت یہی ہوتا ہے۔ دہراؤ کے محور میں ایک شقاق پایا جاتا ہے، جس کے
دونوں جانب کا منظر نبقی سبحی حصفہ کا سا ہوتا ہے، یا سادہ تسمیط کا سا جیسی کہ
دوسرے دہراؤں میں دیکھی جاتی ہے۔ یعنے ممکن ہے کہ وہاں حصفی پپڑیاں ہوں جن کو
علٰحدہ کرنے پر ایک تر گلابی سطح معمولی حصفہ کی طرح منکشف ہوتی ہے، اور ساتھ ہی
سرایت زدہ رقبہ اصلی دہراؤ سے آگے تک پھیلا ہوا ہوتا ہے، یا ممکن ہے سرایت صرف
اُس دہراؤ تک محدود ہو، اور کوئی پپڑی نہ بنی ہوئی ہو۔ ایسی نبقی سبحی تسمیط جنگاسوں
زیر معدی دہراؤ، بین سرینی درز (internatal cleft) میں (جہاں وہ مبرزی خارش
pruritis ani: کا سبب ہوسکتی ہے)، بغلوں، اور عورتوں میں زیر پستانی دہراؤ میں

دیکھنے میں آسکتی ہے۔ عضویوں کے لہن نما گروہ کی وجہ سے پیدا ہونے والی تسمیط میں سرایت کی توسیع کا نسبتہً زیادہ رجحان ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ دہراؤں کی حدود سے بہت آگے تک ایک وسیع پھیلا ہوا التہاب جلد پیدا ہو جائے۔ اِس قسم کا بیا بعد میں درج کیا جائیگا۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ صدف فیہ (psoriasis) بھی تغیرات کو ماؤف کر سکتی، اور بعض اصابتوں میں ساری مبداء کی تسمیط کی قریبی مشابہت پیدا کر سکتی ہے۔ 838

علاج۔ نبتی تسمیسی تسمیط میں ضروری ہے کہ مرکزی شقاق بالکل مندمل ہو جائے ورنہ نکس مرض کا وقوع یقینی ہے۔ سب سے زیادہ سادہ اور کارگر طریقہ یہ ہے کہ روح شراب میں بنا ہوا ایک فیصدی محلول آیوڈین نرم روئی کے پھاہے سے سرایت زدہ رقبہ پر روزانہ ایک یا دو بار زور سے لگایا جائے اور ہر الساق کے بعد دہراؤں میں سادہ زنک کریم (zinc cream) لیس دی جائے۔ اِس علاج کو جاری رکھنا چاہئے یہاں تک کہ نیا قرنی طبقہ کامل طور پر از سر نو پیدا ہو جائے۔ بعض اصابتوں میں، بالخصوص جب کہ مرکزی شقاق گہرا اور دشوار علاج ہو، اسپرٹ ایتھرس نائٹروسائی میں بنایا ہوا سلور نائٹریٹ کا دو فی صدی محلول (2 percent solution of silver nitrate in spt. ætheris nitrosi) آیوڈین کی نسبت پسندیدہ تر ہے۔ فطری تسمیط (mycotic intertrigo) میں بھی آیوڈین کا محلول نہایت کارگر ہوتا ہے۔

یہ کہنے کی ضرورت نہیں کہ انتہائی احتیاط کے ساتھ صفائی، دہراؤ کی متقابل سطحوں کی علٰحدگی، اور ہلکے دافع عفونت چھڑکنے کے سفوف کا استعمال، یہ سب حفظ ماتقدمی تدابیر کے طور پر مقتضیات علاج ہیں۔ اِس میں کوئی شبہ نہیں کہ اُس تسمیط میں جو فربہ اشخاص کے دہراؤں میں اسقدر عام ہے، قعودی زندگی، افراط غذا (بالخصوص کاربوہائیڈریٹس اور شحمی غذا کی کثرت) اور کثرت لباس (overclothing) اکثر حالات ممدہ ہوتے ہیں، اور اس حالت میں غذائی پابندیوں اور باقاعدہ ورزش کے علاوہ، قلویات (alkalies) کا داخلی استعمال اکثر مفید ثابت ہوتا ہے۔

مزمن خلف الاذن تسمیط (chronic retroauricular intertrigo)

بچوں میں عام ہے، اور عموماً اُن میں دیکھی جاتی ہے جو مزمن انفی بلعومی نازلست

(chronic nasopharyngeal catarrh) مزمن متقدم التہاب انف (impetiginous anterior rhinitis)، اور چہرہ کے حصفہ کی خشک چھلکے دار قسم میں مبتلا ہوتے ہیں۔ ان اصابتوں میں مریض کے لئے سمندر کے قریب کھلی ہوا میں زندگی، قیا غذا جس میں حیاتین کی افراط ہو، اور حقیقی یا مصنوعی شمسی علاج کا ایک نصاب تجویز کرنا چاہئے۔

نبقی سبحی شقاق
(streptococcal fissure)

جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے نبقات سبحیہ جلد کے دہراؤں کو سرایت زدہ کرتے ہیں اور ان میں اور مخاطی جلدی اتصال کے مقامات پر شقاقات پیدا کر دینے کا امکان رکھتے ہیں۔ آخر الذکر مقامات میں مخاطی جھلی اکثر اس سرایت کا اولی منبع ہوتی ہے۔ اسطرح انفی شفوی دہراؤں میں شقاقات عموماً ایک حاد یا مزمن انفی التہاب کے بعد ثانوی طور پر ہوتے ہیں۔ اور شفوی ملتقاؤں پر کے شقاقات، جو La perleche کا نقطۂ آغاز ہوتے ہیں، یا تو نبقی سبحی التہاب الفم (stomatitis)، التہاب لثہ (gingivitis) یا جوفیزی تقیح (pyorrhœa) سے پیدا ہوسکتے ہیں، یا اُن بچوں میں جن کی رال بہتی ہے سرایت زدہ ریق کے ساتھ تعطین کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ خلف الاذن تختوں میں کے شقاقات (خلف الاذن تسمیط :retroauricular intertrigo) اور بناگوش کے نیچے کے شقاقات بھی عام ہیں۔

خلف الاذن تسمیط (retroauricular intertrigo) کو اکثر غلطی سے اکزیما، یا سیلان الدہنی التہاب جلد (seborrhœic dermatitis) تشخیص کرلیا جاتا ہے۔ یہ ایک قدرتی دہراؤ کے مزمن نبقی سبحی سرایت کی نہایت عمدہ مثال ہے۔ ایک یا دونوں کانوں کے پیچھے ایک تریٹری دار رقبہ دیکھا جاتا ہے، اور ان پپڑیوں کے نیچے کی سطح آسانی مائل سرخ رنگ کی ہوتی ہے۔ دہراؤ کے زاویہ پر شقاق ہوتا ہے، جو سرایت زدہ رقبہ کو دو نصف حصوں میں تقسیم کر دیتا ہے اور کان کو آگے کی طرف کھینچنے پر منکشف ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات حاشیہ پر اصلی نبقی سبحی آبلہ کے باقیات، اُبھری

ہوئی قرنی تہہ کے ایک مکڑے ہوئے ٹکڑے کی شکل میں نظر آسکتے ہیں۔

La perleche ، یا شفوی ملتقاؤں کی تسمیط کا آتشک کی مخاطی چکتیوں کے ساتھ اور شفوی نملہ (labial herpes) کے ساتھ خلط ملط ہوجانا ممکن ہے۔ یہ ایک شقاق ہے جو دہن کے ایک یا دونوں زاویوں پر ہوتا ہے، جس کے ساتھ ایک V کی شکل کا التہابی رقبہ باہر کی طرف پھیلتا ہوا ہوتا ہے، جو معطون رمادی مائل سفید رنگ کے برادہ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ یہ اکثر حصفہ متعدی (impetigo contagiosa) کے ساتھ موجود ہوتی ہے، اور دوسرے نبقی سبحی شقاقات کی طرح بازسرایت کا منبع ہوتی ہے۔ یہ متعدی ہوتی ہے، اور بوسہ لینے یا اُن قلموں یا چسلوں کے تبادلے سے پھیلتی ہے جنھیں کسی سرایت زدہ شخص نے اپنے مُنہ میں پکڑ رکھا ہو۔ یہ اکثر اُس تخمیری قسم کے سوء ہضم کے ہمراہ ہوتی ہے، جو کاربو ہائیڈریٹ غذاؤں کی کثرت کے سبب سے ہوا ہو۔

علاج - نبقی سبحی شقاق پر سلور نائٹریٹ کے ۲ فیصدی محلول کی پھریری لگانا چاہئے جو اسپرٹ ایتھرس نائٹروسائی میں بنا ہوا ہو، اور پھر اس پر ایک سیمابی مرہم (mercurial ointment) لگا دینا چاہئے۔ عسیر العلاج اصابتوں میں لاشعاعوں کی کسری مقداریں مفید ہوتی ہیں۔

839

لمفی عروق کا نبقی سبحی التہابِ ناکس

(relapsing streptococcal lymphangitis)

یہ حالت نہایت عام طور پر چہرے پر یا کانوں کے گرد پیدا ہوجاتی ہے۔ وجنی خطے اور بالائی لب اِس کے عام محل وقوع ہیں۔ سریری طور پر یہ حالت معمولی سرخبادہ (erysipelas) سے مشابہ ہوتی ہے، اور رقبۂ ماؤف متورّم، سُرخ، اور کسی قدر چمکدار ہوجاتا ہے۔ اِس کے ساتھ بنیئی اختلال عموماً کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا، جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ سرایت رساں نبقہ سبحیہ کی قشبیت خفیف ہی ہوتی ہے۔ سرد ہوا میں کشف سے اس کا حملہ شروع ہوسکتا ہے۔ متواتر حملوں سے عروق لمفائیہ کا مستقل انسداد پیدا ہوکر کلی داءالفیل (elephantiasis nostras) کی ایک قسم پیدا ہوسکتی ہے۔ اِس سبب سے بالائی لب اور وجنی خطّوں کا مستقل ورم پیدا ہوجانا غیر عام نہیں۔ پاؤں، ٹخنوں اور ٹانگوں کو ماؤف کرنے والے عروق لمفائیہ کے التہاب کے متوالی حملے پاؤں

کی انگلیوں کے درمیان نبقی سبجی شقاقات کے ہمراہ بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ شقاقات تقریباً ہمیشہ پاؤں کی برآدمی فطریت (epidermophytosis) (جس کا بیان ملاحظہ ہو) کے بعد ثانوی طور پر ہوا کرتے ہیں۔ اگر عروق لمفائیہ کا مستقل انسداد پہلے ہی سے واقع نہ ہوگیا ہو، تو برآدمی فطریت کا کارگر علاج شفا بخش ہوگا۔

بحث اسباب۔ یہ حالت حصۂ ماؤف کے عروق لمفائیہ کی نبقی سبجی سرایت زدگی کے باعث ہوتی ہے۔ بیشتر اصابتوں میں ایک نبقی سبجی شقاق موجود ہوتا ہے، جس سے وقتاً فوقتاً بازسرایت واقع ہوتی رہتی ہے۔ بعض اصابتوں میں خارجی شقاق نہیں ہوتا، لیکن عموماً دہن یا انفی بلعوم کی مخاطی جھلیوں میں یا انفی اجواف میں نبقی سبجی سرایت کا کوئی مزمن ماسکہ موجود ہوتا ہے۔

علاج۔ اگر کوئی نبقی سبجی شقاق سبب مرض بنے تو اُس کی شفایابی سے حملے موقوف ہو جائینگے۔ دوسری اصابتوں میں دہن، ناک، یا انفی بلعوم میں نبقی سبجی سرایت کا کوئی منبع تلاش کرکے اُس کا علاج کرنا چاہئیے۔ جب دیرپا داءالفیل پیدا ہوگیا ہو، تو ممکن ہے کہ سرایت کے اصلی منبع کو دور کردینے سے ورم بتدریج رفع ہو جائے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ متاثرہ رقبہ پر لاشعاعوں کی کرر چھوٹی مقداریں بعض اوقات مفید ہوتی ہیں۔ ایک سبجی نبقی جدین کے، جو خود زاد یا مختلف مذکورہ نسلوں سے تیار شدہ ہو، درون جلدی اشرابات یقینی طور پر مفید ثابت ہوتے ہیں، خواہ عروق لمفیہ کا مواظب تسدد ہی موجود ہو۔ ابتدائی مقدار چھوٹی ہونی چاہئیے، ایک یا دو ملیون عضویات، اور مابعد مقدار عمل اشراب پر تعامل کے درجہ پر منحصر ہوتی ہے، جو کہ بالعموم شدید ہوتا ہے، اور اکثر تکوین خراج اور تنخر کا باعث ہوتا ہے۔ جب تک یہ تعامل نمایاں رہے، مقدار کو نہیں بڑھانا چاہئیے۔

جلد الراس کا ایکزیما آسا سبجی نبقی ثوران

(Fausse teigne amiantacéed'Alibert)

یہ حالت بسا اوقات جلد الراس پر پس اُذنی تسمیط (retroauricular intertrigo) کے ہمراہ دیکھی جاتی ہے، لیکن جلد کے کسی سرایتی ضرر کے بغیر بھی واقع

ہوسکتی ہے ۔ یہ جلد الراس کی سطح پر وسیع طور پر پھیلی ہوئی ہوتی ہے ' یا محدود المقام ہوتی ہے ' اکثر اوقات قمتہ الراس پر ۔ اس کا ممیز خاصہ ایک سفید سی دقیق پٹری ہوتی ہے ' جو نقرئی چھلکوں سے مرکب ہوتی ہے ' جو بالوں کو الجھا کر گچھا سا بنا دیتی ہے ' اور جب ان الجھے ہوئے بالوں کو اٹھایا جاتا ہے ' تو چھلکے مفترق ہوجاتے ہیں اور شعری ڈنڈیوں سے چمٹ جاتے ہیں ۔ بالائی حصہ کی نقرئی سفیدی کے تضاد میں ' پٹری کی زیریں سطح زردی مائل ہوتی ہے ' جو کہ مصل کی آمیزش کی وجہ سے ہے ۔ پٹری کو دور کرنے کے بعد ' زیر افتادہ بر جلد چکنی اور ذرا گلابی نظر آتی ہے ' اور جب اس کو ہلکے سے کھرچا جائے تو مصل کے قطرے مترشح ہوتے ہیں ۔

لہذا یہ ثوران نوعیت میں اگزما آسا ہے ' البتہ مصلی ارتشاح اقل ہوتا ہے ' اور ترقیتی چھلکوں کی تکوین ایک نمایاں خصوصیت ہے ۔

بحث اسباب ۔ پس اُذنی تسمیط کے ساتھ اس کا کثیر الوقوع ایتلاف خاص طور پر اس وقت جبکہ سرایت جلد الراس کی جانبی سطحوں تک اوپر کو پھیلنے کا رجحان رکھتی ہو ' اس کے نبتی مسیحی مبداء کی دلیل ہے ' اور سبورانڈ (Sabourand) بیان کرتا ہے کہ نبتات مسیحیہ قشروں کی عمیق ترتہوں سے لی ہوئی کاشتوں میں پائے جاتے ہیں ۔ جب ایسا ہو تو اس حالت کو نبتات مسیحیہ کی مقامی بالیدگی کا اگزما آسا ردعمل سمجھنا چاہئے ۔ تاہم بعض اصابتوں میں کاشتوں سے صرف نبقتہ عنقیہ ابیض (staphylococcus albus) حاصل ہوا ہے ' حالانکہ خاص وسائط تک استعمال کئے گئے ہیں اور نبتات مسیحیہ ' قرب وجوار کی تسمیط سے افراط میں اگائے گئے ہیں ۔ مزید برآں بعض مماثل اصابتیں مشاہدہ کی گئی ہیں جن میں آخر الذکر مفقود تھی ' لیکن نبتی مسیحی سرایت کا مزمن ماسکہ یا ماسکے دوسری جگہ موجود تھے ' مثلاً انفی جوف میں ' جس کے کامیاب علاج سے ثوران کو فائدہ ہوتا معلوم ہوتا تھا ۔ لہٰذا اغلب معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات یہ ایک حقیقی اگزما آسا نبتی مسیحی ثوران جلدی (streptococcide) ہوتا ہے ' یعنی ایسے نبتی مسیحی سم کا جو جلد میں یا دوسری جگہ سرایت کے بعید ماسکہ سے جذب ہو ' سرطحی ردعمل ۔ 840

علاج ۔ چھلکوں کو دور کردینا چاہئے ' اور متاثرہ رقبہ پر ایک مرہم لگانا چاہئے

جو آئیل آف کیڈ (oil of cade) یا ایمونیٹیڈ مرکری (ammoniated mercury) اور لاکر پائسس کاربونک بی۔پی (liq. picis carbonic B.P.) پر مشتمل ہو اگر ثانی قسیط موجود ہو، تو اس کا علاج سابق الذکر اصولوں کے مطابق کرنا چاہئے۔ ہر اصابت میں نبثی سبحی سرایت کے ممکنہ دوسرے ماسکوں کی تلاش کرنی چاہئے۔

جیکٹ کا رضیعی احمرار

(infantile erythema of Jacquet)

(لطخۂ رومالی =napkin-rash)

اس نام سے التہاب جلد کی وہ شکل موسوم ہے، جو شیر خوار بچوں کے رقبہ رومالی (napkin-area) میں عام ہوتی ہے اور جو تسیط کی ایک قسم سمجھی جاسکتی ہے۔ یہ ثوران سرینوں، شکم کے زیریں حصوں، اعضائے تناسل، اور رانوں کے اندرونی اطراف میں ٹھیک اُن رقبوں پر واقع ہوتا ہے جن میں جلدی سے رگڑ پہنچتی ہے۔ یہ پنڈلیوں پر اور رانوں کے اُن حصوں پر بھی جو اُس وقت جبکہ بچہ اپنی ٹانگیں اوپر کو سکیڑ کر لیتا ہے پنڈلیوں کے مقابل ہوتے ہیں، نیز ایڑیوں پر دیکھنے میں آتا ہے۔ ابتدائی یا احمراری درجہ میں اس کا منظر معمولی تسیط جیسا ہوتا ہے، لیکن اس کا رنگ ایک عجیب سرخی مائل تانبے کی جھلک جیسا بھی ہوسکتا ہے۔ پھر ممکن ہے کہ آبلے پیدا ہوجائیں اور تارکلات بنجائیں، اور پھر یہ چپٹے سرخ بثور میں متغیر ہوجائیں، جو پیدائشی آتشک کے بثور سے کسیقدر مشابہ ہوتے ہیں۔ بالآخر یہ تارکلات مُزمنہ قروح میں مختتم ہوسکتے ہیں، جو اکثر ایک دوسرے کے ساتھ پیوستہ ہوجاتے ہیں۔

بحث الاسباب - مریضوں کی اکثریت میں یہ حالت "اُمونیائی لتہ" ("ammoniacal diaper") سے تعلق رکھتی ہے۔ یہ تلایا گیا ہے (9) کہ یہ اُمونیا اُس گندہ نباتی عضویہ (saprophytic organism) سے پیدا ہوجاتا ہے جو بہت سے شیر خواروں نیز نسبتہً زیادہ عمر کے بچوں اور بالغوں کے براز میں موجود ہوتا ہے یعنے عصیہ اُمونیا زا (Bacillus ammoniagenes) سے جو یوریا (urea) سے آزاد اُمونیا بنا دینے کی طاقت رکھتا ہے $[CO(NH_2)_2+2H_2O=(NH_4)_2CO_3=$

$2NH_3 + H_2O + CO_2$] ۔ اوّلی تسبیبی عامل جلد کی خراش ہے جو پیشاب اور پاخانہ سے آلودہ رومالیوں میں اسطرح پیدا شدہ امونیا کا نتیجہ ہوتی ہے' لہٰذا التہاب الجلد' جلد کے اُن رقبوں تک محدود ہوتا ہے جو تر رومالی سے تماس میں آتے ہیں۔

یہ ثوران چھاتی کا دودھ پینے والے بچوں میں نسبتہً شاذ ہوتا ہے' کیونکہ ان میں طبعی ترشئی اجابتیں عصیلہ امونیانزا کی بالیدگی کے لئے نسبتہً کم موافق ہوتی ہیں۔ اِس کے برعکس' اُن بچوں میں جنھیں وافر پروٹینی غذا ملتی ہو اور جن کی اجابتیں قلوی ہوں' یہ عضویہ پھلتا پھولتا ہے' اور انھیں میں یہ حالت نہایت عام طور پر پائی جاتی ہے۔ چڈیوں کو جلد جلد نہ بدلنا اور پُرتنوں کو صاف رکھنے میں غفلت برتنا' یہ قدرتی طور پر عوامل مُمِدّہ ہیں۔ امونیائی لتّہ کی خراش سے پہلے احمرار پیدا ہوجاتا ہے' جس کے بعد تقشّر ہوجاتا ہے۔ زیادہ مدت کی اصابتوں میں اِس قلی کے فعل سے جلد کھُرکھُری' خشک اور موٹی ہوجاتی ہے' اور یہ مناظر" دھوبن کے التہاب الجلد" (washerwoman's dermatitis") سے مشابہ ہوتے ہیں۔ قرنی طبقہ کو جو مضرت پہنچتی ہے وہ قدرتی طور پر ریم زا عضویوں' اور بالخصوص اُن نبقاتِ سبحیہ کے حملے میں ممد ہوتی ہے جو غالباً ثانوی اضرار (آبلہ نما بثورا ور قائحات' اور نا فطلی قروح) کا سبب ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت سبّورا ڈ جکنگ کے التہاب جلد کو نبقی سبحی حصفہ اور نافطیت (echthyma) خیال کرتا ہے' لیکن اُس کا اصلی سبب وہ اوّلی مضرت ہے جو امونیائی لتّوں سے جلد کو پہنچتی ہے۔ یہ کہنا ضروری ہے کہ ایک مماثل حالت اُن بڑے بچوں میں بھی پیدا ہوسکتی ہے جن کو شب بولی (nocturnal enuresis) کی شکایت ہو' اور اُن بالغوں میں بھی جو سلس البول (urinary incontinence) میں مبتلا ہوں۔ مختون مرد شیرخواروں کے احلیل کے گرد جو تقرّح واقع ہوسکتا ہے وہ بھی امونیائی لتّہ سے منکشف حشفہ کی خراش کے باعث ہوتا ہے۔

تشخیص۔ اِس ثوران کی اہمیت اِس حقیقت میں مضمر ہے کہ اِس کی زیادہ شدید شکلوں میں یہ پیدائشی آتشک کے ثوران سے بآسانی خلط ملط ہوسکتا ہے' اور پیرٹ (Parrot) نے (جس نے اِسے ابتداءً بیان کیا) اِسے آتشک کے ساتھ غلط طور پر منسوب کیا۔ تفریقی تشخیص میں خاص امور یہ ہیں کہ طفوح رومالی اُن حصّوں پر ہوتا ہے جہاں بافو 841

اور فرق کا امکان ہوتا ہے، نہ کہ تعریحات پر، جو چنڈی کے تماس سے محفوظ ہوتے ہیں۔ ہتھیلیوں اور تلووں پر اغراز نہیں واقع ہوتے۔ توران کا رنگ نسبتہ کم تانبے جیسا ہوتا ہے اور مبرز اور زاویہ دہن پر مخاطی چکتیاں موجود نہیں ہوتیں۔ باینہمہ، مشکوک اصابتیں پائی جاتی ہیں، اور ایسی صورتوں میں والدین اور بچہ دونوں میں احتیاط کے ساتھ آتشک کے متعلق تفتیش کرنی چاہئے۔

علاج ۔ کُوکے (Cooke) نے بتلا دیا ہے کہ لتوں کو کسی دافع عفونت دوا میں بسا لینا (اور اِسطرح عصیّتہ اھونغیاشرا کی بالیدگی کو روک دینا) سرعت کے ساتھ مؤثر ہوتا ہے۔ وہ سفارش کرتا ہے کہ لتوں کو دھونے کے بعد مرکیورک کلورائڈ (mercuric chloride) کے (۱...۳ میں اطاقت والے) محلول میں کھنگال لینا چاہئے [یہ محلول اِسطرح بنایا جاتا ہے کہ ۱/۴ گرین کا ایک قرص ۲ کوارٹ (۱/۲ گیلن) پانی میں حل کر لیا جاتا ہے] ۔ پھر اُنھیں خوب نچوڑ کر سوکھنے دیا جاتا ہے۔ اِس کے بدل کے طور پر بورک ایسڈ (boric acid) کا سیر شدہ محلول اسی طریقہ سے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ یا گرچہ نسبتہ کم کارگر ہوتا ہے، لیکن اِس میں وہ خطرہ موجود نہیں ہوتا جو مرکیورک کلورائڈ جیسے مضرت رساں زہر کو بے احتیاطی کے ساتھ ہاتھ لگانے اور کام میں لانے میں ہوسکتا ہے۔ تعفیف اصابتیں محض اِسی تحریزی علاج سے اثر پذیر ہو جاتی ہیں، لیکن جب تاکلات اور تقرح موجود ہوں تو لیسر کا پیسٹ (Lassar's paste) جس میں امونیئیٹڈ مرکری (ammoniated mercury) (ایک اونس میں بقدر ۵ گرین) شامل کیا جا سکتا ہے، آزادانہ طور پر استعمال کرنا چاہئے۔ اجابتوں کا طبعی ترشئی تعامل بحال کرنے کے خیال سے غذا میں بھی ترمیم کرنا چاہئے۔

نبقی عنبی سرایتیں
(STAPHYLOCOCCAL INFECTIONS)

جلد کے نبقی عنبی اضرار کی بڑی اکثریت اوّلی طور پر جرابی ہوتی ہے، اور اُن کی مرضی تسبیات کو صاف طور پر سمجھنے کیلئے شعری دُھنی جراب (pilo-sebaceous follicle)

کی عام ساخت پر غور کرنا چاہیئے ۔ یہ ایک دستانہ کی انگلی کی طرح ، ہر جلد کے انغاد سے بنتی ہے ، جو سطح سے ترچھے رخ میں اَدمہ کے اندر پھیلتا ہے ' جس میں یہ مغروس ہوتا ہے۔ اِس جراب کی گہرائی اِس کے اندر کے مشمول بال کی جسامت کے تناسب سے ہوتی ہے ' اور یہ بال جس قدر زیادہ بڑا ہوتا ہے جراب اُسیقدر زیادہ گہری ہوتی ہے ۔ عمیق ترین جرابات میں سے بہت سی جرابیں تحت الجلدی شحمی تہہ تک پھیلتی ہیں ۔ دہنی غدہ جراب سے ترچھے طور پر اُس نقطہ سے نکلتا ہے جو سطح سے اُس کی گہرائی کے ایک ثلث پر واقع ہوتا ہے ۔ پیندے میں اَدمی حلیمہ ہوتا ہے ' جس کی سرطلی پوشش سے بال بنتا ہے ۔ شعری دہنی جراب بہ سہولت تین حصّوں میں تقسیم کی جاسکتی ہے :- (الف) مُنہ یا دَھنہ ' جو اُس نقطہ پر ہوتا ہے جہاں سے بال باہر نکلتا ہے ۔ (ب) قمع ' جو دُہنہ اور دُہنی غدہ کے فتح کے درمیان واقع ہوتا ہے ۔۔۔ یہ بالائی ایک ثلث بناتا ہے ۔ (ج) قمع اور حلیمہ کے درمیان کا حصّہ ۔ اِس زیرین ترین دو ثلث میں بال سرطلی استر کے ساتھ قریبی طور پر متماس ہوتا ہے ' لیکن قمع کے اندر اِن دونوں کے درمیان ایک حقیقی فضا موجود ہوتی ہے ' اور یہی وہ مقام ہے جہاں سیلان الدہن (seborrhœa) کے مبتلا اشخاص میں عصیہ تفطیر بالیدگی حاصل کرتا ہے ۔ دہنہ جراب عسیرالعلاج ترین حصّہ ہے ' اور یہ جلد کی سطح پر ایک پیالہ نما نشیب بناتا ہے ' اور اکثر ایک خفیف تنگی کے ذریعہ قمع سے جُدا ہوتا ہے ۔ دہنہ کے اندر ' سرطلی فواصل کے درمیان پڑے ہوئے چند نبقات عنبیہ ملتے ہیں ' جو موافق حالات میسر آنے پر تعداد میں بڑھ کر التہابی اضرار پیدا کر دیتے ہیں ۔ تری اور حرارت اِن نبقات عنبیہ کی فاعلی تنبیت میں خاص طور پر تحریک پہنچانے کا امکان رکھتے ہیں ۔ اسی واسطے ایسے خطوں جیسے کہ بُن ران اور بغلوں میں اکثر قائحیت پیدا ہو جاتی ہے ' اور یہ لنگوٹیا اور تکیہ دار کا اکثر مضر ہوتا ہے ۔

نبقاتِ عنبیہ ' مصنوعی واسطوں پر اُن کی بالیدگی کے رنگ کے لحاظ سے تین خاص گروہوں میں تقسیم کئے گئے ہیں یعنے نبقۃا عنبیہ ابیض ' نبقۃ عنبیہا ذہبیہ اور نبقۃا عنبیہ ترنجیہا ۔ رنگ کی گہرائی کسی حد تک اُن کی تنبیت کی نمائندہ ہے ' اسیطرح جسطرح کہ اُن کی خون پاش قوت ہے ۔ نبقۃا

علیہ ابیض، جو سب سے کم قشی ہے، انسانی جلد کا طبعی باشندہ ہوتا ہے۔ اس عضویہ کی مختلف نسلیں یا ترمیم شدہ صورتیں بیان کی گئی ہیں، اور یہ اپنی قشبیت میں ایک بے ضرر گندہ نبات سے لیکر ایک معین طور پر ریم زا عضویہ تک مختلف ہوتا ہے
(4)۔ یہ لاسیز کے تخیلی بذوریہ (pityrosporon of Malassez) کے ایتلاف میں، نام نہاد شحمی تخیل (pityriasis steatoides) اور سیلانُ الدُّھنی جلدی التہاب (seborrhœic dermatitis) میں (جو ملاخطہ ہوں)، نقال بالسبدگی کی حالت میں پایا جاتا ہے۔ یہ عام اور خفیف جرابی قانحہ (follicular pustule) کا، اُن قانحات کا جو کثرت شعر (hypertrichosis) کے لئے موربائی کے بعد اکثر پیدا ہو جاتے ہیں، مسامی جرابی التہاب (porofolliculitis) کی بعض اصابتوں کا، اور بعض خراجات دوخت کا سبب بنتا ہے نہایت شاذ حالتوں میں یہ انجیریہ (sycosis) کا مستبب عضویہ ہوسکتا ہے۔ نبقما علیہ ذھبیہ تقریباً ہمیشہ جلد کے زیادہ خطرناک اور مزمن نبقی عفنی اضرار کا، اور بلاشبہ التہاب کُبِ عظام (osteomyelitis) اور نبقی عفنی عفونت الدم کا سبب ہوتا ہے۔ یہ مسامی جرابی التہاب (حصفۂ نوخمارت) کی زیادہ شدید شکل کا، دُمّلوں اور راج پھوڑوں (carbuncles)، انجیریہ، ساری اکزیما نا جلدی التہاب، التہاب غدۂ عرقیہ (hydradenitis)، شیر خواروں کے خواجات متعددہ، گرد ناخنی التہاب (perionychia) کی بہت سی اصابتوں، ریم زا ذراتی سلعہ (granuloma pyogenicum)، نو مولودی دار الفقاع (pemphigus neonatorum)، اور تفطیر (acne) کے خرد عصبیہ کے ایتلاف میں تخریبی تفطیر (acne necrotica) کا سبب ہوتا ہے۔ نبقما علیہ ترنجیدیا، جو قشبیت کے لحاظ سے دوسری دو انواع کے درمیان ہوتا ہے، بعض اوقات نبقما علیہ ذھبیہ کے بجائے پایا جاتا ہے۔ زیادہ قشبی نبقات علیہ کا ایک ممیز خاصہ اُن کا تقیح پیدا کرنے کا رجحان ہے، جیسا کہ دُمّلوں، راج پھوڑوں (carbuncles)، اور زیادہ اوپری طور پر مسامی جرابی التہاب کی بعض اصابتوں میں، اور تخریبی تفطیر میں واقع ہوتا ہے۔

842

اگرچہ نبقما علیہ ابیض جلد کے اندر ہمیشہ موجود رہتا ہے، یہ بیان کی

دوسری دو قسموں کی حالت میں صادق نہیں آتا - نبقہ عنبیہ ذھبیا کی کاشت بعض اوقات طبعی اشخاص کی صاف جلد سے حاصل ہو سکتی ہے، لیکن عموماً اُس کی موجودگی یا تو یہ ظاہر کرتی ہے کہ موضوع کسی قتال ریم زا ضررمیں مبتلا ہے، یا یہ کہ وہ کسی ایسے شخص کے تماس میں آیا ہے جو اسطرح سرایت زدہ تھا - دونوں صورتوں میں وہ شخص نبقہ ریم کا حامل ("pyococcus carrier") ہو گیا ہے - جب ایک بار ریم زا نبقہ عنبیہ کی قتال سرایت واقع ہو چکی ہے تو یہ عضویہ شعری دُھنی جرابوں کے دہنوں میں گویا بو دیا جاتا ہے، نہ صرف اصلی اضرار کے قرب و جوار میں، بلکہ اُن حصوں میں بھی جو اُن سے دُور دراز فاصلہ پر ہوتے ہیں - یہ واقعہ انتہائی اہمیت رکھتا ہے، نہ صرف اس وجہ سے کہ جبتک کہ یہ ریمی نبقہ جلد میں موجود ہے جسم کے مختلف حصوں میں تازہ اضرار یعنے دُمّل پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، بلکہ اسوجہ سے بھی کہ وہ موضوع دوسروں کے لئے ایک طاقت ور سرچشمۂ سرایت ہوتا ہے - جیسا کہ بعد میں معلوم ہوگا، نبقہ ریم کا یہ حامل نومولودی داء الفقاع (pemphigus neonatorum) کی سب نہیں تو بیشتر وباؤں کا سبب ہوتا ہے - اِس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ جلد کی متوالی ریم زا سرایت، مثلاً دُمیلیت (furunculosis) کی اصابتوں میں سطحی عفونت کو دور کرنا معقول علاج کا سب سے پہلا اصول ہے -

نبقی عنبی قاشحہ

(staphylococcal pustule)

(مسامی جرابی التہاب=porofolliculitis)

جلد کا سادہ ترین اور عام ترین نبقی عنبی ضرروہ چھوٹا سطحی قاشحہ ہے، جو شعری دُھنی جراب کے دہنہ پر نبقا آور نبقہ عنبیہ ابیض (S. albus) کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے - یہ عضویئے جو دہنہ میں مخفی پڑے رہتے ہیں، کسی ضربہ مثلاً کسی خراش اور شئے کے لگانے، یا رگڑ، حجامت وغیرہ کے اثر سے فاعلی طور پر بڑھنا شروع ہو کر ایک شہتوت نما تودہ بنا دیتے ہیں - اُن کے تکاثر کے ساتھ قیاس ہے کہ اُن کے سموم آزاد ہو کر آدمہ میں کے عروق سے کثیر النواتی سپید خلیوں کی ہجرت کا سبب ہو جاتے ہیں،

اور یہ خلیے برادمہ کی عمیق ترتہوں میں سے گذر کر، مالفیجی خلیوں کے درمیان سے بھینچ بھینچ کر، مقام سرایت کی طرف نکل آتے ہیں، اور ایک دروں برادمی کہفہ یعنے قائحہ بنا دیتے ہیں، جسکی سقف قرنی طبقہ سے اور قاعدہ زیر افتادہ شبکیہ مالفیجیہ سے بنتا ہے ۔ یہ قائحہ عموماً دہنہ کے پہلو میں پیدا ہوتا ہے، لیکن جلد ہی اُس کو گھیر کر اس بال کے گرد جو اُسکی قرنی سقف کو چھیدتا ہے، ایک حلقہ بنا لیتا ہے ۔ بال کے باہر نکلنے کے مقام پر قبہ نما سقف نافذین ہوتی ہے ۔ اِس قائحہ کی تجفیف سے اور ایک پپڑی کے بنجانے سے اندمال واقع ہوجاتا ہے، اور جب پپڑی کے نیچے ایک نیا قرنی طبقہ بنجاتا ہے تو پپڑی جھڑ جاتی ہے ۔

اس قسم کا سادہ ترین اور سلیم ترین قائحہ اُس نبقما علبیہ ابیض کی بیداری اور تجدید فعلیت کے باعث بنجاتا ہے، جو شعری دہنی جرابات کے دہنوں پر پہلے ہی سے موجود ہوتا ہے ۔ نام نہاد حصفہ بوخارڈٹ (impetigo of Bockhardt)، جسے حاد مسامی جرابی التہاب کے نام سے موسوم کرنا بہتر ہے، محض اُن متعدد جرابی قائحات کا ثوران ہے، جو خفیف اصابتوں میں نبقما علبیہ ابیض کی وجہ سے اور زیادہ شدید اصابتوں میں نبقما علبیہ ذہلبیہ (S. aureus) کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں ۔ یہ ثوران عموماً کسی خراش آور شے، مثلاً مردخات، پلستروں اور نیلے مرہم (blue ointment) کو بالخصوص بالدار حصّوں پر لگانے کے بعد واقع ہوجاتا ہے ۔ کسی رِستے ہوئے دُنبل یا عفونتی قرحہ کے گرد اکثر حاد حملہ کی تحریک تکمید یا پولٹسوں کے لگانے کی وجہ سے واقع ہوتی ہے ۔ اور ایسی صورت میں جلد کی رطوبت، گرمی،

843

اور تعطین سے نبقات علبیہ کو وہ تمثیلی حالات میسّر آجاتے ہیں جو اُنکی فاعلی بالیدگی کے لئے ضروری ہوتے ہیں ۔ بچوں میں جلد الراس پر متوالی حاد حملے اکثر ہوجایا کرتے ہیں، جو عموماً نبقما علبیہ ذہبیہ کی وجہ سے ہوتے ہیں ۔ ہر تازہ حملے سے پہلے تذالی غدد کی کلانی اور انیمیت واقع ہوجایا کرتی ہے، اور اِس کے بعد مختلف جسامت کے کثیر التعداد قائحات نمودار ہوجاتے ہیں، جو زردی مائل یا سبزی مائل زرد رنگ کے ہوتے ہیں، اور ہر قائحہ ایک بال سے چھدا ہوا ہوتا ہے ۔ اِنکی نمویابی کے ساتھ غددی کلانی رفع ہوجاتی ہے ۔ بعض قائحات میں سرایت گہری پھیل جاتی ہے اور اَدمہ کے اندر تنخّج کا ایک رقبہ پیدا کر دیتی ہے ۔ سریریاتی طور پر یہ ایک سبزی مائل ڈاٹ کی موجودگی سے ظاہر ہوتا

ہے جو جراب میں مدفون ہوتا ہے اور جو قرنی طبقہ میں نشتر لگانے کے بعد پونچھنے سے نہیں نکالا جاسکتا (اسطرح جسطرح کہ باقاعدہ قائمہ نکالا جاسکتا ہے)۔ اِس ڈاٹ یا غشا شہ (sphacelus) کا مقابلہ دُنبل کی کیل (core) سے کیا جاسکتا ہے' اور اُسی کی طرح یہ بھی تنخز کا نتیجہ ہوتا ہے ۔ اِسی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب یہ اضرار مندمل ہوجاتے ہیں تو اُس مقام پر تنخزی تفطیر (acne necrotica) کے نُدبات کی طرح ' چھوٹے چھوٹے مدوّر گڑھے دار ندبات باقی رہ جاتے ہیں ۔ایک دوسری پیچیدگی جو سادہ اوپری جرابی قائمہ سے پیدا ہوسکتی ہے' ایک پھوڑے کی نموپابی ہے' جو آدمہ میں جراب کے گرد اُس نقطہ پر بنجاتا ہے جو دہنہ اور بصلہ کے درمیان تقریباً بیچوں بیچ میں ہوتا ہے (نام نہاد ریت گھڑی پھوڑا = hour-glass abscess)۔ ممکن ہے کہ اِس نقطہ سے سرایت جانبا پھیلکر ایک بڑی جسامت کا پھوڑا پیدا کردے۔

علاج ۔ اوپری نتی علمی قائمیت کے علاج میں اِس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ ہمارا مقصد یہ ہے کہ اولاً اضرار کی تخفیف میں مدد پہنچائی جائے' اور دویم یہ کہ ماؤف رقبہ اور اُس کے گرد کی جلد کا ازالۂ سرایت کیا جائے ۔ اِس مقصد کے لئے عموماً جو کچھ ضروری ہوتا ہے وہ یہی ہے کہ روزانہ ایک یا دوبار روح شراب میں بنایا ہوا ہلکا محلول آیوڈین پھریری سے لگادیا جائے (مثلاً ذیل نسخہ ۔ ہلکا ٹنچر آیوڈی ایک حصہ tinct. iodi mitis, 1·0 ۔ اسپرٹ وائنی میتھیلیٹڈ انڈسٹ ملاکر بقدر ۵ حصہ کردیں (spt. vini meth. indust, ad 5·0)' اور سرایت زدہ رقبہ کو ایسڈ سیلی سلک کمپاؤنڈ' برٹش فارماکوپیا' (pulv. acidi salicylici comp. B.P.C.) کے ذریعہ سفوف یافتہ رکھا جائے ۔ اگر درد یا بے آرامی زیادہ ہوتو اِس سفوف کے بجائے کلامین لوشن (calamine lotion) استعمال کرنا چاہیئے ۔ مسامی جرابی التہاب کی زیادہ شدید یا استوائی قسم میں' جسکے ہمراہ اکثر دُنبل یا پھوڑے پائے جاتے ہیں' ہر ممکن ذریعہ سے سرایت کے مقابلہ کے لئے مریض کی قوت مدافعت کو زیادہ کرنا چاہیئے ۔ گھر سے باہر تعطیل منانا اور ساتھ ہی تیز کے ساتھ غسل آفتابی (sun-bathing) لینا بہترین علاج ہے ۔ اگر اِس کی سربراہی ہوسکے تو کلی یا ورائے بنفشی روشنی کے غسلوں (total ultra-violet light baths) کا حکم دینا چاہیئے ۔ ڈمیلینٹ (furunculosis)

کی طرح، دافع عفونت غسلوں کے ذریعہ پوری جلد کا ازالۂ عفونت کرنے کی کوشش کرنا ضروری ہے۔

سرخ دخنیہ

(miliaria rubra)

(اگرمی دانے = prickly heat: ملاریئی حزاز = lichen tropicus)

یہ ثوران نہایت عام طور پر آمن یورپین اشخاص میں دیکھا جاتا ہے جو ملاریئی ممالک میں رہتے ہیں، لیکن حبشی اس میں کبھی مبتلا نہیں ہوتے۔ معتدل آب وہواؤں میں یہ اُن لوگوں میں ہوتا ہے جنھیں پسینہ بکثرت آتا ہے اور جو سیلان الدہن کی شکایت رکھتے ہیں۔ یہ کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے سرخ دھبے ہوتے ہیں، جن میں چھوٹے چھوٹے مرکزی آبلے ہوتے ہیں جنھیں ایک گدلا سیال بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ دھبے بمشکل اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں اور عموماً جراتی نہیں ہوتے۔ دھڑ اور جوارح کے قریبی فلقات منتخب مقامات ہوتے ہیں۔ یہاں نسیجیاتی طور پر امتلا موجود ہوتا ہے اور ساتھ ہی شبکہ کے اندر چھوٹے چھوٹے آبلے ہوتے ہیں جو یا تو حصفہ کی طرح تشقق سے، یا اکزیما کی طرح اسفنجیت سے بنجاتے ہیں۔ ان آبلوں میں کثیر التعداد کثیر الاشکال نواتی سپید خلیے موجود ہوتے ہیں اور یہ گو ہمیشہ نہیں مگر اکثر ایک عرقی قنات (sweat-duct) کے گرد نمودار ہوجاتے ہیں۔ یہ، جیسا کہ پالٹزر (Pollitzer) نے بیان کیا ہے، ان قناتوں کے اتساع کی وجہ سے نہیں پیدا ہوتے۔

بحثِ اسباب۔ یہ ثوران عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے، اور بکثرت پسینہ آنے کے بعد یکایک نمودار ہوجاتا ہے، اور بارتفاع تپش، حار الکحلی مشروبات کے استعمال، گرم غسل، یا سخت ورزش سے اس کی تحریک ہوتی ہے۔ آبلوں کے اندر نبیقاتِ عنبیہ فاعلی یا لیدگی کی حالت میں موجود ہوتے ہیں، اور ڈاریئر (Darier) کی یہ رائے غالباً صحیح ہے کہ یہ ثوران انہی عضویوں کے ذریعہ جلد کی اس ذاتی تطہیر کی وجہ سے ہوتا ہے، جو پسینہ کے ساتھ برجلد کی تعطین سے واقع ہوجاتی ہے۔ جیسا کہ وہ بتلاتا ہے، وہاں اکثر کوئی فاعلی سرایت رساں ماسکہ موجود ہوتا ہے،

مثلاً کوئی دَوَل، حصفہ، سیلان الدہنی التہابِ جلد، تعفنی قائحات، وغیرہ۔ ما سبق استعداد پیدا کرنے والے حالات کے زمرہ میں ذیل کی حالتوں کا نام لیا جاسکتا ہے۔ سیلان الدہنی حالت، کثرت ملبوسات (اور بالخصوص فلالین کے کپڑوں کا جلد سے لگا ہوا ہونا)، بسیار خوری اور سوء ہضم، اور الکحلی مشروبات کا بیجا استعمال۔ ایرین

844

میں رہنے والا موٹا، کثیرالدم، کاک ٹیل (cock-tail) پینے والا یورپین اِس مرض کا عام ترین شکار ہوتا ہے۔

علاج ۔ ایک تیز مسہل، چوبیس گھنٹے کا فاقہ، آش جو اور تازہ عرق لیمو کے وافر مشروبات، اور بڑی مقداروں میں قلویات کے استعمال سے جلد ہی حملۂ مرض دب جائیگا۔ مقامی طور پر نیم گرم غسل جسکے ساتھ زنک سلفیٹ (zinc sulphate) (½ پونڈ) شامل ہوا ور جسکے بعد بوروٹالک کا سفوف (boro-talc powder) لگا دیا جائے، کافی ہوگا۔ تواتی کو روکنے کے لئے غذا میں معقولیت سے کام لینا چاہئے الکحل سے پرہیز کرنا چاہئے، ہلکا سا مدار لباس پہننا چاہئے، قلوی مشروبات استعمال کرنا چاہئے، باقاعدگی کے ساتھ غسل کرنا چاہئے، اور چھڑکنے کے لئے بورک کا سفوف عادتاً استعمال کرنا چاہئے۔

دُنبل

(boils)

(دُمّل، دُمّیلیّت:-furuncles, frunculosis)

دنبل ایک جسیم جرابی التہاب (massive follieulitis) ہے، جو تقریباً ہمیشہ نبقما عنبیہ ذہبیہ (شاذ و نادر حالتوں میں نبقما عنبیہ ترابیہ) کی وجہ سے ہوتا ہے، اور جسکی ممتاز خصوصیت یہ التہابی تعامل اور تقرّح ہیں۔ وہ ایک دردناک، سُرخ، اور کسیقدر اُبھرے ہوئے دھبے سے شروع ہوتا ہے، جو بتدریج بڑا ہوجاتا ہے، سخت اور چھونے سے الیم ہوتا ہے، اور جسکے ساتھ گرد و پیش کی جلد کا تصلب اور بعض اوقات بہت اُذیما ہوتا ہے۔ اُس کا رنگ قاتم سرخ ہوجاتا ہے، اور چند روز کے بعد اُس کا راس نرم ہوکر تھوڑی پیپ نکل آتی ہے، اور ازاں بعد تقرّح یا آفت

کا ایک سبزی مائل زرد غنیتہ یعنے کیل باہر نکل آتی ہے۔جب یہ جدا ہوجاتی ہے تو التہاب رفع ہوجاتا ہے اور انگور بنکر زخم بتدریج مندمل ہوجاتا ہے ' اور ایک چھوٹا ندبہ باقی رہ جاتا ہے۔

دُنبل جلد کے کسی بھی حصے پر جہاں شعری جرابات موجود ہوں واقع ہوسکتے ہیں مگر اُن کے انتخابی مقامات گردن کی پشت ' سُرین ' پشت ' رانیں اور پیش بازو ہیں۔بالائی لب پر کے یا اُس کے قریب کے دُنبل خاص اہمیت رکھتے ہیں ' جسکی وجہ یہ ہے کہ وہاں کی سرایت کہفی جوف تک پھیل کر عفونتی علقیت (septic thrombosis) پیدا کرسکتی ہے ' جسکا آخری نتیجہ تقیح الدم (pyæmia) اور موت ہوسکتا ہے۔بیرونی منفذ گوش کے دنبل شدید اور اشتعالی درد پیدا کردیتے ہیں۔ اس مقام پر وہ اکثر منفذ گوش کے مزمن سیلان الدہنی التہاب جلد (ch. seborrhœic dermatitis) میں بطور پیچیدگی کے پیدا ہوجاتے ہیں۔

مرضی تشریح۔دُنبل ایک ایسے طریقہ سے پیدا ہوتا ہے جسکا مقابلہ مسامی جرابی التہاب کی زیادہ شدید تنخزی شکل سے کیا جاسکتا ہے۔نفقات علبیہ جو پہلے دہانۂ جراب پر بڑھکر ایک سطحی اور عارضی قائحہ پیدا کرتے ہیں ' بال کے طول میں طویل زنجیروں کی شکل میں پھیل کر عمیق تر حصے میں ایک دوسرا مرکز فعلیت بنا دیتے ہیں۔ یہاں وہ ایک عظیم الشان نوآبادی قائم کردیتے ہیں ' جسکے آس پاس جرابی بافت کا اور اُدمہ کے گرد و پیش کے حصے کا تنخز واقع ہوجاتا ہے۔اس تنخزی تودہ (یعنے کیل) کا مرکز نفقات علبیہ کی نوآبادی سے بنتا ہے ' جو جراب کے باقیات میں مشمول ہوتی ہے ' اور اس کے گرد فائبرین کا ایک تودہ ہوتا ہے جسمیں کثیرالاشکال نواتی سپید خلیوں کے تودے ' اور ساتھ ہی اُدمہ کی شکستہ اتصالی بافت اور لچکدار بافت پھنسی ہوئی ہوتی ہے۔خود عضویتی نوآبادی کے قریب ترین سپید خلیئے ٹوٹے ہوئے ہوتے ہیں ' مگر نسبتہً دور کے سپید خلیوں کے خاکے اور نوات اب بھی صحیح و سالم رہتے ہیں۔دُنبل کے بننے کا طریقہ یہ ظاہر کرتا ہے کہ وہ ہمیشہ کسی جراب کی بیرونی سرایت واقع ہونے سے پیدا ہوجاتا ہے ' اور یہ کہ یہ سرایت دروں جرابی رہتی ہے مگر دور کی بافت کا تنخز پیدا کردیتی ہے۔

بحث اسباب ۔ نبتہا عنبیہ ذھبیہ صاف وپاک جلد کا طبعی باشندہ نہیں سمجھا جاسکتا لیکن اسکے تلوث کا انکشاف نہایت کثیر الوقوع ہونا چاہئے۔ اگرچہ اس عنقودیہ کی وجہ سے پیدا ہونیوالے فاعلی اضرار اسقدر متعدی نہیں ہوتے جسقدر کہ نبتی سبحی حصفہ کے اضرار ہوتے ہیں تاہم یہ اضرار بلا واسطہ یا بالواسطہ تماس کے ذریعہ دوسروں کو سرایت پہنچنے کا یقیناً ایک اہم ذریعہ ہوتے ہیں۔ اس مرض کے مریضوں کیساتھ رہنے کیوجہ سے ممرضات اور طبیبوں کو اکثر اوقات دُبیلیت کی شکایت لاحق ہوجاتی ہے۔ حجام کی دوکان میں بھی اکثر دُنبل مسامی جرابی التہاب اور انجیریہ (sycosis) لاحق ہوجاتے ہیں جب ایک بار جلد ملوث ہوجاتی ہے تو اُن جرابات کی حمایت سے جنمیں نبقاتِ عنبیہ مخفی اور گھات میں لگے رہتے ہیں اُنکی فاعلی بالیدگی کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے اسیواسطے رگڑ کے عام مقامات پر مثلاً گردن کی پشت اور مریضوں میں دُنبل عام ہوا کرتے ہیں اور اور اسی وجہ سے وہ سواروں اور کشتی کھینےوالے اشخاص میں آخرالذکر مقامات پر اور بعض پیشہ وروں میں پشیں بازوؤں اور ہاتھوں کی پشت پر کثیر الوقوع ہوتے ہیں۔ اسمیں شک نہیں کہ سیلان الدہنی جلد نبقہا عنبیہ ذھبیہ کی نیز نبقہا عنبیہ ابیض تخیلی بذوریہ (pityrosporon) اور حصیّہ تفطیر کی بالیدگی میں ممد ہوتی ہے بیش شکر دمویت (hyperglycæmia) بھی ایک مشہور معدہ عائق ہے 845

لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ خود دُنبل اور راج پھوڑے (carbuncles) بھی دوسری سرایتوں کیطرح دموی شکر میں زیادتی پیدا کرسکتے ہیں جو فاعلی سرایت کے رفع ہونیکے بعد طبعی درجہ تک کم ہوجاتی ہے بعض اصحاب میں گھر کے اندر کی غیر صحتی زندگی حد سے زائد کام، عدم دمویت وافر یا نا کافی غذا اور کسی دیگر مقام کی مزمن سرایتیں بھی کارگر عاملات ہوتے ہیں مقامی حکہ مثلاً حکتہ المبرز بعض اوقات معد سبب ہوتی ہے جسکے لئے ہمیشہ استفسار کرنا چاہئے۔ اِن اصابتوں میں دُنبل خاص طور پر خراش پذیر رقبہ کے قرب جوار میں واقع ہوتے ہیں یعنی حکتہ المبرز کی صورت میں مبرز پر اور عجان میں، کیونکہ ان حصوں کو ہر وقت اور بار بار کھرچنے سے جلد کی خراشیدگیاں پیدا ہوکر نبقہ عنبیہ منتشر ہوجاتا ہے۔

علاج ۔ کسی دُنبل کی موجودگی کے یہ معنے ہیں کہ شعری دہنی جرابات کے درمیان میں نبقہ عنبیہ کے وسیع انتشار کا غالب امکان ہے، لہذا علاج میں پہلی ضروری چیز یہ ہے کہ دُنبل کے گرد ایک بڑے رقبہ پر روزانہ ہلکا ٹنچر آف آیوڈین لگا کر وہاں کی جلد کا ازالہ سرایت اسیطرح کرنا چاہئے، جسطرح کہ مسامی جرابی التہاب کی حالت میں کرنے کی سفارش کی گئی ہے، اور روزانہ غسل میں کوئی دافع عفونت دوا شامل

کرکے ساری جلد کے زیادہ عمومی ازالۂ سرایت کی کوشش کرنی چاہئے، مثلاً زنک سلفیٹ
م اونس، یا ایسی تجویزات ۔ لاکر جیسی کہ لائسال (lysol) سائلین (cyllin)،
مان سال (monsol) وغیرہ سطحی ازالۂ سرایت کا یہ سادہ طریقہ ڈیمیلیٹ کی بہت سی
مزمن اصابتوں میں زیادہ کارگر ثابت ہوتا ہے، جبکہ زیادہ شاندار علاج جو مُضدر بنات،
کالوسال منگنیس (collosol manganese) وغیرہ کے ذریعہ کیا جائے بیکار رہتا ہے۔
بعض اوقات وان گریفی چاقو (von Graefe knife) کے ذریعہ ایک ابتدائی دُنبل میں
چھوٹا سا شگاف دینے اور اسمیں سے اُسکے مرکز کے اندر خالص کاربولک ایسڈ،
یا مانسال، یا لائسال میں ڈبوئی ہوئی ایک تیز دیا سلائی داخل کردینے سے ایسے دُنبل کے
نمو کو روکا جاسکتا ہے۔ جب التہاب کا فاعلی درجہ رفع ہوجائے تو اُسکی کیل کو سالم
نکالدینے کے لئے انتہائی احتیاط عمل میں لانی چاہئے ۔ کیونکہ اگر اُسکو گردوپیش کی
جلد پر توڑ دیا جائیگا تو اُن زندہ نبقات عنبیہ کو جو اُسکے مرکز میں موجود ہیں پھیلا دینے کا
خطرہ ہوتا ہے۔ پہلے بیان کی ہوئی وجوہات کے سبب سے کسی دنبل کا علاج کسی
بھی حالت میں پولٹسوں یا بورک کی تکمیدات کے ذریعہ ہرگز نہیں کرنا
چاہئے ۔ اگر ابتدائی درجوں میں درد شدید ہو تو پرکلورائڈ آف مرکیوری کے $\frac{1}{\dots}$
طاقت کے محلول کے ساتھ گرم تکمیدات کی تھوڑے عرصہ تک اجازت
ہے مگر اگر پہلے ہی جلد پر آیوڈین کا ضماد کردیا گیا ہے تو انھیں نہیں استعمال
کرنا چاہئے۔ ایک نمو پذیر دُنبل پر خالص اکتھیال کی ایک تہ لگاکر اُسے
نرم روئی سے ڈھانک دینا پسندیدہ تر ہے، میگنیسیم کی لئی (magnesium paste)
(magn. sulph. exsicc. 2·0, glycerine 1·0) کے ساتھ اس کا تکمیہ
کردینا چاہئے۔ ہلکے آیوڈین اور اکتھیال کے مقامی استعمال اور روزانہ دافع عفونت
غسل کے علاوہ، دُنبل کے گردوپیش کی جلد پر اور مفصل تصریحات میں پلو ایسڈائی
سیلی سلک، کمپاؤنڈ برٹش فارماکوپیا (pulv. acidi salicylic comp., B.P.C.)
کو چھڑکنا چاہئے۔

عمومی علاج ۔ اگرچہ جلد کا مقامی اور عمومی ازالۂ سرایت اوّلین اہمیت
رکھتا ہے اور اکثر صرف یہی تنہا کافی ہوتا ہے، تاہم بہت سی اصابتوں میں اعلیٰ علاج

کے دوائی بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ دانتوں، لوزتین، انفی جوفوں میں یا دوسری جگہ ماسکی سرایت کے لئے نہایت محتاط معائنہ کرنا چاہئے، کیونکہ بعض اوقات یہ نبقہ عنبیہ کے لئے قوت مدافعت کو کم کرنے کا موجب ہوتی ہے۔ ذیابیطس شکر دمویت کا تدارک بلاشبہ مناسب غذاؤں کی خوراک، اور اگر ضرورت ہو تو انسولین (insulin) کے اشرابات کے ذریعہ کرنا چاہئے۔ کثیر الدم سیلان الدہنی اشخاص میں کاربوہائڈریٹ غذائیں کمی کے ساتھ اور قلویات کی پوری مقداریں دینی چاہئیں۔ اس کے برعکس کمزور، عدیم الدم اشخاص میں جن میں فاسفیٹ بولیت عام ہوتی ہے، لوہا (iron) دینا چاہئے، اور ایسڈ سوڈا فاسفاس (acid soda phosph.) کے ذریعہ ترشہ سمیت پیدا کرنی چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 538)۔

،، عسیر العلاج اصابتوں میں کھلی ہوا میں کامل تعطیل منانے پر اصرار کرنا چاہئے، اور اسکے ساتھ اصلی یا مصنوعی آفتابی غسل شریک کرنا چاہئے۔ مناسب اور بڑھتی ہوئی مقداروں میں استعمال کیا جائے تو علاج شمسی نبقی عنبی سرایت کی مدافعت کی قوت کو زیادہ کرنے کا ایک بہترین ذریعہ ہے۔ دمیلیت میں مذخورہ یا خودزاد نبقی عنبی جذیرین کے اشرابات بلاشبہ منفعت بخش ہیں، بشرطیکہ اسکی مقدار خوراک کی احتیاط کے ساتھ روک تھام کی جائے، لیکن ایسی اصابتیں بھی ملتی ہیں جنہیں یہ بیکار یا دراصل مضر ثابت ہوتے ہیں۔ کالوسال مینگنیس (collosol manganese) یا مینگنیس بیوٹائریٹ (manganese butyrate) کے اشرابات، اور ٹن (stannoxyl) کا براہ دہن استعمال، اپنے اثر میں نسبتہً کم یقینی ہوتے ہیں۔ تازہ لہن بوزہ کشان fresh (brewer's yeast) ایک "تا دو اونس روزانہ آزمایا جاسکتا ہے اور نفع بخش ہوتا ہے۔ بالآخر ذاتی سالم خون (autogenous whole blood) کے اشرابات کے متعلق دعوے کیا گیا ہے کہ یہ دشوار علاج اصابتوں میں تقریباً نوعی ہوتے ہیں۔ الحختصر دمیلیت کے کامیاب علاج کا انحصار اولاً جلد کے مقامی اور عمومی ازالۂ سرایت پر ہوتا ہے، اور ثانیاً اُن عادات کی اصلاح پر جو مریض کی عام صحت کو پست کرتے ہیں، اور اس کے ساتھ اگر ضروری ہو تو نوعی جذرین رسانی اور علاج شمسی شامل کرنا چاہئے۔ 846

راج پھوڑا

(carbunele)

یہ ایک مماثل سرایت ہے جو تبقات عنبہ سے ہوجاتی ہے' اور جلد اور تحت الجلد بافت کا وسیع التہاب' تصلب اور تنخر پیدا کردیتی ہے۔ راج پھوڑا ڈنبل سے اپنی وسعت میں اختلاف رکھتا ہے' اور اس حقیقت میں کہ اسمیں تقیح کے متعدد ماسکے ہوتے ہیں جنکی وجہ سے بجائے ایک کے کئی فتحوں میں سے اخراج خارج ہوتا ہے۔ اسکے مریض عموماً ادھیڑ یا زیادہ عمر کے ہوتے ہیں' اور انہیں ذیابیطس شکری ایک عام ماسبق مرض ہوتا ہے۔ ضرر کا عام محلِ وقوع گردن کی گُدی ہے' لیکن یہ اکثر پشت پر بھی ہوتا ہے۔ یہ ایک چپٹے' متصلب' سُرخ یا ارغوانی مائل سرخ رنگ کے رقبہ کے طور پر شروع ہوتا ہے۔ یہ پھیلکر جلد کے لیول سے اوپر اُبھر آتا ہے' لینت کے دھبے پیدا ہوجاتے ہیں' اور ریب کا اخراج ہوتا ہے۔ اس سخت تودہ میں ایک خشیشہ بنجاتا ہے' جس کے باہر نکل آنے سے ایک گہرا قرحہ باقی رہ جاتا ہے۔ یہ بالآخر انگور رنگر مندمل ہوجاتا ہے' اور ایک داغ باقی رہجاتا ہے۔ راج پھوڑے کا قطر ایک انچ سے لیکر تین انچ تک ہوسکتا ہے' اور کبھی کبھی اسکی نسبت بہت زیادہ ہوتا ہے۔ مریض کو بیّنی اختلال اور تپ ہوتی ہے۔ عفونتی سرایت واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے' یا ممکن ہے کہ خستگی سے موت واقع ہوجائے۔

علاج۔ ڈنبلیت اور راج پھوڑے دونوں کے ابتدائی درجہ میں اے اولان (Aolan) (جو کہ لیکٹا لبیومن کی ایک محفوظ الحقوق تجہیز ہے) کے دروں عضلی اشرابات جن سے کثرت خلیات ابیض پیدا ہوتی ہے' افراز کی شدت کو گھٹا دینگے اور انکے ارتقاء کا اسراع کرینگے بغرض راج پھوڑے میں' ۵ تا ۱۰ سی سی یا زیادہ کا اشراب روزانہ یا ہر تیسرے روز سرین کے بالائی اور بیرونی ربع کے عضلات میں کردینا چاہیئے' اور تین سے لیکر پانچ اشرابات دینے چاہئیں۔ راج پھوڑے کی شدید اصابتوں میں' خاص طور پر کمزور اشخاص میں' مکمل استیصال قرینِ مصلحت ہے' اور اگر یہ نہ کیا جاسکے تو ان تدابیر کا جنکی سفارش ڈنبلوں کے لئے کیگئی ہے استعمال کرنا چاہئے۔

نومولودی داء الفقاع

(pemphigus neonatorum)

(ملاحظہ ہو صحفہ ۸۰۵ ج صفحہ 833)

یہ مرض، جسے ابتداءً فرانس میں اوشینی (Ochene) نے بیان کیا، متقابلۃً ایک شاذ متعدی سرایت ہے جو نوزائیدہ بچوں میں ہوجاتی ہے، اور بہت ماہرین اسے محض ایک آبلہ دار حصف (bullous impetigo) سمجھتے ہیں جو شیرخواروں میں ہوجاتا ہے۔ سبوراڈ (Sabouraud) اب بھی اسی رائے کی طرف مائل ہے، اور خیال کرتا ہے کہ یہ معمولی حصفہ کی طرح دراصل نبتی سبحی مبداء کا مرض ہے۔ آبلہ دار نبتی سبحی حصفہ کا وقوع زیادہ عمر کے بچوں اور بالغوں کی طرح شیرخواروں میں یقیناً ہوسکتا ہے، لیکن بہت سے ماہرین کے آزاد مشاہدوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ حقیقی نومولودی داء الفقاع آبلہ دار حصفہ کی اُس شاذ قسم کی طرح جسے جڈاسوہن (Jadassohn) نے بیان کیا ہے، بہرصورت عموماً، نبقا علنیہ ذہبیہ سے سرایت ہونے کے باعث ہوتا ہے۔

یہ توران، جو عموماً پیدائش کے بعد چوتھے دن سے لیکر چودھویں دن تک نمودار ہوتا ہے، نیم کروی آبلوں پر مشتمل ہوتا ہے، جنہیں ابتداً تو صاف مصلی سیّال بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ آبلہ، جو معمولی حصفہ کے آبلہ کی طرح طبقۂ قرنی اور شبکہ کے درمیان بنتا ہے، جلد ہی پھوٹ کر ایک سرخ، تر، چمکدار سطح ظاہر کرتا ہے جس سے مصل رِسنا جاری رہتا ہے یہانتک کہ وہ خشک ہوکر ایک زردی مائل تیلی پپڑی بنا دیتا ہے۔ پھوٹے ہوئے آبلوں کے حاشیوں پر سرایت کی توسیع واقع ہوتی ہے، قرنی طبقہ اُتر جاتا ہے، اور اسطرح معرّا رقبہ اور بڑھ جاتا ہے۔ متصلہ اضرار کا التقا بھی واقع ہوتا ہے، اور اسطرح سے جلد کے بڑے بڑے خطّے اپنے قرنی طبقہ سے محروم ہوجاتے ہیں۔ موافق اصابتوں میں نئے آبلوں کی توسیع اور تکوین بتدریج موقوف ہوکر پپڑیاں خشک ہوکر علٰحدہ ہوجاتی ہیں، اور جیسا کہ حصفہ متعدی میں ہوتا ہے، قرنی طبقہ کی تجدید اندمال کے بغیر ہونے لگتی ہے۔ لیکن زیادہ شاذ صورتوں میں سرایت کا پھیلنا جاری رہتا ہے، ملتحمہ، دہن اور ناک کی مخاطی جھلیوں پر حملہ ہوجاتا ہے،

نافطیتی تقرح اور پھوڑے پیچیدگیوں کے طور پر واقع ہوسکتے ہیں، اور شیر خوار بچہ عمومی عفونۃ الدم اور ہبوط کے علامات کے ساتھ ہلاک ہوجاتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ مہلک نتیجہ اکثر نامکمل طور پر مندمل شدہ مُری ندبہ کی ماؤفیت کے بعد ہوتا ہے، جبکہ سرایت تازہ منجمد عروق کی راہ سے پھیلکر ایک تقیح الدم پیدا کردیتی ہے۔

توزیع - یہ ثوران تقریباً ہر مقام پر شروع ہوسکتا ہے، اور شاید سب سے زیادہ عام طور پر گردن، ٹھڈی، ہاتھ یا پاؤں کی انگلیوں پر شروع ہوتا ہے۔ یہ دھڑ پر اور جوارح کی خم کناں سطحات پر وسیع طور پر پھیل سکتا ہے، لیکن آبلہ دار پیدائشی ناریہ (bullous congenital syphilide) کے برعکس یہ ہتھیلیوں اور تلووں کو چھوڑ دیتا ہے۔ اغلب معلوم ہوتا ہے کہ وہ حالت جس کے لئے ریٹر وان ریٹرشین (Ritter von Rittershein) نے رضیعی تسلخی التہاب جلد (dermatitis exfoliativa infantum) کا نام تجویز کیا اور جسکو بعض اوقات "مرض ریٹر" ("Ritter disease") کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، نومولودی داء القفاع کی محض ایک شدید شکل تھی، جسمیں وسیع پھیلا ہوا تسلخ واقع ہوا تھا۔ ریٹر نے اُن باؤں کا ذکر کیا ہے جو ۱۸۶۸ء اور ۱۸۸۰ء کے درمیان پراگ (Prague) میں لاوارث بچوں کے ایک شفاخانہ (foundling hospital) میں واقع ہوئیں اور جنمیں ۲۹۷ مریضوں میں سے تقریباً پچاس فیصدی ہلاک ہوگئے۔

انذار - اُن مختلف وباؤں میں جنکا حال مرقوم ہے ہلاکت کی تعداد بہت مختلف رہی ہے۔ حال ہی کے سالوں میں ہلاکت کی تعداد خفیف رہی ہے، جسکا سبب بلاشبہ یہ ہے کہ سرایت زدہ اصابتوں کو ابتدا ہی میں علٰحدہ کردیا گیا اور مُری ندبہ کے علاج میں زیادہ احتیاط سے کام لیا گیا۔

بحث اسباب - اِس ثوران میں حبابی قسم کے حادثیتی سبھی جصفہ کے تمام خصائص موجود ہوتے ہیں، لیکن متعدد محتاط آزادانہ مشاہدات نبقیہ عنبیہ ذہبیہ کو سبب مرض قرار دینے کی طرف مائل ہیں (11)- نبقیہ عنبیہ ذہبیہ صاف تندرست جلد کا طبعی باشندہ نہیں ہے، لیکن جب ایک بار اِس عضویہ کی فاعلی سرایت واقع ہوجاتی ہے تو اسکی کاشت جلد کے اُن حصوں تک سے

حاصل کی جاسکتی ہے جو فاعلی اضرار سے وسیع فاصلہ پر ہوتے ہیں اور ایسی حالت ثیا مریض "ریمی نبقہ کا حامل" ("pyococcus carrier") ہوتا ہے۔ مزید برآں وہ اشخاص جو ایسے حامل کے قریبی تماس میں رہے ہوں، خود اپنی جلد میں اِس عضویہ کو پناہ گزیں رکھ سکتے ہیں، بلا اِسکے کہ انہیں فاعلی اضرار لازمی طور پر نمویاب ہوں۔ غالباً نومولودی دار الفقاع کی بیشتر اصابتوں میں ثوران کا سبب یہ ہوتا ہے کہ کسی "ریمی نبقہ کے حامل" کے ساتھ شیر خوار بچہ کا راست تماس واقع ہوجاتا ہے۔ ایک اہم نکتہ یہ ہے کہ اگرچہ نومولودی دار الفقاع کی اصابتوں سے حاصل کیا ہوا نبقۃ عنبیہ ذہبیہ اپنے کاشتی تعاملات میں اُس معمولی قسم کے عضویہ سے مختلف نہیں ہوتا جو دنبلوں اور راج پھوڑوں سے حاصل ہوتا ہے، تاہم اُسمیں یہ خاصہ ہوتا ہے کہ وہ نہ صرف شیر خواروں میں بلکہ اُن بالغوں میں بھی جو کسی شیر خوار بچہ سے سرایت زدہ ہوگئے ہوں، آبلہ دار اضرار پیدا کردینے کا رجحان رکھتا ہے۔ اِسطرح ہم یہ نتیجہ نکالنے پر مجبور ہیں کہ اگرچہ نبقی عنبی اضرار ایسی اصابتوں کی بڑی اکثریت میں ابتداہی سے جرابی اور فاتحی ہوتے ہیں، تاہم نبقۃ عنبیہ ذہبیہ (شاید اِسکی ایک مخصوص نسل) نبقۃ سبحیہ ریم زا طویلہ کی طرح حبابی اور آبلہ دار اضرار پیدا کردینے کی قابلیت رکھتا ہے۔ اِسطرح وہ حصفہ کی اُس حبابی قسم کا جسے چڑاسومن نے بیان کیا ہے، اور نومولودی دار الفقاع کا سبب ہوتا ہے۔

علاج۔ بچہ کو فوراً علیحدہ رکھنا چاہیئے، اور اِس امر کی نہایت احتیاط عمل میں لائی چاہیئے کہ راست یا بالواسطہ تماس کے ذریعہ سرایت نہ پھیلنے پائے۔ تا وقتیکہ بچہ کی عام حالت مانع نہ ہو بورک یا ٹرک سلفیٹ (دس ہزار میں ایک حصہ طاقت) کا روزانہ غسل دینا چاہیئے اور ازاں بعد جلد کو آہستہ سے چھو کر خشک کرلینا چاہیئے اور پھر بورک ٹیلک (boric-talc) کا سفوف خوب چھڑک دینا چاہیئے۔ جب اضرار خشک ہوجائیں تو ایک ہلکا سیمابی مرہم یا لوشن استعمال کرنا چاہیئے۔ ناف کے خطہ کو نہایت صاف رکھنا چاہیئے اور اُس پر سیمابی مرہم لگا دینا چاہیئے۔ بہتر ہے کہ کپڑوں اور لباس کو تعقیم کرنا چاہیئے۔ شدید اصابتوں میں جنمیں وسیع تسلخ ہو بچہ کو حتی الامکان کم کھلا رکھنا چاہیئے اور خوب گرم رکھنا چاہیئے۔ شفایابی غالباً مناعت کی نمویابی پر ہے اور یہ امر مشکوک ہے کہ علاج سے اندمال پر

کچھ اثر پڑتا ہے۔

شیرخواروں کے خراجاتِ متعدّدہ

(multiple abscesses of infants)

یہ حالت، جو عام نہیں ہوتی، عموماً اُن ضامر بچوں میں دیکھی جاتی ہے جنھیں نامناسب غذا دیجاتی ہے یا جو التہاب الامعاء، شعبی ریوی التہاب وغیرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔ یہ رضیعی احمرارِ جیکیٹ (infantile erythema of Jacquet) کے ساتھ ہونے کا امکان رکھتی ہے۔ یہ پھوڑے جِلد کی سخت اور گہری گرہوں کے طور پر شروع ہوتے ہیں، بالخصوص اُن مقامات میں جنھیں آلودگی واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے (مثلاً سرین اور رانیں) اور جن پر رگڑ یا دباؤ پڑتا ہے۔ ابتدائی اضرار مرئی ہونے سے پہلے محسوس کیئے جاسکتے ہیں اور گرہوں کا رنگ اُسوقت تک غیر متغیر رہتا ہے جبتک کہ پھوڑے سطح کے قریب نہ آجائیں اور پھر اُنپر کی جِلد سرخ یا نیلگوں ہوجاتی ہے، اور اگر اُنمیں پہلے سے شگاف نہ دیدیا گیا ہو تو وہ شق ہوجاتی ہے اور مایع پیپ خارج ہوجاتی ہے۔ جن شیرخواروں کے متعلق غفلت کی گئی ہو اُنمیں قروح یا ناسور پیدا ہوسکتے ہیں، اور ثانوی غدّی التہاب (secondary adenitis) اور ازاں بعد لینت ایک پیچیدگی ہوسکتی ہے۔

یہ گرہیں جسامت میں ایک مٹر کے دانے سے لیکر مرغی کے انڈے کے برابر تک ہوتی ہیں اور اِنمیں جو پیپ موجود ہوتی ہے اُسکی مقدار اکثر حیرتناک ہوتی ہے۔ تشخیص آسان ہے، اگرچہ بعض اوقات اِن گرہوں کو غلطی سے صمغیہ سمجھ لیا گیا ہے، (جو شیرخواروں میں شاذ ہوتے ہیں)، اور کبھی اِن پر بارد درنی خراجوں (cold tuberculous abscesses) کا غلط گمان ہوا ہے۔

بحثِ اسباب۔ اِن پھوڑوں کو پہلے تقیح الدمی نوعیت کا سمجھا جاتا تھا، لیکن اب ظاہر ہوا ہے کہ یہ ایک نبقۃ عنبیہ (یعنے نبقۃ عنبیہ ذہبیہ یا نبقۃ عنبیہ ابیض) کی سرایت کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو عرقی قناتوں کی راہ سے واقع ہوتی ہے۔ اِسطرح اِن اضرار کی گہرائی کی توجیہ واضح ہوجاتی ہے۔

848

انکے ساتھ چھوٹے چھوٹے اوپری دروں برادی قائحات بھی موجود ہوسکتے ہیں، جو عرق قنالوں
کے دہنوں پر بنتے ہیں۔

علاج۔ علاج کا سب سے زیادہ اہم جزیہ ہے کہ بنیادی کمزور حالت کا
تدارک کرکے بچہ کی قوتِ مدافعت کو زیادہ کرنے کی کوشش کی جائے۔ مقامی طور پر ضروری
تدبیریں محض یہی ہیں کہ صفائی نہایت احتیاط کے ساتھ رکھی جائے، پھوڑوں میں ایک
چھوٹے چاقو سے شگاف دیدیا جائے، بورک کے غسل دئے جائیں، اور بورک ٹیلک
سفوف بکثرت استعمال کیا جائے۔ اگر ممکن ہو تو بچہ کو گھر سے باہر بستر میں رکھنا چاہئے۔

نبقہ زاد انجیریہ

(sycosis coccogenica)

انجیریہ کی اصطلاح سے بالدار حصوں کا قائحی جرابی التہاب مراد ہے۔ اسکی
دو قسمیں شناخت کی گئی ہیں۔ ایک سادہ انجیریہ (simple sycosis) یا
نبقہ زاد انجیریہ (sycosis coccogenica) جو نبقہ عنبیہ سے جرابات کی سرایت
کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اور دوسرا سعفئی انجیریہ (tinea sycosis) جو اولاً ایک
قوبائی فطر (ringworm fungus) کی سرایت سے ہوتا ہے، لیکن ازاں بعد ریم زا
عضویات کی سرایت سے پیچیدہ ہوجاتا ہے۔ نبقہ زاد انجیریہ میں عام ترین مقامات
سرایت مردوں میں ڈاڑھی اور مونچھوں کے خطے ہوتے ہیں، لیکن اس طرح کا جرابی التہاب
دوسرے بالدار حصوں میں بھی واقع ہوجاتا ہے، مثلاً بھوؤں، بغلوں، عانہ، اور جلد راس
میں۔ یہ ابتدا جرابی قائحات اور بثور ہوتے ہیں جو بالوں سے چھدے ہوتے ہیں۔ یہ
غیر ملتقی ہوسکتے ہیں، لیکن زیادہ عام طور پر التقائی، اور بیقاعدہ چکتیوں کی صورت میں
ہوتے ہیں یا شدید اصابتوں میں ڈاڑھی اور مونچھوں کے سارے خطوں کو ماؤف کر دیتے
ہیں۔ جرابوں کے درمیان کی جلد عموماً خشر تبقی عنبی التہاب جلد (نام نہاد "سیلان الدہنی
انجیریہ"؛ "seborrhoeic sycosis") سے ماؤف ہوتی ہے۔ التہاب مختلف درجہ کا
ہوتا ہے۔ یہ بعض اصابتوں میں شدید ہوتا ہے، جسکی وجہ سے ماؤف حصے سرخ اور متورم
ہوجاتے ہیں اور زردی مائل رنگ کی پپڑیوں سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں، جو خشک شدہ

مصلی پیپی ارتشاح سے بچاتی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں ورم نہیں ہوتا بلکہ جداگانہ قائحات اور بثور فرداً فرداً یا التقائی چکتیوں میں مرتب ہوتے ہیں، یا ایک منتشر چھلکے دار التہاب جلد ہوتا ہے جو زرد وجرابی قائحات سے منقط ہوتا ہے۔

توقع کے خلاف، انجیریہ میں سرایت اوپری، دروں بُرادمی، اور جرابات کے بالائی ایک ثلث یا ربع میں محدود المقام ہوتی ہے۔ وہ صرف نہایت شاذ اصابتوں میں جراب کے عمیق تر حصوں میں پھیلتی اور بال کو تلف کر دیتی ہے۔ یہی سبب ہوتا ہے جسکی وجہ سے بال موچینہ سے کھینچے نہیں جاسکتے۔ موچینی دردناک ہوتی ہے، اور انجیریہ میں مستقل اندابی ذبول شاذ ہوتا ہے، باستثناء اُس صورت کے جبکہ وہ مُفرط شعاعی علاج کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہوجائے۔ انجیریہ حاد مسامی جرابی التہاب کے حملہ کے طور پر شروع ہوتا ہے، یا ایسے کئی حملوں کے بعد بتدریج قائم ہوجاتا ہے۔ جرابی التہاب کی ان دو قسموں کے درمیان اصلی فرق یہ ہے کہ درآنحالیکہ سادہ مسامی جرابی التہاب میں ہر جلد سرایت کا تدارک کرنے کے قابل ہوتی ہے اور قائحات فرداً فرداً واقع ہوتے ہیں اور خود بخود مندمل ہوجاتے ہیں، انجیریہ میں بُرادمہ کی قوت مدافعت مفقود ہوجاتی ہے اور اُسمیں پُرانے قائحات کے نیچے نئے قائحات بننا جاری رہتے ہیں۔ معلوم ہوگا کہ انجیریہ میں صرف وہی خطے ماؤف ہوتے ہیں جنمیں بڑے بڑے بال ہوتے ہیں، اسی واسطے وہ گالوں اور بالائی لبوں پر صرف مَردوں میں ہوتا ہے۔ مزید برآں وہی مرد جنمیں داڑھی اور مونچھ کے بال بڑے اور موٹے ہوتے ہیں اس مرض سے ماؤف ہونے کا سب سے زیادہ امکان رکھتے ہیں۔ موچینی یا لاشعاعوں کے ذریعہ بالوں کو جرابات میں سے نکالدینے سے قائحیت عارضی طور پر موقوف ہوجاتی ہے، لیکن جب وہ پھر اُگ آتے ہیں تو تو الی مرض واقع ہوجا تا ہے۔ لہٰذا یہ ظاہر ہے کہ جرابات کے اندر موٹے بالوں کی موجودگی ایک اہم جزو عامل ہے۔

مرضی تشریح۔ انجیریہ کے ابتدائی اضرار صرف بُرادمہ میں واقع ہوتے ہیں، اور یہ در اصل مسامی جرابی التہاب کے اضرار ہوتے ہیں (جو ملاحظہ ہو)، لیکن یہ التقائی ہوتے ہیں، ماؤف خطے کے تقریباً تمام جرابات میں واقع ہوتے ہیں اور انکی تجدید ہمیشہ ہوتی رہتی ہے۔ اس عارضہ کی زمانیت اِن نئے قائحات کے متواتر بننے ہی کی وجہ سے ہوتی ہے، جو جرابات کے دہنوں اور اَدماع میں واقع ہوتے ہیں۔ اِن قائحات کے

نیچے چھوٹے چھوٹے جا و رسی دروں برادمی خراجات پیدا ہوجاتے ہیں۔ شاذ صورتوں میں سرایت نیچے کی طرف شعری بصلہ میں پھیلکر جراب کی ساری گہرائی کو ماؤف کردیتی ہے، جس سے ایک گرد بصلی خراج (peribulbar abscess) پیدا ہوجاتا ہے، بال ڈھیلا ہوکر خارج ہوجاتا ہے، اور جراب متصلّب ہوکر تلف ہوجاتی ہے۔ ایسے بال کو موچنیہ سے اُکھاڑ کر نکال لینے پر اسکی سر علیٰ پوشش پیپ سے درریختہ پائی جائیگی، لیکن یہ نہایت استثنائی واقعہ ہے۔ کثیرالاشکال نواتی خلیوں کا ارتشاح برادمہ تک محدود ہوتا ہے، اور ادمی خراجات کبھی نہیں پائے جاتے لیکن سرایت زدہ جراب کے گرد آدمہ میں عروقی اِتساع موجود ہوتا ہے اور اُس کے بالائی حصّے میں ایک نواتی خلیوں کی درریزش ہوتی ہے۔ چند مہینوں کی مدت والی اصابتوں میں پلازمائی خلیے اور عفریتی خلیے نمودار ہوجاتے ہیں اور تصلّب جو انجیریہ کی گرکی قسم کا ممیز خاصّہ ہوتا ہے آدمہ کی اِسی علوی درریزش کی کثافت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ طویل عرصہ کی اصابتوں میں سرعلی زبریالیدگیاں نظر آتی ہیں اور نئے جرابات بننے کا رجحان نظر آسکتا ہے، جنمیں ابتدائی یا ناکمل بال موجود ہوتے ہیں۔

سحث اسباب۔ اِسکا سرایت رساں عضویہ عموماً عنقودیا جلیہ ذھبیہ ہوتا ہے، اگرچہ بعض اوقات اُسکی سپید اور زرد قسمیں بھی سبب مرض ہوتی ہیں۔ یہ حالت سوائے سیلان الدہنی اشخاص کے اور کسی میں کبھی نہیں پائی جاتی، اور عموماً دوسرے سیلان الدہنی ظواہر، مثلاً تخیل جلد (pityriasis)، سیلان الدہنی التہاب جلد (seborrhœic dermatitis) تفطیر (acne) اور دُنبل موجود ہوتے ہیں یا کبھی نہ کبھی موجود تھے۔ سب سے زیادہ شدید اور مُدافع اصابتیں اُن اشخاص میں واقع ہوتی ہیں جن میں سرایت کی مدافعت کی قوت بچپن ہی سے ادنیٰ رہی ہے، اور جو جلد الراس، کانوں اور تعرسجات کے سرایت رساں اکزیمائی التہاب جلد، مزمن جفنی التہاب (chronic blepharitis)، التہاب الانف (rhinitis)، اور انفی بلعومی نازلت (naso-pharyngeal catarrh) کے موضوع ہوتے ہیں۔ یہ حالت سیلان الدہنی التہاب جلد یا دُمیلیت کے حملے کے بعد، حجام کی دوکان میں راست سرایت ہونے سے گویا اُس سطحی نیتی عنبی جرابی التہاب کے پھیلنے سے پیدا ہوسکتی ہے جو کہ خط ریش والے

سیلان الدہنی اشخاص میں اِسقدر عام ہوتا ہے۔ یہ حصفۂ متعدی (impetigo contagiosa) کے حملہ کے بعد بھی ہو سکتی ہے، جبکہ ثانوی طور پر سرایت پیدا کرنیوالے تبقات عنبیہ جرابات پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ مردوں میں ڈاڑھی کے خطے کے حصفہ کی اصابتوں میں اِس پیچیدگی کے اِمکان کو ہمیشہ ملحوظ خاطر رکھنا چاہئے۔ مونچھوں کا انجیریہ تقریباً ہمیشہ حادیا مزمن انفی نازلات کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ یہ اپنے آغاز کے وقت یک جانبی ہو سکتا ہے۔ جیسا کہ سٹیبرا ڈ نے اشارہ کیا ہے، یہ اکثر اوقات اُن اشخاص میں ہو جاتا ہے جو بچپن سے مزمن تبقی عنبی جفنی التہاب میں مبتلا رہے ہوں۔ ایسی اصابتوں میں مونچھیں نکلتے وقت قشری تبقات عنبیہ انفی قنات کی راہ سے نیچے آکر بالائی لب کی جرابوں پر حملہ آور ہوتے ہیں۔

معلوم ہوتا ہے کہ انجیریہ کے خاص خصائص بیس ریڈکا (Besredka) کے اِس قول کی تمثیل پیش کرتے ہیں کہ تبقی عنبی سرایت کی مدافعت بُرادمہ کا ایک وظیفہ ہے اور انجیریہ کا جاری رہنا صریحاً اس قوت مدافعت کے فقدان پر منحصر ہوتا ہے جس کے اسباب پورے طور پر نہیں سمجھے گئے۔ چنانچہ (12) جب کوئی سرایت جیسے کہ انجیریہ میں بُرادمہ تک محدود ہوتی ہے تو تحت الجلدی اشراب کے ذریعہ سے دی ہوئی جدرینات بیکار ثابت ہوتی ہیں۔ لیکن جب بُرادمی باڑ کے پار ہو چکے بعد خود آدمہ سرایت زدہ ہو جاتا ہے تو جدرینات سے اچھے نتائج حاصل ہونے کی توقع ہو سکتی ہے۔ معمولی عضویات سے خالص بُرادمی سرایت کا عقلی علاج ایسا ہونا چاہئے کہ جو جلد کے دافع جراثیم وظیفہ کو بحال کر کے طبعی بنا دے، اور جن لوگوں میں انجیریہ واقع ہوتا ہے اُنکے مطالعہ کے ہمیں پتہ چلتا ہے کہ اِس وظیفہ کا فقدان کس طرح واقع ہو سکتا ہے۔ ہم اِن اصابتوں کے دو گروہ شناخت کر سکتے ہیں:۔ ایک وہ جسکا وقوع افلاس زدہ جماعتوں میں ہوتا ہے، جنمیں غیر صحتی ماحول، تازہ ہوا اور روشنی کے فقدان، اور ناکافی غذا کے سبب سے مریض بچپن ہی سے ریم زا عضویوں سے جلد اور مخاطی جھلیوں کی مزمن سرایت میں مبتلا ہو جاتے ہیں، اور اِنمیں انجیریہ محض ایک متزاد پیچیدگی ہوتا ہے جو ڈاڑھی مونچھ کی بالغی بالیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ دوسرا گروہ وہ ہے جو خوشحال لوگوں میں واقع ہوتا ہے، جنمیں غذا اور مشروبات کی افراط اور میدانی ورزش کی کمی کے باعث سیلان الدہنی ظاہر ہونما ہو جاتے

ہیں۔

علاج۔ مقامی۔ انجیریہ کی دقیق امراضیات پر غور کرنا اس امر کی توضیح کے لئے کافی ہے کہ مقامی ضد عفونت لاسقات کے استعمال سے شفا حاصل کرنا کیوں ناممکن ہوتا ہے، کیونکہ یہ قرنی طبقہ کی گہرائی میں داخل نہیں ہوسکتے، اور رجابات کے اجتماع یا شسکۂ بالبیضہ میں تو اس سے بھی کم داخل ہوسکتے ہیں۔ سرایت کی توسیع کو محدود کرنے کی کوشش میں ہم گردوپیش کی جلد پر آیوڈین کا روح شراب میں تیار کیا ہوا ایک فیصدی طاقت کا محلول (one percent solution of iodine in spirit) لگاسکتے ہیں، یا ایسے مرہم پالیش لگاسکتے ہیں جن میں گندھک، پارہ، ریسارسن (resorcin)، وغیرہ شامل ہو۔ لیکن اصلی سرایت زدہ رقبوں کا بہترین علاج ان پر رات کے وقت اکتھال (۲۵ تا ۵، فیصدی) لگانا ہے، جسکو صبح کے وقت دھوکر الگ کیا جاسکتا ہے یا برلینٹ گرین (brilliant green) (۲۵ فیصدی روح شراب میں ۵ گرین)۔ موچینی کے اثر کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے اور جرمن اصابتوں کے لئے یہی مناسب ہے۔ نسبتہً کہیں زیادہ سریع نتیجہ شعاعی علاج سے حاصل ہوتا ہے، اور اسکی ایک ہی موچینی معتاد سے عموماً سریع شفا حاصل ہوجاتی ہے، لیکن جب بال از سر نو بڑھ جاتا ہے تو عموماً نکس واقع ہوجاتا ہے۔ لاشعاعوں کی کسری معتادیں بھی مفید اثر رکھتی ہیں اگرچہ انکے اثر سے بال نہیں گرتے۔ موچینہ کے ذریعہ موچینی، اگرچہ ناگوار اور دردناک ہوتی ہے، مگر اسے شعاعی علاج پر یہ فوقیت حاصل ہے کہ اسے غیر معین طور پر جاری رکھ سکتے ہیں۔ اسے نہ صرف ماؤف رقبہ پر، بلکہ اس سے آگے تک بھی عمل میں لانا چاہئے تاکہ توسیع مرض نہ ہونے پائے۔ ماورائے بنفشی روشنی کے مقامی لاسقات بھی بلاشبہ مفید ہوتے ہیں، اور یہ غالباً جلد کے میکانیشہ مدافعت کو متہیج کرکے عمل کرتے ہیں۔ انھیں کلی روشنی کے غسلوں (total light baths) کے ساتھ استعمال کرنا اچھا ہے۔

عمومی۔ اگر ممکن ہو تو مریض کو میدانی زندگی بسر کرنی چاہئے، اور ہلکے لباس میں زور دار ورزش کرنی چاہئے۔ غسل آفتابی اور سارے جسم کی جلد پر ٹھنڈی ہوا کا فعل، علاج کے کسی دوسرے طریقہ کی نسبت مستقل شفا بخشنے کا زیادہ امکان رکھتا ہے خواہ کہ

وہی ہونی چاہئے جسکی سفارش سیلان الدہنی حالت کے لیئے کی گئی ہے۔ تیقی عفنی جدرینات جو تحت الجلد راہ سے دیجائیں کم نافع یا بالکل غیر نافع ہوتی ہیں لیکن اگر انکا اشراب درون آدمی سرا لائسے، پچیس لمین سے لیکر پانچ سو لمین تک کی مقداروں میں کیاجائے تو ممکن ہے کہ انکا اثر حیرتناک ہو، اور اسطرح بہت پرانی اصابتوں میں بھی عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ بیس ریڈکا کا تیقی عفنی ضد قشب (Besredka's staphylococcal antivirus) (دس دن کی پرانی کاشتوں کا مقطرہ، جنمیں خود اختامی اشیار موجود ہوتی ہیں) رفادوں کے ذریعہ ماؤف رقبوں پر رات کے وقت لگایا جائے تو ابتدائی اصابتوں میں اسکے بھی کامیاب ہونیکا دعوے کیا گیا ہے۔

قفائی انجیریہ

(sycosis nuchæ)

خلبی تقطیر — حلیمی شعرانی التہابِ جلد —
(acne cheloid) (dermatitis papillaris capillitii)

یہ حالت معمولی انجیریہ سے مماثل ہے اور اسی کی طرح صرف اُن ذکور میں ہوتی ہے جو سیلان الدہنی ہوتے ہیں۔ یہ قفا کا گرد جرابی التہاب ہے، اور اسکی ممیز خصوصیت اتصالی بافت کی کثیف خلبہ نما صلابت ہے۔ ماؤف رقبہ پر متصول گہرے جرابی قائحات، اور پھوڑے دیکھے جاتے ہیں بعض اوقات نیلگوں سرخ حلیمی سلعہ نما نبت پیدا ہوجاتے ہیں، جنمیں سے بآسانی خون بہنے لگتا ہے اور جو ایک بدبودار نیم ریمی افراز خارج کرتے ہیں۔ یہ نبت کچھ عرصہ بعد متغیر ہوکر خلبی بند بنجاتے ہیں۔ مزمن التہاب سے متعدد شعری جرابات تلف ہوجاتے ہیں لیکن بعض محفوظ رہتے ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خلبی تودے سے بالوں کے چھوٹے چھوٹے ممیز گچھے بروز کرتے باقی رہ جاتے ہیں۔

بحثِ اسباب۔ جیسا کہ کہا گیا ہے، یہ حالت ذکور تک محدود ہوتی ہے، جنمیں سے بہت سے معمولی تقطیر یا انجیریہ میں مبتلا ہوتے ہیں یا مبتلا تھے۔ یہ حالت بلاشبہ تیقی عنبیہ ذہبیہ سے قفائی جلد کی مزمن سرایت کے سبب سے ہوتی ہے، اور غالباً اِس مقام میں اتصالی بافت کی کثیف نوعیت، التہابی عمل کی مخصوص عسیر الاندمال نوعیت

کا اور خلیہ نما تکوین کی پیدائش کا سبب ہوتی ہے۔
علاج ۔ علاوہ اُن عام تدابیر کے جنکی سفارش انجیریہ میں کی گئی ہے، واحد علاج جو درحقیقت اطمینان بخش ہے شعاعی علاج ہے۔ اسکی پوری رفاقی مقادیر ایک ایک ماہ کے وقفوں سے دینی چاہئیں یا کسری مقادیر تھوڑے تھوڑے وقفوں سے۔

تنخزی تفطیر

(acne necrotica)

[جلدی تنخزی نما تفطیر (acne varioliformis) جبھی تفطیر (acne frontalis)]

یہ ثوران خاصکر چالیس سال سے اوپر کے اشخاص میں پایا جاتا ہے، جو ایک قعودی خانہ نشین زندگی بسر کرتے اور بکثرت غذا کھاتے ہیں، لیکن کبھی کبھی یہ زمانۂ ریعان میں بھی ہوجاتا ہے۔ یہ جنس ذکور میں نسبتہً زیادہ عام ہوتا ہے۔ اضرار سریری اور خردبینی دونوں طرح سے ممیز ہوتے ہیں۔ وہ جرابی نجور کے طور پر شروع ہوتے ہیں، جو التہاب کے ایک سرخ ہالہ سے گھرے ہوتے ہیں۔ انکے راسوں پر آبلہ دار قاحات نمودار ہوجاتے ہیں، جو نہایت سرعت کے ساتھ خشک ہوکر ممیز پپڑیاں بنا دیتے ہیں۔ یہ محدب الطرفین، زردی مائل بھورے رنگ کی، اور جلد میں مضبوطی کے ساتھ گڑی ہوئی ہوتی ہیں۔ جلد الراس پر انکے مرکز میں ہمیشہ ایک بال ہوتا ہے۔ جب یہ گرجاتی ہیں تو گڑھے دار ندبات باقی رہ جاتے ہیں، جنکی گہرائی مختلف اصابتوں کی شدت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ اضرار عموماً چھوٹے ہوتے ہیں، مگر کبھی کبھی تین پینی (three-penny) کے سکّہ کی جسامت حاصل کرلیتے ہیں، اور ایسی صورت میں جو ندبات پیدا ہوجاتے ہیں وہ بہت بدصورتی پیدا کردیتے ہیں۔ انتخابی مقامات پیشانی، بالوں کے حاشیے کے ساتھ ساتھ کنپٹی، جلد الراس، ناک اور انفی شفوی دیواریں، اور پشت اور سینہ کے درمیانی خط ہوتے ہیں۔ یہ ثوران دراصل مزمن ہوتا ہے، اور اضرار کی تازہ پیداواروں کے نمودار ہونے سے ترقی کرتا رہتا ہے، جنکے نکلنے سے پہلے شدید خارش، سوزش، یا اصلی درد تک محسوس ہوتا ہے، اور موضوعی علامات عموماً معروضی امارات کی نسبت بہت زیادہ ہوتے ہیں۔

851

مرضی تشریح نسیجاتی لحاظ سے یہ ضرر شعری دہنی جراب کے دہانہ پر تنخزسے

پیدا ہوتا ہوا دیکھا گیا ہے، جس میں سارا برآدمہ اور زیر آفتادہ آدمہ کا ایک حصہ ماؤف ہوجاتا ہے۔ یہ تخرّجی رقبہ ایک عدسہ نما پڑی بناتا ہے، جسکے مرکز میں جراب، بال اور دُہنی غدہ کے باقیات پائے جاتے ہیں۔ جراب کے قمع میں تقطیری خرد عضیئے کی نوآبادیات واقع ہوتی ہیں، دہنہ میں اور پڑی کے بالائی اور زیرین کناروں کے برابر بنفقۃً عنبیہ ذھبیہ کے تودے ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ معلوم ہوتا ہے کہ تخرّجی تفطیر ایک ایسی جراب کی جو پہلے ہی سے تقطیری عضیئہ سے سرایت زدہ ہوتی ہے، نبفۃً عنبیہ ذھبیہ کے ذریعہ مستزاد سرایت واقع ہونے کے سبب سے پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ دونوں عضویئے ہمیشہ موجود ہوتے ہیں، اور اضرار کی تخرّجی نوعیت غالباً نبفۃً عنبیہ کے سبب سے ہوتی ہے۔ ایسے مریض ہمیشہ سیلان الدہنی ہوتے ہیں اور یہ ضرر اُن فربہ اشخاص مردوں میں عام ترین ہوتا ہے جو ادھیڑ عمر کے اوپر کے ہوتے ہیں۔ جیسا کہ دوسری سیلان الدہنی حالتوں میں ہوتا ہے کاربوہائیڈریٹ خوراک کی زیادتی الکحلیت اور بے بدنی ورزش کا فقدان اہم عاملات ہوتے ہیں۔

علاج۔ مقامی طور پر، ثوران کو عارضی طور پر صاف کرنے کے لئے، عموماً جلد الراس اور دوسرے ماؤف رقبوں کو بار بار دھونا اور رات کے وقت ایک ایسا مرہم لگانا کافی ہوگا جس میں گندھک (sulphur) اور روغن کیڈ (oil of cade) شامل ہوں (مثلاً یہ نسخہ۔ اولئی کیڈینی دس حصے (olei cadini 10'0) سلفر پریسیپٹیٹ ایک حصہ (sulphur præcip. 1·0)، سفید ویسلین اور لینولین ہر ایک دس دس حصے (vaselini alb. lanolini ää 10'0)، یا تنہا گندھک۔ لیکن تاوقتیکہ غذا اور طریق زندگی نہ بدلے جائیں، عموماً عکس مرض ہوجاتا ہے۔ سٹیورڈ روٹی سے کلّی پرہیز کی سفارش کرتا ہے، لیکن عمومی علاج وہی ہے جو سیلان الدہنی حالت کے لئے ہوتا ہے (جو ملاحظہ ہو)۔ ہمیشہ توانائی کرنے والی اصابتوں میں ایک خود زاد یا مذخوصہ تبتی علبی جلدین، دونوں اومی طور پر دے کر جسطرح کہ انجیریہ کے لئے بتایا گیا ہے، آزمانی چاہئے۔

التہابِ غددِ عرقیہ

(hidradenitis)

یہ عارضہ، جو بارہا غلطی سے دُمیلیت سمجھ لیا جاتا ہے، تقریباً صرف بغل میں اور نسبتہً شاذ صورتوں میں عجان میں ہوا کرتا ہے۔ اِسکے اضرار بیضوی، التہابی گرہکیں ہوتی ہیں، جو اکثر نہایت دردناک ہوتی ہیں۔ ممکن ہے یہ پھوٹے بغیر حکش پذیر ہوجائیں لیکن زیادہ عام طور پر نرم ہوکر پھوٹ جاتے اور ایک بالائی جیسا مواد خارج کرتے ہیں لیکن دُنبل کی طرح کوئی کیل خارج نہیں ہوتی۔ یہ التہاب دراصل عسیر الاندمال ہوتا ہے اور دس دن سے لیکر پندرہ دن تک جاری رہ سکتا ہے۔ عود مرض نہایت عام ہوتا ہے، اور شدید امابتوں میں ممکن ہے کہ دونوں بغلیں تمام تر متعدد اضرار سے ماؤف ہوجائیں۔

بحثِ اسباب۔ یہ گرہکیں، اُس حالت کی طرح جو رضیعی خراجاتِ متعددہ ("multiple abscesses of infants") کے نام سے مشہور ہے، غددِ عرقیہ کی (نہ کہ شعری دہنی جرابات کی) تبخی عفنی سرایت کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہیں۔ یہ عارضہ مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہے، اور اُن سیلان الدہنی اشخاص میں ہوتا ہے جنھیں بکثرت پسینہ آتا ہے۔ یہ حالت سیلان الدہنی عمومی التہابِ جلد (generalised seborrhoeic dermatitis) کی ایک عام پیچیدگی ہوتی ہے، بالخصوص اسوقت جبکہ بغلیں ماؤف ہوں، یا ساری اکزمائی التہابِ جلد (infective eczematoid dermatitis) کی پیچیدگی ہوتی ہے۔

علاج۔ اُن تدابیر کو کام میں لانا چاہئے جو سیلان الدہنی حالت اور تبخی عفنی سرایتوں کے لئے پہلے بیان کی گئی ہیں۔ مقامی طور پر، بغلوں پر روزانہ نسخۂ ذیل لگانا چاہئے: ٹنچر آیوڈی مٹس ایک حصہ (tinct. iodi. mitis 1·0)، اِسمیں اِسپرٹ میتھیلٹڈ شامل کرکے دس حصے کرلیا جائے (spirit methyl. ad 10·0)۔ اور چھڑکنے کے لئے بوروسیلی سلیک سفوف (boro-salicylic dusting powder) آزادانہ استعمال کرنا چاہیئے۔

ریم جراثیمی ذراتی سلعہ

(granuloma pyogenicum)

اِس ملک میں اِس اصطلاح کے تحت دو مختلف اقسام کے اضرار کا تذکرہ کیا جاتا ہے :- (۱) یہ حالت پہلے انسانی عنقودی فطریت (botryomycosis hominis) کے نام سے یاد کی جاتی تھی۔ اِس نام کا اطلاق جلد کے چھوٹے چھوٹے ڈنڈی دار سلعات پر کیا جاتا ہے، اور یہ اُن سلعات سے مشابہ ہوتے ہیں جو بعض اوقات گھوڑوں کے زخموں میں پیدا ہو جاتے ہیں جو آختہ گری کے عملیہ کے بعد باقی رہ جاتے ہیں۔ خیال کیا جاتا تھا کہ یہ ایک خاص فطر (فطرِ عنقودی = botryomyces) کی سرایت کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن وہ شہتوت نما تودے، جن پر طفیلیاتی عناصر ہونے کا غلط گمان کیا جاتا تھا، دراصل انحلاط یافتہ خلیات ہوتے ہیں۔ یہ سلعہ ایک مٹر کے دانہ سے لیکر ایک سُپاری کے برابر تک مختلف جسامت کا ہوتا ہے۔ اسکا رنگ سُرخ، اور یہ گول یا انقباباً کسیقدر چپٹا ہوتا ہے، اور اس کی سطح چکنی یا حلمہ دار ہوتی ہے۔ یہ عموماً بَراَدمہ سے نہیں ڈھکا ہوا ہوتا لیکن اُدمہ پر سہارا رکھتا ہے، جس سے اِسے ایک میزاب جُدا کرتا ہے۔ سلعہ کو ایک طرف ہٹا لینے پر اِس میزاب کے پیندے میں ڈنڈی دکھلائی دے سکتی ہے۔ یہ سلعہ چھونے پر سخت اور لچکدار معلوم ہوتا ہے اور اُسمیں سے بآسانی خون نکل آتا ہے۔ بعض اوقات یہ ایک زردی مائل پپڑی سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ اضرار نہایت عام طور پر ہاتھوں اور انگلیوں پر دیکھے جاتے ہیں، لیکن چہرے، پاؤں، ٹانگوں، لبوں، جلدِ الراس، بلکہ زبان پر بھی ہو سکتے ہیں۔ تاوقتیکہ ان کا استیصال نہ کر دیا جائے یہ غیر معیّن زمانہ تک باقی رہتے ہیں۔ نسیجیاتی لحاظ سے یہ مغضئی التہابی بافت پر مشتمل ہوتے ہیں جس میں کثیر التعداد نوساختہ خستہ شعری دموی عروق (جیسے کہ عروقی سلعہ میں دیکھے جاتے ہیں) موجود ہوتے ہیں۔

(۲) ایک متفطّر ثؤلولی چکتی (fungating warty patch) جو اکثر معتد جسامت کی ہوتی اور ناہض فطریت (blastomycosis) یا بروقی ذئبہ (lupus

(verrucosus) سے مشابہت رکھتی ہے۔ یہ ایک قائمی ضرر کے طور پر شروع ہوتی ہے جو خارج المرکز سمت میں پھیلتی ہے اور جس میں نرم مو وقی ارکے نمویاب ہو جاتے ہیں۔ یہ آخر الذکر ایک بروقی شکل اختیار کر لیتے ہیں، اور کمل نمویافتہ پکتی ہذوریا بے قاعدہ جسامت کی پیدا ہو کر گرد و پیش کی جلد کے لیول سے مختلف حد تک اُبھر آتی ہے اور پپڑیوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جنکے درمیان اور جنکے نیچے ٹولولی، بنتی، ارکی سطحی سطح دکھلائی دیکھتی ہے۔ اس ضرر کو دبانے سے پیپ کے قطرات کا ارتشاح ہونے لگتا ہے۔ موضوعی علامات خفیف ہوتے ہیں، اور تاوقتیکہ علاج نہ کیا جائے مرض کا مر بطی اور مزمن ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ ریم جراثیمی ذراتی سلعہ کی دونوں قسمیں منکشف حصوں پر واقع ہونے کا رجحان رکھتی ہیں، اور ایک ماسبق عفونی سرایت، بالخصوص کسی منتقیح خراشیدگی یا زخم کو پیچیدہ کر دیتی ہیں۔ جرثومیاتی امتحان پر عموماً ایک نبقلا عنبیہ ذہبلیہ خالص کاشتوں میں حاصل ہوتا ہے، لیکن اضرار کی مخبی نوعیت کے مسبب حالات نامعلوم ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات کا قیات کی خراش سے پہلی قسم کا منظر پیدا ہو جاتا ہے۔ دوسری قسم کو بروقی ذئبہ (lupus verrucosus)، ناصقی فطریت (blastomycosis)، بذرشعریت (sporotrichosis) اور شعری فطریت (trichophytosis) سے ممیز کرنا اہم ہے۔

علاج۔ پہلی قسم کے ضرر کو قینچی سے کاٹ کر عود مرض کو روکنے کے لیے اُسکی ڈنڈی کو سلور نائٹریٹ کی قلم سے جلا دینا چاہیئے۔ ماورائے بنفشی روشنی کا مقامی استعمال بھی شفا بخش پایا گیا ہے۔ دوسری قسم دافع عفونت غسولات، مثلاً پرکلورائڈ آف مرکیوری (۳ ہزار میں ایک حصہ) یا ٹیوڈی آئی بور (eau d'Alibour) کے متواتر استعمال سے عموماً شفایاب ہو جاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں لاشعاعوں کی ایک پوری رفاقتی معتاد مناسب ہوتی ہے۔

ایکزمائی ساری التہاب جلد

(dermatitis infectiosa eczematoides)

اس عنوان کے تحت انگمن (Engman) اور ازاں بعد فارڈائس (Fordyce) اور سٹن (Sutton) نے ایکزمائی التہاب جلد کی ایک قسم بیان کی ہے، جو عموماً جلد کے کسی محدود مقام ساری ضرر مثلاً دوالی التہاب (varicose dermatitis) کی مزمن چکنتی، حرفتی ایکزیما (occupational eczema) ، ٹونسلیت یا راج پھوڑے، زخموں، مزمن سیلان الاذن، صبوبی جوفوں (discharging sinuses) وغیرہ کے بعد پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ خارشت (scabies) کے حملہ کے بعد جس میں ثانوی سرایت ہو گئی ہو، مزمن عظمی لبی التہاب (osteomyelitis) جس میں اوپر کی جلد کی سرایت بھی ہو گئی ہو، اور کسور مرکب (compound fractures) کے بعد بھی علی العموم پائی جاتی ہے۔ ثوران عموماً اصلی ساری ضرر کے گرد ایکزیمائی چکتیوں کے طور پر شروع ہوتا ہے، اور پھر اس سے کسی قدر فاصلہ پر کم و بیش واضح طور پر محدود دائری یا بیضوی چکتیاں نمودار ہو جاتی ہیں، جو نہایت عام طور پر بازوؤں، رانوں اور ٹانگوں پر واقع ہوتی ہیں۔ یہ چکتیاں اعلیٰ درجہ کی متمیز ہوتی ہیں، اور ایک منفذ آبلہ یا آبلہ نما قاعدہ سے پیدا ہوتی ہیں جو ایک احمراری قاعدہ پر ہوتا ہے۔ التہاب محیطاً پھیلتا ہے یہاں تک کہ ایک بیچوا شہ چکتی بنجاتی ہے۔ یہ آبلے بڑے بڑے ہوتے ہیں، اور خشک ہو کر جدا جدا زردی مائل پپڑیاں بنا دیتے ہیں۔

853

بحث اسباب۔ التہاب جلد کی وہ قسم جسے ہم ایکزیما (eczema) کہتے ہیں، برادمی حساس گری کی دلالت ہے، اور ساری ایکزیمائی التہاب جلد حساس گر عامل ایک نبقہ عنبیہ عموماً نبقہ عنبیہ ذہبیہ ہوتا ہے۔ حساس گری جلد میں نبقی عنبی سرایت کے کسی ماسکہ کی موجودگی کے باعث واقع ہو جاتی ہے۔ نبقہ عنبیہ سے مثبت جلدی تعاملات اکثر حاصل ہوتے ہیں، اور سٹن نے بتلایا ہے کہ تقریباً ۲۵ فیصدی اصابتوں میں اس ثوران کیساتھ شری (urticarial) ضرار موجود ہو سکتے ہیں، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ برادمی حساس گری کے ساتھ ساتھ آدمی حساس گری بھی واقع ہو گئی ہے۔

آئیر (Eyre) نے بتلا دیا ہے کہ سرایت رسان نبقہ عنبیہ کے لئے نوعی الراقبین اکثر خون میں موجود رہتے ہیں۔

علاج - پہلے سرایت کے اُس اصلی ماسکہ کا علاج کرنا ضروری ہے، جسکی وجہ سے جلد کی حساس گری واقع ہوگئی ہے۔ جب یہ شفایاب ہوجائے تو بعض اوقات اکزیمائی چکتیوں کا مزید ثوران موقوف ہوجاتا ہے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ مواظب اصابتوں میں حساسیت ربائی کے لئے خودزاد نبقی عنبی مُجدرین کی بڑھتی ہوئی مقادیر دینی چاہئیں۔ بعض اصابتوں میں پپٹون کے دروں وریدی یا دروں عضلی اشرابات کامیاب ثابت ہوتے ہیں۔ مقامی طور پر اکزیمائی چکتیوں کو ایک ایسی گدی سے ڈھانک دینا چاہیئے جسمیں ٹار (tar) اور امونیئیٹڈ مرکیوری (ammoniated mercury) موجود ہو، مثلاً نسخہ ذیل:۔ لائکر پِسِس کاربونس ۳۰ قطرے تا اڈرام (liq. picis carbonis, m. xxx to dm. i)، ہیسڈرارج آمونیئیٹا ۵ گرین (hydrarg. ammoniat. gr. v) پیسٹ زنکی کمپاؤنڈ برٹش فارماکوپیا ایک اونس کی حد تک شامل کریں (past.zinci comp. B.P.C. ad. oz. i)۔ یہ گدی لگانے سے پہلے اُنیر سلور نائٹریٹ کا دو فیصدی محلول لگادیں جو اسپرٹ ایتھیرس نائٹروسائی میں تیار کیا گیا ہو، اور بعض اصابتوں میں خام کولتار کی گدی (crude coal tar paste) نہایت کارگر مقامی دوا ہوتی ہے۔ جن مریضوں میں یہ حالت پیدا ہوجاتی ہے اُنمیں سے بیشتر سیلان الدہنی ہوتے ہیں، اور اُنہیں قلویات کا استعمال، جیسا کہ سٹن نے بتلایا ہے، اکثر نفع بخش ہوتا ہے۔

جوارحی جلدی التہاب مسلسل

(acrodermatitis continua)

(ناگہانی التہابُ الجلد: dermatitis repens)

۱۸۸۸ء میں رڈکلیف کروکر (Radcliffe Crocker)(13) نے "ناگہانی التہاب الجلد" ("dermatitis repens") کے نام کے تحت ایک ثوران کو بیان کیا، جسکی تعریف اُس نے یوں بیان کی:- "یہ ایک پھیلنے والا التہاب الجلد ہے جو عموماً تعقرباً

کے بعد پیدا ہوجاتا ہے اور غالباً التہاب العصبی ہوتا ہے اور تقریباً خالصتاً بالائی جوارح میں شروع ہوتا ہے "

علامات اس محدود المقام ثوران کا بیان کروکر نے حسب ذیل درج کیا ہے:-

"اُن تمام اصابتوں میں جنہیں دریافت کیا گیا کوئی تضرر جو اکثر خفیف سا تھا سبب تحرک تھا - اِس تضرر کے مقام پر آبلے یا پھپھولے نمودار ہوگئے، یہ پھوٹ گئے اور اُبھری ہوئی بُرجلد نکل گئی جس کے بعد ایک چکدار سرخ سطح باقی رہ گئی، جس سے ایک صاف یا کیقدر مکدر سیال رستا رہا - اِس معرّا رقبہ کا کنارا برجلد کے ایک حلقہ سے محدود ہوتا ہے جو زیر افتادہ سیال سے (جو صاف یا مکدر ہوتا ہے) اُبھری ہوئی اور کھوی ہوئی اور بیقاعدہ ہوتی ہے - بعض اوقات مزید ارتشاح کی وجہ سے برجلد کا جُدا ہونا جاری رہکر توسیع واقع ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ کنارے سے عین باہر کوئی تازہ چھالے یا چھوٹے چھوٹے پھپھولے پیدا ہوکر پھوٹ جائیں اور متصلاً ابتدائی معرا رقبہ میں ایک تازہ معرا رقبہ اور شامل ہوجائے "

اس حالت کا ایک نہایت مخصوص اور ممیز خاصہ ناخنوں کی ماؤفیت ہے، جو بالکل اُسیطرح ماؤف ہوتے ہیں جسطرح کہ معمولی داحس میں ہوتے ہیں - یہ ثوران ایک ہاتھ یا ایک پاؤں میں محدود ہوسکتا ہے، لیکن بعض اصابتوں میں دونوں ہاتھ یا چاروں جوارح ماؤف ہوجاتے ہیں - موضوعی علامات معتدل مقامی خارش اور بعض اوقات درد ہوتا ہے جو شدید ہوسکتا ہے - لمفی عروق کا کوئی ثانوی التہاب شاذ ہوتا ہے اور رمیثی اختلال خفیف ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا - یہ مرض سست اور مزمن ہوتا ہے اور ایک زمانہ میں تو یہ مرض لاعلاج تصور کیا جاتا تھا - بالآخر ممکن ہے کہ ماؤف انگلیاں سکڑکر چھوٹی ہوجائیں اور ناخن غائب ہوکر انگلیاں محض چھوٹے چھوٹے مخروطی اور متصلب ٹنڈوں کی طرح باقی رہ جائیں - ممکن ہے کہ لاشعاعی امتحان سے معتدل شدت کی اصابتوں میں بھی زیر افتادہ ہڈیوں (بالخصوص نہائی سلامیات) کا عظمی التہاب اور انجذاب ظاہر ہو -

اِس مرض کی عمومی شکل میں، ہاتھ پاؤں پر ناگہانی التہاب الجلد (dermatitis repens) کے مخصوص و ممیز ثوران اور ناخنوں کی ماؤفیت کے

علاوہ دھڑ، جوارح اور جلد الراس پر قائمی ثورانات نمودار ہوجاتے ہیں ۔ یہ حیلتا پھیلکر اپنے مرکزی حصوں میں خشک ہوکر پپڑی دار چکلیاں بنا دیتے ہیں جو اکثر بہت بڑی جسامت کی ہوتی ہیں ۔ بادیٔ النظر میں یہ چکلیاں مزمن صدفیہ (chronic psoriasis) کی چکلیوں سے مشابہ ہوسکتی ہیں، لیکن یہ در اصل جھڑے ہوئے قرنی طبقہ اور خشک مصلی ریم پر مشتمل ہوتی ہیں، اور انکے نیچے ایک تر رستی ہوئی سطح سے مایع ریم کا ارتشاح ہوتا ہے ۔ عمومی اصابتوں میں فمی، ملتحمی اور مجری البولی مخاطی جھلیاں سب ماؤف ہوسکتی ہیں، جیسا کہ راقم الحروف نے ایک مریض مرد میں مشاہدہ کیا ۔ زبان اوپری التہاب اللسان سے ماؤف ہوتی ہے اور اسپرذفقیہ یا تماجلتی بجانے کی وجہ سے سفید چکلیاں پیدا ہو جاتی ہیں ۔ متوالی حادحملے واقع ہوتے ہیں جو جلد پر ثورانات کے اشتدادات کے ساتھ ہمزمان ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ اسی طرح کی فوجیت پیدا کردیں جیسی کہ ثنلیہ دار زبان (lingua plicata) میں ہوتی ہے ۔

854

مرضی تشریح ۔ اصلی ضرر کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں سے بالائی ابیجھی کی دررِیزش ہوجانے کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قرنی طبقہ کے عین نیچے ایک پھوڑا بنکر نیچے کی طرف زیرا فتادہ مُلیمہ کی چوٹی تک پھیل جاتا ہے ۔ انحلال اِس پھوڑے کی تجفیف سے، اور قریبی قرنی خلیوں میں اِسکے ادخال اور تسلخ سے واقع ہوتا ہے ۔ لہٰذا نسیجیاتی طور پر جواہری جلدی التہاب مسلسل کا مقابلہ صدفیہ (psoriasis) سے کیا جاسکتا ہے، لیکن آخر الذکر میں، قطع نظر اس کی قائمی شکل کے، کثیر الاشکال نواتی دررِیزش حقیقی پھوڑے نہیں بناتی ۔

بحث اسباب ۔ اِس مرض کی مقامی اور عمومی دونوں قسموں کی تحقیقات سے معلوم ہوتا ہے کہ اسکا اولی سبب نبقتا عنقیہ ذھلیہ کے ذریعہ سرایت ہے (14)۔

انذار ۔ اِس ثوران کی دونوں قسمیں حقیقتہً مزمن اور عسیر العلاج ہیں ۔ اسٹوورس (Stowers) کی اصابت میں یہ حالت پینتالیس سال تک جاری رہی اور مرتے دم تک موجود رہی ۔ اسٹرانڈبرگ (Strandberg) کے تین مریضوں میں یہ علی الترتیب ۱۴ سال ۱۲ سال، اور پانچ سال تک موجود رہی ۔ راقم الحروف کے مشاہدہ کردہ ایک مریض میں

آغاز مرض سے آخری شفایابی تک اسکی مدت نو ماہ تھی۔ ایک دوسری اصابت میں مریض بارہ سال تک نوبتی فترات کیساتھ ماؤف رہا۔ تاہم یہ خیال غلط ہے کہ یہ مرض لاعلاج ہے۔

علاج۔ راقم الحروف نے علاج کے جو طریقے کامیابی کے ساتھ استعمال کئے ہیں وہ حسب ذیل ہیں:۔ (۱) خودزاد جُدرین (جو تفرید کئے ہوئے نبقہ عفنیہ سے تیار کی ہوئی ہو) کے ذریعہ علاج، جسے مناسب بڑھتی ہوئی مقداروں میں عرصۂ دراز تک جاری رکھنا چاہئیے۔ (۲) اضرار پر خودزاد ضدقشب، اور مختلف دافع عفونت ادویہ کا مقامی استعمال جس کے ساتھ ایسے غسل بھی استعمال کئے جائیں جنہیں سائلین (cyllin) یا انسال (monsol) شامل ہو۔ (۳) کلی ماورائے بنفشی روشنی کے غسل (total ultra-violet light baths) اور حتی الامکان میدانی زندگی۔ اغلب ہے کہ جدرین کے تحت الجلد اشرابات کے بجائے دروں اُدمی اشرابات زیادہ کارگر ہوں، جیسا کہ نبقی عفنی تجربہ میں پایا جاتا ہے۔

سیلانُ الدہنی حالات اور مؤتلف حالتیں

(SEBORRHOEIC STATA AND ASSOCIATED CONDITIONS)

بحث اسباب۔ جیسا کہ پہلے اشارہ کیا گیا ہے، تین خردعضویے ایسے ہیں جو متمدن انسان کی جلد میں استقدر عام طور پر موجود رہتے ہیں کہ اُنھیں اُسکا طبعی باشندہ خیال کیا جاسکتا ہے۔ وہ یہ ہیں:۔ ملاسیز کا تخمکی بذرہ (pityrosporon of Malassez)، تقطیر کا خردعضویہ (microbacillus of acne) اور نبقۂ عنقیہ ابیض (staphylococcus albus)۔ قطعی طور پر تندرست جلد پر بعض گندہ نباتوں کی حیثیت سے موجود ہوتے ہیں، لیکن جب حالات موافق ہوتے ہیں تو یہ فاعلی بالیدگی اختیار کر لیتے ہیں اور جلد میں ایسے تعاملات پیدا کر دیتے ہیں جنکی نوعیت مسبّب عضویہ کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ جب ایسا واقع ہوتا ہے تو ان تینوں عضویوں کی فاعلی بالیدگی عموماً ہمزمان طور پر واقع ہوتی ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ ان میں سے

کوئی ایک عضویہ غلبہ حاصل کرلے۔ چنانچہ یہ نتیجہ اخذ کیا جاسکتا ہے کہ وہ حالات جو گندہ تباہیت (saprophytism) کو طفیلیت (parasitism) میں تبدیل کردیتے ہیں، ان تینوں عضویوں کے لئے حائل ہوتے ہیں۔

اس تغیر کو پیدا کرنے والا سب سے زیادہ اہم معدعامل، جلد کی وہ مرضی حالت ہے جسے سیلان الدھن (seborrhœa) کہتے ہیں، جس کا مفہوم غدد دہنیہ سے حد سے زائد اور متغیر افراز کا پیدا ہونا، اور طبقۂ قرنیہ میں چربی کے ترکیبی اجزا کا متغیر ہوجانا ہے۔ جلد کی طبعی چربی مختلف معادل شحوم سے بنتی ہے، جنکے ساتھ شحمی ترشے مخلوط ہوتے ہیں، جو ٹرائی ہائیڈراکسی الکحل گلیسرال (trihydroxy-alcohol glycerol) سے نہیں بلکہ یک جوہری الکحل کالیسٹرال (monatomic alcohol cholesterol) سے ترکیب پاتے ہیں۔ یہ کالیسٹرائی شحوم جراثیمی بالیدگی سے آسانی تحلیل نہیں ہوتیں، اور ایک مناسب واسطۂ کاشت نہیں ہیں۔ اغلب ہے کہ متذکرۂ بالا تینوں عضویوں کی فاعلی بالیدگی میں مدد ہونے والا (اور اسی وجہ سے سیلان الدہنی سرایتوں کو تقویت پہنچانے والا) اصلی عامل وہ تغیر ہے جو سیلان الدہنی کی حالت میں جلدی شحم کے افراز اور اسکی ترکیب میں واقع ہوجاتا ہے، لیکن اسکی ماسبق استعداد پیدا کرنے والے حالات پیچیدہ ہوتے ہیں۔ ان پر بالاختصار ذیل میں نظر ڈالی جاسکتی ہے۔

855

وراثت اور ماسبق استعداد۔ بہت سی اصابتوں میں سیلان الدہن اور اسکی پیچیدگیوں کے لئے بلاشبہ ایک موروثی رجحان ہوتا ہے۔ سیلان الدہنی خاندان عام ہیں، اور اسکے برعکس بعض خاندان غیر معلوم ہوتے ہیں۔ گنج (calvities) (مردوں کی نام نہاد سیلان الدہنی صلعہ: seborrhœic alopecia) میں وراثت یقیناً ایک اہم عامل ہے۔ سیلان الدہنی حالت کی ایک پیدائشی استعداد بھی ہوتی ہے، جو بعض اوقات زمانہ شیرخوارگی ہی میں شناخت کی جاسکتی ہے۔

عمر اور منزلی ارتقا۔ پیدائشی استعداد رکھنے والے شخص میں سیلان الدہنی مظاہر عمر کے لحاظ سے ایک خاص ارتقا کے تحت واقع ہوتے ہیں۔ حقیقی دودھ پپڑی (milk-crust) کو بہت سے ماہرین سیلان الدہنی رجحان کی ابتدائی ترین اظہارات

سمجھتے ہیں ۔ شیرخوار بچہ کا سر ابتدا ہی میں تخیلی بذوریہ (pityrosporon) سے سرایت زدہ ہوجاتا ہے ، جو رضیعی اکزیما (infantile eczema) کی سیلان الدہنی قسم پیدا کرسکتی ہے ۔ یہ سرایت جلد الراس کے خشک سبوسہ (dandruff) کی صورت میں زمانۂ بلوغ تک باقی رہ سکتی ہے ، جبکہ سیلان الدہنی غدد میں فعلیت کی تحریک پیدا ہوجاتی ہے جلد الراس اور چہرہ چکنے ہوجاتے ہیں اور اول الذکر کی سادہ سرایت جو تخیلی بذوریہ سے تھی نبقلا عنبیہ ابیض سے پیچیدہ ہوجاتی ہے جسکا نتیجہ نام نہاد شحمی تخیل (pityriasis steatoides) ہوتی ہے ۔ اب شعری دہنی جرابات کے اتباع میں عصبیۃ تفطیر فاعلی طور پر بڑھتا ہے اور طفولی تفطیر (juvenile acne) کے نصول اور قائحات نمودار ہوجاتے ہیں ۔ یہ پچیس سال کی یا زائد عمر تک جاری رہتا ہے اور اسکے ساتھ یا اسکے بعد اکثر سیلان الدہنی التہاب الجلد ہوتا ہے ۔ تقریباً اٹھارہ سال کی عمر میں یا اس کے بعد قمتہ الراس اور کنپٹیوں پر کے بال گرجاتے ہیں اور انکا فقدان ابتدائی ادھیڑ عمر کے بجزر (calvities) کی طرف ترقی کرتا رہتا ہے ۔ تیسرے یا چوتھے عاشورہ میں ریعان کی تفطیر کے بعد گلابیہ (rosacea) ہوجاتا ہے ، جو عورتوں میں اکثر کثرت شعر (hypertrichosis) کے ساتھ ہوتا ہے ۔ اسوقت نام نہاد سیلان الدہنی ثولولات (seborrhoeic warts) بھی پیدا ہوجاتے ہیں ، جو موت تک باقی رہتے ہیں ۔

صنفی اثر ۔ شعری دہنی نظام اور صنفی غدد کے درمیان ، نیز بالوں کی بالیدگی اور غدد دہنیہ کے درمیان گہرا تعلق ہوتا ہے ۔ رجولیت (virility) جلد الراس پر کے بالوں کا فقدان واقع کرنے کا رجحان رکھتی ہے اور وہ چہرے اور جسم پر کثرت بڑھ جاتے ہیں ۔ نسائیت (feminism) اسکے برعکس توزیع واقع کرنیکا رجحان رکھتی ہے ۔

خصیوں (eunuchs) میں بجزر (calvities) کا نمو کبھی نہیں ہوتا ، اور عورتیں سن الایاس کے زمانہ میں بالوں کے بہت فقدان میں مبتلا ہونے کا اور ابتدائی ڈاڑھی مونچھ پیدا کرلینے کا رجحان رکھتی ہیں ۔ سیلان الدہن دونوں صنفوں میں عموماً جلد الراس پر کے بالوں کے گرنے اور چہرے اور جسم پر موٹے بال پیدا ہونیکے رجحان کیتے

وابستہ ہوتا ہے ۔ عورتوں میں فوق الکلوی سلعہ (suprarenal tumour) کی اصابت میں ، مترجلیت (virilism) کی دوسری اَمارات کے علاوہ ، شعری دہنی نظام میں ایسے تغیرات نمودار ہوجاتے ہیں جو مرد سے مخصوص ہوتے ہیں ، اور داڑھی مونچھ کی بالیدگی کے ساتھ جزر (calvities) ہوتا ہے ۔

غذا اور طرزِ زندگی ۔ اگر تسلیم کرلیا جائے کہ سیلان الدہنی حالت چربی کا اور چربی پیدا کرنے والی غذاؤں کے ناقص تحول کے ساتھ وابستہ ہوتی ہے ، تو یہ ظاہر ہے کہ غذا ، یا یوں کہنا چاہئے کہ غذا اور جسمانی توانائی کے صَرف کے درمیان باہم رشتگی ایک بڑا اہم جزو عامل ہے ۔ ممکن ہے کہ ان اشخاص میں بھی جنہیں کوئی خلقی استعداد نہیں ہوتی اور جو ریحان اور ابتدائی سن بلوغ کی فاعلی میدانی زندگی بسر کرنے کی حالت میں سیلان الدہنی علامات سے مبرا رہتے ہیں ، اس وقت جبکہ وہ کھیلوں کو چھوڑ کر ایک قعودی پیشہ اختیار کرلیں اور اسیقدر یا پہلے سے بھی زیادہ خوراک کھاتے رہیں سیلان الدہنی علامات پیدا ہوجائیں ۔ سریری مشاہدات صاف طور پر ظاہر کرتے ہیں کہ غذاؤں میں کاربوہائڈریٹس ، بالخصوص گنے کی شکر (cane sugar) ، نرم نشاستہ والی غذائیں (جنہیں جراثیمی تخمیر اور شحمی ترشہ کی پیدائش کا امکان ہوتا ہے) ، بعض شحوم اور الکحل ، جبکہ انکو بکثرت استعمال کیا جائے ، سیلان الدہن اور اس کی پیچیدگیوں کو پیدا کردینے کا سب سے زیادہ رجحان رکھتے ہیں ۔ سکیبوراؤ نے اس مفید اثر پر زور دیا ہے جو کہ بعض سیلان الدہنی ثورانات ، مثلاً تنخرّی تغفیط (acne necrotica) ، گلابیہ (rosacea) پر معمولی روٹی سے قطعی پرہیز کرنے سے پیدا ہوتا ہے ، جو کھانے کے وقت (جو دوسرے لحاظ سے کافی یا حد سے زائد ہوتا ہے) اکثر میکانی طور پر کھالی جاتی ہے ۔ دوسری نرم نشاستہ آمیز غذائیں بھی ، بالخصوص جبکہ وہ دودھ کے ساتھ پکائی ہوئی ہوں ، اسیقدر مضر ہوتی ہیں ۔

شحوم کے متعلق یہ بتلادیا گیا ہے کہ دہنی افراز غیر طبعی طور پر وہی کیمیائی خصائص رکھ سکتا ہے جو داخل کردہ چربی کے ہوتے ہیں ، اور یہ دہنی غدد کی اُس قابلیت کے باعث ہے جو وہ خون کے اندر دوران کرتے ہوئے شحمی ذرات کو براہ راست ثبت

کر دینے کی رکھتے ہیں ۔ یہ بیرونی چربی ' دوسری مخزونی چربی (depot fat) کی طرح غذا کے ساتھ دئے ہوئے سوڈان سرخ (sudan-red) سے رنگین ہو جاتی ہے ' درآنحالیکہ طبعی دُہن (sebum) جو خلوی فعلیت کے ذریعہ خون کے اندر کے شحمی ترشوں سے تیار کیا جاتا ہے ' (یعنے جو ایک حقیقی افراز ہوتا ہے) ' اسطرح رنگین نہیں ہوتا لہذا غدود دہنیہ کا طبعی وظیفہ شحم آفرینی ہے ' اور اُنکی تیار کردہ چربی اپنی خاص ترکیب رکھتی ہے ۔ بعض حالات میں ' مثلاً حیوانوں میں کثرت اغتذا (hyperalimentation) کے بعد یہ غدد شحم اندوزی (adipopexy) کا وظیفہ اختیار کر لیتے ہیں ۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ خون سے براہ راست اخذ کردہ چربی کے خصائص وہی ہوں جو غذا کے طور پر داخل کردہ چربی کے ہوتے ہیں ۔ لہذا اغلب ہے کہ چربی یا چربی پیدا کرنے والی غذاؤں کے بکثرت کھانے سے ' یا چربی کی مخصوص قسموں کے ادخال سے دُہن کی ترکیب بدل جاتی ہے ۔ سؤر کی چربی ' پنیر اور چاکولیٹ تفطیر کی بعض اصابتوں میں ہمیشہ اُس ثوران کو شدید بنا دیتا ہے ۔ معلوم ہوتا ہے کہ دودھ کی چربی بھی ' جسمیں جراثیمی تحلیل کا خاص امکان ہوتا ہے ' جب حد سے زائد لیجاتی ہے تو سیلان الدہن کے رجحان کو زیادہ کر دیتی ہے ۔ الکحلی شرابوں کا اثر بھی مماثل ہوتا ہے ' جسکی وجہ کچھ تو بلاشبہ یہ ہے کہ الکحل کاربوہائڈریٹ اور چربی کو بچا رکھنے والی اور موسع العروق ہوتی ہے ' اور کچھ یہ وجہ کہ الکحلوں میں شکر موجود ہوتی ہے لیکن یہ صاف ظاہر ہے کہ غذا کے مسئلہ پر اُس ورزش کی مقدار کے لحاظ سے جو لیجاتی ہے اور طرز زندگی کے لحاظ سے غور کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو باب علاج) ۔

قطع نظر اِن حالات کے ' یہ یاد رکھنا چاہئے کہ پسینہ ' لعاب دہن ' اور آنسوؤں کے افراز کی طرح دُہن کا افراز بھی خود آئین عصبی نظام (autonomic nervous system) کے زیر اقتدار ہے ۔ سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) میں ' اور اُن دوسری اصابتوں میں جنمیں پارکنسنی علامئیہ (Parkinsonian syndrome) ظاہر ہوتا ہے ' ممکن ہے کہ دُہن کا حد سے زائد افراز ' جو سیلان الدہنی طلعت پیدا کر دیتا ہے ' جسکے ہمراہ عموماً سیلان الریق پایا جاتا ہے ' ایک نمایاں علامت ہو ' اور معلوم ہوتا ہے کہ یہ بطین سویم کے قرب و جوار کے اضرار پر منحصر ہوتا

ہے جو نبتی عصبی مرکزوں (vegetative nerve centres) کو ماؤف کرتے ہیں (15)-

سیلان الدھنی ثلاثۂ عضویات - سیلان الدہنی حالتِ جلد میں جن تین عضویات کی فاعلی بالیدگی کی استعداد پیدا کر دیتی ہے، وہ جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے حسب ذیل ہیں:- ملاسیزکا تخیلی بذوریہ عصیۂ تقطیر اور نبقاتًا عنبیہ ابیض۔ تخیلی بذوریہ کو (جسے بعض اوقات ملاسیز کا بذرہ اور غلط طور پر قشنی عصیہ بھی کہا جاتا ہے) اب عام طور پر سادہ سبوسہ (simple dandruff) یا سادہ تخیل جلد (pityriasis simplex) کا سبب تسلیم کیا جاتا ہے کیونکہ وہ اُسکے قرنی چھلکوں میں ایک فاعلی بالیدگی کی حالت میں پایا جاتا ہے۔ یہ ایک کثیر الاشکال عضویہ ہے، چنانچہ اسکی سادہ کروی یا کلہ نما اقسام عام تر اور ممیز صراحی نما اقسام کیساتھ ملی جلی دیکھی جاتی ہیں۔ یہ بتایا گیا ہے (16) کہ سادہ تخیل جلد میں یہ عضویہ طبقۂ قرنیہ کی اوپری تہوں میں بالیدگی حاصل کرتا ہوا تنہا پایا جاتا ہے، بعینہٖ اُسی طرح کہ جس طرح متلون تخیل جلد یا سعفہ (pityriasis or tinea versicolor) میں خفالی خرد بذوریہ (microsporon furfur) ہوتا ہے۔ صیکن شحمی تخیل (pityriasis steatoides) میں اور ثورانات کے اُس گروہ میں جسکو سیلان الدہنی التہاب الجلد یا اکزیما (seborrhœic dermatitis or eczema)، سیلان الدہنی ثوران (seborrhœides)، اکزیمائی ثورانات (eczematides) (Darier) وغیرہ مختلف ناموں سے یاد کیا جاتا ہے، تخیلی بذوریہ کے ساتھ ساتھ نبقاتًا عنبیہ ابیض بھی فاعلی تکاثر کی حالت میں پایا جاتا ہے۔ لہٰذا یہ قرار دیا گیا کہ یہ امراض ان دونوں عضویات کی ہم باشانہ سرایت کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ تخیلی بذوریہ کو مصنوعی اسلو پر خالص کاشت میں حاصل کرنے کی کوششیں بالعموم ناکام ثابت ہوئی ہیں، اگرچہ کہ کاررتر نے مالٹوس اگر (maltose agar) اور ایسڈ گلیسرین اگر (acid glycerine agar) استعمال کرنے کا میابی کا دعوےٰ کیا ہے۔ میکلوڈ (MacLeod) اور ڈاؤلنگ (Dowling) (17) نے اُسکی کاشتوں کے تنکری تعاملات دریافت کئے اور اُسکے ساتھ تطعیمی تجربات بھی انجام دئے۔ وہ اِس فیصلہ پر پہنچے کہ یہ عضویہ فطرات ناکامل

میں سے ہے اور بیض بذریات (oosporaceæ) کی جماعت سے تعلق رکھتا ہے، اور مانیلیا گروہ کے ساتھ قریبی رشتہ رکھتا ہے۔ کاشتوں کی تنظیم سے انھوں نے تمثیلی شکلی (figurate) سیلان الدہنی التہابِ جلد پیدا کرنے میں کامیابی حاصل کی جو ارتقا اور منظر دونوں لحاظ سے قدرتی توران سے ناقابلِ تمیز تھا۔ طبعی غیر سیلان الدہنی جلدوں پر تنظیم کرنے سے چوبیس گھنٹوں کے اندر جرابی بثور کا ایک گروہ پیدا ہوگیا، جو تقریباً دس دن تک قائم رہ کر پھر غائب ہوگئے۔ بعض سیلان الدہنی موضوعوں میں بالخصوص اُنمیں جنہیں فاعلی سیلان الدہنی التہاب الجلد موجود تھا، اس سے زیادہ حاد تعامل نمودار ہوا، اور بعض اوقات ایک وسیع شکلی حکیتی پیدا ہوگئی۔ انھوں نے یہ بھی دیکھا کہ سیلان الدہنی التہاب الجلد والے اشخاص میں اِس عضویہ کے دروں جلدی اشرابات سے مقامی اور ساسکی دونوں طرح کے تعاملات پیدا ہوجاتے ہیں۔ لہٰذا اُن کا یہ خیال ہے کہ سیلان الدہنی التہاب الجلد کا اوّلی سبب تخیلی بذوریہ ہے، اور نبقما عنبیہ ابیض محض ایک ثانوی حملہ آور ہے۔ تاہم اِس حقیقت سے انکار نہیں کیا جاسکتا کہ اس مرض میں نبقما عنبیہ ابیض ہمیشہ فاعلی بالیدگی کی حالت میں پایا جاتا ہے۔

857 عصیتہ تقطیر (یا سیلان الدہن کا خود عصیتہ) سیلان الدہنی اشخاص میں شعری دہنی جراب کے قمع یعنی بالائی ایک ثلث میں پھلتا پھولتا ہے، اور اگر جراب کے اندر سے نام نہاد سیلان الدہنی کویۓ ("saborrhœic cocoon") نچوڑ کر باہر نکال لیا جائے اور ایک شریحہ پر خوب دبا کر چپٹا کرلینے کے بعد مناسب طریقہ سے رنگ دیا جائے تو بے شمار عصیات تقطیر صریحاً فاعلی بالیدگی کی حالت میں دکھلائی دینگے۔ اس عضویے سے جرابات کی سرایت واقع ہوجانے سے بعض مقامات میں معمولی تقطیر طفولی (acne juvenilis) کے کثیر الاشکال اضرار (نصول: comedones یا کیلیں "black heads"؛ تقطیری تبور، قائحات وغیرہ) پیدا ہوسکتے ہیں۔ کیسبورا ڈ یہی رائے رکھتا ہے کہ حقیقی تقطیری قائحہ عصیتہ تقطیر کے باعث ہی ہوتا ہے، نہ کہ نبقما عنبیہ ابیض کے ثانوی حملہ کی وجہ سے، اگرچہ تقطیر میں نبقی ضمنی اضرار موجود ہوسکتے ہیں اور اکثر موجود ہوتے ہیں۔ حال ہی میں اِس رائے کی تصدیق اس تحقیقات سے ہوگئی ہے جو عمولی

تفطیر (acne vulgaris) میں نبقات عنبیہ کے متعلق کی گئی ہے (18)۔
نبقۂ عنبیہ ابیض کے خصائص اور حیثیت کے متعلق پہلے تذکرہ کیا گیا ہے (صفحہ 841)۔

یاد رکھنا چاہئے کہ ان تین عضویوں میں سے ہر ایک عضویہ جلد میں اپنا نجی تحیز یا انتخابی مقام رکھتا ہے، اور ہر ایک جب فاعل بالیدگی اختیار کرتا ہے تو اپنے حملے کے مقابلہ میں ایک خاص قسم کی خلوی استجابت کو برانگیختہ کرتا ہے۔ چنانچہ تخیلی بذوریہ، ایک قوبائی فطر مثلاً خرد بذوریہ نخالی کی طرح، طبقہ قرنیہ کی تہوں کے درمیان بڑھتا اور یہ طبقہ جیش پرورده ہو کر مرئی گالوں یا فوفوں کی صورت میں اتر جاتا ہے (سبوسہ: "dandruff" یا بفا: "scurf") اور اسمیں شک نہیں کہ اس قسم کا تسلخ اس طفیلیہ کو خارج کر دینے کی کوشش ہے۔ جلد الراس اور دوسرے بالدار حصول پر ممکن ہے کہ تخیلی بذوریہ دوسرے قوبائی فطرات کی طرح، جلد حقیقی میں التہابی مجیبیت بہت کم پیدا کرے یا بالکل نہ پیدا کرے، لیکن بے بال جلد پر یہ بذوریہ اور قوبائی فطر دونوں التہاب کے واضح سریری اور نسیجیاتی امارات برانگیختہ کر دیتے ہیں۔ شعری دہنی جرابات کے قمعی حصے میں عصیۂ تفطیر لاکھوں کی تعداد میں پھلتا اور پھولتا رہتا ہے اور ممکن ہے کہ وہاں تخیلی بذوریہ کی طرح غیر التہابی اور التہابی دونوں قسم کا حفاظتی تعامل (یعنی نصلہ comedo: اور تفطیری قائحہ) پیدا کر دے۔ نصلہ (comedo) کو ایک ایسا ڈوریہ سمجھنا چاہئے، جو قرنی خلیوں سے بنتا ہے، اور تفطیری عصیوں کے تودہ کو ایک جسم غریب کی طرح ملفوف کر لینے کی غرض سے ہوتا ہے۔ حقیقی تفطیری قائحہ اس عصیہ کے مقابلہ کے لئے ایک التہابی حفاظتی تعامل ہے، اگرچہ عام طور پر اسے نبقۂ عنبیہ ابیض کی ثانوی سرایت کا نتیجہ سمجھا جاتا ہے۔ سبوراڈ نے صاف طور پر بتلا دیا ہے کہ اس کا سبب تنہا عصیۂ تفطیر ہی ہے۔ وہ یہ بھی بتلاتا ہے کہ اس حالت میں سپید خلیوں کا تعامل نبقی عنبی سرایت کی حالت کے نسبت کثیف تر ہو کر گاڑھی عنبی پیپ پیدا کرتا ہے، جو آخر الذکر سرایت کی سیتال بالائی نا "ستودہ ریم" ("laudable pus") کی طرح نہیں ہوتی۔ نبقات عنبیہ کا انتخابی مقام شعری دہنی جراب کا دہنہ ہوتا ہے، اور نبقی عنبی سرایت کا طبعی حفاظتی تعامل کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی مہاجرت ہے۔

علامات - جلدی - ایک کامل صحت رکھنے والا شخص جو ورزشوں اور کھیلوں کا عادی ہو اور میدانی زندگی بسر کرتا ہو، اُسکی جلد چکنی، لچیلی اور صاف ہوتی ہے - اُسکا طبقۂ قرنی پتلا اور نیم شفاف ہوتا ہے، اور غیر مرئی کھالوں کی صورت میں اُترتا رہتا ہے، اُسکے شعری دُہنی دہنے بمشکل نظر آتے ہیں، اور دُہن اور پسینہ غیر محسوس ہوتا ہے (باستثناء اُسوقت کے جبکہ گرمی یا تیز دھوپ ہو یا ورزش کے بعد)۔ اُسکے بال چکنے اور چمکیلے ہوتے ہیں نہ کہ چربیلے، اور جلد میں فاعلی جراثیمی بالیدگی کے کوئی علامات نہیں ہوتے۔

اِسکے برعکس، سیلان الدہنی شخص میں جلد بحیثیت مجموعی موٹی، کرخت اور میلی نظر آتی ہے، بالخصوص سیاہ فام اشخاص میں - قرنی طبقہ غیر مناسب طور پر بنا ہوا اور بیش پروردہ ہوتا ہے - شعری دُہنی دہنے کلانی یافتہ اور فراخ ہوتے ہیں اور اُن سے یا تو روغنی دُہن کے مرئی قُطیرات کا ارتشاح ہوتا ہے، یا وہ کیڑے ڈالوں (نام نہاد سیلان الدہنی کوئیں (seborrhœic cocoons: سے بھرے ہوئے ہوتے ہیں، جن میں بیشمار تغطیری عصیات موجود ہوتے ہیں - اکثر بعض مقامات میں مرئی کثرت عرق (hyperidrosis) ہوتی ہے - جلد الراس بلوغ کے بعد چربیلی ہوتی ہے اور چپکنے سبوسہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جسمیں بکثرت تخیلی بذورے اور نبقاتِ علبیہ ابیض موجود ہوتے ہیں، اور بال نم اور بیجان سے ہوتے ہیں - اِس تصویر میں ساری پیچیدگیوں (نصول comedones: ' قائحات، اور تغطیری گرکوں، سیلان الدہنی التہاب الجلد کے مختلف اقسام، سطحی قائحات جو نبقاتِ علبیہ ابیض کی وجہ سے ہوتے ہیں، انجیریہ کے عمیق تر جرابی التہاب اور نبقاتِ علبیہ ذہلیہ کی وجہ سے پیدا ہونے والے دنبلوں) کا اضافہ کرنا چاہئے - ادھیڑ عمر میں گلابیہ (rosacea) عام ہوتا ہے، جو جلد یا دیر سے سرخ رقبہ میں سیلان الدہنی عضویوں سے مستزاد سرایت ہونے کے باعث پیچیدہ ہوجاتا ہے - لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ سرسری طور پر سیلان الدہنی اشخاص کی دو قسمیں شناخت کی جاسکتی ہیں - ایک وہ قسم جو عموماً گورے رنگ کی ہوتی ہے - یہ سرخ، تنومند، تیز و چست، اور آخری عمر میں اکثر کثیر الدم ہوتی

858

ہے ۔ دوسری وہ جو عموماً سیاہ فام، شحوبی، موٹی جلد رکھنے والی، ملتون اور سست ہوتی ہے ۔ آخرالذکر میں اکثر بچپن میں غدد، ہڈیوں یا بار یطون کے تدرن کی سرگزشت پائی جاتی ہے، اور بہت سوں کو بالغ عمر میں سل ریوی کی شکایت ہوجاتی ہے ۔ ان ہی اشخاص میں تفطیر کی عمیق گریکی قسم نہایت عام طور پر دیکھی جاتی ہے، جسکے ساتھ عمیق اور اکثر جلبی انداب ہوتا ہے ۔

مخاطی جھلیاں سیلان الدہن اشخاص کی پہلی قسم میں لبوں کے کنگرفی کنارے عموماً شوخ سرخ رنگ کے ہوتے ہیں اور انپر ایک زردائی مائل رنگ کی سطحی پپڑی جمی ہوئی ہوتی ہے ۔ زبان سخت اور سرخ ہوتی ہے اور اسکے حلیمات ابھرے ہوئے ہوتے ہیں ۔ التہاب لثہ عام ہوتا ہے اور یہ بلاشبہ سرایت کی ویسی ہی ادنیٰ مدافعت کو ظاہر کرتا ہے جو کہ جلد کا ممیز خاصہ ہوتی ہے اور سیلان الدہنی حالت کا آغاز جسقدر جلد ہوتا ہے یہ التہاب اسیقدر جلد واقع ہوتا ہے ۔ سیلان الدہنی اشخاص کی دوسری قسم میں لب شاحب یا نیلگوں ہوتے ہیں، زبان شاحب اور دندانہ دار ہوتی ہے اور اسکے حلیمات بمشکل نظر آسکتے ہیں ۔ التہاب لثہ کے ساتھ اکثر بوسیدگیٔ دندان کا نمایاں رجحان موجود ہوتا ہے ۔

سیلان الدہنی حالت کی شدید اصابتوں میں مزمن انفی بلعومی نازلت تقریباً ہمیشہ موجود ہوتی ہے اور اسمیں بار بار اشتدادات ہوتے رہتے ہیں ۔ دوران جنگ میں فرانس میں جو مریض پائے گئے انمیں یہ ایک نمایاں علامت تھی ۔ مزمن سیلان الدہنی اشخاص میں، جنمیں اسکے علامات زمانۂ طفلی سے موجود تھے، یہ نازلت عموماً طلعت غدودہ اور لمف آساباف کی نمایاں بیش پرورش کے ہمراہ پائی جاتی ہے ۔ اسکے برعکس ممکن ہے کہ ان اشخاص میں، جو ادھیڑ عمر میں تھوڑی زندگی اختیار کرلینے کی وجہ سے سیلان الدہنی ہوجاتے ہیں، یہ جلد کی سرایت کے ساتھ ساتھ ایک بالکل نئی علامت کے طور پر پیدا ہوجائے ۔

نظام ہضم ۔ حقیقی ریحیت جو بلع الہوا سے بالکل جدا ہوتی ہے، ایک عام علامت ہوتی ہے، جسکی وجہ بظاہر کاربو ہائیڈریٹ کی تخمیر ہے، کیونکہ وہ خوراک سے نرم کاربو ہائیڈریٹ غذا کو خارج کردینے پر عموماً رفع ہوجاتی ہے ۔

سیلان الدہنی حالت میں بول کا مطالعہ متعدد مشاہدین نے کیا ہے - بالعموم قلویات کا تحمل نمایاں طور پر زیادہ ہوجاتا ہے - اسکا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ بول کو قلوی بنانے کے لئے قلی کی بہت بڑی معتادوں کی ضرورت ہوسکتی ہے - بعض اصابتوں میں، بالعموم اُنمیں جو زیادہ طویل عرصہ کی ہوں امونیائی نسبت (amonia-ratio) اور ترشئی نسبت (acid-ratio) بلند ہوجاتی ہے - سیلان الدہنی حالت میں بول کے ارتکاز ہائڈروجن آیون (hydrogen ion concentration) کے متعلق مشاہدات سے ظاہر ہوا ہے کہ طبعی عیاری اشخاص میں (جنمیں سے سیلان الدہنی اشخاص کو احتیاط کے ساتھ علحدہ کردیا گیا تھا) pH قدر ۴ء۵ سے لیکر ۷ء۰ تک مختلف تھی لیکن اُن مریضوں میں جنمیں سیلان الدہنی ظواہر موجود تھے یہ قدر ۵ء۵ سے لیکر ۸ء۰ تک مختلف پائی گئی - اِن اصابتوں میں pH قدر کو طبعی درجہ تک واپس لانے کے لئے قلویات کی کافی مقدار استعمال کرنے سے نمایاں فائدہ حاصل ہوتا ہے - ایک دلچسپ نکتہ یہ ہے کہ ممکن ہے کہ ایک مریض کا بول (حتیٰ کہ اُس مریض تک کا جسمیں سیلان الدہنی ظواہر موجود ہوں) خفیف سا ترشئی یا بلکہ معادل پایا جائے لیکن یہ کہ جب قلی استعمال کی جاتی ہے تو اُسکے قلوی ہوجانے سے پہلے اُسکی ترشگی ایک خاص نقطہ تک بتدریج زیادہ ہوتی رہتی ہے -

علاج - سیلان الدہنی مریضوں کا علاج قدرتی طور پر ہر انفرادی اصابت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے، لیکن یہاں بعض عام اصول کا خاکہ پیش کیا جاسکتا ہے - غذا کی تنظیم آب و ہوا کے حالات اور جو جسمانی ورزش لیجاتی ہے اُسکی مقدار کے لحاظ سے کرنا چاہئے - نشاستہ دار غذاؤں کو ایسی شکل میں لینا چاہئے جسمیں کامل طور پر چبانے کی ضرورت ہو - اور معمولی سپید روٹی، دودھ کی پڈنگ، اور دوسری نرم نشاستئی اغذیہ سے پرہیز کرنا چاہئے - مرتکز مٹھائیاں، بالخصوص گنے کی شکر اور چاکولیٹ (chocolate)، سؤر کی چربی، دودھ کی چربی کی زیادتی، الکحلی شرابیں، اور بعض اصابتوں میں پنیر، یہ سب عموماً سیلان الدہنی حالتوں کو زیادہ کردیتے ہیں، بالخصوص اُن اشخاص میں جو قعودی زندگی بسر کررہے ہوں خاص خوراک ایسی ہونی چاہئے جسمیں کچے اور پکائے ہوئے پھل اور سبزیاں ہوں گوشت مچھلی، انڈوں، دودھ اور مکھن کی معتدل مقدار ہو، اور ساتھ ہی خستہ نشاستئی

اغذیہ ہوں ۔

لباس اور ورزش ۔ لباس کی حد سے زائد زیادتی غالباً ایک اہم عامل ہے جس سے سیلان الدہنی حالت کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے کیونکہ اس سے جلد کو اسکا وہ قدرتی تہیج نہیں پہنچنے پاتا جو ٹھنڈی ہوا سے حاصل ہوتا ہے اور جو دمتی سرگردی مشارکی نظام کو فعل میں لاتا ہے ۔ لباس کی زیادتی بلاشبہ سیلان الدہنی عضویوں کی بالیدگی میں بھی ممد ہوتی ہے سیلان الدہنی جلدوں پر کھلی ہوائی اور آفتابی غسلوں کا اثر نہایت حیرتناک ہوتا ہے ۔ مریض کو بتدریج ہلکے مسامدار لباس کا عادی بننے کی تربیت دینی چاہئے اور اگر ممکن ہو تو اُسے دوڑنے کے لباس میں باقاعدگی کے ساتھ زوردار میدانی ورزش کرنا چاہئے ۔

غسل ۔ روزانہ گرم غسل اور اسکے بعد سرد نطول مناسب ہے ۔ اور شدید اصابتوں میں سوتے وقت کبریتی غسلوں کی فہائش کرنی چاہئے ۔ ابتداءً یہ ہر روز رات کے وقت ہوں اور ازاں بعد ہفتے میں دو بار ۔ جب اسپائی علاج Spa) (treatment میسر ہو تو تبادل گرم اور سرد نطول (اسکاچ نطول "Scotch douche") نہایت نفع بخش ہوتا ہے ۔

قلویات ۔ جن اشخاص میں بولی ترشگی زیادہ ہو گئی ہو اُنھیں قلوی ملح منتجات کا ایک ابتدائی نصاب دینا چاہئے ' اور ازاں بعد ایک مقررہ معمول کے طور پر علی الصباح قلی کی ایک منفرد معتاد پانی کے ایک بڑے گلاس میں لینا چاہئے ۔

سادہ تنخیل

(pityriasis simplex)

" تنخیل " کی اصطلاح کا اطلاق بدقسمتی سے جلد کے کئی جداگانہ عوارض پر کیا گیا ہے ۔ یہ ایک لفظ سے ماخوذ ہے جسکے معنی بھوسی کے ہیں اور اس سے محض چھلکوں کی موجودگی مراد ہے ۔ متلون تنخیل جلد (pityriasis versicolor) قرنی طبقہ کی سرایت سے پیدا ہو جاتی ہے جو ایک فطر ' غشائی خسر دفعہ وردیہ

(pityriasis تخفیل) microsporan furfur) کے ذریعہ واقع ہوتی ہے گلابی تخفیل (rosea) ایک نوعی مرض ہے جو ایک ایسے عضویے کی سرایت سے پیدا ہوجاتا ہے جو ابتک نامعلوم ہے۔ سرخ تخفیل الشعر (P. rubra pilaris) بھی ایک نوعی ذات ہے جو نامعلوم السبب ہے۔ اور سرخ تخفیل (P. rubra) ایک احمرار الجلد (erythrodermia) ہے۔

سادہ تخفیل (pityriasis simplex) قرنی طبقہ کا ایک غیر التہابی تقشری عارضہ ہے، جسے عام طور پر سبوسہ (dandruff) یا بفا (scurf) کہتے ہیں۔ سادہ شکل میں یہ خاصکر بالذاخطوں اور بالخصوص جلد الراس کو ماؤف کرتی ہے (راسی تخفیل = P. capitis)، لیکن جیسا کہ اشارہ کیا جا چکا ہے اسکا مسبب عضویہ نبفات جنیہ کے ساتھ مگر اُس التہابی حالت کو پیدا کرنے میں حصہ لیتا ہے جو سیلان الدہنی التہاب الجلد (seborrhoeic dermatitis) (ہیچلامہ تخفیل = P. circinata) کے نام سے مشہور ہے۔ اِس عارضہ کے ابتدائی ترین درجے نوعمر بچوں میں دیکھے جاتے ہیں، جنکی جلد الراس پر، عموماً قمتہ الراس پر، شعری جرابات کے گرد چھوٹی چھوٹی خشک بفائی چھلکیوں کی صورت میں شروع ہوتا ہے۔ بتدریج یہ گول چھلکے دار رقبوں کی صورت میں (جو قوبا یعنے داد سے غیر مشابہ نہیں ہوتے) پھیلتا رہتا ہے، یہانتک کہ یہ منتشر ہوجاتا ہے۔ تقریباً عمر بلوغ سے لیکر آگے کو، جبکہ ساتھ سیلان الدہن کی موجودگی کا امکان ہوتا ہے، یہ چھلکے چربیلے ہوجاتے ہیں۔

یہ حالت تخفیلی بذریعہ سے (جو پہلے بیان کیا گیا ہے) قرنی طبقہ کی سرایت کے باعث پیدا ہوجاتی ہے۔ اِسمیں کوئی شک نہیں کہ اِس عضویہ سے پیدا ہونیوالی سرایت بلا واسطہ اور بالواسطہ تماس کے ذریعہ پھیلتی ہے۔ جب یہ اُن چھوٹے بچوں میں واقع ہو جنمیں جلد الراس کی سادہ تخفیل "رضیعی اکزیما" (infantile eczema) کی یکشکل کا نقطۂ آغاز ہوسکتی ہے، تو ماں یا دایہ کی جلد الراس کے امتحان سے عموماً ایک بھاری سرایت ظاہر ہوگی، اور بلاشبہ بالوں کے برشوں کا بلا امتیاز مبادلہ بالواسطہ انتشار کا ایک قوی سبب ہوتا ہے۔

علاج ۔ چونکہ صرف مقامی تدابیر سے اِس سرایت کا استیصال نہایت مشکل ہے، لہٰذا سیلان الدہنی حالت کا عمومی علاج (جو ملاحظہ ہو) کرنا چاہیئے ۔جلد الراس کو بار بار دھونا چاہیئے، عورتوں میں ہفتہ میں ایک بار، اور مردوں میں دو بار یا اِس سے بھی زیادہ مرتبہ ۔ علاج کے آغاز میں صابن دار روح شراب (soap spirit) (spiritus saponatus B. P. C.) یا اتیری صابن (ether soap) استعمال کیا جاسکتا ہے، لیکن انکو زیادہ عرصہ تک نہیں جاری رکھنا چاہیئے بعض محفوظ الحقوق دواوں (proprietary shampoos) جنہیں بازار موجود ہوتا ہے، باقاعدہ استعمال کے لئے بہترین اور خوشگوار ترین چیزیں ہیں ۔ خفیف اصابتوں میں ایک شعری غسول کا روزانہ کامل استعمال کافی ہوتا ہے، مثلاً نسخۂ ذیل :۔ ریسارسن (resorcin) آیسڈ سیلی سلک (acidi salicylici) دونوں دس دس گرین ہیڈرارج پرکلورائڈ (hydrarg. perchloridi) ½ گرین، روغن کوبینڈ ۲ قطرے (روغن بیدانجیر کافی مقدار میں)، ایسیٹونی (acetoni) ایک ڈرام، اسپرٹ وائنی میتھ انڈسٹ (spirit vini meth. indust) اِسقدر کہ کل مقدار ایک اونس ہوجائے ۔ جن اشخاص کے بال بھورے یا اُجلے ہوں اُنہیں ریسارسن کو حذف کردینا چاہیئے ۔ اِس غسول کو ایک پاشندہ کاک (sprinkler-cork) میں سے ہلا ہلا کر جلد الراس پر چھڑکنا چاہیئے، پھر خوب بُرش پھیر کر اُسے اندر داخل ہونے دینا چاہیئے ۔ یا اُسے ایک ہیرقشہ کے ذریعہ لگاسکتے ہیں ۔ شدید اصابتوں میں، بالخصوص جبکہ سیلان الدہن زیادہ ہو، اسکے علاوہ کسی پومیڈ (pomade) کا استعمال بھی ضروری ہے ۔ مثلاً نسخۂ ذیل :۔ سلفر پرلسیپ (sulphur præcip.) اور آیسڈی سیلی سلیسی ہر دو میں بیس بیس گرین (acidi salicylici, ãã, gr. xx)، ویسلین البا دو ڈرام (vaselin alb. dm ii) آئل کوکوئس نیوسیفیری (ol. cocois nuciferæ) اِسقدر کہ کل مقدار ایک اونس ہوجائے، خوشبو کافی مقدار میں ۔ اِسے جلد الراس پر تدلک (shampooing) سے اگلی راتوں میں خوب ملنا چاہیئے، اور مندرجۂ بالا غسول کو (پرکلورائڈ آف مرکیوری کے بغیر) روزانہ استعمال کرنا چاہیئے ۔ اِس امر پر جسقدر زور دیا جائے کم ہے کہ یہ عامیانہ خیال کہ جلد الراس کو صرف کبھی کبھی دھونا چاہیئے غلط ہے ۔ دراصل یہی خیال بہوسہ

کے پھیلنے کا بڑی حد تک سبب ہے۔ بشرطیکہ قوی قلوی اسپرٹ دار دلوکات (spirituous shampoos) (جن سے بال بھربھرے اور خستہ ہوجاتے ہیں)، اور عورتوں میں خضاب اور تجعید کے مضر فعل کے ساتھ مکروہ حالت پیدا کر دیتے ہیں جو گرہ دار تقصف الشعر (trichorrexis nodosa) کے نام سے مشہور ہے۔ استعمال نہ کئے جائیں، سر کو جتنی بار چاہیں دھو سکتے ہیں۔

نصلہ

(comedo)

(کیل: blackhead)

نصلہ معمولی تغطیر (جو ملاحظہ ہو) کے افرازیں سے ایک فرد ہے۔ یہ ایک چھوٹا، قرنی کویہ نما تودہ ہے جو شعری ذہنی جراب کے منہ میں مدفون ہوتا ہے، اور قرنی خلیوں کے ہم مرکز غلافوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو ایک قاسم دار کہفہ کو محصور کرتے ہیں، جسکے اندر عصبیۃ تغطیر کے تودے، مغلظ ذہن، اور ایک، مردہ زغب (lanugo hair) کے فوصل موجود ہوتے ہیں۔ نصلہ کی چوٹی سیاہ، بھورے یا سیاہ رنگ کی ہوتی ہے، جسکے ہوئے میل کی وجہ سے نہیں، بلکہ قرنین (keratin) کے کسی الٹرامیرین (ultra-marine) کے کسی کی وجہ سے۔ نصلہ کا زیریں حصہ زرد رنگ کا ہوتا ہے۔ بعض اوقات "دوہرے" یا "متعدد نصلات" دیکھنے میں آتے ہیں، یعنے دو یا زائد قریبی طور پر مترتب شدہ نصلات جو قاعدہ کے مقام پر باہم مربوط ہوتے ہیں۔

نصلہ ایک احتباسی دویرہ ہے، اور جراب کے منہ پر جس قرنیت واقع ہوجانے کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ جس قرنیت بلا شبہ اُن بیشمار تغطیری عصبیات کی میکانی یا سمی خراش کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے جو قمع میں بڑھتے رہتے ہیں۔ لہٰذا عصبیۃ تغطیر کو نصلہ کا سبب سمجھنا چاہئے، اور حقیقی نصلات کی تکوین کا اصلی معتدعامل سیلان الدہن ہے، جو اس عصبیہ کی فاعلی بالیدگی میں مدد ہوتا ہے۔

لیکن معمولی تغطیہ کے نصلات کے علاوہ، مختلف بیرونی خراش آور عاملات بھی نصلی تکوین پیدا کر سکتے ہیں، جسکے بعد قائحات کا نمو ہوسکتا ہے۔ انمیں سب سے

زیادہ عام کافور آمیز روغن (camphorated oil) ہے، جو اُن شیر خواروں اور بچوں کا نام نہاد گروہ بند نصلہ ("grouped comedo") پیدا کر دیتا ہے جنکے سینوں پر شعبی التہاب کی وجہ سے زور سے مالش کی گئی ہو۔ کافور آمیز روغن سے پیدا شدہ تفطیر میں تقیح شدید ہو سکتا ہے، جس سے وسیع اِنداب پیدا ہو جانا ممکن ہے۔ مروخ تارپین (turpentine liniment) بھی بعض اوقات یہی حالت پیدا کر دیتا ہے، اور بالخصوص مختلف قسم کے تار، بالخصوص روغن کیڈ (oil of cade)، اور کلورین کے بخارات علی الترتیب سبب مرض ہو سکتے ہیں ("تاری تفطیر" = "tar acne"، "کلورینی تفطیر" = "chlor-acne")۔

نصلہ کا علاج معمولی تفطیر کے تحت درج ہے۔

معمولی تفطیر

(acne vulgaris)

اَیکنی (تفطیر) کی اصطلاح (لِٹری Littre: کی روایت ہے کہ ایک نقل نویس نے "اَیکون" کے لفظ کو جسکے معنے ایک نقطے کے ہیں ایکنی میں بدل دیا) کا اطلاق، اُس زمانہ سے جبکہ وِلَن (Willan) اور بیٹمن (Bateman) نے اسے پہلے شروع کیا، متعدد جداگانہ ثورانات پر کیا گیا ہے جنہیں شعری دہنی جرابات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اب اِسکا استعمال نسبۃً کم وسیع طور پر کیا جاتا ہے، اور تسنخری یا جُدری الشکل تفطیر (acne necrotica seu varioliformis) سے قطع نظر، اب اِسے عموماً معمولی تفطیر (acne vulgaris) (کثیر الاشکال یا طفولی تفطیر polymorphic or juvenile acne) کے لئے محفوظ کر لیا گیا ہے۔

"کثیر الاشکال" کا لقب یہ ظاہر کرتا ہے کہ یہ کوئی ایک مخصوص اور ممیز ضرر نہیں ہے بلکہ زیادہ تر متعدد مختلف الاشکال ثورانی عناصر ہوتے ہیں، جنہیں سے بعض کا غلبہ ایک اصابت میں ہوتا ہے تو دوسروں کا غلبہ دوسری اصابت میں۔ تفطیر کے نمو میں اصلی اور ضروری مقدمہ عامل سیلان الدہن ہے، اور ابتدائی ترین ضرر عموماً نصلہ (comedo) ہوتا ہے (جو ملاحظہ ہو)۔ یہ نصلہ ایک احتباسی ذُوَیرہ

ہوتا ہے، جسکے بننے کی تحریک شعری دہنی جراب کے اندر عصیتہ تفطیر (acne bacillus) کی فاعلی بالیدگی سے ہوجاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں کثیر التعداد نصلات تنہا موجود ہوتے ہیں (مُنَقّط تفطیر = acne punctata)۔ دوسری اصابتوں میں سادہ نصلات کے ساتھ ملے جلے سرخی مائل رنگ کے بثور موجود ہوتے ہیں جو عموماً نصلات کے گرد بنجاتے ہیں (بثوری تفطیر = acne papulosa)۔ اور دوسری اصابتوں میں سرایت زیادہ حاد ہوتی ہے، بثور چمکدار سرخ رنگ کے اور نکیلے ہوتے ہیں اُنکی چوٹیوں پر تقیح واقع ہوتا ہے، اور جو پیپ پیدا ہوتی ہے وہ یا تو مرتشح ہوجاتی ہے یا خشک ہوکر پپڑیاں بنا دیتی ہے، جسکے نیچے بشرہ کا کش ہوجاتا ہے، اور ایک چھوٹا سا ندبہ باقی رہ جاتا ہے (قابحی تفطیر = acne pustulosa)۔ زیادہ شدید اصابتوں میں بڑی بڑی، متصلب، عمیق المقام گرہیں دیکھی جاتی ہیں، جنمیں سے بعض آہستہ آہستہ عسیر الاندمال قائحات میں مبدل ہوجاتی ہیں، جسکے اندر سے پیپ کی کچھ مقدار خارج کی جاسکتی ہے، اور جسکے مندمل ہونے کے بعد بڑی جسامت کے اور گہرے ندبات باقی رہ جاتے ہیں (متصلب تفطیر = acne indurata)۔ بعض اوقات نیلگوں سرخ، تموّجی پھوڑے بنجاتے ہیں، جو ممکن ہے کہ زیر آدمہ کو ماؤف کردیں۔ نام نہاد "مسکہ دار ڈوبرے" ("butyric cysts") بڑے بڑے نصلات کے انحطاط پذیر ہونے سے پیدا ہوجاتے ہیں، اور انمیں ایک نیم سیّال جبنی مادہ موجود ہوتا ہے، جسمیں ایک خاص قسم کی متلی لانے والی بُو ہوتی ہے۔ زیادہ شاذ صورتوں میں مخاط آسا ڈوبرے دیکھے جاتے ہیں، جو عرصۂ دراز سے مسدود شدہ دہنی غدد کے ڈوبری انحطاط کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں۔

861

جیسا کہ بتلایا گیا ہے یہ مختلف الاقسام اضرار ایک ہی مریض میں ایک ساتھ موجود رہ سکتے ہیں، اور چند نصلات اور گاہ بگاہ بثوری قائحات سے لیکر متصلب تفطیر تک (جسمیں بڑی بڑی اور دردناک گرہیں اور پھوڑے اور وسیع گہرا اندباب ہوتا ہے) سب درجوں کی شدت پائی جاتی ہے۔ تفطیر کی توزیع کم و بیش مستقل ہوتی ہے، اور یہ توران تقریباً ہمیشہ صرف چہرے اور پشت پر، اور نسبتہً کم عام طور پر سینے کے سامنے اور دالیہ عضلات پر واقع ہوتا ہے۔ پشت پر یہ بالخصوص کتفی خطوں کو

ماؤف کرتا ہے، اور کمر کے خط سے نیچے صرف شاذ صورتوں میں جاتا ہے۔

بحث اسباب ۔ وہ مختلف اضرار جو سب کو معمولی تنفطیر بناتے ہیں، تقریباً ہمیشہ صرف سیلان الدہنی اشخاص ہی میں واقع ہوتے ہیں، جنکی دہنی جرابا کے اندر عصیتہ تنفطیر بکثرت بڑھتا ہے۔ یہ مرض عموماً پہلے عمر بلوغ کے قریب قریب رونما ہوتا ہے، جبکہ دہنی غدد کے نمو اور فعالیت میں بڑی زیادتی پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن یہ خفیف شکل میں بلوغ سے کئی سال پہلے بھی واقع ہو سکتا ہے۔ عموماً یہ سولہ اور پچیس سال کی عمروں کے درمیان اپنی انتہائی شدت کو پہنچ جاتا ہے، اور پھر زوال پذیر ہونے کا رجحان رکھتا ہے، اور اسکے بعد سیلان الدہنی حالت کے دوسرے ظواہر، مثلاً گرد (calvities)، دمیلیت (furunculosis)، انجیتز (sycosis)، اور سیلان الدہنی التہاب الجلد، رونما ہوتے ہیں۔ لیکن بعض اصابتوں میں یہ دیر تک ادھیڑ عمر میں باقی رہ سکتا ہے، اور بوڑھوں تک میں نصلات اور بثوری قاتئی تنفطیر کا پایا جانا کسی طرح غیر عام نہیں۔ صنفی پختگی کے اثر کے علاوہ، تنفطیر کے اسباب متعددہ وہا ہیں جو سیلان الدہنی حالت کے ہوتے ہیں، اور خاص اہمیت امور ذیل کو حاصل ہے:- نامناسب خوراک، اور سب سے بڑھکر میٹھی اور نشاستہ دار غذائیں اور چربی کی بعض قسمیں (جیساکہ کینیتھ ولس Kenneth Wills: نے زور دیکر بتلایا ہے، سئور کی چربی بالخصوص مضر ہے)، تازہ ہوا، دھوپ کی روشنی اور ورزش کی کمی، اور مزمن قبض جسکے ساتھ معوی تسمم الدم ہو۔ اس مرض کی سب سے زیادہ خراب مثالیں عموماً خنازیری قسم کی موٹی جلد والے اشخاص میں دیکھی جاتی ہیں جنمیں معوی ذاتی تسمم (intestinal autointoxication) کے علامات و امارات موجود ہوں۔ ایسے مریضوں میں سے بہت سے غدد، بار ریطون، ہڈیوں اور جوڑوں کے تدرن میں مبتلا رہ چکے ہوتے ہیں، اور گہرے دملوں کے وقوع کا سب سے زیادہ امکان ان ہی میں ہوتا ہے۔

علاج ۔ داخلی ۔ معمولی تنفطیر کے داخلی علاج کا انحصار ہر مریض کی انفرادی علامات پر ہونا چاہئے۔ مثلاً بعض اصابتوں میں نقص الدم، کم نمک ترشگی (hypochlorhydria)، مزمن قبض، اور بول میں انڈیکن (indican) کی زیادتی

ہوتی ہے۔ چنانچہ انکے لئے صبح کے وقت مالح ملینات، لوہا اور صبر شامل رکھنے والی جوب، اور کھانے کے بعد مرقق ہائڈروکلورک ایسڈ بیس تا چالیس قطروں کی مقادیر میں ضروری ہیں۔ اسکے برعکس پرخون اشخاص میں ایک قلوی آمیزہ (جسمیں سوڈیم بائی کاربونیٹ، پوٹاسیم سائٹریٹ، اور میگنیشیا شامل ہو) کھانے سے پہلے لیا جانے تو اکثر نفع بخش ہوتا ہے۔ خوراک کے متعلق یہی کہ کاربوہائڈریٹ اور چربی کی مقدار کو محدود کرنا ضروری ہوتا ہے، اور مٹھائیاں، کیک، پیسٹری، پڈنگ، جام اور مارمالیڈ (marmalade)، سور کی چربی، چاکولیٹ، اور پنیر کو بالکل ممنوع قرار دینا چاہیئے۔ تازہ پھل اور سبز ترکاریاں بکثرت اور بے چربی کا گوشت، مچھلی، مرغی، اور بطخ وغیرہ استعمال کرنی چاہئیں۔ چائے اور کافی کی زیادتی سے بھی پرہیز لازم ہے، اور اگرچہ بیر اور اسٹاؤٹ (beer & stout) اعتدال کے ساتھ غالباً مفید ہیں، شراب انگوری (wines) اور روح شراب (spirits) یقیناً نقصان کرتی ہے۔ جدرینی علاج (vaccine therapy) تقطیر میں اسقدر کامیاب نہیں جسقدر کہ دمیلیت میں، لیکن فائی قسم میں مفید ہوسکتا ہے۔ لہن کی فعال تجہیز، کیلسیم سلفائڈ ایک گرین، دن میں تین بار بعد غذا، یا کالوسال سلفر (collosol sulphur) دو ڈرام، دن میں تین بار، بعد غذا، بغیر پانی کے، قابل آزمائش ہیں۔ بعض اصابتوں میں جنمیں جلد بطیئ الفعل اور جیلی دوران خون کمزور ہو، درقیہ (thyroid) نہایت درجہ مفید ہوتا ہے، اور بے قاعدہ یا قلیل طمث والی عورتوں میں ایک فعال بیضی تجہیز آزمانی چاہیئے۔

مقامی۔ معمولی تقطیر کے مقامی علاج کا مقصد یہ ہے کہ غدد دہنیہ کی فعالیت کو کم کرکے جلد کو خشک بنایا جائے۔ اگر یہ کردیا جائے تو اُن خرد عضویوں میں جو اضرار کا سبب ہوتے ہیں اپنی قشبیت سے محروم ہوکر ہلاک ہوجانیکا رجحان پیدا ہوجائیگا۔ اس مقصد کے حصول کا سب سے زیادہ کارگر طریقہ لاشعاعوں کے ذریعہ ہے، جنمیں کسری مقادوں میں دینا پسندیدہ امر ہے۔ اسمیں شک نہیں کہ انکے استعمال میں بہت احتیاط کی ضرورت ہے، کیونکہ حد سے زیادہ مقادیر دینے سے جلد کا دائمی صغیر عروقی اتساعی ذبول (telangiectatic atrophy) پیدا

ہوجائیگا۔ لاشعاعوں کے استعمال سے دوسرے درجہ پر سریع ترین طریقہ یہ ہے کہ قوی لیپوں کے ذریعہ سے جنمیں ریسارسین (resorcin) اور گندھک موجود ہو' ماؤف حصوں کی جلد کا تسلخ پیدا کیا جائے' مثلاً نسخۂ ذیل سے :۔

R|
بگیرند

Resorcin Camphor } 10·0,		ہر دو ۱۰ حصہ	ریسارسین کافور
Sapo. moll virid.	15·0, "	۱۵	سیپو۔ مال۔ ورڈ
Sulphur precip.	30·0, "	۳۰	سلفر پریسپ
Cretæ præpt.	5·0, "	۵	کریٹی پریپ
Paraffin, moll. flav.	10·0, "	۱۰	پیرافن۔ مال۔ فلیو
Adipis. lan. anhyd.	20·0, "	۲۰	ایڈیپس لین اینہائڈ

862 اگر مریض گھر میں نہ رہ سکے تو اس لئی کو صرف شب کے وقت ہی لگانا چاہیئے۔ چند روز کے بعد جلد سرخ اور زخمی ہوجائیگی اور اُترنا شروع ہوگی۔ اب بجائے لئی کے کوئی مسکّن غسول یا زبدہ استعمال کرنا چاہیئے حتیٰ کہ تسلخ پورا ہوجائے' جسکے بعد پھر وہی اسلوب عمل کر اختیار کیا جاسکتا ہے۔ تسلخ کے لئے اِس طریقہ کے لگاتار استعمال سے خراب ترین اصابتوں میں بھی بہترین نتائج حاصل ہوسکتے ہیں' اور یہ پشت کی شدید تغطیر کے علاج کے لئے بہت مفید ہے۔ نسبتۃً زیادہ ہلکی تدبیر ایسے غسولات' سفوفوں اور مرہموں کا لگانا ہے جنمیں گندھک' ریسارسین' سیلی سلک ایسڈ یا پارہ شامل ہو۔ ایسے صابن سے دھونے کے بعد جنمیں گندھک اور سیلی سلک ایسڈ (ہر ایک کے ۲ تا ۱۰ فیصدی) موجود ہوں' اور نصلات اور قانحات کو دبا کر مواد نکالدینے کے بعد مندرجۂ ذیل غسولات میں سے کسی ایک کو روزانہ دو بار اچھی طرح لگا سکتے ہیں :۔

(1) R|
بگیرند

Potass sulphidi ℥i,	ایک ڈرام	پوٹاس سلفائیڈ
Zinc sulpht. ℥i	"	زنک سلف
Aqua rosæ ad. ℥iv;		ایکوا روزی ملاکر کل ۴ اونس ہوجائے

بگیرند

(℞) R

ریسارسن	۱۰ - ۲۰ گرین	Resorcin gr. x to xx
بوراسس پیورف	۱۰ "	Boracis purif. gr. x
زنک آکسائیڈ	} ہر دو ۱۵ "	Zinc oxid.
کیلامین		Calaminæ. āā gr. xv
گلسرینی	۲۰ قطرے	Glycerini m. xxx
یوڈی کولان	۳۰ "	Eau de cologne m. xxx
ایکوا کیلکس ملا کر ایک اونس ہو جائے		Aqua calcis ad. ℥i

دوا آمیز صابن جسمیں گندھک اور سیلی سیلک ایسڈ شامل ہو اچھی طرح لگا کر صابن کے پھین کو چند منٹ تک لگا رہنے دیا جائے تو ممکن ہے کہ صرف یہی خفیف اصابتوں کو شفا بخشنے کے لئے کافی ہو۔ چہرے کے لئے ایک مناسب سفوف ٹالک (talc) اور زنک آکسائڈ (zinc oxide) کے مساوی حصوں سے بنتا ہے جسمیں گندھک دو تا پانچ فیصدی شامل ہوتی ہے۔ تقطیر کے کامیاب علاج کے لئے ضروری ہے کہ خوراک کے مقررہ اصول کی سختی کے ساتھ پابندی کیجائے، مریض گھر سے باہر روزانہ خاطی ورزش کرے، قبض نہ ہونے دیا جائے، جلد کو خشک رکھا جائے، اور فضلات اور فائحات کو باقاعدگی کے ساتھ خالی کر دیا جائے۔ سیلان الدہن اور نخیل الراس (pityriasis of the scalp) جو ہمیشہ تقطیر کے ساتھ ہوا کرتے ہیں، انکا علاج بار بار رتد لک سے اور ایک ایسے غسول شعری کے استعمال سے کیا جائے جسمیں ہائڈرارج پرکلورائڈ اور سیلی سیلک ایسڈ اور (قطع نظر اُجلے یا بھورے رنگ کے بال والوں کے) ریسارسن شامل ہو۔

اگر علاج شمسی یا کلی ماورائے بنفشی روشنی کے غسل (total ultra violet light baths) مناسب مقداروں میں استقلال کے ساتھ جاری رکھے جائیں تو انسے کسی دوسری قسم کے مقامی علاج کی نسبت زیادہ پائدار نتائج حاصل ہوتے ہیں۔

سیلان الدہنی التہاب جلد

(seborrhœic dermatitis)

"سیلان الدہنی التہاب جلد" کی اصطلاح ثورانات کے ایک گروہ پر مشتمل ہے جنھیں مختلف مشاہدین نے مختلف ناموں سے یاد کیا ہے، مثلاً واضح الحلقہ دحزازہ (lichen circumscriptus) (Willan & Bateman)' حلقہ دار دبلیبی حزازہ (lichen annulatus serpiginosus) (Erasmus Wilson)' پیچدار تنخیل (pityriasis circinata) (Bazin)' سیلان الدہن جسم (seborrhœa corporis) (Duhring)' سیلان الدہنی ایکزیما (eczema seborrhœicum) (Unna)' سیلان الدہنی ثوران (seborrhœides) (Audry, Brocq)' "فلالینی طفحہ" ("flannel rash")' وغیرہ۔ ڈاریئر (Darier) نے انکے لئے "ایکزمی ثورانات" (eczematides) کی اصطلاح تجویز کی ہے، اور اسطرح انکا ایکزیما کے ساتھ قریبی سریری اور نسیجیاتی تعلق ظاہر کیا ہے۔

سیلان الدہنی التہاب جلد کی تین خاص قسمیں شناخت کی جاسکتی ہیں (19):- (۱) شکل دار قسم (پیچدار تنخیل: pityriasis circinata' براک کا شکل دار وسطانی صدری دار الجلد: medio-thoracic dermatosis' ڈوہرنگ کا سیلان الدہن جسم: seborrhœa corporis' سبورالڈ کی شحمی تنخیل: pityriasis steatoides' "فلالینی طفحہ": "flannel-rash")-(۲) تنخیل نما قسم -(۳) صدفیہ نما قسم (psoriasiform type)- لیکن اسکا اعتراف ضروری ہے کہ یہ امتیازات مصنوعی ہیں کیونکہ انکا کچھ انحصار اُس خاص مقام پر ہوتا ہے جو ماؤف ہوا ہو، اور ممکن ہے کہ یہ سب قسمیں ایک ہی مریض میں ایک ساتھ موجود ہوں۔

۱- شکل دار قسم (figurate type) - یہ زیادہ تر پیش قفضی اور بین کتفی خطوں میں نہایت تمثیلی طور پر دیکھی جاتی ہے، جہاں سے یہ جانباً پھیل سکتی ہے اور جلد الراس پر، جہاں سے یہ پیشانی پر (سیلان الدہنی اکلیل = corona seborrhœica

کنپٹیوں پر، اور کانوں کے پیچھے وسعت حاصل کر سکتی ہے۔ دھڑ پر اسکے ارتقا کا مطالعہ بہترین ہوسکتا ہے۔ مشاہدہ کیا جائیگا کہ التہابی عمل شعری دہنی جرابات کے دہنوں پر شروع ہوتا ہے، چنانچہ یہ ثوران اولاً جرابی ہوتا ہے۔ پھر بین جرابی رقبے ماؤف ہوکر بکھری نما چکتیاں بنجاتی ہیں، جو باہم مل کر شکلدار بنجاتی ہیں۔ یہ چکتیاں اپنے پھیلتے ہوئے حاشیوں پر جو کہ قدرے ابھرے ہوئے ہوتے ہیں گلابی مائل یا ہلکا سرخ رنگ کی ہوتی ہیں اور مرکز میں زردی مائل یا بادامی رنگ کی۔ یہ چربیلے چھلکوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ اس ثوران سے بہت کھجلی ہوسکتی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ محسوس بھی نہ ہو اور سالہا سال تک موجود رہے۔ یہ سیلان الدہنی اشخاص میں نہایت عام ہوتا ہے، بالخصوص انہیں جو جلد کے قریب خلالین کے کپڑے یا حد سے زائد درونی جامے پہنتے ہیں اور یہ اکثر دوسرے سیلان الدہنی ثورانات، مثلاً گلابی تفطیر، انجیریہ، ڈبیلیت وغیرہ کے ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے۔

863　۲- نخالی نما قسم (pityriasiform type)- یہ قسم جلد کے ایک زیادہ منتشر قسم کے سیلان الدہنی التہاب کی آئینہ دار ہے۔ یہ بیضوی، گول، یا بے قاعدہ چکتیوں کی شکل میں ہوتی ہے، جو قدرے چھلکے دار، اپنی جائے وقوع کے لحاظ سے خشک یا چربیلی، اور رنگ میں گلابی یا گلابی مائل زرد ہوتی ہیں۔ یہ جلد الراس، گردن، اور دھڑ کے بالائی حصے پر یا انکے گرد، اور مفصلی تعریجات، مثلاً بغلوں، پیش مرفقی حفرات، مابضی فضاؤں، اور چڈوں میں، اور بین سرینی درز میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ خشک جلد والے اشخاص میں جوارح کی باسط سطحات پر بھی موجود ہوسکتی ہیں، اور انمیں قرنی طبقہ کی جراحت پذیری بلاشبہ سرایت کے وقوع میں ممد ہوتی ہے۔ بعض اوقات اس قسم کے سیلان الدہنی التہاب جلد کے حاد حملے دھڑ پر ہوجاتے ہیں، اور یہ ثوران گلابی نخالی (pityriasis rosea) سے قریبی طور پر مشابہ ہوسکتا ہے، لیکن اول الذکر کے چھلکوں میں "عصیہ قنینی" ("bottle bacillus") کی فاعل بالیدگی کی حالت میں موجودگی ان کے درمیان امتیاز کے لئے کافی ہوتی ہے۔ ثانوی اکزیمیت واقع ہوسکتی ہے، بالخصوص جلد الراس، کانوں، گردن، اور مفصلی تعریجات پر، جسکی وجہ سے ثوران سرخ، آبلہ دار اور

مصلی ارتشاح کی وجہ سے تر ہو جاتا ہے۔

۳ ۔ صدفیہ نما قسم (psoriasiform type) - اس قسم میں التہاب اسبق اقسام کی نسبت زیادہ گہرا اور زیادہ شدید ہوتا ہے ۔ چکتیاں زیادہ دریختہ زیادہ سیاہ سرخ رنگ کی اور زیادہ موٹے، کم و بیش چپکے ہوئے چھلکوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں ۔ ممکن ہے کہ وہ صدفیہ سے نہایت قریبی طور پر مشابہ ہوں ۔ درحقیقت بعض احا بتوں میں محتاط خردبینی امتحان کے بغیر اُنکی تفریقی تشخیص مشکل ہو سکتی ہے ۔ یہ ثوران ایک منفرد مزمن چکتی کے طور پر واقع ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وسیع طور پر پھیلکر بڑی جسامت کے التقائی رقبے بنا دے ۔ انہیں خارش عموماً ایک نمایاں علامت ہوتی ہے، اور شدید ہو سکتی ہے ۔ ہمیشہ کھرچنے اور سُلنے سے حزازیت پیدا ہو سکتی ہے۔

مرضی تشریح ۔ اگرچہ سیلان الدہنی التہاب جلد کی مختلف قسمیں اپنی نسیجیاتی شکلوں میں بہت مختلف ہوتی ہیں، تاہم اصلی اضرار بیشتر مماثل ہوتے ہیں اور اسفنجیت کے چھوٹے چھوٹے رقبوں، گرد قرنیت (parakeratosis)، سپید خلیوں کو محصور کرنے والے خشک مصل سے بنی ہوئی پیڑیوں، داء الشوکیہ (acanthosis) اور اُدیما پر مشتمل ہوتے ہیں جسکے ساتھ اُدمہ کی گرد عروقی خلوی دررنگا موجود ہوتی ہے ۔ لہٰذا نسیجیاتی تغیرات اکزیما نما قسم کے ہوتے ہیں، لیکن اسفنجیت نسبتہً کم نمایاں ہوتی ہے، اور وہ اور گرد قرنیت دونوں حقیقی اکزیما کی نسبت زیادہ غیر مستقل ہوتی ہیں سیلان الدہنی التہاب جلد کی صدفیہ نما قسم نسیجیاتی اور سریری لحاظ سے صدفیہ سے مشابہت رکھتی ہے، لیکن تحقیقات (20) سے ظاہر ہو گیا ہے کہ نسیجیاتی اختلافات ایسے ہوتے ہیں کہ ان دونوں میں یقینی امتیاز کیا جا سکتا ہے ۔ زیادہ اختلافات یہ ہیں کہ اول الذکر میں اوپری تہیں نہ صرف نوات دار قرنی خلیوں سے بلکہ اُن پیڑیوں سے بھی بنتی ہیں جنکا اوپر تذکرہ کیا گیا ہے ۔ گرد قرنیت اکثر غیر مسلسل ہوتی ہے ۔ بُرادمہ کے حلیمی جسم میں اسفنجیت کے چھوٹے چھوٹے رقبے پائے جاتے ہیں، جو کہ نواتی سپید خلیوں کو محصور کرتے ہیں، نہ کہ کثیر النوات خلیوں کو جیسا کہ صدفیہ میں ہوتا ہے ۔ یہی رقبے جب قرنی طبقہ تک پہنچ جاتے ہیں تو پیڑیاں بنجاتے ہیں ۔ مخصوص تکوینی طرز تو

سے یہ بھی بتلایا جاسکتا ہے کہ درآنحالیکہ صدفیہ کے اضرار نمایاں طور پر غیر خرد عضویتی ہوتے ہیں، سیلان الدہنی التہاب جلد کے اضرار نہایت فاعلی خرد عضویتی بالیدگی ظاہر کرتے ہیں۔

بحثِ اسباب۔ سیلان الدہنی التہاب جلد، جلد کی ایک منتشر نازلت سمجھی جاسکتی ہے، جو خرد عضویتی سرایت کی وجہ سے ہوتی ہے۔ بہ الفاظ دیگر وہ ایک ساری بر ادمی التہاب جلد (infective epidermo-dermatitis) ہے۔ اُس کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ اُس کے اضرار کے اندر تخمیلی بذوریہ (pityrosporon) اور سبقات علیقیہ فاعلی بالیدگی کی حالت میں موجود ہوتے ہیں۔ اسطرح وہ دراصل صدفیہ سے، نیز گلابی تخمیل (pityriasis rosea) سے مختلف ہوتا ہے جنہیں تخمیلی بذوریہ غیر موجود ہوتا ہے۔ ڈاؤلنگ (Dowling) کا خیال ہے کہ سیلان الدہنی التہاب جلد کی تمام قسمیں اولی طور پر تخمیلی بذوریہ کی سرایت کی وجہ سے ہوتی ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ سچ ہو لیکن اغلب ہے کہ وہ اختلافات جو اس ثوران کی سریری قسموں کو ممیز کرتے ہیں، خاص کر سرایت رساں نبقہ علیقیہ کی قسم اور تشبیب پر منحصر ہوتے ہیں۔ سیلان الدہنی حالت ان عضویوں کی فاعلی بالیدگی کے لئے خاص مُعد عامل ہے، اور جیسا کہ اشارہ کیا گیا ہے قرنی طبقہ اور دہنی غدد میں کی چربی کی ترکیب کا تغیر ہی غالباً انکی بالیدگی میں ممد ہوتا ہے۔ اسی سبب سے سیلان الدہنی التہاب جلد کی توزیع عموماً اُن رقبوں سے متناظر ہوتی ہے جنہیں غدد دہنیہ سب سے زیادہ بڑے اور زیادہ فاعلی ہوتے ہیں یہ کہنے کی ضرورت نہیں کہ جسمانی صفائی کی کمی اور حد سے زائد لباس پہننا مزید مُعدّ اسباب ہیں۔

علاج۔ داخلی علاج وہی ہے جو سیلان الدہنی حالت کا ہوتا ہے، اور جو مقامی تدابیر اختیار کرنے چاہئیں انکا انحصار التہابی عمل کی قسم اور شدت پر ہوگا۔ نشکلدار قسم جو پُشت اور سینہ پا ستدر اکثر الوقوع دیکھی جاتی ہے، گندھک کے لاستقات سے بسرعت اچھی ہو جاتی ہے، مثلاً نسخۂ ذیل سے:-

864

بگیرند

R/

Sulphur præcip gr. x to xx گرین ۱۰ تا ۲۰ سلفر ریسپ

Resorcin gr. x ریسارسن ۱۰ گرین
Past. zinci comp. B. P. C. پیسٹ زنکائی کمپ بی پی سی کل ایک اونس کرلیا جائے۔ ad. oz. i.

اُن ختشر تخیل نما چکتیوں کے لئے، جو بالخصوص مفصلی تعریجات میں کانوں کے پیچھے اور گردن پر واقع ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ کسی حد سے زائد خراش پیدا کردے انکے لئے اکتھیال اور تار ایک مرہم یا لیئی کی صورت میں زیادہ مناسب ہیں، مثلاً نسخہ ذیل۔

R/ بگیرند

Ichthyol gr. v اکتھیال ۵ گرین
Liq. picis carbonis gr. xxx لائکر پائسس کاربونس ۳۰ ۔
to dm. i تا ایک ڈرام
Past. zinci comp. B. P. C. پیسٹ زنکائی کمپ بی پی سی لاکر
ad oz. i کل ایک اونس کرلیا جائے۔

صدفہ نما قسم میں زیادہ فعال تجہیزات ضروری ہیں، مثلاً روغن کیڈ (oil of cade)، خام کولتار کی دولئی (crude coal-tar paste) جسکی اکرینیا کی مزمن چکتیوں کے لئے سفارش کی گئی ہے، بلکہ کرس آروبین (chrysarobin)۔ لاشعاعیں بہت مفید ہیں اگر اُنکی معتاد کی نگرانی اور تنظیم احتیاط کے ساتھ کرنی چاہئے۔

سیلان الدہنی التہاب جلد کی تمام اصابتوں میں جلد الراس کا علاج کرنا ضروری ہے کیونکہ یہی اکثر اوقات سرایت کا اصلی منبع ہوتی ہے۔ مردوں میں کولتار صابن کے ساتھ اسکا تہ لک ہفتہ میں دو یا تین بار کرنا چاہئے اور تدلک سے اگلی راتوں کو مندرجہ ذیل پومیڈ (pomade) کی خوب مالش کرنی چاہئے۔

R/ بگیرند

Sulphur præcipit gr. xv to xxx سلفر پریسیپٹ ۱۵ تا ۳۰ گرین
Acid salicylici gr. x to xx ایسڈ سیلی سلائی ۱۰ تا ۲۰ ۔
Vaselin alb. dm. ii ویسلین الب ۲ ڈرام
Ol. cocois nuciferæ ad. oz. i اول کوکائس نیوسی فری ملاکر ایک اونس کرلیا جائے

خوشبو بقدر کفایت
Perfume q.s.

ہر روز علی الصباح مندرجہ ذیل غسول استعمال کیا جاتا ہے :۔

بگیرند
R/

ریسارسن	۱۰ گرین	Resorcin gr. x
(اُن لوگوں میں جنکے بال اُجلے رنگ کے یا بھورے ہوں اسے حذف کردینا چاہئے)		
ایسڈائی سیلی سلائی	۱۰ گرین	Acidi salicylici gr. x
ہائڈرارج پرکلورائیڈائی	⅛ ”	Hydrarg. perchloridi gr. ⅛
اولیم لیونڈیولی	۲ قطرے	Ol. lavandulæ m. ii.
اولیم رِسینائی	۱۰ ”	Ol. ricini m. x
سپرٹ وائنائی میتھ انڈسٹ طاکر		Spt. vini meth. indust.
کل ایک اونس		ad. oz. i

عورتوں میں بالوں کا تدلک ہفتہ میں ایک یا دو بار کرنا چاہئے، اور تدلک سے اگلی رات میں پومیڈ مل دینا چاہئے۔ مندرجہ بالا غسول روزانہ استعمال کرنا چاہئے، مگر نسخہ سے روغن بیدانجیر کو حذف کردینا چاہئے۔ لیکن اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ پومیڈ میں کی گندھک سے چہرے اور گردن میں خراش نہونے پائے، لہٰذا اُن راتوں میں جنمیں پومیڈ لگایا جائے ایک نہانے کی ٹوپی (bathing-cap) پہن لینا چاہئے۔

نہایت شدید سیلان الدہنی التہاب جلد کی اصابتوں میں، یا اُس وقت جب کہ اکزیما واقع ہوگئی ہو، مسکن لاسقات (soothing applications) استعمال کرنے چاہئیں، مثلاً مرہم کلامائن (calamine liniment) یا اکتھیال کا ایسا زبدہ (ichthyol cream) جیسا کہ مندرجہ ذیل ہے:۔

بگیرند
R/

اکتھیال	۵ گرین	Ichthyol gr. v
اولیائی الیوی، زنکائی آکسیڈائی ہر دو کا نصف اونس		Ol. olivæ, Zinci oxidi aa oz ss.,

Adip. lanæ anhyd.. dm. i　　ایڈیپ لینی این ہائڈ　ایک ڈرام
Aqua calcis dm. iii　　ایکوا کیلس　　۳

اور ماؤف حصوں کو صاف کرنے کے لئے صبح و شام روغن زیتون کام میں لانا چاہئے۔

جراثیمی امراض ۲۔ عصیتی

نصلہ (comedo)............ عصیۂ تقطیر (B. acnes) (صفحہ 860)-
جذام (leprosy)............ عصیۂ جذام (B. lepræ) (صفحہ 1016)-
سراجہ (glanders)............ عصیۂ سراجہ (B. mallei) (صفحہ 91)-
حمرہ (anthrax)............ عصیۂ حمرہ (B. anthracis) (صفحہ 92)-
خناق وبائی (diphtheria) عصیۂ خناق وبائی (B. diphtheriæ) (صفحہ 63)-
تدرّن (tuberculosis) عصیۂ درنیہ (B. tuberculosis) (صفحہ 83)-
قرحۂ رخوہ (نرم قرحہ soft sore) ڈکری اُنّا کا عصیۂ مسبحیہ (strepto-bacillus of Ducrey-Unna) (صفحہ 875)-
انفی صلابتی سلعہ (rhinoscleroma) عصیۂ فریش (B. of Frisch) (صفحہ 877)-
سرخبادہ نما (erysipeloid).... خنزیری سرخبادہ کا عصیہ (صفحہ 877)-

تدرّن

(TUBERCULOSIS)

جلد کے فاعلی تدرّن کی جماعت بندی حسب ذیل کی جا سکتی ہے:
(۱) تدرنی اُکولہ - (۲) تدرنی قرحہ - (۳) تدرنی صفحیہ - (۴) بروقی ذئبہ (lupus verrucosus) - (۵) معمولی ذئبہ (lupus vulgaris) آخر الذکر دو کا اور درنیات (tuberculides) اور لحمیات (sarcoids) کا بیان اب درج کیا جاتا ہے -

معمولی ذئبہ

(lupus vulgaris)

جلد کے تدرّن کی یہ قسم' جو نہایت عام طور پر معلوم ہے' خوش قسمتی سے کم عام ہوتی جاتی ہے اور اب وہ ہولناک تجدیعات' جنھیں یہ مرض پیدا کر دینے کی قابلیت رکھتا ہے مقابلتہً شاذ ہی دیکھنے میں آتی ہے۔ ذئبہ کا اوّلی ضرر ایک ممیز ذخنی گرھک ہے' جو جلد کے اندر مدفون ہوتی ہے' اور نسیجیاتی لحاظ سے ایک دقیق ساری زراتی سلعہ (infective granuloma) کی حیثیت رکھتی ہے۔ اُسے بہ نظر سہولت ایک ذئبی سلعہ (lupoma) کہہ سکتے ہیں۔ جسامت میں وہ ایک الپین کے سر سے لیکر بڑے مٹر کے دانہ کے برابر ہوتا ہے۔ رنگ میں وہ زردی مائل رنج سے لیکر بھورے سرخ تک مختلف ہوتا ہے' جسکے ساتھ کبھی کبھی نیلگوں جھلک پائی جاتی ہے۔ وہ جلد کی سطح پر ایک اُبھرا ہوا بثرہ یا گرھک بنا سکتا ہے' یا ممکن ہے کہ بالکل نہ اُبھرے۔ وہ نیم شفاف نظر آتا ہے' قوام میں نرم ہوتا ہے' اور ایک نوک دار دیا سلائی سے بہ آسانی چھیدا جا سکتا ہے۔ ذئبہ کی ایک چکتی کا آغاز اسطرح ہو سکتا ہے کہ اِس قسم کی ایک منفرد گرھک نمودار ہو جائے' جو بتدریج بڑی ہوتی جاتی ہے' اور اُسکے قریب دوسری گرھکیں بنتی جاتی ہیں' یا ممکن ہے کہ دو تین یا زائد گرھکیں ہمزماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ یہ چکتی انفرادی گرھکوں کے بڑھنے اور نئی گرھکیں بننے سے پھیلتی جاتی ہے اور یہ جدا گانہ اضرار بتدریج ملتحق ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ زجاجی دباؤ کے نیچے ذئبی گرھکیں ایک نہایت ممیز منظر پیش کرتی ہیں۔ ہچن سن نے ٹھیک کہا کہ یہ سیب کی جیلی کے دھبوں کی طرح نظر آتی ہیں جو جلد کے اندر مدفون ہوں' اور انکی نیم شفافیت کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ لچکدار اور اتصالی بافت کا جال مقامی طور پر غائب ہو جاتا ہے۔

اگر ذئبہ کی چکتی کو بلا علاج کئے چھوڑ دیا جائے تو اُسمیں دو تغیرات میں سے ایک تغیر واقع ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں مرکز میں خود بخود انذاب واقع ہو جاتا ہے' اور کناروں پر تازہ گرھکیں بنکر یہ چکتی آہستہ آہستہ پھیلنے کا رجحان

865

رکھتی ہے۔ لیکن مرکزی نرم سیپذ مادہ میں چند گرہکیں باقی رہتی ہیں یا از سر نو پیدا ہو جاتی ہیں، اور یہ ممیز خاصہ ذئبہ اور دبیب ناریہ (serpiginous syphilides) کے درمیان تفریقی تشخیص میں اہمیت رکھتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں برافتادہ برادہ تلفت ہو جاتا ہے، چنانچہ ثانوی ریم زا سرایت کے ساتھ تقرح واقع ہو جاتا اور حصفہ نما پپڑیاں بنجاتی ہیں۔

مندرجہ بالا اعمال میں سے ایک یا دوسرے کے غلبہ کے لحاظ سے اس مرض کے سریری مظاہر نہایت مختلف الاقسام ہوتے ہیں۔ مثلاً بعض اصابتوں میں یہ گرہکیں چھوٹی اور سطحی ہوتی ہیں، اور چکنی سرخ، چھلکے دار، اور گرد و پیش کی جلد کے لیول سے اوپر بشکل اُبھری ہوئی ہوتی ہے یا بالکل نہیں اُبھرتی۔ یہ قسم احمرار نما ذئبہ (lupus erythematoides: (lupus erythematosus) اکثر غلطی سے احمرار ذئبی سمجھ لی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ زجاجی دباؤ لگانے سے ممیز سیب کی جیلی جیسی گرہکیں دکھلائی دیں، لیکن بعض اوقات یہ صرف خوردبینی امتحان سے شناخت ہو سکتی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں یہ گرہکیں بڑی، ملتقی اور اُبھری ہوکر ایک سلعہ (ذئبہ متورمہ یا بلیش پرورشی = L. tumidus or hypertrophicus) بنا دیتی ہیں۔ بعض اوقات، غالباً ثانوی ریم نبتی سرایت کی وجہ سے، ایک متقرح چکنی حلیمی سلعہ نما بنتیں پیدا کر دیتی ہے، جو ابتداً نرم ہوتی ہیں اور بعد میں ثولول نما ہو کر بروقی ذئبہ (lupus verrucosus) سے (جو ملاحظہ ہو) مشابہت رکھتی ہیں (حلیمی سلعہ نما ذئبہ lupus papillomatosus)۔ وہ چکتیاں جو حاشیوں پر متقرح ہوتی اور مرکز میں خود بخود اندمال پذیر ہوتی ہیں متقرح ناریہ (ulcerating syphilides) (دبیب ذئبہ = L. serpiginosus) کی مشابہت پیدا کر دیتی ہیں۔ پہلے ذئبہ کی غیر متقرح اقسام کو ذئبہ غیر ہادم (L. non-exedens) اور متقرح اقسام کو ذئبہ ہادم (L. exedens) کہتے تھے، لیکن یہ تفریق کسی قدر مصنوعی ہے۔ متقرح ذئبہ کی خبیث ترین قسم (شرہ یا آکل ذئبہ = lupus vorax seu phagedænicus) خوش قسمتی سے شاذ ہے۔ یہ سرعت کے ساتھ نہایت ہولناک اتلاف اور تشوہ پیدا کر سکتی ہے۔

ذئبہ کا مرض دراصل مزمن ہے اور اُسکا پھیلاؤ غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ اگرچہ عموماً خود بخود مکش اور اُسکے ساتھ اندمال واقع ہوجاتا ہے، تاہم یہ مرض بتیطاً پھیلتا ہے، اندمال یافتہ رقبہ میں گرھلیں پیدا ہوجاتی ہیں، اور پھر ذئبۂ منتشرہ (lupus disseminatus) کی حالت کے قدرتی شفا کا وقوع نہایت شاذ ہوتا ہے۔

توزیع۔ ذئبہ جلد اور مخاطی اغشیہ دونوں کو ماؤف کرتا ہے۔ وہ جلد سے مخاطی اغشیہ پر پھیل سکتا ہے، لیکن جیسا کہ آڈری (Audry) مُصر ہے، اِسکے برعکس ہونا اُس سے بہت زیادہ عام طور پر سچ ہے جتنا کہ ابتداً خیال کیا گیا تھا۔ جلد پر ذئبہ کا عام ترین محل وقوع چہرہ ہے (سیکویرا :Sequeira کی رائے کے مطابق ۷۰ فیصدی اصابتوں میں)۔ ایملائن جونس (Emlyn Jones) نے دریافت کیا کہ یہ مرض ۲۸ فیصدی اصابتوں میں ناک کے قریب شروع ہوا، اور ۴۸ء۴ فیصدی اصابتوں میں چہرے کے دوسرے حصوں میں جنمیں کان شامل ہیں۔ ۸ء۱ فی صدی اصابتوں میں لب، ۱۲ فیصدی سے زائد اصابتوں میں گردن اور ۵ء۵ فیصدی اصابتوں میں دھڑ اور جوارح اوّلی محل وقوع تھے۔ یہ جلد الراس، پیشانی، بالائی پپوٹو، اعضائے تناسل، بغلوں، یا ہتھیلیوں اور تلوؤں پر شاذ ہی دیکھنے میں آتا ہے۔

مخاطی اغشیہ کا اصابتوں کی فیصدی بہت بڑی تعداد میں ماؤف ہوتے ہیں (سیکویرا کے مریضوں میں ۲۵ء۳۴ فیصدی میں، کرسچین سن Christiansen: کے مریضوں کے گروہ میں فنسن انسٹیوٹ میں ۸۰ فی صدی میں)۔ ناک، منہ، تالو، بلعوم، حنجرہ، زبان، انفی قنات، تا چشمی ملتحمہ، اور درمیانی گوش ماؤف ہوسکتے ہیں۔ ناک نسبتہً عام ترین محل وقوع ہے، اور اکثر اوقات جلد کی ماؤفیت کا اوّلی منبع ہوتی ہے بعض اوقات سرایت انفی قنات کی راہ سے اوپر پھیلکر زیرین پپوٹے اور ملتحمہ میں پہنچ جاتی ہے یا وہ ملتحمہ کے ایک اوّلی ورنی ضرر سے نیچے کی طرف پھیلکر انفی مخاطی جھلی کو اور وہاں سے جلد کو ماؤف کرسکتی ہے۔ تالو اور بلعوم پر، اور منہ کے اندر، ذئبہ ایک گلابی مائل سرخ رنگ کی خلیہ دار عکیتی کے طور پر نمودار ہوتا ہے، جسکے ساتھ جا بجا چھوٹے چھوٹے قرحے ہوتے ہیں، جو پھیلکر سارے رقبہ کو متقرح اور پپڑی دار بنا دیتے ہیں۔ سوزش

866

پردہ متورم، سرخ، لحمی ابھار سے پیدا کر دیتا ہے، اور دانت اکثر ڈھیلے ہو جاتے ہیں۔
زبان پر، جو ایک شاذ محلِ مرض ہے، عموماً ایک حلیمی سلعہ نما چکتی پیدا ہو جاتی ہے،
لیکن تقرح کا وقوع بھی ممکن ہے۔

بحثِ اسباب ۔ اس مرض کا سبب یہ ہے کہ عصیتہ درنیہ
(tubercle bacillus) جِلد میں یا مخاطی اغشیہ میں دراصل بالیدگی حاصل کرتا ہے۔ یہ
عصیتہ یا تو انسانی ہو سکتا ہے یا بقری، اور ان دونوں کا تناسب مختلف ملکوں میں مختلف
ہوتا ہے۔ گریفتھ (Griffith) اور دوسروں کی تحقیقات سے ظاہر ہے کہ بیشتر اصابتوں
میں عصیتہ کی نسل، خواہ وہ انسانی ہو یا بقری، ادنی تشبیت کی ہوتی ہے۔ اگرچہ ذئبہ
ہر عمر میں شروع ہو سکتا ہے، تاہم نصف سے زائد اصابتوں میں وہ دسویں سال سے
پہلے، اور ۸۰ فیصدی سے زائد اصابتوں میں بیسویں سال سے پہلے نمودار ہوتا ہے۔
وہ مردوں کی نسبت عورتوں میں دُگنے سے زیادہ عام ہوتا ہے، اور جنوب کی نسبت
شمالی یورپ میں بہت زیادہ ہوتا ہے، جسکی وجہ بلاشبہ سورج کی روشنی کی کمی ہے،
اور نوآبادیات، مدارین، اور امریکہ میں مقابلۃً شاذ ہوتا ہے۔ وہ عموماً خنازیری اشخاص
کو ماؤف کرتا ہے، جو اوائل عمر ہی میں درنہ سے سرایت زدہ ہو گئے ہوں، اور اکثر تدرن
کی قوی خاندانی سرگذشت پائی جا سکتی ہے۔ وہ تقریباً ہمیشہ درنی غدی التہاب
(tubercular adenitis) کے ساتھ، اور بعض اوقات ہڈیوں، جوڑوں یا بارِیطون
کے تدرن کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ جیسا کہ بیسنیئر (Besnier) نے بتلایا ہے، مسلول
اشخاص میں ذئبہ نہیں پیدا ہوتا، مگر ذئبہ کے مریض اکثر سِلّ ریوی میں مبتلا
ہو جاتے ہیں۔

جلد کی سرایت کے اصلی طریقہ کے متعلق یہ ہے کہ اُسکا وقوع (۱) براہِ راست
باہر سے، یا (۲) عمیق تر درنی ماسکوں سے یا مخاطی اغشیہ سے توسیع کے ذریعہ، یا
(۳) جوئے خون کی راہ سے ہو سکتا ہے۔ پہلا طریقہ غالباً عام ہے اور بلاشبہ اُسی سے
اِس مرض کے اکثر ناک میں یا اُسکے گرد و پیش واقع ہونے کی توجیہ ہوتی ہے، اور اِس
صورت میں اِسکا عضویہ گرد و غبار سے یا اُنگلیوں کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے۔ ایسی
اصابتیں بھی مرقوم ہیں جنمیں یہ جدرین رسانی یا گودنے (tatoo) کے نشانوں میں یا بالیدں

اور بُندوں وغیرہ کے لئے کانوں کو چھیدنے کے بعد شروع ہوگیا ہو۔

دوسرے طریقہ کی مثالیں اُسوقت ملتی ہیں جبکہ اُن درنی غدد کے اوپر کی جلد میں جو پھوٹ گئے ہوں یا نکالدئے گئے ہوں ذئبہ پیدا ہوجائے' یا جب سرایت انفی مخاطی جھلی سے' یا براہِ انفی قنات ملتحمہ سے پھیل جائے۔ تیسرا طریقہ ذئبہ کی اُن متعدد منتشر چکتیوں کی توجیہ کرتا ہے جو کھسرا یا کالی کھانسی کے بعد پیدا ہوجاتی ہیں' اور اغلب یہ ہے کہ جوئے خون کی راہ سے جلد کی سرایت کا وقوع اس سے زیادہ عام ہے کہ جتنا عام طور پر خیال کیا جاتا ہے۔

مرضی تشریح۔ برآدمہ عموماً نذبول ہوجاتا ہے' اور اُسکے نیچے درنی بافت کا ایک تودہ ہوتا ہے' جو لمفی خلیتوں' سر ملمہ آسا اور پلازمائی خلیتوں' اور کہیں کہیں تمثیلی عفرتی خلیتوں کے نظامات پر مشتمل ہوتا ہے۔ لچکدار اور اتصالی بافت کا اور عروقِ دمویہ کا اتلاف ہوتا ہے' اور نوساختہ بافت میں حقیقی تجبّن کے بغیر انحطاط واقع ہوجاتا ہے۔ نسیجیاتی تصویر قدرتی طور پر مرض کی قسم کے لحاظ سے' اور تقرح اور ثانوی سرایت کی موجودگی یا غیر موجودگی کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ درنی عصیات بتلائے جاسکتے ہیں' لیکن عموماً صرف سلسلہ وار تراشوں میں طویل جستجو کے بعد۔

تشخیص۔ ذئبہ پر غلطی سے حسب ذیل حالتوں کا گمان ہوسکتا ہے:۔ ثالثی آتشک' قرحۂ قارضہ (rodent ulcer) گرہکی جذام (nodular leprosy)' ذئبہ آسا انجیریہ (lupoid sycosis)' لحمیہ (sarcoid) کے بعض اقسام' اور ذئبۂ احمراری (lupus erythematosus)۔ عدمِ احتیاط کی وجہ سے ذئبہ عموماً حصفہ (impetigo)' حصفیت یافتہ اکزیما (impetiginised eczema) اور صدفیہ (psoriasis) کے ساتھ غلط ملط کردیا جاتا ہے۔

ثالثی ناریہ (tertiary syphilide) سے ذئبہ کی تشخیص سن آغاز مرض سے طویل سرگذشت مرض سے [کیونکہ باستثناء ذئبۂ شرہیہ: (lupus vorax) کے' ذئبہ اُس وسعت کے افراز پیدا کرنے کے لئے سالہا سال لیتا ہے جو چند ہفتوں یا مہینوں کا ناریہ پیدا کردیتا ہے]' اُسکی گرہکوں کے نرم قوام اور زجاجی دباؤ لگانے پر اُنکے سیب

کی جیلی جیسے منظر ہے، اور مرکزی ندبہ میں گرہوں کی موجودگی سے ہوسکتی ہے ۔ ذئبہ ہڈیوں کا تخرّ کبھی واقع نہیں کرتا ۔ تعامل وارزمن ہمیشہ کرنا چاہئے، حتیٰ کہ اسوقت بھی جبکہ ذئبہ کی تشخیص یقینی ہو، کیونکہ مخلوط اصابتیں بھی ہوا کرتی ہیں (یعنی پیدائشی آتشک کے مریض میں اکثر ذئبہ ہوتا ہے) جنہیں دافع آتشک علاج سے حیرت انگیز اصلاح ہوجاتی ہے ۔ 867

بعض اصابتوں میں احمراری ذئبہ (lupus erythematosus) سے تشخیص مشکل ہوسکتی ہے ۔ ایسی حالت میں خاص تفریقی خصائص حسب ذیل ہوتے ہیں:۔ احمراری ذئبہ کی تشاکل توزیع (اگرچہ عام ذئبہ بھی بتدریج پھیلکر ایک دوجانبی تشاکل چکتی ناک اور گالوں پر پیدا کرسکتا ہے) ۔ جلد الراس کا نوں کے کناروں اور انگلیوں کی ماؤفیت ۔ تقرح کی غیر موجودگی اور غضروف کی عدم ماؤفیت ۔ اور زجاجی دباؤ لگانے پر مختلف مناظر ۔

چھوٹا گرہکی لحمیہ (nodular sarcoid) ذئبہ سے قریبی مشابہت پیدا کرسکتا ہے، لیکن یہ گرہکیں زیادہ سخت ہوتی ہیں، اسکی نسیجیات ممیز ہوتی ہے، اور گیپنی ٹیسٹ میں کی ہوئی تطلیمات ہمیشہ منفی ہوتی ہیں ۔

سن آغاز مرض، سخت موتی جیسا گرہکی کنارا، اور صاف کٹا ہوا تقرح قرحہ قارض کو ذئبہ سے ممیز کرتا ہے ۔

پیچیدگیاں ۔ قطع نظر اُس بدشکلی اور تحدیب کے جو یہ مرض پیدا کرسکتا ہے خاص پیچیدگیاں جو پیدا ہوجاتی ہیں، سرخبادہ (erysipelas) اور قلسانی خلیوں والا سرطانی سلعہ (squamous-celled carcinoma) ہیں ۔ سرخبادہ کے حملے کا اثر مفید بلکہ شفابخش ہوسکتا ہے، جیسا کہ ہالوپیو (Hallopeau) اور سیکوئیرا (Sequeira) کے مریضوں میں پایا گیا ۔ اگرچہ سرطانی سلعہ ذئبہ کی ایک شاذ پیچیدگی ہے، بالخصوص عورتوں میں، تاہم لاشعاعوں کے رواج کے بعد سے اسکا حدوث بہت زیادہ ہوگیا ہے، اور انہیں اس مرض میں عرصۂ دراز تک استعمال کرنا بالکل ناجائز ہے ۔

علاج ۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ذئبہ کے مریضوں کی بڑی اکثریت میں جلد کے علاوہ دوسرے درنی ماسکے موجود ہوتے ہیں، اور یہ کہ انہیں کا ایک بڑا متناسب حشائی تدرن (visceral tuberculosis) سے ہلاک ہوجاتا ہے ۔ اسی سبب سے ضروری

ہے کہ مریض کی قوت مدافعت کو ہر ممکن طریقہ سے بڑھانے کے لئے عام علاج بھی کرنا چاہیئے۔
علاج شمسی(heliotherapy)، (جیسا کہ رولیئر: Rollier لیسین: Leysin میں
عمل میں لاتا ہے) ایک منتخب طریقہ علاج ہے، اور یہ بلاشبہ دوسری تمام معلوم
علاجی تدبیروں سے افضل ہے۔ انگلستان اور اُن ممالک میں جہاں سورج کی روشنی
نسبتہً کم دستیاب ہے، کاربنی قوسی لیمپوں(carbon-arc lamps) اور سیمابی
بخار کے لیمپوں(mercury-vapour lamps) سے بہترین نتائج حاصل ہوتے
ہیں۔ اِس علاج کے رواج نے ذئبہ اور مزمن تدرّن کے دوسرے اقسام کے علاج
میں ایک انقلاب عظیم پیدا کردیا ہے، اور بہت سی مقامی تدبیروں کو جو پہلے استعمال
کی جاتی تھیں بے ضرورت ثابت کردیا ہے۔ مزید برآں، آیوڈین اور کاڈلیور آئل
نہایت نفع بخش ہے۔ اول الذکر کو مصفّیٰ روح شراب(rectified spirit) کے
اندر ایک دس فیصدی طاقت کے محلول میں استعمال کرنا چاہیئے، جسکے ابتدائی
پانچ قطرے روزانہ دوبار دودھ کے اندر دینا چاہیئے، اور پھر اِس مقدار کو بتدریج
بڑھاکر روزانہ ساٹھ قطروں تک دے سکتے ہیں، بشرطیکہ مریض اِسکو اچھی طرح برداشت
کرلے۔ ٹیوبرکیولین(tuberculin) کے اشرابات، اگر یہ ہوشیاری کے ساتھ عمل میں
میں دئے جائیں، تو بلاشبہ نفع بخش ہوتے ہیں۔ کیلومیل(calomel) کے دروں
عضلی اشرابات سے بعض اوقات حیرتناک اصلاح پائی جاتی ہے، لیکن ان کے
نتائج غیر مستقل ہوتے ہیں۔

غذا۔ حالیہ سالوں میں، معمولی ذئبہ اور جلد کی دیگر تدرنی حالتوں کا غذائی
علاج، جسکی گرسن(Gerson) نے سفارش کی اور جسمیں ساور بروخ(Sauerbruch)
اور ہرمینز ڈارفر(Hermannsdorfer) نے ترمیم کی، زیادہ زیادہ نظر پسندیدگی
سے دیکھا جاتا ہے۔ غذا کے جہات یہ ہیں:- (۱) سوڈیم کلورائیڈ کو تقریباً مکمل طور
پر خارج کردیا جائے، اور ایک مرکب (مثلاً سیلارم = Selarom) جسمیں کیلسیم
کی کثرت اور سوڈیم کی قلت ہو، بطور بدل کے استعمال کیا جائے۔ (۲) بے پکی ہوئی
تازہ سبزیاں کثیر مقدار میں، مثلاً سلاڈز(salads)، جسکے ہمراہ پھلوں کا رس ملا ہوا
ہو، اور خلاصہ جات جو بے پکی ہوئی سبزیوں کو دباکر تیار کئے گئے ہوں۔ (۳) سبزیوں کو

اپنے ہی رس میں بغیر پانی لائے پکایا جائے۔ (۴) گوشت کی مقدار معتدل طور پر کم کردی جائے۔ (۵) پانی کی درآمد کو کم دیا جائے، لیکن تازہ پھلوں اور سبزیوں کے رس کی کثیر مقداریں دیجا سکتی ہیں۔ (۶) معدنی مرکبات دئے جائیں، جنمیں کیلشیم کا لیکٹیٹ اور فاسفیٹ کیلشیم اور میگنیشیم کے دوہرے لحات، سٹرانشیم (strontium)، الومینیم (aluminium) اور سلکا شامل ہوں، اور کاڈ مچھلی کے جگر کا تیل (cod-liver oil) روزانہ تین بار۔ (۷) ایک بلند شحمی اور پروٹینی درآمد لیکن کاربوہائڈریٹ کی نمایاں تقلیل۔

مقامی علاج۔ ذیبی بافت کو تلف کرنے کے لئے کوئی مقامی تدابیر استعمال کرنے سے پہلے اور ان حیرتناک نتائج کے مدِ نظر جو آپ شمسی علاج یا مصنوعی روشنی کے غسلوں سے حاصل ہو رہے ہیں، اِس امر پر غور کرنا مناسب ہے کہ ایسے علاج کیساتھ آیوڈین اور کاڈ لیور آئل کے داخلی استعمال سے خود بخود اندمال کس حد تک واقع ہو سکے گا۔ تکمیلی نقطۂ نظر سے فنسنی قوسی لیمپ کے ساتھ مقامی علاج بالنور سے بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں، کیونکہ اِن سے جو ندبہ پیدا ہوتا ہے وہ چکنا اور لچکیلا ہوتا ہے۔ گریہ طریقہ نہایت صبر آزما اور کثیر المصارف ہوتا ہے۔ فنسن لیمپ کی ترمیم، جیسے سونڈ لامہولٹ (Svend Lomholt) نے تجویز کیا ہے، اصلی لیمپ میں ایک بہت بڑی اصلاح ہے اور اسکے ذریعہ ۹۰ فیصدی ایسی شفائیں حاصل ہو چکی ہیں۔ مطلوبہ الملاقات کی تعداد بہت تھوڑی ہوتی ہے، تجمیلی نتائج نہایت عمدہ ہوتے ہیں، اور اِسکو مخاطی اغشیہ پر استعمال کیا جا سکتا ہے۔ لاشعاعوں کے استعمال کو مرض کی متقرح بابت یا طبی سلعہ نما قسموں کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے، جیسا کہ اب عام طور پر تسلیم کیا جا رہا ہے۔ اُسکے ساتھ گیلوانی کواۃ (galvano-cautery) یا تونی تشریط (scarification) استعمال کی جاسکتی ہے۔ لاشعاعوں کی بڑی مقداریں، یا طویل عرصوں تک انکا مسلسل استعمال اب بالکل ناجائز ہیں، کیونکہ اسمیں بالآخر شعاعی التہابِ جلد (radiodermatitis) کا خطرہ ہوتا ہے، اور آخر کار ندبہ کا سرطی سلعہ نما اختلاط واقع ہو جاتا ہے۔ کیٔ بالنار اور گیلوانی کواۃ علاج میں مفید اضافات ہیں، اور یہ مخاطی تحلیلوں کے ذیبہ

868

میں خاص طور پر نفع بخش ثابت ہوتے ہیں۔ حال ہی میں برقی حرارت رسانی کے استعمال
سے نہایت اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اگر تشریط صحیح طور پر عمل میں لائی جائے،
تو جو ندبات اُس سے پیدا ہوتے ہیں وہ فنسنی لیمپ سے حاصل شدہ ندبات سے
کسیطرح کم تشفی بخش نہیں ہوتے، لیکن یہ ایک صبر آزما اور دردناک طریقہ ہے۔
بایں ہمہ بسرعت پھیلنے والے اور ثابت ذئبہ (ذئبہ آشر کھانا = L. vorax)
کے لئے، اور ندبات کے اندر مدفون گرھکوں کے علاج کے لئے، یہی ایک
منتخب طریقۂ علاج ہے۔ فرانس میں ذئبی بافت کو تلف کرنے کے لئے خیط نما ڈوش
(filiforme douche) استعمال کی جارہی ہے اور اُس سے اچھے نتائج حاصل
ہوئے ہیں۔ مختلف کاویات مثلاً آرسی نیئس ایسڈ (arsenious acid)، پائروگیلک
ایسڈ (pyrogallic acid)، ٹرائی کلورایسیٹک ایسڈ (trichloracetic acid)
پارے کے مایع ترشئی نائٹریٹ (liquid acid nitrate of mercury) کا، اور
سیلی سلک ایسڈ (salicylic acid) اور کریاسوٹ (creasote) کے ایک امتزاج
کا جو لصقہ کی شکل میں ہوتا ہے، ذئبی بافت پر ایک انتخابی عمل ہوتا ہے، لیکن ان
سے (بالخصوص آرسی نیئس ایسڈ سے) بہت درد پیدا ہوجاتا ہے۔ ایڈمسن
(Adamson) کا طریقہ، جسمیں وہ پارے کا مائع ترشئی نائٹریٹ (liquid acid
nitrate of mercury) استعمال کرتا ہے، سادہ ہے اور اُس سے بہترین نتائج
حاصل ہوتے ہیں۔ وہ حسب طریقۂ ذیل عمل میں لایا جاتا ہے:۔ نرم روئی کے ایک
ٹکڑے سے جسے ایک باریک نوک والے چھپٹے کے بند سروں پر لپیٹ کر اس مائع
سے تر کرلیا جاتا ہے، ذئبہ کی گرھکوں کو ایک یا دو منٹ کے لئے آہستہ سے ملتے
ہیں۔ اِسکے بعد کسی کسوت کی ضرورت نہیں، اگرچہ شائد اسطرح عمل یافتہ سطح کو
صاف نُشالہ یا گاز کے ایک ٹکڑے سے ڈھانک کر رکھنا مناسب ہے۔ اِس کے
بعد بہت التہابی تعامل پیدا ہوجاتا ہے اور ایک کھرنڈ بنجاتا ہے جو رفتہ رفتہ جدا ہوکر
وہاں ایک چکنی گلابی سطح باقی رہ جاتی ہے۔ اِسکے بعد جو ندبہ پیدا ہوجاتا ہے وہ
اُس ندبہ سے بہتر ہوتا ہے کہ جو دوسرے کسی طریقہ سے پیدا ہو الّا شائد
فنسنی روشنی کے۔ یہ طریقہ کسیقدر دردناک ہے، لیکن کسی معدمِ حس دوا کی عموماً

ضرورت نہیں ہوتی۔ اِس سے ایک نشست میں بہت سے رقبہ پر عمل کیا جا سکتا ہے' اور
اِن اِطلاقات کو کرر استعمال کرسکتے ہیں' حتیٰ کہ تمام فاعلی ذئبی بافت تلف ہوجائے۔
اُن اصابتوں میں جنہیں گرمکیں بڑی بڑی اور گہری ہوں' اُنھیں پہلے عدم حسیت کے
تحت کُھرچ لینے کے بعد' پھر ایسڈ نائٹریٹ آف مرکیوری یا زنک کلورائڈ لگا سکتے
ہیں۔

بروقی ذُئبہ

(lupus verrucosus)

(نعشی بروقہ = verruca necrogenica)

جلدی تدرن کی یہ قسم عصیات درنیہ کی راست تطعیم سے پیدا ہوجاتی ہے۔
یہ ذاتی تطعیم کی وجہ سے مسلول اشخاص میں یا دوسرے مریضوں میں جو تدرن کشوف
("open" tuberculosis) میں مبتلا ہوں' پیدا ہوسکتی ہے۔ زیادہ عام طور پر یہ مرض طبیبوں'
نرسوں' یا اُن طالب علموں میں جو تدرنی مریضوں کے تماس میں رہتے ہیں' ماہرین امراضیات'
بعد الموت امتحان پر موجود رہنے والے خدمتگاروں (post-mortem attendants)
بیطاری جراحوں' قصابوں' اور دوسروں میں پایا جاتا ہے جو درنہ سے سرایت زدہ
انسانی یا حیوانی نعشوں کو ہاتھ لگاتے رہتے ہیں۔ اِن افراز میں کثیر التعداد درنی عصیات
موجود ہوتے ہیں' جو عام ذئبہ کی نسبت کہیں زیادہ' لیکن درنی قروح سے نسبتہً
کم ہوتے ہیں۔ یہ عموماً ہاتھوں پر پائے جاتے ہیں' بالخصوص انگوٹھوں پر' لیکن کہنیوں'
گھٹنوں' پاؤں' سرینوں' گرد برازی خطہ' گردن' اور چہرے تک پر ہوتے ہیں۔
ابتدائی ترین ضرر ایک چھوٹی احمراری گرمک ہوتی ہے جس سے بعد میں ڈھلنے سے
پیپ کا ایک دانہ نکل آتا ہے۔ یہ بتدریج بڑھ کر ایک ثؤلولی رقعہ (warty
plaques) بنا دیتا ہے' جو احمرار کے ایک نیلگوں ہالے سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ ایک
کامل نمو یافتہ چکتی میں تین منطقے شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ محیط میں ایک احمراری رقبہ
اسکے اندر نیلگوں بنفشی رنگ کی متعدد دُملیمی سلعہ نما گرمکیں جو چپکی ہوئی پپڑیوں سے
ڈھکی ہوتی ہیں۔ اور مرکز میں یا تو ایک گڑھے دار ندبہ یا بھورے سے رنگ کے ثؤلولی

اُبھار ہوتے ہیں، جو شقوق کے ذریعہ ایک دوسرے سے جُدا ہوتے ہیں۔ سطح سے پیپ کی تھوڑی مقدار خارج ہوتی ہے، جسمیں درنی عصیات مل سکتے ہیں، اور رقعہ کا قاعدہ متصلب ہوتا ہے۔ لمفی غدد جلد ہی سرایت زدہ ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ احشاء بھی ماؤف ہوجائیں۔

علاج۔ منتخب طریقۂ علاج یہ ہے کہ جیسے ہی تشخیص قائم ہوجائے، جلد کے ماؤف رقبہ کا استیصال کردیا جائے، یا حقیقی کَیّ یا برقی حرارت رسانی کے ذریعہ ضرر کو بالکل تلف کردیا جائے۔ سیکوِیرا (Sequeira) سفارش کرتا ہے کہ تولولی سطح کو پائروگیلک ایسڈ (pyrogallic acid) یا سیلی سلک ایسڈ (salicylic acid) سے نکالدینا چاہیئے، اور اسکے بعد لاشعاعوں کا استعمال کرنا چاہیئے۔

درنی ثورانات (درنیے)

(tuberculides)

۱۸۹۶ء میں ڈاریئر (Darier) نے "درنی ثورانات" (درنیے) (tuberculides) کی اصطلاح کو ثورانات کے اُس گروہ کے تسمیہ کے لئے رائج کیا جو ظاہر درنی سرایت رکھنے والے اشخاص میں واقع ہوتے ہیں، اور جو اگرچہ اپنے سریری مناظر میں ایکدوسرے سے مختلف ہوتے ہیں، تاہم اکثر ایک ہی مریض میں ساتھ ساتھ موجود ہوتے ہیں، اور اِسطرح اپنا باہمی تعلق اور مشترک مبدا ظاہر کرتے ہیں۔

جماعت بندی۔ الف۔ جلدی درنیئے (cutaneous tuberculides) جنمیں اضرار اَدَمی بر اَدَمی ہوتے ہیں۔

(۱) حزاز آسا درنیہ (lichenoid tuberculide)۔ خنازیری حزاز (lichen scrofulosorum)۔

(۲) اَیکزیما آسا درنیہ (eczematoid tuberculide)۔ خنازیری التہابِ جلد (dermatitis scrofulosa)، جو مندرجۂ بالا کی ایک قسم ہوتی ہے۔

(۳) بثوری تنخری درنیئے (papulo-necrotic tuberculides)۔ جرابیہ (folliclis)۔ تقطیری التہاب (acnitis)۔

(۴) تقطیر نما درنیہ (acneiform tuberculide) - ضمنی تقطیر (acne cachecticorum) ، جو بثوری تخرّی درنیہ کی ایک قسم ہے -

(۵) ذئبہ آسا درنیہ (lupoid tuberculide) - بوئیک (Boeck) کا بثوری لحمیہ (papular sarcoid) ، یا منتشر دخنی ذئبہ آسا (disseminated miliary lupoid) ، جسکے ساتھ تقطیری التہاب موجود ہو سکتا ہے -

(۶) احمراری ذبولی درنیئے (erythemato-atrophic tuberculides) - بعض اصابتوں میں احمراری ذئبہ (lupus erythematosus) -

(۷) گلابی درنیہ (rosaceous tuberculide) -

ب - تحت الجلد درنیے -

تصلّبی خنازیری احمرار (erythema induratum scrofulosorum) (مرضِ بیزن = Bazin's disease) -

گرہ دار احمرار (بعض اصابتوں میں) -

ڈاریئر راؤسی (Darier-Roussy) کا تحت الجلد لحمیہ (sarcoid) -

درنیوں کے اسباب - درنیے ، درنی عصیات کی سرایت سے پیدا ہوتے ہیں جو جلد یا تحت الجلدی بافت کی کسی عرق دموی میں اسوقت واقع ہوتی ہے جبکہ درنی عصیات کسی مقامی درنی ضرر سے چھوٹ کے خون میں منتقل ہو جاتے ہیں - یہ اُن اشخاص میں پیدا ہوتے ہیں جو ، اگر ہمیشہ نہیں تو عموماً اوائل زندگی میں درنہ کی حساسیت حاصل کر چکے ہوتے ہیں ، اور جنہیں اِس سرایت کی مدافعت کی قوت عموماً اچھی ہوتی ہے - حقیقی اضرار وہ التہابی تعاملات ہیں جو حسّاس شدہ بافتوں میں کہ ضد اجسام اور درنی عصیات کے باہمی عمل سے پیدا ہو جاتے ہیں ، اور یہ تعامل آخرالذکر کو تلف اور برباد کر دیتا ہے ، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ اضرار تکوین ندبہ کے ساتھ یا اس کے بغیر مندمل ہو جاتے ہیں - ظاہر ہے کہ انکے وقوع کیلئے ضد اجسام کی موجودگی ناگزیر ہے ، اور اسی سے غالباً اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ ایک درنی شخص میں خسرہ کے حملہ کے بعد کیوں حقیقی ذئبہ کی منتشر چکتیاں پیدا ہو جاتی ہیں - اسکی وجہ یہ ہے کہ خسرہ کی وجہ سے درنی ضد اجسام عارضی طور پر غائب ہو جاتے

ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ درنی عصیات زندہ رہتے ہیں اور تعداد میں بڑھ جاتے ہیں۔ درنیوں کی پیدائش میں ایک اہم عامل دورانِ خون کا رکود ہے۔ بثوری تخزی قسم خنازیری اشخاص میں دیکھی جاتی ہے جو غصرتی دورانِ خون (chilblain-circulation) رکھتے ہیں، جنکہ انتخابی مقامات وہ ہوتے ہیں جنمیں خون کا بہاؤ نہایت رکودی ہوتا ہے، اور تصلبی احمرار تقریباً صرف اُن نوعمر عورتوں میں ہوتا ہے جنکی ٹانگیں ازرق اور اُذیمائی نما ہوتی ہیں۔ جیسی کہ توقع کی جاسکتی ہے، عصیات سریع اتلاف کی وجہ سے، صرف شاذ ہی درنیتی افزار میں موجود پائے جاتے ہیں لیکن وہ خنازیری حزاز اور تصلبی احمرار میں پائے گئے ہیں۔ افزار میں کی بافت سے گینی پگوں کی تطعیم سے نسبتہً زیادہ اکثر مثبت نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ ٹیوبرکیولین (tuberculin) کے اشرابات نہ صرف مقامی جلدی تعاملات پیدا کردیتے ہیں، بلکہ ممکن ہے کہ درنی شخص میں ایسے درنیوں کا حملہ واقع کردیں جو پہلے موجود نہ تھے۔ مزید برآں اگر ٹیوبرکیولین کی خفیف مقداریں مناسب وقفوں کے ساتھ دیجائیں تو وہ تصلبی احمرار اور بثوری تخزی درنیوں پر حیرتناک شفابخش اثر رکھتی ہیں۔

870

درنیوں کا علاج۔ درنیوں کے مریضوں کا عام علاج وہی ہے جو عام ذئبہ کے لئے پہلے درج کیا گیا ہے (جو ملاحظہ ہو)۔ ڈاریئر نے دروں جلدی راہ سے ٹیوبرکیولین کی خفیف مقداروں کے اشرابات کی اور اسکے ساتھ ہی نوواسینوبلان (novarsenobillon) کے دیدوں وریدی اشرابات کی زور کے ساتھ سفارش کی ہے۔ راقم الحروف کو جرابیہ اور تصلبی احمرار میں طلائی مرکبات کے اشرابات سے، جیسے کہ احمراری ذئبہ میں استعمال کئے جاتے ہیں (جو ملاحظہ ہو)، اور داخلی طور پر آیوڈین اور کاڈلیور آئل کے استعمال، اور کلی ماورائے بنفشئ روشنی کے غسلوں سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں تصلبی احمرار میں، خاصکر اُن اصابتوں میں جنہیں تقرح موجود ہو، افزار کے مندمل ہونے تک بستر میں کامل آرام کی ہدایت کرنی چاہئے۔

خنازیری حزاز (lichen scrofulosorum) ورینہ کی اس حزازآسا قسم کا مقابلہ حزاز آسا شعری فطری تورّن (lichenoid trichophytide) کے ساتھ، اور اُس بثوری جرابی تورّن کے ساتھ کیا جاسکتا ہے جسے پہلے وھٹ فیلڈ

(Whitfield) نے شدید نبقی سبحی حصفہ (streptococcal impetigo) کے ایتلاف میں بیان کیا (حزاز آسا نبقی سبحی ثوران = lichenoid streptococcide)-

یہ ثوران دو قسموں کے افرار پر مشتمل ہوتا ہے ، مستوی بثور جو حزاز مسطح (lichen planus) کے افرار سے کسیقدر مشابہ ہوتے ہیں اور جرابی بثور (follicular papules) جو شکل میں بہت مختلف ہوتے ہیں - اول الذکر چھوٹے چپٹے اکثر الاضلاعی اور زردی مائل یا سرخی مائل رنگ کے ہوتے ہیں - یہ چکنے اور چمکدار ' یا ایک چھوٹے چھلکے سے ڈھکے ہوئے ہوسکتے ہیں - جرابی بثور تنہا موجود ہوسکتے ہیں ' لیکن زیادہ عام طور پر مستوی قسم کے ساتھ دیکھے جاتے ہیں - یہ شعری دُہنی جرابات کے گرد بنتے ہیں ' شکل میں مخروطی یا نکیلے ' اور رنگ میں سرخی مائل ہوتے ہیں ' اور کبھی کبھی ان پر ایک قرنی شوکہ کی ٹوپی چڑھی ہوئی ہوتی ہے (حزازہ شوکی = lichen spinulosus کی ایک قسم ' مقابلہ کرو حزاز آسا شعری فطری ثوران : lichenoid trichophytide سے)- بعض اوقات انکی چوٹیوں پر آبلہ نما قائحات بنجاتے ہیں (مقابلہ کرو آبلہ نما قائحی شعری فطری ثوران = vesiculo-pustular trichophytide کے ساتھ)-

ضرر کے یہ مختلف اقسام گول گروہوں ' یا دائروں ' یا دائروں کے خلقوں میں مرتب ہوتے ہیں - یہ بالخصوص دھڑ پر ' زیادہ تر پہلوؤں پر ' شاذ صورتوں میں اطراف پر ' اور کبھی کبھی چہرے پر توزیع یافتہ ہوتے ہیں - انہیں کھجلی خفیف سی ہوتی ہے یا بالکل نہیں ہوتی - وقتاً فوقتاً بثور کے تازہ گروہ پیدا ہوکر یہ ثوران ترقی کرتا رہتا ہے ' اور اسطرح یہ مہینوں جاری رہتا ہے -

مرضی تشریح - یہ افرار سرطلہ آسا خلیتوں اور عفریتی خلیتوں کے ساتھ اُدمہ کی درنہ آسا دررزش کا نتیجہ ہوتے ہیں - جبنی انحطاط کا رجحان کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا - یہ دررزش امتحان کردہ بشرہ کی قسم کے لحاظ سے یا تو حلیمی طبقہ میں واقع ہوتی ہے ' یا ایک شعری دہنی جراب کے گرد -

بحث اسباب - یہ ثوران ' معہ اکزیما آسا قسم کے ' درنیوں میں سب سے زیادہ سادہ اور سب سے زیادہ سطحی ہوتا ہے - معلوم ہوتا ہے کہ یہ ' اور اسکے ساتھ نفیطی عینی افرار (phlyctenular ophthalmic lesions) ' اُمّس

بالر کے ٹوٹنے کے بعد جو لمفی غدد سے حاصل ہوتی ہے، درنی عصتیہ دمویت کا سبب سے پہلا منظہر ہیں - اِسی واسطے اِسکا حدوث زمانۂ طفلی میں ہوتا ہے - بوئیک (Boeck) اور برُوس گارڈ (Bruusgaard) نے اِسکے متعلق بیان کیا ہے کہ یہ ایک سولہ ماہ کے بچے میں اُنگلی کے درنی آکولہ (tuberculous chancre) کے اندمال کے چھ ہفتے بعد، اور نفیطی التہاب قرنیہ (phylctenular keratitis) کے فوراً بعد واقع ہوگیا - ایک دوسری اصابت میں، جو ایک یکسالہ لڑکی تھی، اور جسمیں درنی آکولۂ فرج (vulvar tuberculous chancre) اور اُربی غددی التہاب (inguinal adenitis) موجود تھا، آکولہ کے اندمال سے پہلے التہاب قرنیہ پیدا ہوگیا، اور اِسکے تین ماہ بعد خنازیری حزاز۔

اِن بثور کی خرد بینی تراشوں میں درنی عصتیات فی الحقیقت بتلا دئے گئے ہیں؛ اور گینی پگ میں ثبت تطعیمات حاصل ہوئی ہیں - ٹیوبرکیولین کے اشراب سے مقامی ماسکی، اور عمومی تعاملات پیدا ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ درنی اشخاص میں ایسے اشرابات سے یہ ثوران برانگیختہ ہوجائے - آیڈمسن اور براک (Brocq) نے ٹیوبرکیولین کے دروں اَدمی اشراب کے مقام کے گرد جرابی بثور کی نمویابی مشاہدہ کی ایسی اصابتیں مرقوم ہیں جنمیں درنی غدد کا جراحی عمل کے ذریعہ استیصال کردینے کے بعد خنازیری حزاز خود بخود صاف ہوگیا -

ایکزیما آسا درنیہ (eczematoid tuberculide) - بہت سال پہلے بوئیک (Boeck) نے خنازیری حزاز کی مختلف شکلوں کے طور پر ایک "منتشر بثوری فلسانی درنیہ" ("disseminated papulo-squamous tuberculide") اور ایک "خنازیری ایکزیما" ("eczema scrofulosorum") بیان کیا - جداسوہنا (Jadassohn) نے بھی ایک چھلکے دار قسم کا ثوران بتلایا ہے، جسمیں کسیقدر دررنجیت چکتیاں دیکھی جاتی ہیں جو رنگ میں سرخی مائل بھوری، اور صدفیہ (psoriasis) یا سیلان الدہنی التہاب الجلد کی چکتیوں سے مشابہ ہوتی ہیں - شومان (Schaumann) اور دوسروں نے ایسی چکتیوں کو تمثیلی خنازیری حزاز کے ساتھ دیکھا ہے، اور تراش لینے پر اول الذکر نے ایک درنہ آسا ساخت اور اُس کے ساتھ عفونتی خلئے پائے - لیکن

تدرن کے بغیر۔

اکزیما آسا التہابِ جلد کی اصابتوں کا ایک سلسلہ بیان کیا گیا ہے (21) ' جو تقریباً صرف بچوں اور نوبیاہتوں میں ایک ممیز ہلکے بادامی یا شاحب بھورے رنگ کی چھلکے دار چکتیوں کی صورت میں ہوتی ہیں۔ یہ عموماً خشک مگر بعض اوقات (غالباً کھرچنے سے یا ملنے کی وجہ سے) رِستی ہوئی ' اور بالخصوص جوارح کی باسط سطحوں ' دھڑ اور چہرہ ' خاصکر کنپٹیوں اور پیشانی پر بالوں کے حاشیہ سے نیچے واقع ہوتی ہیں۔ اِن اصابتوں کی تقریباً ۸۰ فیصدی میں فاعلی تدرن کے واضح آثار موجود پائے گئے۔ راقم الحروف نے اِس ثوران کو خنازیری التہابِ جلد (dermatitis scrofulosa) کے نام سے موسوم کیا۔ کچھ عرصہ بعد اِن اصابتوں کا ایک مزید سلسلہ بیان کیا گیا (22) اور یہ بتلایا گیا کہ (۱) درنی بچوں میں اِس جگہ جہاں ٹیوبرکیولین کے ذریعہ پرکی کا آدمی کاشفہ (Pirquet's cuti-test) عمل میں لایا گیا ہو ' ایسی ہی چکتیاں تازہ پیدا ہو سکتی اور کچھ عرصہ تک قائم رہ سکتی ہیں ' اور یہ کہ (۲) اُن بچوں میں جنمیں خنازیری التہاب جلد موجود ہو ' جلد پر ٹیوبرکیولین لگانے سے ایسی چکتیاں پیدا کی جا سکتی ہیں جو شکل اور نسیجیاتی ساخت میں اُن چکتیوں سے مشابہ ہوتی ہیں جو پہلے سے موجود ہیں۔ خنازیری حارز کی ایسی اصابتیں بھی دیکھی گئی ہیں ' جنمیں خنازیری التہابِ جلد کی چکتیاں بھی ساتھ ساتھ موجود تھیں ' اور اِنکے متعلق یہ رائے ظاہر کی گئی کہ آخرالذکر اول الذکر کی ایک اکزیما آسا قسم ہے۔

درنیہ کی اِس اکزیما آسا شکل کی اغلب توجیہ یہ ہے کہ یہ ٹیوبرکیولین کے لئے نوادمہ کی حساس کردگی سے پیدا ہو جاتی ہے ' کیونکہ ہر اکزیمائی تعامل کا انحصار شبکہ مالفیجیہ کے خلیتوں کی حساس کردگی پر ہوتا ہے۔ جلد پر ٹیوبرکیولین لگا کر خنازیری التہابِ جلد کی چکتیوں کی تجربی پیدائش سے ' جسکا اوپر ذکر کیا گیا ہے ' اِس رائے کی تائید ہوتی ہے۔

تشخیص۔ خنازیری التہابِ جلد جن ثورانات کے ساتھ خلط ملط کر دئے جانے کا سب سے زیادہ اِمکان رکھتا ہے ' وہ حسب ذیل ہیں: خفتی سبعی حصفہ کی خشک چھلکے دار شکل ' وہ چھلکے دار چکتیاں جو قوی قلوی صابنوں کے استعمال سے

پیدا ہوجاتی ہیں، اور وہ جو تخیلی بذوریہ (pityrosporon) کی سرایت کی وجہ سے ہوجاتی ہیں۔ ان میں سے کسی ایک کا رنگ ویسا ہلکا یا دامی یا سرخی مائل بھورا نہیں ہوتا اور نہ اُنمیں اُس درجہ کی درریزش ہوتی ہے جو خنازیری التہاب جلد کا ممیز خاصہ ہوتی ہے۔

بثوری تنخری درنیہ (papulo-necrotic tuberculide)۔

درنیہ کی یہ قسم خیسرثوم نہیں ہے، اور یہ بالخصوص ریعانیوں اور اُن نوعمر بالغوں میں دیکھی جاتی ہے جنکا محیطی دورانِ خون ضعیف ہو اور جنمیں غدد، ہڈیوں، مفاصل، یا باریطون کا تدرّن ہو۔ ابتدائی ضرر ایک چھوٹا سا سخت بثرہ ہوتا ہے، جو ایک سرخی مائل کنارے سے محصور، اور اَدمہ کے اندر مدفون ہوتا ہے۔ اِس کا مرکزی حصہ نیلگوں رنگ کا ہوکر اُس کے بر اَدمہ کے نیچے ایک آبلہ نما قالحہ بنجاتا ہے جسے کھولدینے سے ایک مسلی ریمی سیّال کا ارتشاح ہوکر ایک چھوٹا تنخری کہف منکشف ہوجاتا ہے۔ جب اِسے چھوا نہ جائے تو یہ قالحہ خشک ہوکر ایک پپڑی بنا دیتا ہے، جو مرکزی تنخری رقبہ کو ڈھانک دیتی ہے۔ جب یہ پپڑی نکل جاتی ہے تو ایک گڑھے دار ندبہ باقی رہ جاتا ہے، جو لونیت کے ایک تنگ منطقہ سے محصور ہوتا ہے۔

اضرار کی توزیع بڑی حد تک اعظم عروقی رکود کے ساتھ متناظر ہوتی ہے، اور یہ اضرار زیادہ تر ہاتھوں اور پاؤں، کہنیوں اور گھٹنوں، پیش بازوؤں کی باسط سطحات، کانوں، اور چہرہ کے گلا بیدار رقبہ پر پائے جاتے ہیں۔ فصلوں (crops) کی صورت میں نمودار ہوتے ہیں، بالخصوص سرما میں، جبکہ محیطی دوران خون نہایت سست ہوتا ہے، اور مہینوں یا برسوں تک اسطرح پیدا ہونا جاری رکھ سکتے ہیں۔ لیکن جیسا کہ تصلبی احمرار میں ہوتا ہے، جیسے جیسے مریض ادھیڑ عمر کے قریب پہنچتا ہے، یہ ثوران خود بخود، علاج کے بغیر بھی غائب ہوجانے کا رجحان رکھتا ہے۔

مرضی تشریح ۔ قیاس ہے کہ یہ اضرار ایک چھوٹی اَدمی عرق میں درنی عصیات کی سدادیت سے پیدا ہوجاتے ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انفصالی بافت

میں تخز کا ایک رقبہ پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ التہاب کے ایک منطقہ سے محصور ہوجاتا ہے' جسکی ساخت ممکن ہے کہ معتین طور پر درنی ہو' اور جسمیں سرطا ساخلیے اور عفرتی خلیے بیقاعدہ گروہوں میں پائے جاتے ہیں۔ نام نہاد حسی تفطیر (acne cachecticorum) میں تخز کا عمل وقوع نہایت اوپری ہوتا ہے۔

بحث اسباب ۔ خنازیری حزاز کی طرح' بثوری تخزی درنیے بھی عصتیہ دمویت کا سب سے پہلا منظر ہوسکتے ہیں۔ بروس گارڈ نے ایک سترہ سال کی عمر والے لڑکے کی حالت کا مشاہدہ کیا' جسمیں یہ درنیے ٹھنڈی کے ایک درنی آکول (tuberculous chancre) کے اندر ال کے تھوڑے ہی عرصہ کے بعد نمودار ہوگئے۔ درنیوں سے ایک گینی پگ کی کامیاب تطعیم کی گئی' اور ایک انسانی قسم کا عصتیہ بندیہ کاشت آگایا گیا۔ 872

دخنی وجہی ذئبہ (بوئیک کا بثوری لحمیہ)

(papular sarcoid of Boeck)۔ اس ثوران کو شاؤمان صحیح طور پر ان حقیقی لحمیات سے ممیز کرتا ہے جو اُسکے سلیم ذرّاتی سلعہ (benign granuloma) کا تخز ہوتے ہیں' اور اسکی بہترین جماعت بندی درنیوں کے زمرہ میں کی جاسکتی ہے بعض امور کے لحاظ سے معلوم ہوتا ہے کہ یہ ان حقیقی لحمیات اور فاعلی درنی ادواء الجلد (tuberculous dermatoses) (مثلاً عام ذئبہ) کے درمیان ایک برزخی صورت پیش کرتا ہے۔ شاؤمان کا خیال ہے کہ اسمیں ٹلبری فاکس کے جرابی منتشر ذئبۂ گرد گرد کی سر بدار تفطیر (acne agminata) اور بارنیلی کے تفطیری التہاب (acnitis) کو شامل کرنا چاہیئے۔

یہ باجرہ کے دانے سے لیکر مٹر کے برابر جسامت کے نیم کروی بثور ہوتے ہیں' جنکا رنگ سرخی مائل نیلا یا بھورا سا ہوتا ہے' اور جو چھونے سے معتدل طور پر سخت معلوم ہوتے ہیں۔ یہ تشاکل طور پر چہرہ پر مرتب ہوتے ہیں' بالخصوص گلابیہ کے رقبہ پر' گردن پر' اور نسبتہً کم عام طور پر کلائیوں' بالائی جوارح کی باسط سطحات' شانوں اور پشت' جلد الراس اور زیرین جوارح پر۔ ممکن ہے کہ بالکل ناگہانی طور پر نمودار ہوکر عرصۂ دراز تک فصلوں کا پیدا کرنا جاری رکھیں۔ ممکن ہے کہ یہ جذب ہوجائیں اور

ایسے ندبات باقی رہ جائیں جو بشکل محسوس ہوسکیں۔ یا انہیں مرئی تنخز واقع ہوکر اوپری تقشیر اور ازاں بعد گڑھے دار اندباب (تفطیری التہاب = acnitis) واقع ہوجائے۔ بعض اصحاب آخر الذکر شکل کو ثوران کی غیر متقرح قسم سے علٰحدہ سمجھتے ہیں، لیکن یہ دونوں جیسا کہ شاؤمان اشارہ کرتا ہے، ایک ساتھ موجود ہوسکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ نسیجیاتی لحاظ سے ذئبہ آسا بثور اور تقیحی بثور دونوں میں تنخز کی شہادت پائی جائے۔

مرضی تشریح نسیجیاتی لحاظ سے یہ بثور سرطلہ آسا خلیوں کے تودوں پر مشتمل پائے جاتے ہیں، جنکے ساتھ عفریتی خلیے ہوں یا نہوں، اور کثیر التعداد لمفی خلیے ملے جلے ہوتے ہیں۔ مرکزی تجبّن اکثر دیکھا جاتا ہے۔

بحث اسباب - یہ ثوران سل ریوی کی ترقی یافتہ اصابتوں میں پیدا ہوسکتا ہے، لیکن زیادہ اکثر ماؤف اصابتوں میں تدرن کی سریری شہادت نمایاں نہیں ہوتی، بالخصوص خالص ذئبہ آسا قسم میں جو بالخصوص ادھیڑ عمر کی عورتوں میں دیکھی جاتی ہے۔ سینہ کے لاشعاعی امتحان سے اکثر پرانی نافیی سل ریوی (hilus phthisis) کی، اور ساتھ ہی شبھی غدد کی تکلیس اور بعض اوقات ایک سابقہ راسی ضرر کی شہادت ظاہر ہوتی ہے، لیکن شاؤمان کا خیال ہے کہ پھیپھڑے وہ سایے کبھی نہیں ظاہر کرتے جو کہ سلیم لمفی ذوراتی سلعہ میں دیکھے جاتے ہیں۔ کئی مشاہدین کو ان اضرار میں درنی عصیات موجود ملے ہیں، اور دوسروں کو مثبت حیوانی تطعیمات حاصل ہوئی ہیں۔ شاؤمان کا بیان ہے کہ دروں آدمی ٹیوبرکیولینی کا شعفہ ہمیشہ مثبت ہوتا ہے۔

گلابی درنیہ (rosaceous tuberculide) - درنیہ کی یہ قسم متذکرہ سے اس امر میں اختلاف رکھتی ہے کہ گلابی عنصر (تمتماہٹ، صنیر موقی اتساع، اور چھلکوں کی موجودگی) زیادہ واضح ہوتا ہے، اضرار زیادہ چھوٹے اور زیادہ اوپری ہوتے ہیں، اور اندباب کا رجحان کم ہوتا ہے نسیجیاتی طور پر اگرچہ انکی ساخت درنہ آسا ہوتی ہے، تاہم مرکزی تجبّن کے ساتھ معروف درنہ نہیں پایا جاتا۔

اس حالت کو پہلے پہل لیونڈوسکی (Lewandowsky) نے بیان کیا تھا اور اسوقت سے لیکر کئی اصابتوں کی اطلاع دیگئی ہے (23)۔ اضرار دقیق بثوروں پر مشتمل ہوتے ہیں، جو اگرچہ ہمیشہ نہیں، تاہم بعض اوقات جرابی ہوتے ہیں، اور بے قاعدہ طور پر

توزیع یافتہ ہوتے ہیں۔ اگرچہ بالعموم وہ غیر طبقی ہوتے ہیں، تاہم ممکن ہے کہ وہ چھوٹی چھوٹی چکتیوں کی صورت میں گروہ بند ہوں۔ انکی رنگت شوخ سرخ سے لیکر بھوری سی زردرنگ مختلف ہوتی ہے۔ زجاجی دباؤ پر وہ ذئبہ نما گرکوں سے مشابہت رکھتے ہیں، جو کہ حقیقی گلابیہ کے بثور کے برعکس ہے۔ انمیں بعض قانچی ہوجاتے ہیں، لیکن قانحات چھوٹے اور اوپری ہوتے ہیں گلابی تمتاہٹ اور صغیر عروقی اتساع کا درجہ اختلاف پذیر ہوتا ہے۔

یہ اضرار معتدبہ مدت تک قائم رہتے ہیں، اور اسکے بعد انمیں مکش واقع ہوتا ہے، جسکے بعد انکے کوئی آثار باقی نہیں رہتے یا ایک چھوٹا سا گڑھے دار ندبہ باقی رہتا ہے۔ بثری قانچی گلابیہ سے تشخیص بعض اوقات مشکل ہوتی ہے، اور خاص نکات یہ ہیں:۔ زجاجی دباؤ کے ساتھ یا اسکے بغیر بثور کا ذئبہ نما منظر۔ پیشانی کے جانبی حصوں، اور گالوں اور گردن کا متاثر ہونا۔ روغنی سیلان الدہن، جو گلابیہ میں بالعموم موجود ہوتا ہے، اسمیں عام طور پر مفقود یا خفیف ہوتا ہے، اور قانحیت کا رجحان بہت کم ہوتا ہے، اور قانحات جب موجود ہوتے ہیں تو چھوٹے اور اوپری ہوتے ہیں۔ اضرار کی سیجاتی ساخت۔ ٹیوبرکلین کے لئے جلد کی حساسیت (دروں جلدی اور ماروکے کاشفات)، لیکن بعض اصابتوں میں یہ خفیف ہوتی ہے۔ 973

مرضی تشریح۔ معمولی گلابیہ کے مزمن متصلب بثور میں ایک درنہ نما ساخت، جسمیں گاہے گاہے عفرتی خلیات ہوں، بعض اوقات ٹوٹی پھوٹی جرابوں اور دہنی غدد کے ردعمل کے طور پر پائی جاتی ہے۔ گلابی درنیہ میں، دقیق اور حالیہ بثور میں بھی واضح الحدود درنہ آسا دریزشیں پائی جاتی ہیں، جو بنادمہ کے عین نیچے واقع ہوتی ہیں، اور جنمیں کہیں کہیں عفرتی خلیات ہوتے ہیں۔ ممکن ہے وہ گرد جرابی ہوں یا کسی عروقی قنات کے گرد ہوں، لیکن اکثر وہ غددی زائدوں سے بے تعلق ہوتی ہیں، جو کہ گلابیہ کے برعکس ہے۔

علاج۔ جلد کی درنی حالتوں کے لئے جو عام علاج پیشتر بتایا جاچکا ہے، اسکے علاوہ راقم الحروف اور دوسروں نے طلائی مرکبات (gold compounds) کے اثرات نہایت مفید پائے ہیں۔

تصلبی احمرار (erythema induratum) (مرض بیزن = Bazin's disease)

تصلبی احمرار کی اصطلاح کے تحت عسیر الاندمال تحت الجلدی گرہکوں کی دو قسمیں شامل ہیں، ایک درنی اور دوسری غیر درنی۔ اول الذکر کو اس ملک میں عام طور پر مرض بیزن کے نام سے یاد کرتے ہیں، اور یہ تقریباً استثنائی طور پر اُن نوعمر لڑکیوں میں دیکھی جاتی ہے جنکی ٹانگیں شحمی، ازرق اور اذیمائی ہوتی ہیں، جنمیں عروقی رکود موجود ہوتا ہے، جو زیرین ترین ایک ثلث حصہ کی عقبی بیرونی سطح پر سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے (ساقِ دوشیزہ کا احمراری زراق = "erythrocyanosis crurum puellaris")۔ چونکہ یہ گرہکیں سدادی مبدأ کی ہوتی ہیں، یہ نہایت عام طور پر اسی رقبہ پر واقع ہوتی ہیں۔ یہ مختلف جسامت کے گہرے تصلبی، سرخی مائل یا بنفشئی رقاع کے طور پر نمودار ہوتی ہیں، جو ممکن ہے کہ بتدریج حل ہو جائیں، یا پھوٹ کر ایک روغنی سیّال کا رشوہ خارج کریں، جو شحمی تنخر کا حاصل ہوتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں عسیر الاندمال قروح پیدا ہو جاتے ہیں، جنمیں ریم زا عضویوں کی ثانوی سرایت واقع ہو جاتی ہے۔ جیسا کہ توقع کی جاسکتی ہے، طویل عرصوں تک کھڑے رہنے سے تازہ گرہکوں کے وقوع کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، کیونکر زیادہ عرصہ تک کھڑے رہنے سے عروقی رکود بڑھ جاتا ہے، اور بستر میں آرام کرنے سے اِن گرہکوں کے انحلال میں سرعت پیدا ہو جاتی ہے۔

مرضی تشریح - جیسا کہ شاؤمان رائے ظاہر کرتا ہے، اغلب ہے کہ تصلبی احمرار اور لحمیہ کی تحت الجلد قسم میں درنی عصیات کسی تحت الجلد ورید کے عروق العروق میں سے ایک عرق کے اندر ٹھہر جاتے ہیں، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک علقیتی التہاب ورید واقع ہو جاتا ہے۔ اِس علقیت یافتہ عرق کے گرد ورید کی دیوار میں درنہ آسا دد ریزش ہو سکتی ہے۔ جیسا کہ گرہ دار احمرار (erythema nodosum) میں ہوتا ہے، تحت الجلد چربی کا وسیع تنخر ہوتا ہے، جسکے حاصلات کو نسیجی خلیے اور عفریتی خلیے جذب کر لیتے ہیں۔

بحثِ اسباب - تصلبی احمرار کی یہ قسم غالباً ہمیشہ درنی مبدأ کی ہوتی ہے۔ گرہکوں سے نکلے ہوئے مواد سے متعدد کامیاب حیوانی تلقیحات عمل میں

لائی گئی ہیں۔ اسکے مریضوں میں ٹیوبرکیولین سے قوی مثبت جلدی اور دروں آدمی کاشفات حاصل ہوتے ہیں، اور اگر اسکا اشراب کردیا جائے تو نمایاں ماسکی تعاملات پائے جاتے ہیں۔ خنازیری حمانہ کی طرح، یہ تدران ایک ورنی شخص میں ٹیوبرکیولین کے علاجی اشراب کے بعد پہلی بار پیدا ہوسکتا ہے۔ عموماً اسی مریض میں بثوری تنخر ی درنیے اور تصلبی احمرار دونوں ایک ساتھ موجود ہوتے ہیں۔

ڈاریئر راؤسی کا تحت الجلدی لحمیہ (subcutaneous sarcoid of Darier-Roussy) درنیہ کی یہ قسم نہایت قریبی طور پر تصلبی احمرار کی درنی قسم سے مماثل ہوتی ہے۔ اسکے اندر غیر الالتہابی تحت الادمہ گرہکوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جنکی جسامت ایک مٹر کے دانہ سے لیکر اخروٹ کے برابر مختلف ہوتی ہے، یا نسبتۃً اور بھی بڑی ہوسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ کم و بیش اتفاقی ہو کر گرہکی رقاع بنادیں۔ انکے اوپر کی جلد طبعی رنگ کی یا نیلگوں، اور کہیں کہیں چپکی ہوئی ہوتی ہے۔ یہ دونوں صنفوں کے بالغوں میں ہوتے ہیں، اور بچوں میں شاذ ہی ہوتے ہیں۔ انکے انتخابی مقامات کتفی خطہ، سینہ کے اطراف، پہلو یا کمر، اور رانیں ہیں۔ لیکن یہ بازوؤں اور ٹانگوں پر، بلکہ جلد الراس پر بھی پائے جاسکتے ہیں تصلبی احمرار اور درنی صفیوں کے برعکس، انمیں تنخر اور اسکے ساتھ تقرح کبھی نہیں واقع ہوتا۔

مرضی تشریح نسیجیاتی مناظر تصلبی احمرار کے مناظر سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن درنی ساخت زیادہ واضح ہوتی ہے۔ شحمی تنخر کے ساتھ عفریتی خلیتوں کے تشکیلی نظامات پائے جاتے ہیں۔

بحث اسباب۔ گرہکوں سے نکلی ہوئی بافت کے ذریعہ کامیاب حیوانی تلقیحات کی گئی ہیں، اور ٹیوبرکیولین سے مثبت مقامی اور ماسکی تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔

874

لحمیات

(sarcoids)

ثورانات کے ایک نہایت اہم گروہ کی جماعت بندی لحمیات (sarcoids)

کی اصطلاح کے تحت بہ سہولت کی جاسکتی ہے، لیکن اِنکے متعلق اب بھی بہت خلط ملط موجود ہے۔ مندرجۂ ذیل بیان میں بڑی حد تک شاؤمآن کے خیالات کا اتباع کیا جائیگا (24) جنکے ہم سلیم لمفی ذراتی سلعہ (benign lymphogranuloma) کے تصور کے لئے ممنون احسان ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ مزید تحقیقات ان خیالات میں ترمیم کی مقتضی ہو۔

ثوراناتہ کی جن اقسام پر لحمیات کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے، وہ حسب ذیل ہیں:-

(۱) بوئیک کا متعدد سلیم بثوری لحمیہ (multiple benign papular sarcoid of Boeck) جسے آپ بہت سے اصحاب منتشر دخنی ذئبہ آسا (disseminated miliary lupoid) کہتے ہیں۔

(۲) بوئیک کا بڑا گرہکی سلیم لحمیہ (large nodular benign sarcoid)

(۳) ڈارئیر راؤسی کا تحت الأدمہ لحمیہ (hypodermic sarcoid)

(۴) ذئبہ خصرتی (lupus pernio)

شاؤمآن کی رائے ہے کہ چھوٹے بثوری اور تحت الأدمہ اقسام کو درنیوں کے زمرہ میں شمار کرنا چاہئیے (جو ملاحظہ ہوں) اور بڑے گرہکی جلدی لحمیا ور ذئبہ خصرتی کو اُسکے سلیم لمفی ذراتی سلعہ کا جزو سمجھ کر احراری ذئبہ کی درنی قسم اور اِسٹرن برگ (Sternberg) کے خبیث لمفی ذراتی سلعہ (مرض ہاجکن = Hodgkin's disease) کے ہمراہ تدرن نما (paratuberculosis) کے طور پر جماعت بند کردینا چاہئیے۔

ذئبہ خصرتی اور گرہکی سلیم لحمیہ

(lupus pernio & nodular benign sarcoid) (سلیم لمفی ذراتی سلعہ benign lymphogranuloma =) شاؤمآن کی تحقیقات مستحق شکریہ ہے کہ اب اُسی کے بدولت تسلیم کرلیا گیا ہے کہ یہ ذراتی سلعہ کی ایک وسیع پھیلی ہوئی اور مزمن قسم کے جلدی اظہار ہیں، جو جلد اور تحت الجلدی بافت کے علاوہ لمفی غدد، لوزتین، جوانح کی ہڈیوں، پھیپھڑوں، طحال اور جگر کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ اِس مرض کی شدید

اصابتیں شاذ ہیں۔ اُنہیں چہرہ، کانوں، اور اطراف کے ذئبہ خصرتی کے ساتھ متعدد لحمیتی اضرار دیکھے جاسکتے ہیں، جو اوپری ذئبہ آسا گرکوں سے لیکر بڑے تحت الجلد سلعات تک مختلف ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ہاتھ پاؤں کی ہڈیوں اور پھیپھڑوں کی شعاعی ترسیمات سے وسیع ماؤفیت ظاہر ہو۔ اسکے برعکس نسبتہً خفیف اصابتیں غیر عام نہیں، جنہیں صرف معتدل جسامت کی چند منتشر لحمیتی (sarcoid) گرکیں موجود ہوتی ہیں، اور ذئبہ خصرتی یا ہڈیوں اور پھیپھڑوں کی ماؤفیت کے ظواہر نہیں پائے جاتے۔

ذئبہ خصرتی۔ یہ اصطلاح اُس منتشر تشاکل درریزش کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو ناک، وجنی خطوں، صیوانات الاذن، ہاتھوں کی پشت، ہاتھ کی انگلیوں، اور زیادہ شاذ حالتوں میں پاؤں کی انگلیوں کو ماؤف کردیتی ہے۔ ان اورام کا قوام گندھے ہوئے آٹے کی طرح اور رنگ نیلگوں رمادی، بعض اوقات ایک سرخی مائل جھلک کے ساتھ ہوتا ہے۔ ہاتھوں کی انگلیاں دوک نما شکل کی ہوجاتی ہیں، اور ممکن ہے کہ زیرافتادہ ہڈیوں کے اتلاف سے تشوہ (شوکہ منتفخ (spina ventosa) پیدا ہوجائے۔ بعض اوقات تقرح اور اُس کے ساتھ اِنداب موجود ہوتا ہے۔

گرھکی لحمیہ (nodular sarcoid)۔ سب سے اوپری گرکیں رنگ میں زردی مائل سرخ، گروہوں میں مجتمع، اور عام ذئبہ کی گرکوں سے قریبی طور پر مشابہ لیکن نسبتہً زیادہ سخت ہوتی ہیں۔ دوسری مٹر کے دانہ سے لیکر اخروٹ کے برابر مختلف جسامت کی ہوتی ہیں، اُنکا رنگ گلابی یا خاکستری ہوتا ہے، اور وہ ممیز طور پر نیم شفاف نظر آتی ہیں۔ سب سے بڑے اضرار ادمی یا تحت الادمی اورام بنادیتے ہیں، جو بعض اوقات بیضۂ مرغ کے برابر بڑے ہوتے ہیں، اُنکا رنگ ذئبہ خصرتی کی طرح نیلگوں رمادی ہوتا ہے، اور وہ بالخصوص بازوؤں، ٹانگوں، دھڑ، اور چہرے کے وجنی خطہ میں واقع ہوتے ہیں۔ انحلال واقع ہوسکتا ہے، جس کے بعد برافتادہ جلد جھلجھلی رہ جاتی ہے، یا ممکن ہے سطح میں تقرح ہوکر پپڑیاں بن جائیں۔

لحمیہ کی ایک شاذ قسم اور ہے جو علٰحدہ بیان کی مستحق ہے۔ یہ نہایت عام طور پر عورتوں میں دیکھی جاتی ہے، اور اسکے اضرار زیادہ تر جلد الراس، پیشانی، کنپٹیوں، کانوں اور گردن میں پائے جاتے ہیں۔ ابتدائی ضرر ایک اُبھری ہوئی گرگیک ہوتا ہے، جو رنگ اور منظر میں عام ذئبہ کی گرگیک سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہے۔ یہ گرگیکیں گروہوں کی شکل میں پیدا ہونے کا رجحان رکھتی ہیں، اور محیطاً پھیلنے کا رجحان رکھتی ہیں جبکہ ان کے مرکز میں انحلال اور اسکے ساتھ انداب واقع ہوتا رہتا ہے۔ اس طریقہ سے مکمل یا نامکمل حلقے بنجاتے ہیں جو نشیب دار ندبی مرکز کو گھیر لیتے ہیں۔ اسکے کنارے سرخی مائل زرد لحمیتی دررزش سے بنتے ہیں۔ یہ حالت غلطی سے قاعدی خلیات والے سرطانی سلعہ کی عدیدا و بری قسم سمجھی جا سکتی ہے، لیکن اسکی کوردوں کے "سیب کی جیلی جیسے" رنگ کی وجہ سے ایسے خلط ملط کا سدباب ہونا چاہئے۔ متذکرہ بالا اصابات میں ایسے کثیر التعداد اضرار مل سکتے ہیں، جو اپنے ارتقائی درجہ میں منفرد دائری یا بیضوی گرگیکوں سے لیکر جداگانہ یا وسیع المحدود التقائی حلقوں تک مختلف ہوتے ہیں۔ ان کے مستقل ندبات باقی رہ جاتے ہیں، جو بلاشبہ جلد الراس پر صلعہ (alopecia) کے ندبی رقبے پیدا کر دیتے ہیں۔

875

مرضی تشریح۔ ذئبہ عصتی اور لحمیتی گرگیکیں سرطلہ آسا خلیتوں، لمفی خلیتوں اور کہیں کہیں عفریتی خلیتوں کے لختکی تودوں پر مشتمل ہوتی ہیں، جو اتصالی بافت کے ڈوروں سے جدا ہوتے ہیں۔ جیسا کہ تذکرہ کیا گیا ہے، ایسی ہی نسیجیاتی ساخت رکھنے والی گرگیکیں لمفی غدد، لوزتین، جوارح کی ہڈیوں کے لب، اور پھیپھڑوں میں واقع ہوتی ہیں۔ ہڈیوں کے اندر یہ عظمی بافت کو تلف کر کے انجذاب کے ممیّز رقبے پیدا کر دیتی ہیں، جو شعاعی ترسیمات کے صفحات میں سیاہ نظر آتے ہیں۔ یہ رقبے زیادہ تر مدوّر اور واضح المحدود ہوتے ہیں، لیکن اگر متلف عمل وسیع ہو تو بے قاعدہ ہو سکتے ہیں۔ یہ خاص طور پر سُلامیات میں، اور بعد رسغی اور بعد حارقی ہڈیوں میں انکی انتہاؤں کے قریب دیکھے جاتے ہیں، لیکن رسغیہ اور حارقہ کی ہڈیوں، بلکہ لمبی ہڈیوں کے سروں پر بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ چونکہ یہ مطروحات اوّلی طور پر مغز استخوان میں واقع ہوتے ہیں، لہذا ممکن ہے کہ عظمی بافت میں لازماً کوئی تغیّر ہوئے بغیر بھی

مغز استخوان وسیع طور پر ماؤف ہو جائے۔

بحث اسباب۔ شاؤمان کی رائے میں اُسکے سلیم لمفی ذراتی سلعہ (جسکے خصوصی ذُبہ اور لحمیہ جلدی مظاہر ہیں) کا مبداء (غالباً بقری قسم کے) عصیتہ درنیہ کی تقطیع پذیر قسم کی سرایت ہے۔ اُس نے گینی پگوں کے اندر تین مریضوں کے بُساقات کی تلقیم کی اور جب تک کہ وہ انھیں کئی جانوروں سے گذار نہ چکا' وہ تجربی تدرن کی مستند شکل پیدا کرنے میں اور عصیتہ کی کاشت کرنے میں کامیاب نہ ہوا' جو کہ دو مریضوں کی صورت میں بقری قسم کا اور تیسرے میں غیر تشکیلی قسم کا تھا۔ درنی تسبیب کی تائید میں وہ اِس حقیقت کو بھی پیش کرتا ہے کہ حقیقی سلیم لمفی ذراتی سلعہ میں تعامل وان پرکی (Von Pirquet) ہمیشہ منفی ہوتا ہے' یعنی مریض فی الحقیقت معمولی اشخاص کی نسبت ٹیوبرکیولین کے لئے کم حساس ہوتا ہے' اور وہ اِس امر کو ناممکن سمجھتا ہے کہ درنیہ' جو بلند درجہ کی جلدی حساسیت اور قوی مثبت ٹیوبرکیولینی تعاملات کے ساتھ وابستہ ہیں' سلیم لمفی ذراتی سلعہ کے ساتھ ساتھ موجود ہو سکتے ہیں۔

شاؤمان کی اصابتوں میں سے بعض میں ریوی تدرن پیدا ہو گیا' اور پیپھڑوں کی اِس ماؤفیت سے جلدی لحمیہ کے اضرار غائب ہو گئے اور وان پرکی تعامل مثبت ہو گیا۔ لیکن اِس امر کو ملحوظ خاطر رکھنا چاہیئے کہ جب فاعلی طور پر ترقی پذیر سل ریوی پیدا ہو جاتا ہے' تو درنیہ بلکہ عام ذُبہ بھی عموماً غائب ہو جاتے ہیں' اور پیپھڑے کے مرض کی توسیع کے ساتھ وان پرکی تعامل کم ہو کر بالآخر منفی ہو جاتا ہے۔

علاج۔ بعض اصابتوں میں راقم الحروف کو مرکباتِ طلا (gold compounds) کے اشرابات سے (جیسے کہ اعراری ذُبہ کے علاج کے لئے دیئے جاتے ہیں) تشفی بخش نتائج حاصل ہوئے۔ گرے (Gray) نے سوڈیم مورہوئیٹ (sodium morrhuate) کے دورن عضلی اشرابات کو بہت مفید پایا' اور ایک اصابت میں جو راقم الحروف کی زیر نگرانی تھی (اور جو اس کی مشاہدہ کردہ اصابتوں میں سلیم ذراتی سلعہ کی سب سے زیادہ وسیع اور ممیز مثال تھی) یہ اشرابات آیوڈین اور کاڈ لیور آئل کے داخلی استعمال اور مصنوعی دھوپ کے غسلوں کے ساتھ ساتھ دیئے گئے' اور آخری نتیجہ نہایت خیرناک پایا گیا۔

ڈاریئر ٹیوبرکیولین کے درونِ اَدمی اشرابات کے ساتھ نووارسینو بلان (novarsenobillon) درعل وریدی راہ سے دینے کا مشورہ دیتا ہے۔ آخرالذکر سے یا سنکھیا براہِ دہن دینے سے شاذونادر مفید نتائج حاصل کرنے میں ناکام رہا۔ ہیُوڈیلو (Hudelo)، مانٹ فائر (Montfaur) اور لی فاریسٹیر (Leforestier) نے خصرتی ذشبہ کی ایک اصابت میں کاکوڈیلیٹ آف سوڈا (cacodylate of soda) کی بڑی مقداروں کے اشرابات سے کامیابی حاصل ہونے کا تذکرہ درج کیا ہے۔ حال ہی میں لوم ہولٹ (Lomholt) نے دافع لیپرال (antileprol) کے اشرابات سے ضرار کے دور ہوجانے یا ان میں اصلاح ہوجانے کی اطلاع دی ہے۔

قرحۂ رخوہ

(SOFT SORE)

{ (نرم آکولہ = soft chancre)
{ (آکولہ نما = chancroid)

قرحۂ رخوہ یا نرم آکولہ ایک گول یا بیضوی قرحہ ہے، جو ایک مختصر زمانۂ حضانت کے بعد نہایت سرعت کے ساتھ نمایاب ہوجاتا ہے، اور ذاتی طور پر تلقیم پذیر ہوتا ہے۔ قوی سرایت رساں عضویہ (عصیۂ ڈکری و آنا = Bacillus of Ducrey-Unna) کے حملے کے مقام پر بارہ سے لیکر چوبیس گھنٹوں کے اندر ایک چھوٹا التہابی بثرہ نمودار ہوجاتا ہے، جو جلد ہی ایک قائحہ بنجاتا ہے جو ایک چمکدار سرخ قاعدہ پر واقع ہوتا ہے۔ اس قائحہ کے پھٹ جانے پر یہ ممیز قرحہ بنجاتا ہے، یعنے تلقیم کی تاریخ سے چار یا پانچ دنوں کے اندر اندر۔ اس قرحہ کا قاعدہ خاکستری انگوروں سے بنتا ہے، جو زرد، بالائی نما ریمی فلم سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ اسکی کورایں تیز کٹی ہوئی یا گولی ہوئی ہوتی ہیں، اور غور سے دیکھنے پر خفیف تفلل ظاہر کریگی۔ یہ ایک قیمتی تشخیصی امارت ہوتی ہے۔ اس کا قاعدہ اُدیانی ہوتا ہے، مگر آکولہ (chancre) کے قاعدہ کی طرح متصلب نہیں ہوتا۔ منو کا محیط چمکدار سرخ ہوتا ہے۔ اس قرحہ میں سے ایک ریمی افراز کا ارتشاح

ہوتا ہے، جس سے جلد کے متصلہ رقبوں کی تطبیم واقع ہوجاتی ہے۔ اسی واسطے ایک منفرد قرحہ شاذ ہی دیکھنے میں آتا ہے، اور عام طور پر متعدد قروح پائے جاتے ہیں، جو ایک سے زائد نقطوں پر ایک ساتھ تطبیم ہونے کی وجہ سے، یا ایک ابتدائی منفرد زخم سے ذاتی تطبیم واقع ہوجانے کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ متعدد اضرار کے التقاسے، جن کی جسامت ایک مٹر کے دانہ سے لیکر انگلی کے ناخن کے برابر تک مختلف ہوتی ہے تقرح کا ایک وسیع رقبہ پیدا ہوجاتا ہے۔

قرحہ یا قروح نمودار ہونے کے چند ہی دنوں کے اندر، قرب وجوار کے لمفی غدد، عموماً ایک، یا زیادہ شاذ حالتوں میں دونوں جانب پرکلانی یافتہ اور دردناک ہوجاتے ہیں، اور بالخصوص ایک غدہ کے ماؤف ہوجانے کا رجحان زیادہ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ نرم ہوکر جلد کے آرپار پھوٹ نکلے اور نرم یا اکولائی کُبہ (soft or chanchroidal bubo) پیدا کردے۔

قروح رخوہ کا محلِ وقوع مختلف ہوتا ہے، لیکن انکی بڑی اکثریت اعضائے تناسل اور انکے متصلہ حصوں پر دیکھی جاتی ہے۔ مردوں میں خلفہ، اکلیل، اور عنق، اور لجام (جسکا مثقوب ہوجانا ممکن ہے) نہایت عام طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔ عورتوں میں دہلیز، قید الشفرتین، شفران صغیر، حشفتہ البظر، اور مبرز ماؤف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ذاتی تطبیم سے متصلہ خطے، مثلاً عانہ، بین سُرینی دراڑ، رانوں کی اندرونی سطحیں، ماؤف ہوجائیں۔ اعضائے تناسل سے باہر کے قروح رخوہ نہایت شاذ ہیں، اور یہ گو ہمیشہ نہیں مگر اکثر تناسلی اضرار سے ذاتی تطبیم واقع ہوجانے کے باعث پیدا ہوجاتے ہیں۔

پیچیدگیاں۔ متقیح کُبہ کا تذکرہ پہلے ہی کیا گیا ہے۔ اسکے علاوہ عروق لمفائیہ کا التہاب، قضیب کے ظہری عروق لمفائیہ کا پھوڑا (البُبَیبَہ = bubonulus) ضیق القلفہ، اختناق القلفہ، آکلہ اور گنگرین پیدا ہوسکتے ہیں۔ آکلہ اصلی قروح اور متقیح کُبہ دونوں سے پیدا ہوسکتا ہے۔

بحثِ اسباب۔ نرم قرحہ کا سبب وہ عُصیّہ (streptobacillus) ہے، جو ڈکری اور اُنّا نے بیان کیا ہے۔ یہ ایک قصیر القامت گرام منفی عصیّہ ہے، جو میتھلین بلیو (methylene-blue) سے بآسانی رنگ قبول کرلیتا ہے۔ یہ مصنوعی

طور پر مشکل سے اُگایا جا سکتا ہے، لیکن چیتو تیدۂ انسانی جلد اور بعض دوسرے مخصوص وسائط پر اِس کی کاشت حاصل کی گئی ہے۔ بندروں پر اِس عضویہ کی تطعیم کامیابی کیساتھ کیگئی ہے۔ سرایت عموماً براہِ راست مباشرت سے واقع ہوتی ہے، لیکن شاذ صورتوں میں بالواسطہ بھی ہو سکتی ہے۔

تشخیص۔ قرحۂ رخوہ کے مخصوص ممیز خصائص حسب ذیل ہیں:۔ مختصر زمانۂ حضانت، سریع تقرح کا رجحان، ذاتی تطعیم پذیری اور اِس کی وجہ سے پیدا ہونے والا تعدد، لمفی غدد کی سریع الوقوع ماؤفیت اور اُنکے متقیح ہونے کا امکان، قاعدہ کے تصلب کا فقدان، قرحہ کی متفلل کور، اور اِس مرض کا دردناک عمر۔ اِسمیں اور ایک آتشکی آکولے، پیش تناسلی نملہ (herpes progenitalis) خارشت (scabies) کے اضرار، حفاظتی چکتیوں، ثالثی صمغیتی تقرح، اور سرطانی سرطلمی سلعہ (epithelioma) میں تمیز کرنا چاہیئے۔

سخت اور نرم آکولوں کے درمیان مندرجۂ ذیل فرق یاد رکھنا چاہئیے (Pusey)۔

سخت آکولے	نرم آکولے
زمانۂ حضانت دو ہفتوں سے لے کر پانچ ہفتوں تک۔	زمانۂ حضانت دو یا تین دن۔ یہ چار یا پانچ دن میں ایک قرحہ بنجاتا ہے۔
ایک تاکل یا اوپری قرحہ، جسکی کوریں ڈھلوان ہوتی ہیں، اور افراز قلیل المقدار ہوتا ہے۔	ایک لال بھبوکا قرحہ جسکے گرد ایک سرخ ہالہ ہوتا ہے، کوریں گولی ہوئی، کنارہ متفلل اور ریمی افراز بکثرت ہوتا ہے۔
متصلب غضروفی قاعدہ۔	خفیف التہابی تصلب۔
تقریباً غیر مؤلم ہوتا ہے۔	اکثر نہایت دردناک ہوتا ہے۔
ذاتی طور پر تطعیم پذیر نہیں ہوتا۔	ذاتی طور پر تطعیم پذیر ہوتا ہے، اور اسیوجہ سے
اگر متعدد ہوں تو متعدد اوّلی تطعیمات کی وجہ سے ہوتے ہیں، اور یہ اضرار ہم عمر ہوتے ہیں۔	متعدد اضرار عام ہوتے ہیں، جو مختلف مدتوں کے اور مختلف جسامتوں کے ہوتے ہیں۔

غدی التہاب دوجانبی ہوتا ہے ۔	غدی التہاب عموماً یک جانبی ہوتا ہے ۔
غدی التہاب عسیر الاندمال اور غیر مؤلم ہوتا ہو کلانی یافتہ غدد متعدد اور جدا جدا ہوتے ہیں ۔	غدی التہاب حاد، دردناک، اور التہابی ہوتا ہے، اور اس سے متقیح کُبَہ پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے ۔

لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ عصیہ ڈکری اور پیچیہ سلکیہ شحبا (treponema pallidum) دونوں کی بیک زمان تطعیم ایک ساتھ واقع ہوسکتی ہے، اور اسوجہ سے ہر نرم قرحہ کو بالقوہ سخت آکولہ سمجھنا چاہیئے ۔ قرحہ کی سطح کو پہلے صاف کرکے اُس کی کور اپنے منصل سے کر بار بار متواتر امتحان کرکے پیچ خیطیہ کو تلاش کرنا چاہیئے ۔

علاج ۔ اگر ممکن ہو تو مریض کو بحالتِ سکون رکھنا چاہیئے، کیونکہ ورزش تقیحی غدی التہاب پیدا کرنے میں ممد ہوتی ہے ۔ قرحہ کو روزانہ کئی بار پرکلورائڈ آف مرکیوری (دو ہزار میں ایک طاقت کے) پوٹاسیم پرمینگنیٹ (ایک ہزار میں ایک حصہ)، یا کاربولک ایسڈ (ایک یا دو فیصدی) کے گرم محلول سے صاف کرنا چاہیئے، اور پھر آیوڈوفارم یا اَرِسٹال (aristol) کا سفوف آزادانہ لگانا چاہیئے ۔ دوسرا طریقہ یہ ہے کہ نرم روئی کے پھاہے پر خالص کاربولک ایسڈ لگا کر اُس سے قرحہ کو اچھی طرح پھاڑ کر تلف کردیا جائے اس حاد التہابی تعامل پیدا ہوکر ایک غشیۂ بنجاتا ہے، اور اسکے گرجانے پر ایک تندرست زخم باقی رہ جاتا ہے ۔

انفی سلعۂ صلب

(rhinoscleroma)

یہ ناک کے فاصل اور اجنحہ کی ایک کثیف درر زرش ہے، جو اُسے ہاتھی دانت کی طرح سخت، اور موٹا اور استوار بنا دیتی ہے ۔ اُسکی سطح چکنی یا ناہموار، اور رنگ طبعی یا بھورا سا سرخ ہوجاتا ہے ۔ مخاطی جھلی بھی ماؤف ہوجاتی ہے، اور ممکن ہے کہ اُسکے ورم کی وجہ سے دہانے مسدود ہوجائیں ۔ توسیع سے بالائی اور زیریں ہونٹ، سوتُھے برمزمار، حنجرہ، قصبۃ الریہ، جبڑے، اور نرم تالو، جو کہ مثقوب ہوسکتا ہے، ماؤف ہوجاتے ہیں ۔ جو تغیرات واقع ہوتے ہیں وہ یہ ہیں :- پلازمائی خلیوں سے آدمہ اور

خلیات کی دردیزش، بڑے نیم شفاف الحنف طبا یافتہ خلیوں (Mikuliez cells) اور عصیات یعنی عصیات فرش (bacilli of Frisch) کی موجودگی جو فریڈلینڈر کے ذات الریہ عصیات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں اور بالخصوص خلیات بکولکز میں موجود پائے جاتے ہیں لیکن پلازمائی خلیوں اور بافت کے اندر بھی پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اسے چاقو سے نکال دینے یا کاویات سے تلف کردینے کی ضرورت ہو، لیکن پہلے لاشعاعوں کو آزمالینا چاہئے۔

اصابتوں کی اکثریت جنوبی روس، مصر، اطالیہ، اور ڈینوب (Danube) کے دونوں ساحلوں (کیسٹیکس =Castex) پر واقع ہوئی ہے۔ بہت سی اصابتوں کی اطلاع امریکہ میں دی گئی ہے، جن میں صرف ایک ہی ملکی تھی۔

سرخ بادہ نما (erysipeloid) اس ثوران کو سب سے پہلے مارنٹ بیکر (Marrant Baker) نے احمرار مار پیچ ("erythema serpens") کے نام سے بیان کیا، اور بعد میں روزن باخ (Rosenbach) نے، جس نے اسکو وہ نام دیا جس سے وہ اب مشہور ہے۔ یہ بالعموم ہاتھوں پر دیکھا جاتا ہے، لیکن چہرہ اور دوسری جگہوں پر ہوسکتا ہے۔ تازہ تحقیقات سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ خنزیری سرخ بادہ کے عصیہ سے جو کہ حیوانی مادہ پر گندہ خور ہوتا ہے، جلد کے اتفاقی طور پر سرایت زدہ ہوجانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ثوران، ایک احمرار کے طور پر شروع ہوتا ہے، جو کہ نقطۂ تلقیم بالعموم ایک کاٹ یا کھرینچ کے گرد واقع ہوتا ہے۔ یہ محیطی طور پر پھیلتا ہے جبکہ مرکز میں زائل ہوتا جاتا ہے۔ اسکی رنگت نیلی سی سُرخ ہوتی ہے اور کنارہ ابھرا ہوا اور خوب واضح ہوتا ہے۔ نئے رقبوں کے پیدا ہوجانے سے بے قاعدہ پیچدار شکلیں نمودار ہوسکتی ہیں۔ موضوعی علامات بالعموم خفیف ہوتے ہیں، لیکن خارش اور کسیقدر درد واقع ہوسکتا ہے۔ سرایت دو سے لیکر چار ہفتے کا واضح عمر رکھتی ہے۔

مرض کی اس خفیف قسم کے علاوہ، ایک اور زیادہ شدید قسم (25) کبھی کبھی دیکھی جاتی ہے۔ یہ ثوران وسیع طور پر پھیل جاتا ہے، اور مختلف اوقات میں تقریباً پوری جلد کو ماؤف کردیتا ہے۔ التہاب عروق لمفیہ اور التہاب مفاصل عام کسلمندی اور تپ کے ساتھ، اسکے ہمراہ پائے جاتے ہیں، اور اگرچہ خود بخود صحت یابی بالعموم چند ہفتوں

878 میں ہوجاتی ہے، تاہم اُسکا مزمن ہوسکتا ہے۔ ایک حاد عفونت الدموی قسم التہاب مفاصل اور التہاب دروں قلبہ کے ساتھ ان بیماریوں میں ہوجاتی ہے، جو اس برائٹ کے خلاف سوروں کی تمنیع کرتے وقت اتفاقی طور پر تطعیم یافتہ ہوجاتے ہیں۔

بحث اسباب - یہ مرض خاص طور پر ان میں پیدا ہوجاتا ہے جو گوشت، مچھلی قشریات (crustacea)، کھالوں اور ہڈیوں کو چھوتے ہیں۔ گلکرائسٹ (Gilchrist) نے ۳۲۲ اصابتیں درج کی ہیں جنمیں یہ کیکڑوں کے کاٹنے یا تضرر سے پیدا ہوگیا، جب کہ زمانہ حضانت ۲ روز تھا۔ یہ انگلستان میں شاذ ہے، لیکن امریکہ میں یہ ایک اہم حرفتی مرض ہے، بالخصوص انہیں جو کہ مچھلی کی حرفت میں کام کرتے ہیں۔

علاج - متاثرہ رقبہ پر آیوڈین یا اکتھیال لگا دینا چاہیئے۔ شدید اصابتوں میں ایک ضیع مصل کے اشرابات مفید ثابت ہوئے ہیں۔

وہ امراض جو کہ فطرات سے پیدا ہوتے ہیں (فطریتیں)

جلدی فطریتیں دوسری جگہ بیان کی گئی ہیں یعنی شعاعی فطریت صفحہ 99 پر، نہوضی فطریت صفحہ 102 پر، اور اس فصل میں جو کہ مداریئی امراض سے بحث کرتی ہے، صفحہ 1028 پر۔

برادمی فطریتیں

قراع یا شہدیہ

(favus)

اس مرض میں، جو انگلستان میں شاذ ہے، برادمہ اور شعری جرابوں پر فطر کا حملہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ پہلے معمولی قوبا کی چکتیوں جیسی چکتیاں بنا دے، لیکن جلد ہی وہاں ایک چھوٹا، چمکدار زرد، کروی قرص نمودار ہوجاتا ہے، جسکا مرکز گڑھے دار، اور حاشیہ بتدریج پتلا ہونے والا ہوتا ہے۔ یہ جسے "قراعی پیالہ" ("favus cup") کہتے ہیں،

اسطرح پیدا ہوجاتا ہے کہ فطری عناصر برآمہ کی تہوں کو جدا کرکے اوپر اٹھا دیتے ہیں، بجز اسکے مرکزی نقطہ کے، جہاں شعری جراب جلد کے ساتھ ملحق ہوتی ہے۔ یہ مرض ضرور جلد الراس پر، یا جسم کے کسی دوسرے حصے (مثلاً پیش بازو) پر واقع ہوسکتا ہے، جس کی تعیین تعدیہ سے ہوتی ہے۔ اور یہ نہ صرف ایک انسان سے دوسرے انسان میں بلکہ پالتو جانوروں (خرگوشوں، کتوں، بلیوں اور دوسرے جانوروں) سے انسان میں منتقل ہوجاتا ہے۔ جب کثیر التعداد پیالے بنجاتے ہیں تو یہ مجتمع ہوکر ایک موٹی مسلسل زرد پپڑی پیدا کردیتے ہیں، جسکی سطح بیقاعدہ اور شہد کے چھتے جیسی ہوتی ہے، جسکے اندر سے ایک ناگوار بدبو نکلتی ہے جو چوہیوں کی بو سے مشابہ ہوتی ہے۔ شعری تاجے تلف ہوجاتے ہیں، بال گرجاتے ہیں، اور گنج پیدا ہوجاتا ہے۔ مزید برآں قراع کے تودے اکثر جوؤں کے لئے ایک ماویٰ بنجاتے ہیں، اور ابتدائی ضرر ایکزیما اور حصف سے پیچیدہ ہوجاتا ہے۔ اگر ان تودوں کو لائکر پوٹاسی (liquor potassæ) سے بھگوکر خوردبین کے نیچے امتحان کیا جائے تو سبوسۂ شانلینی (Achorion schönleinii) کے عدیم الجنس بذور ساقطہ اور فطرِ جال دکھائی دیتے ہیں۔ یہ عدیم الجنس بذور ساقطہ قوبائی فطرات کے عدیم الجنس بذور ساقطہ کی نسبت بڑے اور زیادہ مختلف ہوتے ہیں، اور فطرِ جال نسبتاً چھوٹا اور زیادہ جوڑدار ہوتا ہے۔

قراع کا فطر ناخنوں پر بھی حملہ آور ہوتا ہے۔ انکی شکل ویسی ہی ہوجاتی ہے جیسی کہ قوبا میں ہوتی ہے، اور بعض ناخنوں کے نیچے ایک ممتاز پیالہ بنجاتا ہے۔ ایسے ناخن کا امتحان اسی طریقہ سے کیا جاسکتا ہے جسطرح کہ قوبا میں کیا جاتا ہے۔

انسان میں شاذ حالتوں میں سبوسہ کی دو دوسری انواع دیکھنے میں آتی ہیں:- سبوسۂ قینکیانی (Achorion Quinckeanum) جو قراع موشی (mouse favus) کا فطر ہے، اور سبوسۂ خانۂ بلاوشاپ (Achorion gypseum)۔

علاج۔ پپڑی کو تیل یا پولٹسوں سے نرم کرکے نکال لینا چاہیئے۔ یہاں طفیلیاتکش ادویہ اور موچنی کی ضرورت ہوتی ہے، اور حشراتی شعاعوں کے لئے رانجنی شعاعیں اسیطرح استعمال کرنی چاہئیں جسطرح کہ وہ قوبا کی حالت میں کیجاتی ہیں۔ اگر ناخن ماؤف ہوگئے ہوں تو انپر اسیطرح عمل کرنا چاہیئے جسطرح کہ اسوقت کیا جاتا ہے جب کہ وہ

خُرد بذوریہ (microsporon) یا شعری فطر (trichophyton) سے مرض زدہ ہوجاتے ہیں۔ یہ مرض بہت دشوار علاج ہے، اور بظاہر شفایاب ہونے کے بعد اکثر پھر عود کر آتا ہے۔ مناسب ہے کہ عمدہ غذا اور مقوی ادویہ کے ذریعہ عام صحت کی نگہداشت کی جائے۔

قوباء (داد)

(ringworm)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۵۹)

سعفہ یعنی قوباء کی اصطلاح، جلد، بالوں، اور ناخنوں کی سرایت کے لئے استعمال کی جاتی ہے جو کہ مختلف قسم کے فطرات سے واقع ہوتی ہے۔ یہ سب کے سب فلقہ دار فطری جال رکھتے ہیں اور "بذیرات" بناتے ہیں، جنکی جسامت کو کسی قدر غیر اطمینان بخش طور پر جماعت بندی کے لئے اساس کے طور پر کام میں لایا گیا ہے۔ تاہم سریری اغراض کے لئے ہم مندرجۂ ذیل کو تسلیم کرتے ہیں۔ خرد بذوریات (microsporons) یا چھوٹے بذرات والے قوباء۔ یہ مشتمل ہوتے ہیں خرد بذوریہ آڈوئن (M. audouini) پر، جو کہ اس ملک (انگلستان) میں جلد الراس کے قوباء کی اصابتوں

879

کی بہت بڑی اکثریت کا، اور سعفہ پیچدار کی بعض اصابتوں کا سبب ہے۔ اور دوسری انواع پر جو حیوانوں کو اور بالواسطہ طور پر انسانوں کو سرایت زدہ کرتی ہیں؛ مثلاً خرد بذوریہ قطی (M. Felineum)، خرد بذوریہ فرسی (M. equirium)، خرد بذوریہ کلبی یا صوفیہ (M. canis vel lanosum)۔ شعری فطر (trichophytons) یا بڑے بذرات والے قوباء۔ انکی تقسیم دروں شعری (endothrix) قسموں میں جن میں فطر صرف پورے طور پر سرایت زدہ بالوں کے اندر ہی پایا جاتا ہے، اور بیروں شعری (ectothrix) یا بیروں و دروں شعری قسموں میں کی جاتی ہے، جن میں بالوں کے اندر بھی اور باہر بھی پایا جاتا ہے۔ اول الذکر بظاہر صرف آدمی اور پرندوں کو ماؤف کرتی ہیں۔ آخر الذکر بہت سے جانوروں (گھوڑوں، کتوں، بلیوں، مویشیوں، ہرنوں اور پرندوں) میں پائی جاتی ہیں، لیکن ممکن ہے آدمی کو منتقل ہوجائیں۔ بیرا دمی فطر (epidermophytons)۔ یہ بالوں پر حملہ نہیں کرتے، بلکہ صرف جلد کی قرنی تہ اور

ناخنوں میں نشوونما پاتے ہیں - ان میں سب سے مشہور بر آدمی ارببی فطر (E. inguinale) ہے، جو کہ آدمی سے مختص ہے، اور سعفہ ساقی (T. cruris) یا دھوبی کھجلی (dhobi itch) کا، اور ہاتھوں اور پاؤں کے معمولی تسمیلی قوبا کا سبب ہے۔

ان فطرات کو مصنوعی واسطوں پر کاشت کیا جا سکتا ہے - اور یہ صرف انکے کاشتی خصائص ہی ہیں جن کی بناء پر ہم ان کو سائنٹفک طور پر جماعت بند کر سکتے ہیں۔

سریری طور پر قوبا کو کسی حد تک اس مقام کے لحاظ سے جماعت بند کر سکتے ہیں کہ جو متاثر ہوتا ہے - چنانچہ ہم سعفۂ بالخور (T. tonsurans) (جلد الراس کا قوبا)، سعفۂ بیچیدار (T. circinata) (بے بال جلد کا قوبا)، سعفۂ انجیریہ (T. sycosis) (داڑھی کا قوبا)، سعفۂ ناخن (T. unguium) (ناخنوں کا قوبا)، اور سعفۂ ساقی (T. cruris) (ٹانگوں کے بیچ کا قوبا، جسے "اکزیما حاشیہ دار"، "دھوبی کھجلی" اور "برمی قوبا" Burmese ringworm: بھی کہتے ہیں) کے الفاظ استعمال کرتے ہیں۔

بالخور سعفہ (tinea tonsurans) (قوبائے مَس) - یہ مرض مدارس اور مماثل اداروں میں غربا کے لئے ایک بڑی بلا ہے - یہ بچوں میں کثیر الوقوع ہے مگر شیرخوارگی کی عمر میں شاذ ہوتا ہے، اور بالغ اس سے بآسانی متاثر نہیں ہوتے - یہ تماس سے اور اُن ہیٹوں (hats)، ٹوپیوں، برشوں، کنگھوں اور تولیوں سے پھیلتا ہے جو مشترک طور پر استعمال کئے جاتے ہیں۔

یہ عام طور پر پہلے ایک گول چکتی کے طور پر نمودار ہوتا ہے، جس پر بالوں کی بالیدگی دوسری جگہ کی نسبت بہت باریک ہوتی ہے - غور سے امتحان کرنے پر یہاں کی جلد گلابی، شاید قدرے متورم، اور باریک بھوسی جیسے چھلکوں سے ڈھکی ہوئی نظر آتی ہے - چھدرے پھیلے ہوئے لمبے اور تندرست بالوں کے علاوہ بالوں کے متعدد ٹوٹے ہوئے ٹنڈ نظر آتے ہیں، جو غیر شفاف، سیاہ یا گہرے بھورے رنگ کے، مڑے ہوئے یا خمیدہ ہوتے ہیں - ایک چکتی کو کلوروفارم سے رگڑنے سے یہ ٹنڈ سفیدی مائل اور زیادہ آسانی سے نظر آنے لگتے ہیں - اگر ان ٹوٹے ہوئے بالوں میں سے ایک آدھ کو چمٹے سے اکھاڑنے کی کوشش کیجائے تو وہ تقریباً یقینی طور پر بیچ میں سے ٹوٹ جائیگا۔

اب اگر اُسے لاکر پوٹاسی کے ایک قطرے سے بھگوکر خوردبین کے نیچے رکھدیا جائے' تو اِس حالت کی توجیہ ہوتی ہے۔جرم بالکل غیر شفاف نظر آتا ہے' بال کی قدرتی ساخت ناقابل شناخت ہوتی ہے' اور معلوم ہوتا ہے کہ بال متغیر ہوکر فطری منعدم (عدیم الجنس بذور ساقطہ) کا ایک تودہ بنگیا ہے۔لیکن یہ صرف بذروں کی ایک شش ہے جو بال کو گھیرے ہوئے ہوتی ہے' اور خود بال کے اندر زیادہ تر فطر جال کی نالیاں جاگزین ہوتی ہیں اور یہ نالیاں طولی رُخ میں دوڑتی ہیں۔یہ اُن بالوں کے اندر جو نسبتہً غیر مکمل طور پر مرضی ہوں' زیادہ آسانی کے ساتھ نظر آسکتی ہیں۔

یہ چکتی اُس کے محیط پر کے بالوں کے ماؤف ہوتے جانے سے پھیلتی ہے' اور جلدالراس کے دوسرے حصوں میں تازہ چکتیاں بنتی ہیں۔ جیسے جیسے یہ بڑی ہوتی جاتی ہیں' یہ لمبے بالوں سے زیادہ کامل طور پر معرا ہوتی جاتی ہیں' گو انہیں تقریباً ہمیشہ متذکرۂ بالا چھوٹے ٹُنڈ معتدبہ مقدار میں نظر آتے ہیں۔اور ممکن ہے کہ یہ کھرنڈ پپڑیوں' یا دہنی مادے سے گھرے ہوئے اور انکے ساتھ مخلوط ہوں' یا ایک سپیدی مائل رنگ کے سفوف کے ساتھ جسکا ایک جزو غالباً فطری عناصر ہوتے ہیں۔یہ چکتیاں آہستہ آہستہ پھیلتی جاتی ہیں۔ممکن ہے کہ بعض کوروں پر بڑھتی رہیں اور مرکز میں مندمل ہوتی جائیں۔یا ممکن ہے کہ چکتیاں ایک دوسرے کے ساتھ پیوستہ ہوجائیں' اور اِسطرح تقریباً پوری جلدالراس ماؤف ہوجائے۔اِسکے برعکس بعض اوقات ایک یا دو چکتیاں باقی رہتی ہیں' اُنہیں کوئی اصلاح نہیں ہوتی' مگر وہ پھیلتی نہیں۔یہ مرض سالہا سال تک جاری رہ سکتا ہے' لیکن بالآخر اچھا ہوجاتا ہے' اور بال کامل طور پر از سرِ نو پیدا ہوجاتے ہیں۔زیادہ التہاب شاذ ہی ہوتا ہے لیکن کبھی کبھی شعری جرابات مُلتہب ہوکر باہم پیوستہ ہوجاتی ہیں' اور ایک سرخ یا گلابی ورم پیدا کردیتی ہیں' جو چھونے سے نرم اور لیلا معلوم ہوتا ہے' اور جسمیں چند نقطوں سے پیپ خارج ہوتی ہے۔بال ڈھیلے پڑجاتے ہیں اور گرجاتے ہیں' اور ممکن ہے کہ اُسوقت جبکہ جلدالراس کے دوسرے حصوں کی حالت بحال ہوجائے یہ چکتی بنی رہے۔
اس حالت کو چھتہ دار داد (kerion) کہتے ہیں۔

غالباً یہ فطر' بال پر جلدالراس کے قریب حملہ آور ہوکر نیچے بصلہ کی طرف

داخل ہو جاتا ہے۔ اِسطرح جراب میں بال کمزور یا تلف ہو جاتا ہے، اور جب نوساختہ سر علمی صفحے اُسے باہر کی طرف دھکیلتے ہیں تو وہ ٹوٹ جاتا ہے۔ جیسے ہی کہ نوساختہ حلقہ قرنی حالت کو پہنچتا ہے اُسپر حملہ ہونے کی باری آتی ہے۔ سَر فریڈرک ٹیلر (Sir Frederick Taylor) اور تھن (Thin) نے بتلا دیا کہ فطر خود بال پر حملہ آور ہوتا ہے اور اُسکی جڑ کی پوشش کے خلیوں یا شعری جراب کی ساختوں میں نہیں پایا جاتا۔

حال ہی میں جلد الراس کے داد کی تشخیص اِس حقیقت کی وجہ سے نسبتہً بہت آسان ہو گئی ہے کہ جب قوبائی فطر سے ماؤف بالوں اور چھلکوں کو ۳۶۰۰ اور ۳۲۰۰ اَنگسٹروم اکائیوں کے درمیان کے موجی طولوں کی ماورائے بنفشی شعاعوں میں منکشف کیا جاتا ہے تو وہ دوسرے امراض، مثلاً سادہ نخالہ (pityriasis simplex) یا صدفیہ (psoriasis) کے چھلکوں یا طبعی بالوں کی نسبت زیادہ چمکیلا تزہّر ظاہر کرتے ہیں۔ یہ شعاعیں ایک سیمابی بخاری لیمپ (mercury-vapour lamp) سے نکلنے والی روشنی کو شیشۂ وُڈ (Wood's glass) میں سے مقطر کرکے حاصل کی جاتی ہیں۔ اگر ایک تاریک کمرے کے اندر یہ شعاعیں سرایت زدہ جلد الراس پر ڈالی جائیں تو ماؤف رقبہ پر کے بال اور چھلکے ایک چمکدار سبز جھلک کے ساتھ تزہّر ظاہر کرینگے۔ اِس طریقے سے نہ صرف ابتدائی اصابتیں بسہولت شناخت کی جا سکتی ہیں، بلکہ اِسے اِس امر کی تعیین کے لئے بھی کام میں لا سکتے ہیں کہ آیا ایک بچہ علاج کے بعد شفایاب ہو گیا ہے یا نہیں، جو پہلے ایک مشکل مسئلہ تھا۔

اس ملک (انگلستان) میں جلد الراس کا قوبا تقریباً ۹۰ فیصدی اصابتوں میں خردبینہ ویرلیہ آڈوِن کے باعث ہوتا ہے۔ یہ تقریباً خالصتہً بچوں میں ہوتا ہے، اور بلوغ پر خود بخود زائل ہو جاتا ہے۔ تاہم چند اصابتوں کی بالغوں میں اطلاع دیگئی ہے۔ دوسرے ممالک میں جلد الراس کا شعر فطری یا بڑے بثرات والا قوبا زیادہ عام ہے، اور یہ بچوں اور بالغوں دونوں میں دیکھا جاتا ہے۔ مزید برآں حیوانی اصل کے خردبذوریلے، بالعموم خردبذوریہ قططی، بالغ جلد الراس پر حملہ کر سکتے ہیں، جیسا کہ راقم الحروف نے ایک معمر عورت میں دیکھا، جس میں سرایت ایک ایرانی بلی کے بچے سے واقع ہو گئی تھی۔

شعری فطری درون شعر (trichophyton endothrix) کی سرایت سے پیدا ہونے والے جلدالراس کے قوبا کا سریری منظر خود بذوریت (microsporosis) کے سریری منظر سے مختلف ہوتا ہے۔ مرض کی دو قسمیں دیکھی جاتی ہیں (۱) سرایت زدہ بال، جو طبعی لمبے بالوں کے ساتھ ملے جلے ہوتے ہیں، خاکستری مائل ہوتے ہیں، اور جلدالراس سے ۲-۳ ملی میٹر کے فاصلہ پر ٹوٹے ہوتے ہیں، جلدالراس کی سطح خشک یا چپیلے چھلکوں سے ڈھکی ہوتی ہے، جس میں مرض زدہ بالوں کے بل دار ٹنڈ ہوتے ہیں۔ یہ قسم با طبلہ ناشعری فطر (trichophyton crateriforme) کے باعث ہوتی ہے۔ (۲) متاثرہ رقبہ پر سیاہ نقاط بکھرے ہوئے ہوتے ہیں جو سرایت زدہ بالوں سے بنتے ہیں، جو جلدالراس کے لیول پر ٹوٹے ہوتے ہیں یا جراب کے دہنہ میں اپنے آپ پر بل کھائے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ انگریز مصنفین کا "سیاہ نقطہ والا قوبا" ("black-dot" ringworm) ہے۔ یہ بنکیلے شعری فطر (trichophyton acuminatum) یا بنفشی شعری فطر (trichophyton violaceum) کا نتیجہ ہے۔ ٹوٹے ہوئے بالوں کو جب سوئی کے ذریعہ نکالا جائے اور خوردبین کے ذریعہ معائنہ کیا جائے تو ان کے حرم میں بڑے بڑے بذلات کے توبسے پائے جائیں گے (درون شعری)۔

درون شعری فطرات کے ذریعہ جلدالراس کی سرایت زدگی، بہ نسبت خرد بذوریت کے زیادہ آسانی سے نظرانداز ہو جاتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ کسی جسامت کی واضح چھلکوں والی چکتیاں موجود نہیں ہوتیں، اور یہ کہ سرایت زدہ بال طبعی بالوں کے ساتھ ملے جلے رہتے ہیں۔ مزید برآں ٹنڈ وڈ کی روشنی سے تزہر ظاہر نہیں کرتے۔ سلعۂ رقبی (alopecia areata) سے خلط ملط ہونے کا امکان بھی، خرد بذوریت کی نسبت زیادہ ہے۔

جلدالراس کی بیرون شعری شعرفطریت (ectothrix trichophytosis) حیوانوں سے منتقل ہو جا سکتی ہے، اور تقریباً ہمیشہ چھتہ دار داد (kerion) پیدا کرتی ہے، جو کہ خود بخود شفایاب ہو جاتا ہے۔

سعفہ پیچدار (tinea circinata) یا بے بال جلد کا قوبا (۱) اُن

بچوں میں جنکو سعفہ بالخور ہو، اور انہیں جو ان کے تماس میں ہوں واقع ہوتا ہے، اور فطر جو اسکا سبب ہوتا ہے، خرد بذ ورایہ آڈوِن یا دروں شعری فطر ہوتا ہے۔
(۲) ان بچوں میں جنکو جلد الراس کا قوبا نہ ہو اور بالغوں میں پایا جاتا ہے، جن میں یہ مرض سرایت زدہ حیوانوں سے بلاواسطہ یا بالواسطہ طور پر منتقل ہوجاتا ہے۔ ایسی صورتیں فطر بسا اوقات بروں شعری قسم کا ہوتا ہے، لیکن اب ایسی اصابتیں عام طور پر پائی جاتی ہیں، جنمیں خرادبذ ورید قطّی، جو کہ بالعموم نیلے ایرانی بلی کے بچوں سے منتقل ہوتا ہے سبب ہوتا ہے، اور جیسا کہ بیان کیا گیا ہے، یہ بالغوں میں بھی جلد الراس پر حملہ کر دیتا ہے
سعفہ پیچدار کی چکتی کے سریری خصائص، کسی حد تک فطر کی قسم پر منحصر ہوتے ہیں، اور بروں شعری قسمیں، دوسری قسموں کی نسبت زیادہ شدید التہاب پیدا کرتی ہیں۔ آخرالذکر احمراری چھلکے دار چکتیاں پیدا کرتی ہیں، جو ڈول میں تقریباً ٹھیک ٹھیک مستدیر ہوتی ہیں اور جنکے کنارے واضح طور پر متمیز ہوتے ہیں۔ یہ چکتیاں محیط پر پھیلتی ہیں اور مرکزی حصوں میں خود بخود شفایاب ہوجانے کا رجحان رکھتی ہیں، لہذا یہ حصے، ابھرے ہوئے حاشیہ کے تضاد میں منخفض معلوم ہوتے ہیں۔ اسطرح پیچدار تشکیل پیدا ہوتی ہے، جس سے مرض کا نام ماخوذ ہے۔ بسا اوقات آبلے یا قابچے نمودار ہوجاتے ہیں، اور بالعموم پھیلنے والے کنارے سے ذرا اندر کو واقع ہوتے ہیں، لیکن دوسری جگہ بھی واقع ہوسکتے ہیں۔ گاہے گاہے آبلوں کے ہم مرکز دائرے پائے جاتے ہیں۔ بروں شعری فطرات شدید التہابی ردعمل پیدا کرتے ہیں، اور چکتیاں شوخ سرخ، اذیمائی ہوجاتی ہیں، اور آبلوں اور قابچوں سے ڈھک جاتی ہیں، جو خشک ہوکر مصلی قیحی پپڑیاں بنا دیتے ہیں۔
اضرار کا ارتقاء سرعت سے ہوتا ہے، اور وہ ایسی جسامت کو پہنچ جاتے ہیں جو ۲ شلنگ کے سکے سے لیکر ہاتھ کی ہتھیلی تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ ہم پہلو چکتیوں کے التقاء سے کثیر دائری شکلیں پیدا ہوجاتی ہیں۔ سعفۂ پیچدار کی تشخیص کی ہمیشہ تصدیق کرلینی چاہیئے، جسکے لئے چکتی کے کنارے یا آبلہ کی چھت سے حاصل کردہ کھرچنوں کا جو لائکر پوٹاسی (liq. potassæ) میں بھگوئی ہوئی ہوں، خوردبینی امتحان کرنا چاہیئے۔ فطری جال شاخدار، موجدار خطوط کے طور پر دیکھا جائیگا، جنکو قرنی خلیات کے خاکوں کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہیئے۔ ایک خاص ماسکہ پر یہ سبزی مائل جھلک رکھتے ہیں، اور عرضی

881

فاصلات، ذرات، اور خالیات پہچانے جاسکتے ہیں۔ فطری جالوں کے علاوہ، انعطافی بذرات کے گروہ دیکھے جاتے ہیں۔

حاشیہ دار سعفہ (tinea marginata) (ساقی سعفہ tinea cruris = حاشیہ دار ایکزیما = eczema marginatum' یا برمی داد Burmese ringworm) — داد کی یہ شکل، جو اُس برآدمی فطر (epidermophyton inguinale) کی وجہ سے ہوتی ہے، جسکی کم از کم تین قسمیں ہوتی ہیں، مداریی ملکوں میں نہایت عام ہے، جہاں اسے دھوبی کی خارش (washer-man's itch) کہتے ہیں، کیونکہ یہ اکثر درونی جامہ کو دھوتے وقت سرایت واقع ہوجانے سے پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ مرض خاصکر چڈوں میں ہوتا ہے، گو بغلوں کو بھی ماؤف کرسکتا ہے، اور چڈوں سے پیچھے کی طرف عجان اور سُرینوں پر، اور اوپر کی طرف شکم کے زیرین حصہ پر پھیل سکتا ہے۔ یہ حاد تسمیط (acute intertrigo) کی طرح شروع ہوسکتا ہے، گو زیادہ عام طور پر اوّلی افراز چند پپڑی دار چکتیوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جو باہم پیوستہ ہوکر سرخ تشاکل نیم دائری رقبے پیدا کردیتی ہیں، جنکی کوریں واضح الحدود اور کسیقدر اُبھری ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ چکتیاں جانگوں کی اندرونی سطوں اور صفن کے متصلہ حصوں پر ہوتی ہیں۔ جیسے جیسے یہ مرض حاشیوں پر پھیلتا ہے، مرکز میں شفا ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ یہ افراز پپڑی دار سعفہ کے افراز کی نسبت بہت زیادہ وسیع، زیادہ ملتہب، اور زیادہ عسیر العلاج ہوتے ہیں۔ جنگ کے بعد کچھ عرصہ سے یہ مرض انگلستان میں نسبتہً بہت زیادہ عام ہوگیا ہے، اور مدارس کالجوں اور دوسرے اداروں میں اکثر وبائی شکل میں ہوا کرتا ہے۔ سرایت کا معمولی ذریعہ بلاشبہ پانی بہا کر دھونے کے بیت الخلا کی نشست ہے۔

برآدمی فطر ایک نہایت اہم حالت کا باعث بھی ہے، جسے جوارح کا ایکزیما آسا قوبا (eczematoid ringworm of the extrimities) کہتے ہیں، جسمیں سرایت ہاتھ پاؤں کی انگلیوں، ہتھیلیوں، تلووں، اور بعض اوقات ناخنوں کو ماؤف کردیتی ہے۔ یہ پاؤں پر عموماً انگلیوں کے درمیان عسیر الاندمال، غیر موثر چھلکے دار چکتیوں کی طرح شروع ہوکر باہر کو زیریں اور بعض اوقات بالائی سطوں پر بعد حارتی پڈیوں کے سروں کی طرف پھیل جاتا ہے۔ اسکی کوریں اُبھرے ہوئے قرنی طبقہ سے فتق

ہیں - اور ان کوروں کے اندر کی جلد سُرخ اور جِلا دار یا دراصل کچی نظر آتی ہے - اکثر اکزیمائی آبلے بنجاتے ہیں، جسکی وجہ سے یہ حالت حبابیہ (pompholyx) سے مشابہ ہوجاتی ہے اور بعض اوقات عموماً گرم موسم میں اکزیما کے متوالی حاد حملے واقع ہوجاتے ہیں جنمیں بہت التہاب ہوتا ہے اور بیشمار آبلوں اور پھپھولوں کی تکوین ہوتی ہے - ممکن ہے کہ ثانوی خبتی سبھی سرایت واقع ہوکر لمفی عروق کا التہاب پیدا کردے جو اوپر کو ٹانگ میں پھیل جائے - پاؤں کی انگلیوں کی نام نہاد تسمیط (intertrigo) کی بیشتر اصابتیں اور پاؤں کے اکزیما کی بہت سی اصابتیں دراصل اکزیما آسا قوبا کی مثالیں ہیں، لہٰذا جب کسی مشتبہ اصابت سے واسطہ پڑے تو چکتیوں کے حاشیوں اور آبلوں کی سقفوں سے نکالے ہوئے چھلکوں کی زیریں سطحات کا خردبین کے نیچے فطر کے لئے امتحان کرنا چاہئے - ہاتھوں پر یہ مرض ہتھیلیوں کے احراری فلسمائی اکزیما (erythemato-squamous eczema) سے مشابہ ہوسکتا ہے، یا ممکن ہے کہ یہ اسیطرح جسطرح کہ پاؤں کی انگلیوں میں ہوتا ہے، ہاتھ کی انگلیوں کی جڑوں اور اطراف میں واقع ہوکر اوپر کی طرف انکی ظہری سطحوں تک پھیل جائے - حاد حملے جو حبابیہ سے مشابہ ہوتے ہیں، شاذ نہیں، بالخصوص گرم موسم میں - ان آبلہ دار اضرار میں فطر فعال بالیدگی کی حالت میں پایا جاتا ہے، یا یہ ان فطری عناصر یا سمیم (epidermophytin) کے لئے برادمہ کا اکزیما آسا ردعمل ظاہر کرتے ہیں، جو کہ ایک فعال سرایت کے مقام سے دوران خون میں جذب ہوجائیں، اور جو خون کی راہ سے جلد کے دور دراز حصوں میں پہنچ جائیں (اکزیما آسا برادمی فطریہ eczematoid epidermophytide) - چنانچہ انگلیوں اور ہتھیلیوں پر ایسے آبلہ دار اضرار کے متوالی حملے، پاؤں کی مزمن برادمی فطریت کے ہمراہ عام ہیں - مزید برآں اسکے نما قسم کی اکزیما آسا چکتیاں، جو بالعموم ٹخنوں اور ٹانگوں پر واقع ہوتی ہیں، ممکن ہے اسی سبب کا نتیجہ ہوں - ان اصابتوں میں برادمہ سم کے لئے حساس ہوتا ہے، اور اگر ٹرائکوفائٹین یا ایپی ڈرموفائٹین کا دروں جلدی اشراب کسی غیر متاثرہ حصہ میں کیا جائے مثلاً پیش بازو کی اگلی سطح میں، تو چوبیس گھنٹے کے اندر مقام اشراب پر ایک احراری تعامل پیدا ہوجائیگا، اور چند دن کے وقفے کے بعد اسکی بجائے ایک اکزیما آسا تعامل نمودار ہوجائیگا - ان اکزیما آسا اضرار میں جو موجود ہوں یا اسکی تعاملات واقع

ہوسکتے ہیں۔ ہاتھوں اور پاؤں کے اکزیما کی اس قسم کے طفیلی مبداء کی شناخت کے لئے ہم وہٹ فیلڈ (Whitfield) اور سبوراڈ (Sabouraud) کی تحقیقات کے رہین منت ہیں، اور یہ انکشاف نہایت اہم ہے، کیونکہ بہت سی غیر مشخص اصابتوں کا علاج پہلے (اور اب بھی) سالہا سال تک نقرسی اکزیما (gouty eczema)، یا تسمیط (intertrigo)، یا حبابیہ (pompholyx) کے طور پر کیا جاتا رہا۔

سعفۂ انجیریہ (tinea sycosis) (ڈاڑھی کا داد) (نسیجۂ نزاد انجیریہ = hyphogenic sycosis)۔ اسمیں ٹھوڑی اور گالوں کے شعری جرابات فطر کی موجودگی کی وجہ سے ملتہب ہوجاتے ہیں۔ انمیں پیپ پیدا ہوجاتی ہے، اور بال ڈھیلے پڑجاتے ہیں۔ درمیانی جلد کا تصلب اور ورم بھی پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ انجیریہ سے (جس کا بیان دوسری جگہ درج ہے) اِس امر میں اختلاف رکھتا ہے کہ یہ ابتداً تو بالوں پر حملہ آور ہوکر جلد ہی انہیں ڈھیلا کردیتا ہے، جسکی وجہ سے انھیں اکھاڑتے میں درد نہیں ہوتا، یہ نسبۃً زیادہ تیزی کے ساتھ پھیلتا اور زیادہ گہری دریزش پیدا کردیتا ہے۔ خرد بینی امتحان سے فطر نظر آجاتا ہے، جس میں فطری جال، بذروں کی نسبت زیادہ افراط کے ساتھ ہوتا ہے۔

ناخنوں کا سعفہ (tinea of the nails)۔ ناخنوں پر فطر کے حملہ کو ظفری فطریت (onychomycosis) کہتے ہیں، اور یہ فطر ایک قوبار (داد) یا شہدیہ (قراع) (favus) ہوسکتا ہے۔ اِس حالت میں ناخن لمبا اور خمیدہ ہوکر انگلیوں کے سروں پر آجاتا ہے۔ اسکی کور موٹی، سطح کھردری اور ناہموار، اور رنگ میلا زرد ہوجاتا ہے۔ نیز وہ خستہ ہوجاتا ہے اور بآسانی ٹوٹ جاتا ہے۔ اگر اس کے ٹکڑوں یا کترنوں کو لائکر پوٹاسی میں بھگو کر خرد بین کے نیچے امتحان کیا جائے تو شاخدار فطری جال اور فطر کے بذور کی زنجیریں نظر آئینگی۔

علاج۔ بالخصوص سعفہ (tinea tonsurans) کے لئے عام طور پر دو طریقوں سے کام لیا جاتا ہے:-

(۱) رانجنی شعاعیں۔ انکو بڑی احتیاط اور تدقیق کے ساتھ لگانا پڑتا ہے تاکہ جلد زخمی نہ ہونے پائے، اور ساتھ ہی ایک نشست میں پورا موچین اثر حاصل ہوسکے۔

اِس مقصد کے لئے اِسکے اطلاق کی مُدت اور طاقت متبُو راڈ کے رفاقات (Sabourauds pastilles) کے ذریعہ منظم اور باقاعدہ کی جاسکتی ہے۔ یہ کاغذکے قرص ہوتے ہیں جنپر پلاٹینو سائنائڈ آف بیریم (platino-cyanide of barium) کے مستحلب کی موٹی تہہ چڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ اگر شعاعوں کا منبع جلدالراس سے ۱۵ سینٹی میٹر فاصلہ پر، اور رفاقہ درمیان میں ٹھیک بیچوں بیچ رکھا جائے، یعنی منبع ضرر سے $\frac{1}{2}$ ۷ سینٹی میٹر فاصلہ پر، تو تاثیر کی مطلوبہ مقدار پہنچ جاتی ہے، اور اسوقت رفاقہ ایک مخصوص بادامی جھلک حاصل کرلیتا ہے، جو ایک کاشفی رنگ سے مماثل ہوتی ہے جو بہم پہنچایا جاتا ہے۔ یہ اطلاق ایک وقت میں جلدالراس کے ایک محدود رقبہ پر کیا جاتا ہے اور باقیماندہ رقبہ ایک سیسے کی چادر سے محفوظ کرلیا جاتا ہے لیکن اُسی دن پانچ ایسے نقطوں پر، جو ایک دوسرے سے کم ازکم ۵ انچ دور واقع ہوں، پہ عمل کرکے وقت بچالیا جاتا ہے۔ پندرہ دن سے لیکر بیس دنوں کے بعد ذرا ہی کھینچنے پر بال اُکھڑ آتے ہیں، اور پھر اِس جلیتی کو صابن اور پانی سے متواتر دھوتے رہنا چاہئے، یہانتک کہ وہ سب دور ہوجائیں۔ مرضی بال سب سے آخر میں گرتے ہیں۔ بال جھڑنے کے دوران میں کوئی طفیلیہ کُش دوا مثلاً اُنگنٹم ہیڈرارج امونیا (ung. hydrarg. ammon.)، ساری جلدالراس پر لگانی چاہئے۔ پانچ یا چھ ہفتوں تک سر گنجا رہتا ہے اور پھر زیادہ باریک اور زیادہ موٹے بال نکلنا شروع ہوتے ہیں۔

(۲) تھیلیئم ایسیٹیٹ (thallium acetate) کے ذریعہ موچینی۔ عرصۂ دراز سے معلوم ہے کہ اگر تھیلیئم ایسیٹیٹ کافی مقدار میں براہِ دہن دیا جائے تو اُس سے بال گرجاتے ہیں، اور بالخصوص سعفہ میں تھیلیئم کے اِس فعل سے شعاعی علاج کے بدلے بہت کام لیا جاتا رہا ہے۔ اِس دوا کی سفارش کردہ مقدار جسمانی وزن کے ہر کلو (kilo) کے لئے ۸ ملی گرام ہے، اور اِسکی سمیت کی وجہ سے ضروری ہے کہ انتہائی احتیاط عمل میں لانی چاہئے تاکہ اِسکی مقدار حد سے زائد نہ ہونے پائے۔ اِسے ایک منفرد مقدار میں کچھ پانی کے اندر دیا جاتا ہے جس میں میٹھا ملایا گیا ہو۔ ایک ہفتے کے اختتام پر بال ڈھیلے پڑنا شروع ہوتے ہیں، اور اُنیسویں دن کے

قریب موچینی کی عموماً تکمیل ہوجاتی ہے ۔ سرایت زدہ بال غیر سرایت زدہ بالوں کی نسبت
کم آسانی کے ساتھ گرتے ہیں، اور اُن کے دور کرنے میں آسانی پیدا کرنیکے لئے مناسب
ہے کہ چسپندہ لصقہ لگا دیا جائے اور پھر اُسے زور سے کھینچ لیا جائے ۔ نئے بالوں
کی بازسرایت کو روکنے کے لئے ساری جلدالراس پر کوئی طفیلیہ کش دوا لگا دینا ضروری
ہے ۔ بُشکے (Buschke) مشورہ دیتا ہے کہ علاج کے پہلے دن سے لیکر بالوں کے گرنے
تک ۱۰ فیصدی گندھک کا مرہم استعمال کرنا چاہئے، اور پھر یہ مرہم اور صبغۂ آیوڈین
متبادل دنوں میں لگائے جاتے ہیں ۔ نئے بال اِس سے زیادہ سرعت کیساتھ اُگتے ہیں کہ جس
سرعت کے ساتھ لاشعاعوں کے ذریعہ موچینی کے بعد اُگتے ہیں، جسکی وجہ غالباً یہ ہے کہ
تھیلیئم بالوں کو گرانے کے علاوہ اُنکے از سرِ نو پیدا ہونے میں بھی تحریک پہنچاتا ہے ۔ اِس
دوا سے بالوں کے جھڑنے کا سبب یہ معلوم ہوا ہے کہ اِس سے اُس عمل کا تشکل واقع
ہوجاتا ہے جسکے ذریعہ سے بڑے کثیر الزوایا خلیئے اِن طبقاتی قیرالطینی خلیوں میں تبدیل

883

ہوجاتے ہیں جنسے بال بنتا ہے ۔ موچینی کا یہ طریقہ جلدالراس کے قوبار کے علاج کے
لئے نوعمر بچوں میں موزوں ہے، جنمیں دوا کی مقدار (جسمانی وزن کے
لحاظ سے) زیادہ عمر کے بچوں کی نسبت کم خطرناک معلوم ہوگی ۔ آخرالذکر میں سمّی
علامات پیدا ہونے کا بہت امکان ہے ۔ اِن علامات میں سے عام ترین یہ ہیں:۔
جوڑوں کے درد (جو دوا دینے کے بعد عموماً دوسرے ہفتہ کے آغاز ہی میں پیدا ہوجاتے
ہیں)، عدم اشتہا، چڑچڑاپن، غنودگی، اور جلد کی خشکی ۔ البیومین بولیت بھی
دیکھی گئی ہے ۔ بدقسمتی سے بعض اصابتوں میں مقدار کے متعلق ایسی غلطیاں سرزد ہوئی
ہیں جنکے نتائج خطرناک ہوئے ہیں ۔ کہا جاسکتا ہے کہ یہ علاج چھ سال سے کم عمر کے
بچوں میں خطرہ سے عملاً خالی ہے، بشرطیکہ :۔ (۱) دوا حتی الامکان خالص ہو،
(۲) بچہ کو برہنہ کرکے ٹھیک ٹھیک وزن کرلیا جائے، اور (۳) دوا کی مقدار کی
نہایت احتیاط کے ساتھ جانچ پڑتال کرلی گئی ہو ۔

چھتہ دار / داد (kerion) ۔ جلدالراس کے تقیحی قوبار کا علاج لاشعاعوں
یا تھیلیئم سے ہرگز نہیں کرنا چاہئے، کیونکہ وہ خود بخود شفایاب ہونے کا رجحان رکھتا ہے ۔
بلکہ دافعِ عفونت رفادے استعمال کرنے چاہئیں، اور چھلکیوں کے انحلال میں سرعت

پیدا کرنے کے لئے تارپین (مثلاً ٹرپی چین : terpichin) یا اسے اولان (aolan) کے درون عضلی اشرابات دینے چاہئیں۔

پیچدار (مدور) سعفہ (tinea circinata) اَنگنیٹم ہیڈرارج اَمونیا، اولیٹ آف مرکیوری، ٹنچر آف آیوڈین، سلفیورس آیسڈ (محلول کی صورت میں، ایک حصہ پانی کے ۲ یا ۳ حصوں میں) ہلکی کاربولک ایسڈ گلیسرین، ہائپوسلفائٹ آف سوڈیم (۸ میں ۱) سے یا کسی دوسری طفیلیہ کش دوا سے جو حد سے زائد قوی نہ ہو، بآسانی اچھا ہوجاتا ہے۔

حاشیہ دار سعفہ (tinea marginata)۔ بَن ران کی برادمی فطری سرایت کا علاج عموماً زیادہ مشکل نہیں ہوتا، لیکن تاوقتیکہ اُسے پورے طور پر عمل میں نہ لایا جائے گا اور درونی جامہ کی سرایت کا ازالہ نہ کردیا جائے اغلب ہے کہ نکس واقع ہوجائیگا۔ بیشتر امثال کے لئے مندرجۂ ذیل طریقہ کامیاب ثابت ہوتا ہے :۔ سرایت زدہ خطوں کو روزانہ دو بار ایک غسول سے اسفنج کیا جاتا ہے جو ۵۰ فیصدی روح شراب میں ۲ فیصدی سیلی سیلک ایسڈ پر مشتمل ہو۔ رات کے وقت مندرجۂ ذیل مرہم اچھی طرح ملا جاتا ہے :۔ (نسخہ) ایسڈی بنزائکی (acidi benzoici) ۲۵ گرین، ایسڈی سیلی سیلیکی (acidi salicylici) ۱۵ گرین، پیرافینی مالس (paraffini mollis) ۲ ڈرام، اولیئم کوکو اِس نیوسیفیری (ol. cocois nuciferæ) ملاکر ایک اونس (Whitfield)۔ صبح کے وقت یا تو یہ مرہم پھر لگایا جاتا ہے، یا غسول سے اسفنج کرنے کے بعد مندرجۂ ذیل سفوف چھڑک دیا جاتا ہے :۔ (نسخہ) ایسڈی سیلی سیلیکی ۴ حصّے، ایسڈی بوریکی ۲۰ حصّے، ٹالک (talc) ملاکر ۱۰۰ حصّے۔ پسندیدہ طریقہ یہ ہے کہ مریض دورانِ علاج میں اپنے معمولی پاجامے کے نیچے چھوٹا سوتی جانگیا پہنے، اور بظاہر شفا ہونے کے بعد بھی ایک آدھ ہفتے تک غسول اور سفوف استعمال کرتا رہے۔ دشوار علاج اصابتوں میں کرائسارو بن کا مرہم (chrysarobin ointment)، یا برٹش فارماکوپیا کا پگمنٹم کرس اروبینی (pigmentum chrysarobini) استعمال کیا جائے لیکن اِس امر کی بڑی احتیاط رکھی جائے کہ صفن میں خراش نہ ہونے پائے۔

جوارح کی برادمی فطریت (epidermophytosis of extremities)۔

یہ حالت عموماً نہایت دشوار علاج ہوتی ہے' جسکی وجہ یہ ہے کہ ہاتھوں اور پاؤں پر
قرنی طبقہ دبیز ہوتا ہے' اور ناخنوں سے باز سرایت کا امکان ہوتا ہے۔ جو طریق علاج
استعمال میں لائے جائیں وہ ہر مریض کی انفرادی حیثیت کے لحاظ سے کیسقدر مختلف
ہونے چاہئیں' لیکن راقم الحروف کو پاؤں کی غیر پیچیدہ براد می فطریت میں مندرجۂ ذیل
طریق علاج سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ تقریباً دو ہفتے تک' پاؤں کی انگلیوں کے
درمیان اور دوسرے متاثرہ حصہ پر ایک طاقتور سیلی سلک غسول (بگیرندہ ایسڈ ا ئی
سیلی سلائی ایک ڈرام' سپرٹ وائنائی میتھ انڈسٹ (spt. vini meth. indust)
ملاکر ایک اونس کرلیا جائے) صبح اور شام اچھی طرح لگا دیا جاتا ہے' اور ہر اطلاق کے
بعد پلو ایسڈائی سیلی سلائی کو' بی پی سی پاؤں کی انگلیوں کے درمیان اور موزوں
یا لمبی جرابوں میں چھڑک دیا جاتا ہے۔ اِس سے سرایت زدہ قرنی تہہ کا ضخیم تسلخ واقع
ہوتا ہے' اور جب اسکی تکمیل ہو جائے تو پھر بدل کے طور پر مندرجۂ ذیل طریقہ استعمال
کیا جاتا ہے۔ رات کے وقت مندرجۂ بالا بینز ائک سیلی سلک ایسڈ مرہم پاؤں کی انگلیوں
کے درمیان اور نیچے اور دوسرے ماؤف رقبوں پر اچھی طرح مل دیا جاتا ہے۔ البتہ اپنی
انگلیوں کی سرایت کا خطرہ دور کرنے کے لئے تسالہ کی ایک گدی استعمال کی جاتی ہے۔
رات کے وقت سپید سوتی موزے پہن لئے جاتے ہیں۔ صبح کے وقت پاؤں دھوڈالے
جاتے ہیں اور جسقدر قرنی طبقہ آسانی سے علٰحدہ کیا جاسکے میکانی طور پر نکالدیا جاتا ہے'
پھر اُن پر ذیل کا ضماد اچھی طـــرح لگا دیا جاتا ہے:۔ ٹنکچر آیوڈی مٹس
ایک حصہ' اسپرٹ وائنی میتھل انڈسٹ (spt. vini meth. indust) ملاکر جملہ
تین حصے کر دئے جائیں۔ اور پلوس ایسڈی سیلی سلک کمپاؤنڈ (برٹش فارماکوپیا)
پاؤں کی انگلیوں کے درمیان اور موزوں کے اندر چھڑک دیا جاتا ہے۔ یہ علاج ایک
ماہ تک عمل میں لایا جاتا ہے' اور اُسکے بعد کے تین ہفتوں کے لئے صرف سفوف استعمال
کیا جاتا ہے۔ پھر ایک اور ماہ کے لئے پورا علاج پھر اختیار کیا جاتا ہے' اور اسکے بعد
مریض کو ہدایت کردی جاتی ہے کہ اپنی باقیماندہ ساری عمر دن کے وقت اس سفوف کو
بطور ایک معمولی دستور العمل کے استعمال کرتا رہے۔ دوران علاج میں موزوں کو الگ
دھونا چاہئے اور سوڈا کے ساتھ جوش دے لینا چاہئے۔ جوتوں کو وقتاً فوقتاً خالص فارملین

(lysol) یا سائیلین (cyllin) سے بچار لینا چاہیئے ۔ ہاتھوں کے لئے رات کے وقت سوتی دستانوں کے نیچے مرہم لگایا جاسکتا ہے اور صبح کے وقت اُنہر آیوڈین کا ضماد لگایا جاسکتا ہے ۔

اُن اصابتوں میں جنہیں نمایاں طور پر اکزیمیت (eczematisation) موجود ہو، مندرجۂ بالا کوئی طریقہ اختیار کرنے سے پہلے مناسب یہ ہے کہ علاج کا آغاز لاشعاعوں کی کسری معتادوں (fractional doses) سے کیا جائے ۔

سعفۂ ماریش (tinea barbæ) (سعفۂ لحیہ = tinea sycosis) ۔

اِس کا علاج جلد الجسم کے حیشتہ دار داد کے علاج سے مماثل ہے (جولا حظہ ہو) ۔

ظفر فطریت (onychomycosis) میں ناخنوں کو کھرچ کر پتلا کر لینا، قلوی محلولات سے نرم کر لینا اور سلفیورس ایسڈ، یا سوڈیم ہائپوسلفائٹ (sodium hyposulphite) یا مرکیوری کلورائیڈ (ایک اونس پانی میں ۲ گرین) کے محلولات میں بھگو لینا چاہیئے، یا اُنہر کاربولک ایسڈ بار بار لگاتے رہنا چاہیئے ۔ بہتر اور سریع تر طریقہ یہ ہے کہ انہیں کسی معدم جس دوا کے زیر اثر نکال کر خارج کر دیا جائے اور ناخن کی گدی پر مسلسل آیوڈین کی کسوۃ لگاتے رہیں، یہاں تک کہ ناخن از سر نو پیدا ہو جائے ۔

شعر فطری تورانات (trichophytides)، خرد بشروی تورانات (epidermophytides) برادمی فطری تورانات (microsporides) قراعی یا شہدی تورانات (favides)

درنی تورانات کے مقابلہ میں تورانات کا ایک گروہ ہے جو توبائی فطرات کی مختلف انواع سے جلد کی سرایت کے ساتھ وابستہ ہے ۔ اِن کے وقوع کا انحصار فطرات میں کے مشمول ضد جسم زا کے متعلق جلد کی بحیثیت مجموعی حساس شدگی پر ہوتا ہے، اور بالعموم عام دوران خون کے اندر خود فطری عناصر کے یا ضد جسم زا کو مشمول رکھنے والی شے (trichophytin, microsporin, etc.) کے داخل ہوسکنے پر ہوتا ہے ۔ ممکن ہے کہ اُس وقت جبکہ یہ دوران سرایت کے اوّلی مقام کے قریب وجوار میں محدود المقام ہوتا ہے، ضد جسم زا کا تماس، جوئے خون کے ذریعہ نہیں بلکہ بیرونی ذاتی تطعیم (auto-inoculation) کے ذریعہ، یا لمفی عروق کے

راستہ سے، حسّاس شدہ جلد کے ساتھ واقع ہوجاتا ہو۔ یہ حساسیتی فطری ثورانات نہایت عام طور پر شعرفطریت (trychophytosis) کی تقیحی قسموں میں پائے جاتے ہیں (شعر فطری ثورانات = trichophytides)۔ خُرد بذوری ثورانات (microsporides) شاذ ہوتے ہیں، بجز اُن بچوں کے جنہیں خرد بذوری سرایت جلدالراس میں ہوگئی ہو۔ اِنمیں ممکن ہے کہ موچھنے کے لئے لاشعاعوں کے استعمال سے ایک عارضی حاد التہابی تعامل پیدا ہوجائے۔ بلا شبہ اب اِس ملک میں قراع یا شہدیہ (favus) نہایت غیرعام ہے، لیکن معمولی حزازہ آسا شعرفطری ثورانات (lichenoid trichophytides) سے مشابہت رکھنے والے قراعی یا شہدی ثورانات (favides) بیان کئے گئے ہیں جو بالخصوص جلدالراس کے لاشعاعی علاج کے بعد واقع ہوتے ہیں۔

آبلہ دار اکزیما آسا برادی فطریہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے۔ یہاں محض شعر فطری ثورانات (trichophytides) کا تذکرہ کیا جائیگا۔ اِن کی مندرجہ ذیل اقسام شناخت کی گئی ہیں:۔(الف) بثوری حزازہ آسا شعر فطری ثورانات (papular lichenoid trichophytide) (شعرفطری حزازہ = lichen trichophyticus)۔ یہ سب سے زیادہ عام ہے اور اِس کا مقابلہ خنازیری حزازہ سے کیا جاسکتا ہے۔ ایسکے اضرار چپٹے یا مخروطی بثور ہوتے ہیں، جو عموماً جرابی ہوتے ہیں، اور جلد کا رنگ سرخی مائل یا بھورا سا ہوتا ہے۔ بعض اوقات اِن پر ایک چھلکا یا ننھا سا قاعُہ چڑھا ہوا ہوتا ہے۔ خنازیری حزازہ کی طرح یہ گروہ در گروہ ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، اور خاصکر دھڑ اور جوارح پر، اور شاذ حالتوں میں چہرے پر نمودار ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ جرابی اضرار میں قرنی شوکے نمایاں ہو جائیں (شوکی حزازہ : lichen spinulosus کی ایک قسم)۔ جڈاسون اور سیوس (Jadassohn & Saeves) نے اِس ثوران کی ایک گل خوشی قسم (corymbose form) بیان کی ہے، جو گل خوشی آتشکی ثوران (corymbose syphilide) سے مشابہ ہوتی ہے۔ (ب) آبلہ دار اور قاعُی شعرفطری ثورانات (vesicular & pustular trichophytides)۔

(ج) ایکزیما نما شعر فطری ثوران (eczematoid trichophytide)۔ یہ محض حزازی شکل کی ایک قسم ہے، جس میں اضرار گنجان ہوتے ہیں، اور چھلکے دار ملتقی چکتیاں بناتے ہیں جو اکزیما نما درنی ثوران سے مشابہ ہوتی ہیں (خنازیری آدمی التہاب (dermatitis scrofulosa)۔ (د) قرمزیہ نما شعر فطری ثوران (scarlitiniform trichophytide)۔ بثوری یا بثوری قانحی شعر فطری ثوران کے نمو سے پہلے ممکن ہے کہ شاذ حالتوں میں ایک عمومی احمراری طفح پیدا ہو جائے، جو حمیٰ قرمزیہ سے مشابہ ہوتا ہے، اور جس کے ساتھ تپ ہو سکتی ہے اور لمفی غدد کی کلانی بلکہ تقیح بھی ہوتا ہے۔ (ھ) گرھکی شعر فطری ثوران (nodular trichophytides)۔ شدید چھتہ دار داد کے ساتھ کئی اصابتیں بیان کی گئی ہیں جن میں حزازہ نما شعر فطری ثوران کے ہمراہ گرہکی احمرار کی گرہکوں جیسی زیر جلدی گرہکیں بھی پیدا ہو گئیں۔ بروسگارڈ (Bruusgaard) کے مریض میں تو گرہکوں کے اندر خردبین سے فطر بھی حقیقتہً پایا گیا اور اُن سے اُسکی کاشت بھی تیار کی گئی (26)۔ (و) کثیر الاشکال شعر فطری احمرا (erythema multiforme trichophyticum)۔ یہ سب سے زیادہ شاذ ہے، لیکن مستند اصابتیں بیان کی گئی ہیں۔

شعر فطریت کی بیشتر اصابتوں میں مقامی سرایت شدید نہیں ہوتی اور بیئتی تعامل کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔ دھڑ اور جوارح کے بغور امتحان سے ممکن ہے کہ ایک حزازہ نما شعر فطری ثوران ظاہر ہو، جسے مریض اکثر نظر انداز کر دیتا ہے۔ لیکن بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ اوّلی مقامی التہاب اور عام علامات دونوں شدید ہوں۔ تقیح کے ساتھ ابتدائی ضرر کے گرد اُذیما اور قرب و جوار کے لمفی غدد کی کلانی ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ متقیح ہو کر پھوٹ جائیں۔ تپ، عمومی غدی التہاب، حس پذیر طحال، ورم مفاصل اور کثیر الاشکال سپید خلیوں کی کثرت کے ساتھ شعر فطری ثورانات میں سے ایک یا زائد کا وسیع ثوران ہوتا ہے۔

امراضیات۔ ان ثورانات کی پیدائش کے اصلی اسباب اور انکی مرضی ماہیت کی تعیین کے لئے بہت کچھ تجربی تحقیقات کی گئی ہے۔ نائسر اور

885

پلیٹو (Neisser & Platc) نے سنہ ۱۹۰۲ء میں قوبائی فطر سے ایک خلاصہ تیار کیا، جسکا نام انھوں نے ٹرائکوفائٹین (شعر فطرین) (trichophytin) رکھا، جو ٹیوبرکیولین (درنین) (tuberculin) سے مماثل ہے۔ جن اشخاص کو گہرے تقیحی قسم کے داد کی شکایت ہو، انہیں ٹرائکوفائٹین (شعر فطرین) کے اشراب سے عمومی اور ماسکی تعاملات اُسیطرح پیدا ہوجاتے ہیں جسطرح کہ تدرن کے مرض میں ٹیوبرکیولین (درنین) سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ اسکے ساتھ ہی مثبت جلدی اور دروں جلدی کاشفات بھی حاصل ہوتے ہیں، جن سے جلد کی نوعی عمومی حسّاسی حالت ظاہر ہوتی ہے۔ سرایت کے شفایاب ہونے کے بعد یہ حالت سالہا سال تک باقی رہتی ہے۔ طبعی عیارات میں اور اُن میں جنھیں داد کی ادیری قسمیں ہوں، منفی تعاملات حاصل ہوتے ہیں۔ عمومی اور ماسکی تعامل کے علاوہ ٹرائکوفائٹین کے اشراب سے ایک شعر فطری ثوران پھوٹ پڑنے کا امکان ہوتا ہے۔ بعض قوبائی فطرات (شعری فطر، خانہ بدوشا نہ (achorion سبویسہ قونکیانی 'trichophyton gypseum = quinckeanum= کے ذریعہ جانوروں، مثلاً گینی پگ یا خرگوش، کی جلد کی تجربی تطعیم سے ایسے اضرار پیدا ہوجاتے ہیں جو خود بخود اچھے ہوجاتے ہیں، اور جنکے بعد ایک دائمی جلدی حسّاسیت باقی رہ جاتی ہے جو آیندہ کامیاب تطعیمات نہیں ہونے دیتی، یا کم از کم ثانوی اضرار کو قلیل المدت اور ساقط النمو بنا دیتی ہے۔ یہی بات انسانوں میں صادق آتی ہے، کیونکہ ایک عمیق المقام شعر فطریت اِس معنے میں مناعت بخشتی ہے کہ دوسرے حملے نہایت شاذ ہوجاتے ہیں۔ لیکن یہ بلاشبہ جلد کی اُس حسّاسیتی حالت کی وجہ سے ہوتا ہے جو باز تطعیم کردہ فطر کا سریع ایتلاف کردیتی ہے، نہ کہ حقیقی مناعت کی وجہ سے (مقابلہ کرو مظہر کاخ Koch's phenomenon: سے جو تدرن میں ہوتا ہے)۔

بلاکش (Bloch) نے بتلا دیا ہے اولاً یہ کہ قوبا (داد) کے خلاف حیوانی مناعت صرف جلد کی تطعیم سے پیدا کی جاسکتی ہے، اور اِس کے لئے زیرجلدی یا دروں بارطونی تطعیمات غیر مؤثر ہوتی ہیں۔ دوئم یہ کہ ایک حسّاس شدہ شخص میں حسّاسیت خود جلد کے خلیہ میں ہوتی ہے، کیونکہ اگر جلد کے دو ٹکڑے لیکر

(ایک ٹکڑا تو کسی حسّاس شدہ شخص سے اور دوسرا کسی حسّاس ناشدہ شخص سے) کسی طبعی شخص پر اُنکی تقلیم کی جائے تو قلم کے مندمل ہوجانے کے بعد حسّاس شدہ شخص سے لیا ہوا ٹکڑا ٹرائکو فائٹین (شعر فطرین) کا مثبت جلدی تعامل ظاہر کرتا ہے' مگر دوسرے (حسّاس ناشدہ شخص سے لئے ہوئے) ٹکڑے اور خود موضوع کی جلد ان دونوں سے منفی نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ یہ امر کہ شعر فطریت کی اصابتوں میں جنہیں شعر فطری ثوراناات ہوں فطری عناصر عمومی دوران خون کے اندر چلے جاتے ہیں' یقینی ہے' کیونکہ اِنکی مثبت دموی کاشتیں حاصل ہوتی ہیں' اور شعر فطری ثوران کی زیادہ شدید قسمیں' مثلاً گرہ دار قسم' غالباً اِسطرح پیدا ہوتی ہیں کہ اَدمی یا زیر جلدی عروق میں اِن عناصر کی حقیقی سدادیت واقع ہوتی ہے' اور حسّاس شدہ جلد اِنکی سریع یا شدیدگی واقع کردیتی ہے' جس سے ضدِ جسم زا شئے (antigenic substance) رہا ہوجاتی ہے۔ لیکن بلاش نے ایک لڑکے میں' جسے قوبا کی شدید سرایت لاحق ہوگئی تھی لیکن جو اچھا ہوگیا' ٹرائکو فائٹین کے اشراب سے قرمزیہ نما احمرار اور ازاں بعد ایک تمثیلی حزازہ نما شعر فطری ثوران پیدا کردیا۔ لہٰذا یہ ممکن ہے کہ خفیف تر شعر فطری ثوراناات ضدِ جسم زا شئے کے انجذاب کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں (جو سرایت کے اوّلی مقام سے حاصل ہوتی ہے) نہ کہ حقیقی فطری عناصر کے خون زاد پھیلاؤ کی وجہ سے۔

اسطرح ہم دیکھتے ہیں کہ اپنی مرضی تولید اور ماہیتِ مرض میں آتشکی ثوراناات (syphilides)' درنی ثوراناات (tuberculides)' اور شعر فطری ثوراناات (trichophytides)' یہ تینوں کسقدر قریبی باہمی تعلق رکھتے ہیں۔ یہ سرایتیں اعلیٰ درجہ کی حسّاسیت پیدا کرسکتی ہیں' جس سے نسیجی خلیات' بالخصوص جلد کے خلیات' حسّاس بنجاتے ہیں' جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب سرایت رساں عضویے یا بعض اصابتوں میں اُسکے سم (مثلاً ٹیوبرکیولین اور ٹرائکو فائٹین) کا انتشار جوئے خون کی وساطت سے واقع ہوجاتا ہے تو ایک قسم کے ثوراناات (یعنے جلدی تعاملات) پیدا ہوجاتے ہیں' جو مستزاد سرایت کے خلاف مدافعتی ردِ عمل ہوتے ہیں' اور جسکا نتیجہ اُس عضویہ یا سم کا علی مقامہ اتلاف ہوتا ہے۔ حال ہی میں

مانیلیا کی سرایتوں کے تعلق میں ایسے ثورانات بیان کیے گئے ہیں جنکا مقابلہ شعرفطری ثورانات سے کیا جاسکتا ہے، لیکن جو بالخصوص تکھی فلسنما (muculo-squamous) یا ایکزیما نما (eczematoid) قسم کے ہوتے ہیں (لہنی ثورانات) ۔

مختلف الالوان سعفہ

(tinea versicolor)

یہ جلد کا ایک عام عارضہ ہے، جو تعدیہ سے پیدا ہوجاتا ہے اور گرمی اور مرطوبیت سے پرورش پاتا اور پھلتا پھولتا ہے۔ یہ مردوں میں زیادہ ہوتا ہے، اور بالخصوص اُنہیں جو فلالین کا درونی جامہ پہنتے ہیں۔ یہ شاذ طور پر براہ راست تماس سے منتقل ہوتا ہے، مثلاً شوہر سے بیوی میں۔

886

یہ مرض ایک زردی مائل بھورے رنگ کے چھوٹے دائری و حصّے کیطرح شروع ہوتا ہے، جو جلد سے کسیقدر ابھرا ہوا ہوتا ہے، اور جس سے انگلی کے ناخن یا ایک چھُریا سے کھرچنے پر چند سفیدی مائل رنگ کے چھلکے آسانی علٰحدہ کئے جاسکتے ہیں۔ یہ چکتیاں پھیل جاتی ہیں اور نئی چکتیاں اور بنجاتی ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جلد ہی سینہ کا (جہاں یہ عموماً ابتداءً دیکھنے میں آتا ہے) ایک بڑا حصہ ایک بھورے یا بھورے زردی مائل رنگ کی بیقاعدہ چکتی سے ڈھک جاتا ہے، جسکا حاشیہ محدّب یا محاری ہوتا ہے۔ اور اسکے قریب کی تندرست جلد پر متعدد منفرد چکتیاں ہوتی ہیں، جنکا قطر $\frac{1}{4}$ انچ سے لیکر $\frac{1}{2}$ انچ تک ہوتا ہے۔ یہ مرض صرف ڈھکے ہوئے حصّوں پہ ہوتا ہے، اور سینہ کے سامنے اور پیچھے اور شکم پر بہت کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ کھرچنوں کا امتحان لائکر پوٹاسی میں محلول کرنے پر اُنمیں سرحلی صحفے اور نوعی فطر یعنے خمالی خردبینی دریہ (miscrosporon furfur) شاخدار فطرجال کے ڈوروں کا شبکہ بناتے ہوئے نظر آتا ہے، جنکے درمیان نسبتہً بڑے عدیم الجنس بذور ساقطے کے چھوٹے چھوٹے گروہ انگور کے خوشوں کی طرح منتشر ہوتے ہیں۔ اِس عارضہ سے کسیقدر کھجلی کے سوائے اور زیادہ تکلیف نہیں پیدا ہوتی، اور مریض اکثر اِس سے بیخبر رہتا ہے لیکن بعض اوقات

بدرنگی کی وسعت اِسقدر زیادہ ہوجاتی ہے کہ اِسیر غلطی سے مرض ایڈیسن اور دوسرے لونی عارضوں مثلاً برص (vitiligo) کا گمان ہوجاتا ہے۔ اِسکا مخصوص رنگ اِسکی محدب کور، اور سطح کا بآسانی تقشر واقع ہونا، یہ امور بالکل ممیز ہونے چاہئیں اور خردبین سے تشخیص کی فوراً تصدیق ہوجاتی ہے۔

علاج - یہ سوڈیم ہائپوسلفائٹ کے (۸ میں ۱) یا سلفیورس ایسڈ (۴ میں ۱) کے غسولات، یا ایک لئی جس میں گندھک ریسارسن (resorcin) اور سیلی سلک ایسڈ ہو، ملنے سے جلد اچھا ہوجاتا ہے لیکن اگر وہی درونی جامہ اچھی طرح دھوئے بغیر اور ازالۂ عفونت کئے بغیر پھر استعمال کیا جائے تو یہ مرض پھر ہوسکتا ہے۔

حُمرہ (erythrasma) - یہ توران زیادہ اکثر تمام طبقات کے بالغوں اور معمر آدمیوں میں دیکھا جاتا ہے۔ عورتوں میں یہ شاذ ہے، اور بچوں میں کبھی واقع نہیں ہوتا۔ اِس سے کچھ تکلیف نہیں ہوتی، الا یہ کہ پسینہ آنے کے بعد خفیف سی خارش ہوتی ہے، اور اکثر یہ اتفاقی طور پر دریافت ہوتا ہے۔ اِسکا انتخابی مقام، تناسلی ساقی دہراؤ اور ران کے متصل حصہ کی اندرونی سطح ہے۔ یہ صفن یا عانہ پر بہت کم حملہ کرتا ہے، لیکن شاذ حالتوں میں یہ بغلوں میں واقع ہوسکتا ہے۔ یہ بھوری سی یا زرد گلابی چکتیوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو سطح سے بمشکل اُبھری ہوئی ہوتی ہیں، کسیقدر چھلکے دار ہوتی ہیں، اور کبھی آبلہ دار نہیں ہوتیں۔ حاشیے واضح طور پر متمیز ہوتے ہیں، لیکن سعفہ ساقی کے حاشیوں کے برعکس، ابھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ گاہے گاہے بروں افتادہ بیضوی چکتیاں شکم اور رانوں پر دیکھی جاتی ہیں۔ یہ مرض محض خفیف طور پر متعدی ہے۔

اِسکا سبب خردبینی وریہ ادق (microsporon minutissimum) کے ساتھ قرنی طبقہ کی سرایت ہے، جسکا قطر جال نہایت ہی باریک اور بذرات نہایت ہی چھوٹے ہوتے ہیں۔ اِسکو اِسطرح دیکھا جاسکتا ہے کہ اِسکے چھلکوں کا امتحان لاکر پوٹاسی میں $\frac{1}{12}$ انچ روغن غرقی عدسہ کے ساتھ کیا جائے۔

سعفہ ساقی سے تفریقی تشخیص مشکل نہیں، کیونکہ آخرالذکر رنگ میں زیادہ سرخ ہوتا ہے، اُبھرے ہوئے کنارے رکھتا ہے، اور نیچے کی طرف رانوں میں،

اور پھر عفونی اور رعنا نہ پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے ' اکثر آبلہ دار ہوتا ہے ' اور زیادہ سریع ارتقا رپاتا ہے ۔ وہ تسمیط جو کہ نبقہ سبحیہ (streptococcus) یا نیلا (monilia) کی سرایت کے باعث ہو' زیادہ التہابی اور بالعموم تر ہوتی ہے ۔
علاج ۔ وٹ فیلڈ کا بنزوئک سیلی سلک ایسڈ مرہم موثر ہے' لیکن نکس کا سد باب کرنے کے لئے اسکو معتدبہ عرصہ تک استعمال کرنا چاہئے ۔

شعر فلسیت (lepothrix) (پلمیلی شعر فطریت (Trichomycosis palmellina)' گرہ دار شعر فطریت T. nodosa)۔
یہ مرض ساری دنیا میں پایا جاتا ہے ' اور اکثر اُن اشخاص میں ہوتا ہے جو اپنی جسمانی صفائی کے متعلق غیر محتاط رہتے ہیں ۔ یہ بغلوں کے بالوں اور موئے زہار کو ماؤف کرتا ہے ' جنکے گرد زردی مائل یا سرخی مائل یا سیاہ انجمادات واقع ہوکر بالوں کی ڈنڈیوں کے طول میں اکثر بیقاعدہ گرہیں پیدا کر دیتے ہیں ۔ خرد بین سے دیکھنے پر معلوم ہوتا ہے کہ یہ ایسے خرد نبقوں کے تودوں پر مشتمل ہیں' جو ایک یکساں لزج شئے میں مدفون ہوتے ہیں ۔ قسطلانی (Castellani) کی رائے ہے کہ اسکی زرد قسم ایک فطر' نازک نوکارڈیا (nocardia tenuis) کے سبب سے ہوتی ہے سرخ قسم ایک سرخ لون پیدا کرنے والے نبقہ کے ساتھ اُسی فطر کی ہم باشی کی وجہ سے ہوتی ہے ۔ اور سیاہ قسم ایک سیاہ لون پیدا کرنے والے نبقہ کے ساتھ نوکارڈیا کی ہم باشی کی وجہ سے' نام نہاد تلون العرق (chromidrosis) کی بیشتر اصابتیں شعر فلسیت ہی کی وجہ سے ہوتی ہیں ۔
علاج ۔ ماؤف حصوں کو بنزین (benzine) سے صاف کرکے پرکلورائیڈ آف مرکیوری کے (۲۰۰۰ میں ۱) یا فارمالین کے (۲ فیصدی) الکحلی محلول سے پچارا دینا چاہئے ۔ بالوں کو مونڈ دینا مناسب ہوگا ۔

887 **بویضی فطریت** (oidiomycoses) ۔ حال ہی میں چند سال سے بعض ادواء الجلد کی تسبیب میں لبن نما عضویوں کی اہمیت زیادہ زیادہ مانی جانے لگی ہے ۔ اس گروہ سے تعلق رکھنے والے تخفلی بذوریۂ ملاسیز (pityrosporon of Malassez) کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے ۔ ان عضویوں کی ٹھیک ٹھیک جماعت بندی

شکل ہے اور یہاں اُسکے متعلق بحث نہیں کیجائیگی ۔ یہ لہن سے اِس امر میں مشابہت رکھتے ہیں کہ یہ گول یا بیضوی ہوتے ہیں اور انکا تکاثر کلیاؤ سے ہوتا ہے لیکن یہ ایک ادنیٰ تر فیصلہ سے تعلق رکھتے ہیں اور انھیں ناکمل فُطرات (fungi imperfecti) کی جماعت میں سمجھا جاتا ہے ۔ ایک خاندان فطرات خفی النبقہ (cryptococcaceæ) میں خفی النبقہ فطر، ٹارولا، اور غالباً تخیلی بذوریہ کی اجناس شامل ہیں ۔ ایک دوسرے، یعنی فطرات بیض بذریہ (oosporaceæ) میں بیض بذری فطر (oospora)، بویضی فطر (oidia) اور مانیلیا شامل ہیں ۔ جب آخرالذکر جلد میں بڑھتے ہیں تو لمبے اور شاخدار فطر جال بنا دیتے ہیں ۔ اول الذکر ایسے جال نہیں بناتے ۔ تخیلی بذوریہ کے علاوہ، بیشتر مرض عضویے جنکے متعلق ابتک تحقیقات کی گئی ہے جنس مانیلیا سے تعلق رکھتے ہیں، جنہیں کا قلاعی فُطر (thrush fungus) یعنی مانیلیا ابیض (monilia albicans) اور مانیلیاء پنوئی (M. pinoyi) اہم ترین ہیں ۔

مانیلیا سے پیدا ہونے والے ثوران کے اقسام کی جماعت بندی حسب ذیل ہوسکتی ہے (27) :- (۱) عمومی قسم (generalised type) ۔ یہ خاصکر اُن مریضوں میں پائی جاتی ہے جنکا علاج مسلسل غسل سے (جو بالخصوص وائنا میں مستعمل کیا جاتا ہے) ہو رہا ہو ۔ اِسکے اضرار آبلوں، بثور، اور چھلکے دار احراری چکتیوں پر مشتمل ہوتے ہیں، اور بالخصوص بغلوں، گھٹنوں، اور ہاتھوں کو ماؤف کرتے ہیں ۔ لیکن یہ ثوران وسیع طور پر پھیلا ہوا ہوسکتا ہے ۔ (۲) رضیعی قسم (infantile type) ۔ یہ قسم شیرخوار بچوں میں دیکھی جاتی ہے، اور اکثر اوقات مخاطی جھلیوں کے قلاع (thrush) کے ہمراہ (جو ملاحظہ ہو) پائی جاتی ہے ۔ اِسمیں ثوران عموماً پہلے مبرز کے گرد پیدا ہوتا ہے اور پھر سرینوں، اعضائے تناسل، رانوں اور شکم پر پھیل جاتا ہے، اور یہاں سے ممکن ہے کہ وہ بغلوں، گردن اور چہرے تک پہنچ جائے ۔ یہ آبلوں، قابچوں، اور ایسے احراری رقعوں پر مشتمل ہوتا ہے جنہیں مرکز میں چھلکے اُترتے ہیں ۔ آبلے اور قابچے پھوٹ کر قرنی طبقہ کی ایک جھالر سی باقی رہ جاتی ہے، جس سے سرایت پھیلکر احراری فلسمانی چکتیاں بنا دیتی ہے

جھکے کنارے اٹھے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ قسم جاکیٹ کے رضیعی احمرار (infantile erythema of Jacquet) میں ایک پیچیدگی کے طور پر واقع ہوسکتی ہے۔ (۳) تسمیطی قسم (intertriginous type) یہ سب سے زیادہ عام قسم ہے اور اسے اُس تسمیط سے تمیز کرنا پڑتا ہے جو نبقات سبحیہ کی سرایت یا قوبائی سرایت کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ چڈوں، بین سرینی درز، اور بغلوں میں، عورتوں میں پستانوں کے نیچے، اور شحیم اشخاص میں خشکی دہراؤں میں دیکھی جاتی ہے۔ یہ ثوران خاصکر اُن رقبوں کو ماؤف کرتا ہے جنمیں جلد کی متقابل سطحیں متماس ہوتی ہیں اور چھلکے دار چکتیاں یا سطحی تاکلات بنادیتا ہے جنکی کوروں پر زیر کاویدہ قرنی طبقہ کا ایک چھوٹا کالر سا بنجاتا ہے، لیکن بروں افتادہ احمراری فلسمانی اضرار بھی ہوتے ہیں۔ (۴) بین اصبعی قسم (interdigital type) جسے پہلے "بین اصبعی بوض فطری تاکل" ("erosio interdigitalis blastomycetica") کے نام سے یاد کیا جاتا تھا۔ یہ قسم نہایت عام طور پر اُن اشخاص میں پائی جاتی ہے جنکے ہاتھ ہمیشہ گیلے رہتے ہیں، مثلاً دھوبیوں اور شراب خانوں کے ملازموں میں۔ تیسری بین اصبعی فضا کے ماؤف ہونے کا امکان سب سے زیادہ ہوتا ہے۔ یہ ثوران آبلوں کے گروہوں کی صورت میں شروع ہوتا ہے، جنکے پھوٹنے پر ایک کچی سطح باقی رہجاتی ہے جس کا حاشیہ موٹے کپوسے ہوئے مرحلہ کا ہوتا ہے۔ (۵) ناخنوں کی سرایت - التہاب جہاز الظفر (onychia) یا داحس (paronychia) کی مختلف قسمیں بیان کی گئی ہیں، جو مانیلیا کی وجہ سے ہوتی ہیں زیر ناخنی پھوڑے (subungual abscesses) یا ظفری صحفے کی بیش قرنیت پیدا ہوجاتے ہیں، لیکن وہ داحس زیادہ مخصوص اور ممیز ہے، جسمیں ناخنی شکن بہت بڑے رقبہ پر نہایت متورم ہوجاتا ہے۔ بالعموم التہاب کے متوالی حادحملے ہوتے ہیں، جنکے ساتھ فترہ کے زمانے ہوتے ہیں ظفری صحفے سوء تغذیتی ہوجاتے ہیں۔

مانیلیا کی سرایت کی اِن قسموں کے علاوہ، راقم الحروف کو ہاتھ پاؤں کے ایکزیما نما اور تسمیطی التہاب ادمہ کی ایسی مزمن اصابتیں ملی ہیں جو ایکزیما نما قوبائے

مشابہ تھیں، اور اِس عضویہ کے سبب سے پیدا ہوگئی تھیں - یہ اکثر نہایت دشوار علاج ہوتی ہیں -

تشخیص - تشخیص قائم کرنیکے لیۓ خردبینی امتحان اور کاشتیں ضروری ہیں۔ پوٹاش کی تجہیزات میں فطرجال لمبے، پتلے، عموماً غیر فصل دار، اور چھوٹی جانبی کلیول کے ساتھ نظر آتے ہیں - اِنکے ساتھ بذروں کے متعدد گروہ ہوتے ہیں۔ کاشت کرنے پر عضویہ بافراط بڑھتا ہے اور عموماً خالص کاشت میں ہوتا ہے، مگر ایسا اتفاق نہیں ہوتا جبکہ وہ محض ایک گندہ نباتی آلودگی ہو۔

علاج - مائیلیا سے سطحی سرایتیں ہوں تو بالعموم اُنکا علاج کامیابی کے ساتھ ہلکے ٹنچر آف آیوڈین سے کیا جاسکتا ہے یا بنزائک سیلی سلک ایسڈ کا مرہم ملنے سے جس کی سفارش بُرادی فطریت کے لئے کی گئی ہے - شاید ۲۵ فیصدی روح شراب میں جنشن وائلیٹ (gentian violet) کا ۲ - ۳ فیصدی محلول زیادہ موثر ہے۔ داحس کے لئے، اُٹھے ہوئے ناخنی دہراؤ کے نیچے خالص کاربولک ایسڈ یا غیر مرقق مان سال (monsol) روئی کے ذریعہ لگایا جاتا ہے جسکو ایک چپٹی باریک بنی ہوئی دیاسلائی کے گرد لپیٹ لیا جاتا ہے اور ایک جانب سے دوسری جانب تک بھیجا جاتا ہے - اِسطرح مانسال روزانہ، اور کاربولک ایسڈ ہر چوتھے یا پانچویں دن لگا سکتے ہیں۔

888

پیچ موئی امراض

آتشک .... پیچ سلکیہ شاحب (treponema pallidum) (صفحہ 104)-

فرمبیسیہ (frambœsia) (یاز =yaws)..... پیچ سلکیہ نازکٹ (treponema pertenue) (صفحہ 1030)-

زہراوی ثولولات

(venereal warts)

(فلطاحیہ یا نوکدار برقیہ = condyloma vel verruca acuminata)

زہراوی ثولولات دونوں صنفوں میں دیکھنے میں آتے ہیں - مردوں میں یہ

بالخصوص حشفہ قضیب کے پیچھے کے فوہ میں اور اکلیل اور لجام پہ واقع ہوتے ہیں، لیکن سارے غلفہ بلکہ مجری البول کے دہانہ تک کو ماؤف کرسکتے ہیں۔ عورتوں میں یہ دہلیز، قیدالشفرین، اور بظر پر دیکھے جاتے ہیں، لیکن ساری فرج پہ ہوکر جلد و برز، اور عجان تک پھیل سکتے ہیں۔ شاذ حالتوں میں یہ بغلوں میں اور جلدالراس پر بھی پائے جاتے ہیں۔

یہ علیمہ سلعی نبتوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جنکا رنگ گلابی یا بھورا سرخ ہوتا ہے، اور جو بے ڈنڈی اور لٹکنے دار، یا خیط نما اور لمبوتری ہوتی ہیں۔ عورتوں میں یہ گوبھی کے پھول جیسے بڑے بڑے تودے بنا دیتے ہیں، جو تر اور بدبودار ہوتے ہیں۔ چونکہ یہ ذاتی طور پر تطعیم پذیر ہوتے ہیں، لہذا یہ ہم پہلو سطحوں کو ماؤف کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔

بحث اسباب ۔ فاوری (Favre) اور سیوانی (Civatte) نے بتلایا ہے کہ انکا مسبب عضویہ تقریباً یقینی طور پر ایک مرغولیہ ہے، جو بروں خلوی اور دروں خلوی دونوں طرح تعداد کثیر میں پایا جاتا ہے۔ ذاتی صفائی کا فقدان، مرطوبیت، حرارت، اور خراش آور اخراجات، جو برآدمہ کی تعطین کر دیتے ہیں، انکے نمو میں ممد ہوتے ہیں۔ سوزاک ایک کثیر الوقوع ممدِ سبب ہے اگرچہ ایک لازمی ممدِ سبب نہیں، اور معلوم ہوتا ہے کہ حمل بھی ایک اہم عامل ہے۔

تشریح ۔ نبتیں نوخیز اتصالی بافت کی خیط نما بروں بالیدگیاں ہوتی ہیں، جنمیں کثیر التعداد دموی عروق موجود ہوتے ہیں، اور جو ایک دبازت یافتہ، فاعلی طور پر بڑھنے والی مالپیگی (Malpighian) تہہ سے ڈھکی ہوتی ہیں، جسکے خلیات سریع تکاثر کی حالت میں ہوتے ہیں۔ قرنی طبقہ پتلا ہو جاتا ہے۔

علاج ۔ کامل صفائی، اور حابس غسولات اور چھڑکنے کے ایسے سفوف کے استعمال سے جنمیں سیلی سلک ایسڈ اور بورک ایسڈ شامل ہوں، ممکن ہے کہ یہ غائب ہو جائیں۔ دشوار علاج اصابتوں میں لاشعاعیں استعمال کرنا چاہئے، یا نبتوں کو ایک مجرف (curette) سے دور کیا جا سکتا ہے

مخرحیوانی امراض
(protozoal diseases)

لیشمانیت (قرحۂ مشرقی) ...... لیشمانیہ (leishmania) (صفحہ 1052)۔
امیبائیت ...... نسیج پاش دروں امیبہ (entamoeba histolytica) (صفحہ 1056)۔

جلد کی امیبائیت سب سے پہلے اینگمن (Engman) نے اور ہیتھاؤس (Heithaus) نے ایک بچہ میں بیان کی جو امیبائی ترحیر میں مبتلا تھا، اور ضرور یہ مرض نہایت ہی شاذ ہے۔

بعدحیوانی امراض
(metazoal diseases)

انسانی جلد میں مختلف حیوانی طفیلیات اپنی موجودگی سے اضرار یا ثورانات پیدا کرسکتے ہیں، جو عموماً مخصوص اور ممیز ہوتے ہیں۔ جوئیں، پسّو، کھٹمل اور مچھر طفیلی حشرات کی مثالیں ہیں۔ کلنی (acarus) کی کئی قسمیں، مثلاً انسانی جرَبی کنہ (sarcoptes scabiei hominis) جو انسانی جرب یا خارشت کا سبب ہے، بق الخریف (leptus autumnalis) یا "بق حصید" ("harvest bug")، لز قیہ شجیریہ (ixodes ricinus) یا "قمل خشبی" ("wood louse")، قمشۂ منتفخ (pediculoides ventricosus) جو "اناج کھجلی" ("grain-itch") کا سبب ہے، اور کنہ (sarcoptes) کی وہ اقسام جو کتے، بلی، بھیڑ اور سور جیسے جانوروں پر طفیلی ہوتی ہیں، یہ سب انسانوں پر حملہ آور ہوسکتے ہیں۔ بالآخر بعض کرم اور کرمے جلد کے اندر داخل ہوسکتے ہیں، مثلاً رشتہ یا نارو (guinea-worm)، اثنا عشری کج دہنہ (anchylostoma duodenale) کا کرمہ، بعض دوسرے کیڑوں کا سرو (کرمہ) جو مہاجر سرو کہلاتا ہے (larva migrans)۔

انسانوں میں پائے جانے والے قملات یا جوؤں کی تین انواع ہیں:۔ قمل الراس (pediculus capitis) یا سر کی جوں، اور قمل البدن او ملابس (pediculus corporis vel vestimentorum) یا بدن کی جوں

اور قمل العانہ (P. pubis) یا کیکڑا جوں۔

889

قمل الراس

(pediculus capitis)

سر کی جوں تقریباً دو ملی میٹر لمبی × ایک ملی میٹر چوڑی ہوتی ہے، اور جلد الراس کے بالوں میں نسل پیدا کرتی ہے۔ یہ خاکستری زردی مائل رنگ کی ہوتی ہے، اور اسکے سات شکمی فلقات کے اتصالات پر دونوں طرف سیاہ نشان ہوتے ہیں۔ اسکے انڈے بالوں سے چپکے رہتے ہیں اور انھیں لیکھیں (nits) کہتے ہیں۔ انکی لمبائی تقریباً ½ ملی میٹر، رنگ سپیدی مائل، اور شکل کسیقدر مخروطی ہوتی ہے اور اس مخروط کا راس ہمیشہ جلد الراس کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ کائیٹنی مادے کے ایک استوانی غلاف کے ذریعہ سے، جو راس سے تھوڑا فاصلہ آگے تک پھیلا ہوتا ہے، بال کے ساتھ ثبت ہوتی ہیں۔ جوؤں کی خراش سے مستمر خارش ہوکر قابائی اکزیما یا متعدی حصفہ (contagious impetigo) پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ فوراً تقذالی خطے میں سب سے زیادہ عام اور شدید ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تحت التقذالی غدد اکثر کلانی یافتہ ہوجاتے ہیں اور ممکن ہے کہ متقیح ہوجائیں۔

تشخیص مشکل نہیں۔ اگر جوئیں فوراً نظر نہ آجائیں تو لیکھوں سے (جو غور سے امتحان کرنے پر بخوبی سے آسانی تمیز کی جاسکتی ہیں) فوراً ظاہر ہوجائیگا کہ جوئیں موجود ہیں یا تھیں۔ سر کے پچھلے حصے میں پپڑیوں کے محل وقوع سے بھی جوؤں کی موجودگی کی قوی تائید ہوتی ہے۔

علاج۔ طفیلات کو ویسلین (vaseline) کے ذریعہ بسرعت تلف کیا جاسکتا ہے جو انکی تنفسی نالیوں کو مسدود کردیتا ہے، یا بنزال کے ذریعہ سے۔ سبراڈ (Sabouraud) زائلال (xylol)، ۵ قطرات، اور ویسلین، ۵۰ گرام کے آمیزہ کی سفارش کرتا ہے۔ اسکو پورے سر پر اچھی طرح مل دیا جاتا ہے، اور ۱۲ گھنٹہ تک لگا رہنے دیا جاتا ہے۔ پھر بالوں کا نہلائیک کیا جاتا ہے، اور مرتوق الیسٹک ایسڈ کے ساتھ کنگھی کرکے

لیکوں (nits) کو نکال دیا جاتا ہے۔ کاربالک ایسڈ محلول (۴۰ میں ۱) بھی موثر ہے۔ بالوں کو اس کے ساتھ سیر کرکے ایک دو گھنٹے تک تولیے میں لپیٹ دینا چاہئیے، قبل اسکے کہ انکا تدلک کیا جائے۔ ثانوی حصفہ کا علاج، پارے کے مرہموں سے کرنے کی ضرورت ہے، لیکن بالعموم جب طفیلیات تلف ہو جاتے ہیں تو یہ بھی غائب ہو جاتا ہے۔

قمل ملبوسات

(pediculus vestimentorum)

(ملاحظہ ہو صحفہ ۹۵، ب، صفحہ 878)

قمل البدن، قمل الراس کی نسبت زیادہ بڑی، طول میں تقریباً ۳ ملی میٹر اور عرض میں ۱ تا ۱½ ملی میٹر ہوتی ہے۔ یہ ہلکے خاکستری مائل رنگ کی ہوتی ہے، الّا اسوقت جبکہ وہ خون سے محتقن ہو، جو اسے تاریک سرخی مائل رنگ دیتا ہے۔ اسکے شکم پر جسمیں ۸ فلقات ہوتے ہیں کوئی سیاہ نشانات نہیں ہوتے طفیلیات میزبان کے درونی جامہ میں کثرت سے ہوتے ہیں، جہاں وہ اسکی شکنوں میں پائے جاتے ہیں۔ اسکے انڈے کپڑوں کے اندر دیے جاتے ہیں، اگر جیسا کہ جنگ کے دوران میں دریافت ہوا، ممکن ہے کہ یہ بدن، اور خصوصاً عانی خطہ کے بالوں کے ساتھ چپکے ہوئے ہوں۔ مادائوں کی جبلیت بے انتہا ہوتی ہے، اور نٹل (Nuttal) نے اندازہ لگایا کہ ایک واحد طفیلیہ اپنی عمر بھر میں ۲۷۵ - ۳۰۰ انڈے دیتی ہے، جنمیں سے ۱۰ روزانہ دئے جاتے ہیں۔ قمل البدن بلا غذا کے تین دن تک رہ سکتی ہیں، سردی کی مدافعت کرتی ہیں، لیکن وہ ۶۰ سینٹی گریڈ کی تپش سے ہلاک ہو جاتی ہیں۔

ان طفیلیات کے کاٹنے سے تری بثور پیدا ہو جاتے ہیں جو شدت سے خارش پیدا کرتے ہیں۔ جوئیں خاص طور پر رات کے وقت غذا کھاتی ہیں، جبکہ خراش نہایت شدید ہوتی ہے، جیسا کہ خارشت میں ہوتا ہے۔ ان اشخاص میں جو کہ مزمن طور پر قملی ہوتے ہیں، کسیقدر برداشت پیدا ہو جاتی ہے، اور

اگرچہ وہ کھجلانا جاری رکھتے ہیں، تاہم خارش کی بہت کم شکایت کیجاتی ہے۔
کھجلانے کے نتیجہ کے طور پر خطی انسحاجات پیدا ہوجاتے ہیں جو خطوط احتکاک (lignes de grattage) کے ساتھ متناظر ہوتے ہیں۔ یہ بالعموم شانوں پر بہترین طور پر دیکھے جاتے ہیں۔ ثانوی ریم زا سرایت ہونے کا امکان ہے، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پپڑی دار حصفی اضرار، اور گہرے ناقطیتی قروح جو قملیت کی ان شدید اصابتوں کو پیچیدہ کرتے تھے جو کہ جنگ میں پائی گئیں، نمویاب ہوجاتے ہیں۔
زیادہ گہرے انسحاجات کے بعد شاحب خطی ندبات واقع ہوسکتے ہیں۔
ان مختلف اضرار کے انتخابی مقامات، شانے، پچھلے بغلی دبراؤ، پہلو، عجزی خطہ اور سرینوں کے بالائی حصے، اور رانوں کی مقدمی اور بیرونی سطحیں ہیں۔ طویل المدت اصابتوں میں جلد خشک، کھردری، چھلکے دار، اور گہری لون ہوجاتی ہے ("مرضِ آوارہ گرد" = "vagabond's disease")۔ لونیت، جسکے ساتھ انسحاجات اور اُنکے نتیجہ میں ندبات ہوتے ہیں، انتخابی مقامات پر زیادہ تر موجود ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے عمومی ہوجائے اور اسقدر شدید کہ ایڈیسن کے مرض سے مشابہ ہو۔ مزید براں ممکن ہے یہ خدی غشاء مخاطی میں پائی جائے، اور چونکہ شدید تقمل سے نہاکت اور ضعف پیدا ہوسکتا ہے، لہذا اس مرض سے تفریق کرنی ممکن ہے مشکل ہو۔ لونیت کا منہ میں محدود المقام ہونا اور نہاکت ظاہر کرتی ہے کہ جوؤں کا زہر دروں افرازی شمار کی نظام پر ایک سمتی تاثیر رکھتا ہے، اور یہ امر دلچسپ ہے کہ دورانِ جنگ میں راقم الحروف نے برص (vitiligo) کی کئی اصابتیں دیکھیں جنمیں اس لونی اختلال کی تحریک تقمل سے ہوئی تھی (28)۔

890

تقمل البدن اور خارشت (scabies) (جو ملاحظہ ہو) کے درمیان تفریقی تشخیص میں خاص نکات یہ ہیں:-

تقمل البدن	خارشت
انتخابی مقامات۔ شانے اور پچھلے بغلی دبراؤ، عجزی خطہ اور سرینوں کے بالائی حصے، پہلو، رانوں کے مقدم اور	انگلیاں، کلائیوں کی مقدمی سطحیں کہنیاں، مقدمی بغلی دبراؤ، بھٹنیاں (عورتوں میں)، شکم ور کی حدیتوں پر سرینوں کے

بیرونی حصے ۔	نابیرونی حصے، ٹانگیں، ٹخنے، اور پاؤں۔
اضرار۔ کھرچنے کے نشانات خطی دموی پٹریاں ہوتی ہیں جو خطوطِ احتکاک کے ساتھ متناظر ہوتی ہیں ۔	کھرچنے کے نشانات الپن کی نوک جیسی پٹریاں ہوتی ہیں جو منتصب جرابوں کے راسوں پر واقع ہوتی ہیں۔
دوسرے اضرار، حالیہ کاٹوں سے پیدا شدہ ثری، بثور حصفی اور نافطیتی زخم، اور اوپری خطی ندبات ہوتے ہیں ۔	دوسرے اضرار یہ ہیں، نقبات ۔ آبلے اور قارئے ۔ اطالت پذیر اور متصلب بثور مقدمی بغلی دوہراؤں میں، صفن پر اور بدری حدیبوں پر ۔ ایگزیمیت، حصفی پٹریاں اور دنبل ۔
انتخابی مقامات کی لونیت شدید ہوتی ہے، اور ممکن ہے عمومی ہوجائے ۔	لونیت خفیف یا مفقود ہوتی ہے ۔

یہ دیکھا جائیگا کہ شانے اور پشت، یعنی وہ حصے جو کہ تقمل میں خاص طور پر ماؤف ہوتے ہیں، خارشت میں نسبتہً بچے رہتے ہیں ۔ ان حالات سے قطع نظر جو کہ فوج کے اندر دورانِ جنگ میں پائے جاتے ہیں، تقمل البدن غالباً دونوں صنفوں کے معمر اشخاص میں، حتیٰ کہ انمیں جو کہ آسودہ حال ہوں، اور آوارہ گردوں میں پایا جاتا ہے ۔ اس کو حقیقی شیخوخی حکہ (true senile pruritis) اور اس حکہ سے جو کہ تحولی فسادات مثلاً بیش شکر دمویت اور کلوی اور کبدی عدم کفایت پر منحصر ہو ۔ امراض عصبی مثلاً ہزال نخاع سے نفسیاتی اختلالات سے ۔ اور لمفی غدی سلعہ، بیض دمویت، اور حمل کے حکاک (prurigo) سے متفرق کرنا پڑتا ہے ۔ یہ یاد رکھنا چاہیئے کر طائفس، خندقی اور ناکس بخار جوؤں کے ذریعہ منتقل ہوتے ہیں ۔

علاج ۔ انگنٹم ہیڈرارجرائی امونیاٹی یا انگنٹم اسٹی فسیگری (ung. staphysagriae) جلد پر لگا کر ملدیا جائے تو جوئیں ہلاک ہو جائینگی ۔ جن کپڑوں میں انڈے یقیناً حضانت پا رہے ہوں انھیں بالکل تبدیل کردینا چاہیئے، اور اگر انھیں پھر پہننا ہو تو انھیں گرم تنور میں خوب سینک لینا چاہیئے ۔ بدن کے بالوں کے ساتھ چپکے ہوئے انڈوں کو دور کرنے یا تلف کرنے کی ضرورت یاد رکھنی چاہیئے ۔ این ۔ سی ۔ آئی

(naptholine 96, creosote 2, iodoform 2) (N. C. I.) اور پائریدرم سفوف (pyrethrum powder)، بازسرایت کو روکنے کے لئے استعمال کئے گئے ہیں لیکن دونوں سے بعض موضوعوں میں شدید التہاب الجلد واقع ہو سکتا ہے ۔

قمل العانہ

(pediculns pubis)

کیکڑا جوں (crab louse) دوسری دونوں انواع کی نسبت چھوٹی ہوتی ہے، وہ ایک سے لیکر ڈیڑھ ملی میٹر تک لمبی، اور ایک سے لیکر ڈیڑھ ملی میٹر تک چوڑی ہوتی ہے ۔ اسکا جسم تقریباً مربع ہوتا ہے اور اسکی چھ لمبی ٹانگیں ہوتی ہیں، جنمیں پنجے ہوتے ہیں جنکے ذریعہ سے وہ اِس حصہ کے بالوں سے مضبوطی کے ساتھ چمٹی رہتی ہے ۔ وہ نہ صرف موئے زہار میں بغل کے بالوں میں اور عظم العقص پر کے بالوں میں پائی جاتی ہے، بلکہ کبھی کبھی بھووں، پلکوں، مونچھوں یا ڈاڑھی کے بالوں میں بھی منتقل ہو جاتی ہے ۔ اُسکے انڈے بالوں سے جلد کے قریب چپکے ہوئے رہتے ہیں ۔ کھجلی کی وجہ سے کھجلانا پڑتا ہے، جس سے ایک اکزیمائی طفح پیدا ہو جاتا ہے ۔ بہت سی اصابتوں میں زیرین شکم اور رانوں کی جلد میں اور اگر بغل اور سینہ کے بال ماؤف ہوں تو سینہ کے اطراف پر انگلی کے ناخن کی جسامت کے برابر نیلگوں خاکستری لطخات (لاجوردی لطخات = maculæ cæruleæ، تاشۂہائے نیلگوں = taches bleues، تاشۂہائے قاتم = taches ombrees) نظر آتے ہیں ۔ یہ کیکڑا جوؤں کی سرایت کے لئے بالکل ممیز ہیں، اگرچہ یہ پہلے ٹائفس بلکہ تپ محرقہ کی علامت سمجھے جاتے تھے ۔ اِن لطخات کا رنگ جوؤں کے ریقی غدد سے حاصل ہوتا ہے ۔ 891

علاج ۔ انگنٹم ہیڈرر جرائی (برٹش فارماکوپیا) ایک مقبولِ عام علاج ہے اور نہایت کارگر ہوتا ہے، لیکن اُس سے قاتحی جرابی التہاب (pustular folliculitis) بلکہ حاد سیمابی التہاب اُدمہ (acute mercurial dermatitis) پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے ۔ نسبتہً محفوظ تر طریقہ یہ ہے کہ سرایت زدہ حصوں کو پہلے کاربالک ایسڈ کے محلول (۴۰ میں ایک حصہ) سے جو نسالہ پر لگا ہوا ہو ایک گھنٹہ تک تر رکھی جائے

اور پھر چند سعنڈ تک اُنپر ایک مرہم ملا جائے جسمیں پارے کا زرد آکسائڈ (yellow oxide of mercury) ' اَمونیا ٹیڈ مرکیوری (ammoniated mercury) ' یا بالسم آف پیرو (balsam of Peru) شامل ہو۔ بنزال (benzol) یا بنزال اور زائلال (xylol) کا ایک آمیزہ طفیلیات کو ایک لمحہ میں تلف کردیتا ہے' اور ایک ہی اچھا اطلاق شفا کے لئے کافی ہوتا ہے' لیکن بعد میں ایک خفیف کیمیائی مرہم کا استعمال قرین مصلحت ہے مبادا کچھ انڈے بچ رہے ہوں۔ موئے زہار کو کبھی مونڈنے کی ضرورت نہیں پڑتی۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اگرچہ سرایت عموماً مجامعت سے واقع ہوتی ہے' تاہم وہ دوسرے طریقوں شلاً ان بیت الخلاء کی نشستوں سے بھی جو کہ گندہ ہوں حاصل ہوسکتی ہے۔

جَرَب یا خارشت

(scabies)

(ملاحظہ ہو صحفہ ۹ ہ الف صفحہ 875)

جَرب یا خارشت جِلد کا ایک کثیر الاشکال مرض ہے' جس میں خارشتی کلنی (itch acarus) ' یعنے انسانی کنہ (sarcoptes hominis) کی خراش کی وجہ سے بثور' آبلے' قاشخے' اور بعض اوقات پھپھولے موجود ہوتے ہیں۔

891 مادہ کلنی شکل میں بیضوی اور طول میں $\frac{1}{50}$ انچ ہوتی ہے۔ اُسمیں سامنے چار چھوٹے مُکلہ نما زائدے ہوتے ہیں جنمیں ڈنڈیوں پر لگے ہوئے چُسینے ہوتے ہیں' اور پیچھے چار ویسے ہی زائدے جنمیں لمبے سخت خار ہوتے ہیں۔ نر نسبتہً چھوٹا ہوتا ہے' اُسکے سامنے چار چُسینے' اور پیچھے دو چُسینے اور دو خار ہوتے ہیں۔ مادہ حاملہ ہونے کے بعد جِلد کے اندر ترچھے رُخ میں چھید کرتی ہے' چنانچہ جب بُرادمہ کی اوپری تہیں رگڑ کی وجہ سے علٰحدہ ہوجاتی ہیں تو وہ پھر بھی سطح سے اُسیقدر گہرائی پر رہتی ہے۔ جیسے جیسے وہ چھید کرتی ہوئی آگے بڑھتی ہے' وہ انڈے دیتی جاتی ہے (جو کہتے ہیں کہ روزانہ ایک دو ہوتے ہیں)' اور اِسطرح وہ جِلد میں ایک بیقاعدہ خط میں $\frac{1}{4}$ انچ یا $\frac{1}{2}$ انچ تک نقب بنا دیتی ہے۔ ایسی نقب (خـــد د = cuniculus) جسے عرف عام میں "ترب" ("run") کہتے ہیں' جلد کی سطح پر

خصائص ذیل کے باعث شناخت کی جاسکتی ہے۔ اُسکے ایک سرے پر برادمہ ٹوٹا یا گِھسا ہوا ہوتا ہے' اور اُسکی آزاد کوریں میلی ہوتی ہیں ۔ دوسرے سرے پر ایک دقیق سپید نوکدار اُبھار ہوتا ہے جسکے اندر کلنی رہتی ہے ۔ اِن دونوں نقطوں کے درمیان کی نقب خود ایک لہریہ دار سیاہ خط ہوتا ہے ۔ پوری نقب کو ایک قینچی سے جو چپٹے رخ میں خمدار ہو' کاٹ کر چھانٹ سکتے ہیں' یا اُسے ایک چُھریا سے چھیل سکتے ہیں ۔ اب اگر اسے لائکر پٹاسی سے تر کرکے امتحان کیا جائے تو اِسمیں مادہ کلنی ' اور اُسکے پیچھے اُسکے انڈے نظر آئینگے' جو حضانت کے مختلف درجوں میں نقب کو پُر کئے ہوئے ہونگے' اور جنکے درمیان فضلہ کے دقیق سیاہ دھبے ہونگے ۔ جب جلد متقشر ہوتی ہے تو سب سے زیادہ نمو یافتہ انڈے سطح پر آجاتے ہیں اور اُنمیں سے بچہ نکلتا ہے ۔ نر جلد میں نقب نہیں بناتا بلکہ سطح پر رہ جاتا ہے' جہاں وہ بعض اوقات اتفاقی طور پہ پکڑا جاسکتا ہے۔

علامات ۔ کلنی کے حلوکی وجہ سے بہت کھجلی ہوتی ہے جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کھرینچنے سے ریمی سرایت واقع ہوکر مختلف وسعت اور نوعیت کا التہاب جلد پیدا ہوجاتا ہے ۔ یہ کھجلی خفیف یا شدید ہوتی ہے' لیکن عموماً اُتنی بُری نہیں ہوتی جتنی کہ جوؤں سے' اور کھرینچنے سے شاذ ہی ندبات باقی رہتے یا لونیت پیدا ہوتی ہے ۔ رات کے وقت جبکہ مریض بستر کے اندر گرم ہوجاتا ہے' کھجلی سب سے زیادہ بُری ہوتی ہے ۔ یہ مرض شعری حسکی عضلات کے انقباض کے باعث شعری دہنی جرابوں کا انتصاب واقع کردیتا ہے ' اور اُنکی چوٹیاں کھرینچنے سے مسحوج ہوتی ہیں' چنانچہ کھرینچنے کے نشانات الپنی نقطہ نما دموی پپڑیاں ہوتے ہیں جو منتصب شدہ جرابوں کے راسوں پر ہوتی ہیں' اور اسطرح تقمل البدن کے کھرینچنے کے خطی نشانات سے مختلف ہوتے ہیں ۔ وہ بالعموم شکم اور جوارح پر اچھی طرح دیکھے جاسکتے ہیں ۔ بہت سی اصابتوں میں معتدبہ جسامت کے اطالت پذیر التہابی بثور' جن میں کلنی کچھ گہرائی پر پائی جاسکتی ہے' موجود ہوتے ہیں ۔ یہ دائۃ مرض ہوتے ہیں' اور مقدمی بغلی دہراؤ' صفن' قضیب' ورکی حدبوں پر' اور کہنیوں کے گرد واقع ہوتے ہیں ۔ ان کی شناخت نہایت اہم ہے' کیونکہ اسوقت بھی جبکہ نقبیں شناخت

نہ کی جاسکیں، ان جثور کی موجودگی تشخیص کو متیقن کردیتی ہے۔ ان کے علاوہ، ابتدائی مرحلوں میں احمراری اور ثوری اضرار، اور بعد ازاں آبلے، فانحات، مصدّ، ناقفیت اور اکزیمیت واقع ہوتے ہیں۔ آخرالذکر جوارح پر فتور تعرق نما (dysidrosiform) قسم کی ہوسکتی ہے، لیکن دوسری جگہ مختلف جسامت کی پپڑی دار چکتیاں بناتی ہے آبلہ یا قانحہ ایک نقب کی انتہا پر بن سکتا ہے جہاں کلنی پڑی ہوتی ہے۔ یہ چھوٹے نوعمر بچوں کی ہتھیلیوں اور تلووں پر غیر عام نہیں ہیں۔ عورتوں میں بھٹنوں، اور ہالیزوں کی اکزیمیت کثیر الوقوع ہے، اور یہ تقریباً ہمیشہ خارشت یا رضاعت کے باعث ہوتی ہے۔ معتدل درجہ کی ایوسین پسندی اورگاہے گاہے ایک عارضی البیومین بولیت ظاہر کرتی ہے کہ کلنیاں، قمل البدن کی طرح، ایک سم پیدا کرتی ہیں جو جذب ہوجاتا ہے۔

انتخابی مقامات ۔ یہ مختلف اضرار خاص طور پر ہاتھوں کی بین اصبعی فضاؤں میں اور انگلیوں کے جانبی کناروں پر۔ ہتھیلیوں پر۔ کلائیوں کے سامنے پر، خاص طور پر زندی جانب۔ کہنیوں پر۔ مقدمی بغلی دہراؤں پر۔ عورتوں میں پستانوں پر۔ شکم پر۔ خلفہ اور حشفۃ القضیب پر۔ سرینوں پر۔ ورکی حدبوں پر۔ رانوں پر۔ ٹخنوں اور پا انگلیوں پر۔ اور نوعمر بچوں کے تلووں پر پائے جاتے ہیں۔ نقبیں انگلیوں، کلائیوں، کہنیوں، قضیب پر، اور بچوں میں تلووں پر دیکھی جانے کا سب سے زیادہ امکان ہے۔ یہ دیکھا جائیگا کہ چہرہ، گردن اور شانے اور پشت بچ رہتے ہیں، لیکن شیر خوار بچوں میں چہرہ، اور گردن کا پچھلا دہراؤ علی الترتیب ماں کی چھاتیوں اور کلائیوں کے تماس سے ماؤف ہوجاتے ہیں۔

خارشت سے تعدیہ واقع ہونے کے لئے شرط یہ ہے کہ ایک حاملہ کلنی ایک سرایت زدہ شخص سے منتقل ہوجائے۔ ایسا بلاواسطہ طور پر اور تقریباً ناگزیر طور پر ایک خارشت زدہ کے ہمراہ سونے سے واقع ہوسکتا ہے، جس سے خاندانی وباؤں کی، اور مرض کی زہراوی اہل کی کثرت وقوع کی توجیہ ہوتی ہے۔ چادروں اور کپڑوں کے ذریعہ بالواسطہ منتقلی اکثر واقع ہوتی ہے، اور سوداگروں کے دلاّل، جنکو چھوٹے چھوٹے مسافر خانوں میں سونا پڑتا ہے، جہاں صاف چادریں

ہمیشہ میسر نہیں ہوسکتیں، اسطرح سرایت زدہ ہونے کا خاص طور پر امکان رکھتے ہیں۔ یہ امر مشکوک ہے کہ آیا کسی سرایت زدہ شخص کے ساتھ دن کے وقت معمولی تماس سے مرض منتقل ہوسکتا ہے یا نہیں، اگرچہ یہ ممرضات کو جو خارشت زدہ صاحب فراش مریضوں کی تیمارداری کرتی ہیں، ممکن ہے منتقل ہوجائے۔

تشخیص ۔ اضرار کے محلِ وقوع سے تشخیص میں اہم رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ مخلوط بثور، آبلوں اور قانحوں کا کھجلی دار ثوران، خاصکر انگلیوں اور کلائیوں کے قرب و جوار میں اور دیگر متذکرۂ بالا مقامات پر ہو تو نہایت غور کے ساتھ تلاش و جستجو کرنی چاہئیے۔ اگر کوئی نقب مل سکے تو اسکے زیادہ صاف سرے پر دقیق سفید ابھار کو تلاش کرنا چاہئیے اور اس کے برادہ کو ایک سوئی کی نوک سے احتیاط کے ساتھ کھرچنا چاہئیے۔ ممکن ہے کہ ایسا کرنے پر کلنی ہاتھ آجائے، کیونکہ وہ سوئی کی سطح سے فوراً چپک جاتی ہے۔ اگر یہ نہ ہوسکے تو پھر بہترین طریقہ یہی ہے کہ پوری نقب کو چھانٹ دیا جائے اور اسے خوردبین کے نیچے رکھکر کلنی کے انڈوں یا ٹکڑوں کے لئے امتحان کیا جائے۔ بالآخر، جہاں التہاب اتنا زیادہ ہوا ہو کہ نقبوں کا پتہ نہ لگایا جاسکتا ہو تو ایسی صورتوں میں پپڑیوں کو علٰحدہ نکالکر انھیں پوٹاس یا سوڈا کے محلول کے اندر جوش دیکر اس سیتال کو ایک مخروطی گلاس میں تہ نشین ہونے دینا چاہئیے، اور پھر ثفل کا کلنی کے ریزوں کے لئے امتحان کرنا چاہئیے۔

علاج ۔ خارشت کا کامیاب علاج اس امر پر منحصر ہے کہ اسکو اچھی طرح عمل میں لایا جائے۔ مریض کو یہ کہدینا کہ "جہاں کھجلی ہو" وہاں گندھک کا مرہم ملے، بیکار ہے۔ یہ ضروری ہے کہ سرایت زدہ خاندان کے تمام رکنوں کا بیک وقت علاج عمل میں لایا جائے اور مریض کو متنبہ کردیا جائے کہ اگر مجوزہ علاج کو پورے طور پر عمل میں لانے کے بعد جلد کی خراش ہنوز باقی ہے تو یہ تقریباً یقینی طور پر استعمال شدہ لاسقہ کے باعث ہے نہ کہ سرایت کے باقی رہنے کے باعث۔

مندرجۂ ذیل طریقہ بالعموم کامیاب ہوتا ہے :-

(۱) پہلی رات کو، مریض کو تقریباً ۲۰ منٹ تک ایک طویل گرم حمام کرایا جاتا ہے، جسمیں سلف ایکوا (sulphaqua) ملایا جاسکتا ہے۔ حمام کے اندر تمام جسم

کی جلد گردن سے لیکر نیچے تک صابن سے خوب رگڑی جاتی ہے تاکہ تمام نقبیں کھل جائیں۔ غسل کے بعد مندرجۂ ذیل مرہم تمام جسم پر گردن سے لیکر نیچے تک بغیر ہاتھوں اور پاؤں کو چھوڑے ہوئے خوب مل دیا جاتا ہے ۔

بگیرند	R/
سلف پرسپ ۳۰ گرین	Sulph precip gr. 30
بالسم پیروبانی ۲۰	Balsam peruviani gr. 20
انگ زنکائی تا بحد ایک اونس	Ung zinci to the ounce.

اور مریض پاتا پاجامہ، قطنی موزے، اور دستانے پہن لیتا ہے ۔

(۲) اگلے دو روز صبح اور شام کو، مرہم کی مزید تمریخات کرنی چاہئیں ۔

893

(۳) تیسری صبح، ایک دوسرا حمام لینا چاہئے، اور مریض بالکل صاف جورونی کتان (underlinin) پہن لے ۔ یہ امر اہم ہے کہ تمام درونی اور بستری کتان کا دفع عفونت کرلیا جائے ۔

مندرجۂ بالا مرہم کی بجائے میٹیگال (Mitigal) (Bayer) یا "ڈینشس" (Danish) مرہم استعمال کیا جاسکتا ہے ۔ یہ دعوے کیا جاتا ہے کہ آخر الذکر کا واحد الساق کافی ہوتا ہے ۔ اس علاج کے بعد، مریض کو کچھ عرصہ کے لئے کوئی تسکین زبدہ یا زنک کی لئی (zinc paste) لگانی چاہئے ۔

ناروے کی خارشت (Norwegian scabies) یہ نوع سب سے پہلے ڈینیل سن (Danielssen) اور بوئیک (Boek) نے جذامیوں میں بیان کی ۔ اسکا امتیازی خاصہ وسیع جلدیت ہے جو بعض اوقات تمام جلد کو، بشمول چہرہ اور گردن کے، متاثر کرتی ہے ۔ پپڑیاں خشک شدہ پیپ اور چھلکوں سے بنتی ہیں اور ان میں کثرت سے ایسی نقبیں پائی جاتی ہیں جنہیں بے شمار طفیلیات اور بیضے ہوں ۔ ناخن مغلول اور کثیر، اور کلنیوں کی پناہ گاہ ہوتے ہیں ۔ یہ حالت ماضی میں بھیڑیئے کی کلنی سے سرایت کا نتیجہ سمجھی جاتی تھی، لیکن اب اسکو پست ذہنیت والے، مفلس اور مغلول اشخاص میں واقع ہونے والی ابتدائی خارشت سمجھا جاتا ہے ۔

حیوانی خارشت (animal scabies) (کُطلیا کُرنہ = sarcoptic mange) ۔ حیوانوں (کتے، بلی، گھوڑے، اونٹ، سؤر، بھیڑ، بکرے) کے کئے انسانوں میں منتقل ہوسکتے ہیں، لیکن وہ نقبیں نہیں بناتے ۔ ماؤف حصے وہی ہوتے ہیں جو کہ اس حیوان کے تماس میں رہے ہوں ۔ اضرار جو پیدا ہوتے ہیں، چھوٹے بڑے آبلے ہوتے ہیں، جو بسا اوقات نثری دار سلاقوں سے محصور ہوتے ہیں، اور کثیفدر بثری ثرئ کو یاد دلاتے ہیں ۔ انمیں شدید کھجلی ہوتی ہے ۔ آدمیوں میں فرسی خارشت کی شدید اصابتیں بیان کی گئی ہیں، جبکہ ثوران ایک عمومی سرخ تخمل (pityriasis rubra) سے مشابہ ہوتا ہے ۔ چھلکوں اور پڑیوں میں بے شمار طفیلیات پائے جاتے ہیں ۔ چونکہ حیوانی اصل کے کئے انسانی جلد میں نقب نہیں بناتے اور نہ نسل پیدا کرتے ہیں، لہٰذا اس مرض سے آسانی شفا ہوجاتی ہے، چنانچہ گندھک کے مرہم کی واحد تمریخ کافی ہوتی ہے، بشرطیکہ سرایت کا منبع دور کردیا جائے یا اس کا علاج کردیا جائے ۔

اناج کھجلی (grain-itch) ۔ یہ ایک ثوران ہے جو ثمری سلاقات سے بنا ہوتا ہے، جنمیں ایک مرکزی آبلہ یا قاتحہ ہوتا ہے، جو ممکن ہے معتدبہ جسامت کا ہوجائے اور جدیری (chicken-pox) کے اضرار کے ساتھ مشابہت ظاہر کرے ۔ کھجلی شدید ہوتی ہے، اور ممکن ہے ثانوی ریم زا سرایت اور اسکے ساتھ خفیف تپ اور کسلمندی واقع ہو ۔ معتدل کثرت خلیات ابیض اور کثرت خلیات الوسلیند پائی گئی ہے ۔ یہ ثوران عثۂ منتفخ (pediculoides ventricosis) کے باعث ہوتا ہے، جو پیال اور اناج میں بکثرت پایا جاتا ہے ۔ یہ انہیں واقع ہوتا ہے جو ان اشیا کو ہاتھ لگاتے ہیں، یعنی گودی کے مزدوروں (dock-labourers) اور ملاحوں میں، اور پیال کی توشکوں سے سرایت مندسج کی گئی ہے ۔ عثہ نقب نہیں بناتا اور گندھک کے مرہم سے بآسانی تلف ہوجاتا ہے ۔ کپڑوں کو سینک لینا چاہئے یا ان کو دھونی دے دینی چاہئے ۔

کھوپرا کھجلی (copra-itch) ۔ یہ ایک ثوران ہے جو نقبوں کی موجودگی سے قطع نظر خارشت سے مشابہت رکھتا ہے، اور ٹرگلفس لنگیں (tryglyphus

(longior) کے باعث ہوتا ہے، جو کھوپڑا کے برادہ میں موجود ہوتا ہے۔ اسکا علاج گندھک یا بیٹا نیفتھال (beta-naphthal) سے کیا جاتا ہے۔

جماعت ذیل امراض کی جماعت بندی انکی شکلیات کے لحاظ سے کیجاتی ہے

احمرارات

(ERYTHEMAS)

اس دوسرے گروہ میں جن ثورانات کے متعلق بحث کرتا ہے، اُنکی جماعت بندی یقیناً غیر تشفی بخش ہے۔ ان میں سے بہت سے محض جلدی تعامل کے اشکال ہیں جو بیرونی یا اندرونی زادمبداء کی مختلف النوع سمی یا خراش آور اشیا سے پیدا ہوتا ہے، مثلاً بعض احمرارات، شری اور اکزیما، اور وہ جلد کی ایک حساسیتی حالت کے مظاہر ہیں (درنی ثورانات = tuberculides اور شعر فطری ثورانات = trichophytides کے ساتھ مقابلہ کرو)۔ انکے شکلیاتی اختلافات کا انحصار ایجنٹ جن کی نوعیت پر نہیں بلکہ جلد کے اُن مخصوص عناصر پر ہوتا ہے جو حساس شدہ ہوتے ہیں۔ شاید یہ زیادہ مرجح ہو کہ ان غیر نوعی حساسیتی ثورانات کو یکجا جماعت بند کرنے کی کوشش کیجائے ایسے گروہ میں شری (urticaria) اور وعائی عصبانی اُڈیما (angeioneurotic oedema)، اکزیما، اور بعض حکاکات (prurigos)، جو اکثر دوسرے حساسیتی علامات کے ساتھ پائے جاتے ہیں یا اُن سے تبادل ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو سمی خود رو عارضے = toxic idiopathies، صفحہ 138)، اور عمومی تسلخی التہاب جلد (exfoliative dermatitis) کی بعض قسمیں شامل ہونگی، لیکن ہمارے علم کی موجودہ حالت میں یہ پسندیدہ خیال کیا گیا کہ جس شکلیاتی جماعت بندی کو سابقہ ایڈیشن میں اختیار کیا گیا تھا اسی کو برقرار رکھا جائے۔

894

اسمیں بہت کم شبہ کی گنجائش ہے کہ کثیر الاشکال احمرار (erythema multiforme) گرہی احمرار (E. nodosum) اور قرمزہ شکل احمرار

(E. scarlatiniforme)، بالخصوص اپنی ناکس شکلوں میں، عموماً اُس حساس شدگی کے باعث ہوتے ہیں جو نبقہ سبحیہ طویل (streptococcus longus) کی کسی نسل کے لئے واقع ہو چکی ہو۔ اور یہی قول غالباً احمراری ذئب (lupus erythematosus) کی بعض اصابتوں پر صادق آتا ہے۔ لیکن کثیرالاشکال احمرار، گرہکی احمرار، اور قرمزہ شکل احمرار ایک شعری فطر (trichophyton) کی حساس گری سے بھی پیدا ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ گرہکی احمرار، احمراری ذئبہ، اور شاید کثیرالاشکال احمرار بعض اصابتوں میں درنی ثورانات ہوں۔ اسی واسطے گو ہم واضح سریریاتی خصائص رکھنے والے ثورانات کو متعدد اسباب سے منسوب کرنا کتنا ہی ناپسند کریں، یہ امر ہمیں تسلیم کرنا پڑتا ہے کہ احمرار کی یہ قسمیں محض علامیے ہیں، نہ کہ مخصوص نوعی ذاتیں۔

کثیرالاشکال احمرار

(erythema multiforme)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۸۰۵ ب، صفحہ 833)

کثیرالاشکال احمرار کے عنوان کے تحت بعض مصنفین اُن غیر واضح احمراری ثری طفحات کو بھی شامل کرنے کا رجحان رکھتے ہیں، جو غذائی اشیاء (مثلاً لحم خنزیر، صدفی مچھلی)، غریب مصلوں ("مصلی طفح" "serum rash")، مختلف ادویہ، اور بہت سے جراثیمی اور غیر حیوانی سموم کی حساس گری سے پیدا ہو سکتے ہیں لیکن متند اور مسلم قسم کا وہ ثوران جو کثیرالاشکال ارتشاحی احمرار (erythema exudativum multiforme) کے نام سے مشہور ہے، ایک مخصوص سریریاتی ذات ہے، جسے مذکورۂ بالا غیر واضح قسم کے طفحات سے متفرق کرنا چاہیے۔

علامات۔ یہ ثوران، جسکے ساتھ اکثر خراشِ حلق، تپ، مفاصل اور عضلات میں درد، اور معدی معوی اختلال ہوتا ہے، یکایک نمودار ہو جاتا ہے، اور ابتداءً تقریباً ہمیشہ اُن حصوں پر ہوتا ہے جو روشنی میں کھلے رہتے ہیں، یعنی ہاتھوں اور کلائیوں کی پشت، چہرہ اور گردن، اور عورتوں میں بالائی سینہ کے اُس V کی شکل کے رقبہ پر جو بلاؤس (blouse) کی کاٹ کی وجہ سے کھلا رہتا ہے۔ یہ دوجانبًا متشاکل ہوتا ہے۔

اور ممکن ہے کہ بعد میں بیشتر بازوؤں، کہنیوں، گھٹنوں، ٹخنوں اور پاؤں کو بھی ماؤف کردے۔ بعض اوقات یہ کم و بیش عمومی ہوتا ہے۔ اکثر اوقات ہونٹوں، گالوں، زبان، ملبوم اور فرج کی مخاطی اغشیہ ماؤف ہوجاتی ہیں، بالخصوص حبابی قسم میں اور متوالی اصابتوں میں۔ مزید براں ممکن ہے کہ سالہا سال تک صرف مخاطی غشیہ پر مرض کے نوبتی حملے ہوتے رہیں بغیر اسکے کہ کوئی جلدی اضرار نمویاب ہوں۔ چنانچہ نام نہاد متوالی التہاب الفم (recurrent stomatitis) کی بہت سی اصابتیں درحقیقت اسی نوعیت کی ہوتی ہیں۔

جیسا کہ اسکے نام سے اشارہ ہوتا ہے، پیدا شدہ اضرار نہایت متنوع ہوتے ہیں۔ سب میں زیادہ ممیز و مخصوص اضرار، جو ہاتھوں اور ہتھیلیوں کی پشت پر تمثیلی طور پر پائے جاتے ہیں، اُٹھے ہوئے چپٹے قرص نما احراری بثور ہوتے ہیں، جو مرکز میں نیلے سے سرخ اور محیطاً شوخ سرخ یا گلابی ہوتے ہیں۔ جس کرنے پر ایسے ضرر سے اُنگلی کو ایک مخصوص احساس ہوتا ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے جیسے ایک پانی بھری ہوئی بوتل کے منہ پر ایک ربر کی ٹوپی تنی ہوئی ہو۔ اِن ضرار کے مراکز ایک سیال کے ارتشاح کے باعث اکثر سپید ہوتے ہیں۔ یہ ارتشاح اتنا کافی ہوسکتا ہے کہ ایک آبلہ یا پھپھولا پیدا کردے (حبابی احرار = E. bullosum) اور بعض اصابتوں میں بڑے داء الفقاع نما (pemphigoid) پھپھولے پیدا ہوجاتے ہیں جو ایک احراری ہالے سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک بثرہ کے مرکز میں حقیقی نزف واقع ہوجاتا ہے (شری پرپیورا = purpura urticans) مزید براں ممکن ہے کہ مرکزی حصے زائل ہوجائیں اور حلقے باقی رہ جائیں (حلقہ دار احرار = E. annulatum) جو ایک دوسرے سے پیوستہ ہوکر لہریہ دار یا مجاری جلکیاں پیدا کردیں (چکردار احرار = E. gyratum)۔ شاذ صورتوں میں ایک احراری حلقہ کے بالکل باہر ایک دوسرا احراری رقبہ موجود ہوتا ہے اور اسکے اور باہر ایک اور دوسرا رقبہ اسوقت پیدا ہوتا ہے جبکہ پہلا حلقہ مدہم ہونا شروع ہوتا ہے۔ مختلف مرحلوں میں اِن حلقوں کے مختلف رنگوں سے قزحیتی احرار (E. iris) کا نام ذہن میں آتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک ہی وقت میں ایسے چار حلقے دیکھے جائیں اور بیرونی [illegible]

ایک مرکزی پھپھولے کے گرد ہم مرکزی طور پر مرتب ہوتے ہیں (قزحیتی نملہ = herpes iris)۔ کبھی کبھی یہ مرکزی پھپھولا نسبتہً چھوٹے پھپھولوں یا آبلوں کے ایک یا زائد حلقوں سے گھرا ہوا ہوسکتا ہے۔ مخاطی اغشیہ پر یہ اضرار ڈھیلے پھپھولوں پر مشتمل ہوتے ہیں، جنکی جگہ پر جلد ہی نہایت دردناک تاکلات پیدا ہوجاتے ہیں، جنپر ایک خناق وبائی جھلی بنجاتی ہے۔ اِسطرح بعض اصابتوں میں عملی طور پر پوری حلق اور بلعومی مخاطی اغشیہ ماؤف ہوجاتی ہیں، اور درد اور تکلیف ایسی ہوتی ہے کہ کھانا کھانا تقریباً غیر ممکن ہوجاتا ہے۔

کثیرالاشکال احمرار کا ایک نہایت ممتاز خاصّہ اُسکا رجحانِ توالی ہے۔ یہ توالی مختلف وقفوں کے بعد واقع ہوتے ہیں، یعنے کبھی تو سال بسال، عموماً فصلِ بہار میں، کبھی ہر دوسرے یا تیسرے مہینے، اور شاذ صورتوں میں ایک سابقہ احمرار کے اضرار غائب ہونے سے پیشتر ہی ایک نیا حملہ شروع ہوجاتا ہے۔ آسلر (Osler) نے بہت عرصہ پہلے اِس امر پر زور دیا تھا کہ کثیرالاشکال احمرار، شرئی، پرپئیورا اور گرگی احمرار کے درمیان قریبی ایتلاف موجود ہوتا ہے، اور یہ حشائی امراض، مثلاً التہاب دروں قلب یا التہابِ عضلۂ قلب، التہابِ گردہ، اور معدی معوی اختلالات کے ساتھ بھی تعلق رکھتے ہیں۔ اِس ایتلاف کی توجیہ بآسانی ظاہر ہوتی ہے کیونکہ کثیرالاشکال احمرار، گرگی احمرار، اور پرپئیورا کا ایک سبب حاد یا مزمن نبتی تسممی سرایت ہے، اور ممکن ہے کہ شرئی بھی اِسی عضویہ کی حساس گری کے سبب سے ہو۔ حقیقی گرگی احمرار کے علاوہ شاذ حالتوں میں ممکن ہے کہ کثیرالاشکال احمرار کے معمولی اوپری اضرار کے ہمراہ دروں اَدمی یا تحت الجلد گرہیں موجود ہوں، جو بلاشبہ نبتاتِ تسممیہ کے سدادات سے پیدا ہوجاتی ہیں۔ ایک دوسرا قُران جو کثیرالاشکال احمرار خاص طور پر متوالی قسم کے ساتھ اسقدر عام طور پر واقع ہوتا ہے کہ اُنکا ایتلاف محض اتفاقی نہیں ہوسکتا، سادہ نملہ (herpes simplex) ہے۔ ایسے بہت سے مریض دیکھے گئے ہیں جنہیں دونوں قُرانات کے متوالی حملے ہونے کا رجحان بہت مدت تک رہا ہے، اور راقم الحروف کی زیرِ نگرانی دو مریضوں میں نملی قشب کے مستحلبی اشراب سے بظاہر دونوں کے لئے معتدبہ مدت کی مناعت پیدا ہوگئی۔

895

بحث اسباب ۔ جیسا کہ کہا گیا ہے، شری اور احمرار کی بعض دوسری قسموں کی طرح کثیر الاشکال احمرار، حتیٰ کہ اسکی سب سے زیادہ مستند اور مسلمہ شکل ایک مطلقاً نوعی تعامل نہیں قرار دیا جا سکتا ۔ لنڈاوزی (Landouzy) کی تحقیقات سے یہ بظاہر ثابت ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ کثیر الاشکال احمرار اور گرہی احمرار دونوں ایک سمی درنی ثوران (toxi-tuberculide) ہیں ۔ حملہ کے دوران میں چار مریضوں سے لئے ہوئے خون سے گینی پگوں کی سلسلہ وار تطعیم کے نتیجہ (29) کے طور پر رامل (Ramel) یہ سمجھتا ہے کہ یہ ثوران ایک درنی عصیّہ دمویت ہے، اور صاحب موصوف کی رائے ہے کہ کوئی ماسبق نبتی سبحی سرایت ۔ مثلاً لوزی التہاب محض ایک سبب محرک ہوتی ہے ۔ اسکے انکشافات کی اس ملک میں تصدیق نہیں ہوئی (30) ۔ شعر فطری ثوران (trichophytide) کی ایک کثیر الاشکال احمراری قسم بھی بیان کی گئی ہے لیکن اصابتوں کی بڑی اکثریت میں کثیر الاشکال احمرار غالباً نبقہ سبحیہ طویل کی کسی نسل کی حساس گری واقع ہوجانے کے سبب سے ہوتا ہے حاد رثیّہ (acute rheumatism) کے ساتھ اُسکا ائتلاف اسقدر کثیر الوقوع ہے کہ اُسے محض اتفاق پر محمول نہیں کیا جا سکتا ۔ نبتی سبحی عفونۃ الدم (streptococcal septicæmia) میں بھی واقع ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اُسکا حملہ ایک مہلک نبتی سبحی ساری التہاب دروں قلبیہ (infective endocarditis) کا آغاز کردے ۔ ایسے مریضوں کے ایک سلسلہ میں، جنہیں متوالی حملے ہوا کرتے تھے، مزمن نبتی سبحی سرایت کے ایک یا زاید ماسکے ہمیشہ پائے گئے، اِنکے مصل میں نوعی الزاقیتیں (agglutinins) اور رسوبیتیں (precipitins) موجود تھیں، اور نبقہ سبحیہ کی سرایت رساں نسل سے تیار کردہ جُدرین کے اشرابات سے اکثر ماسکی تعاملات کی تحریک ہوئی، یعنے جلد یا مخاطی اغشیہ پر چند تمثیلی اضرار نمودار ہوگئے، اور سرایت کے اُن ماسکوں کو جن تک رسائی ہوسکی خارج کردینے اور ساتھ ہی عرصۂ دراز تک ایک خودزا دنبتی سبحی جُدرین استعمال کرنے سے حملے موقوف ہوگئے (31) ۔ سرایت کے معمولی منبعے یا داخل ہونے کے دروازے لوزتین، اُنفی بلعوم، دانت، انفی جوف، اور آنتیں ہیں، لیکن ممکن ہے کہ دوسری راہیں بھی اسکا سبب ہوں، مثلاً غدۂ قدامیہ اور عنق رحم ممکن ہے

بعض اصابتوں میں کثیر الاشکال احمرار، سادہ نملہ کے قشب کے حملہ کا وسیع طور پر پھیلا ہوا جلدی تعامل ہو۔ ثوران کے حملہ کی استعداد پیدا کرنے اور اُس کے تمیز کی تعیین میں سورج کی روشنی میں تکشف ہونا بھی بلاشبہ ایک عامل ہے۔

علاج ۔ مریض کو بستر میں لٹا دینا چاہئے، اور التہاب دروں قلب اور التہاب عضلۂ قلب کے امارات کے لئے اُسکے قلب کو با احتیاط دیکھتے رہنا چاہئے۔ سوڈیم سیلی سلیٹ (sodium salicylate) یا سیلی سین (salicin) کو قلویات کے ساتھ ملاکر دیسکتے ہیں، یا کونین دی جائے۔ مقامی طور پر حاد درجہ کے دوران میں تبرید غسولات، مثلاً لوشیو پلمبائی (lotio plumbi) یا لوشیو کلامینی (lotio calaminæ) لگانے چاہئیں۔ ثوران کی حبابی قسم میں، جبکہ دہن کی مخاطی جھلی ماؤف ہو، درد اور تکلیف کے ازالہ کے لئے مریض کو برطانی قرابادین کی ٹراکس کس کرامیریئی ایٹ کوکینی (trochiscus krameriæ et cocainæ B.P.) یا ٹراکس کس ایسڈی کاربولیسی (trochiscus acidi carbolici, B.P.) چوسنے دینا چاہئے۔

جب حملہ رفع ہوجائے تو کسی مزمن ماسکہ سرایت مثلاً لوزتین یا دانتوں کے لئے تلاش و جستجو کرنا چاہئے، اور اگر پتہ چل جائے تو اِسکا مناسب تدارک کرنا چاہئے۔ متوالی اصابتوں میں سرایت رسان ماسکہ سے تیار کردہ اور ترجیحاً دروں جلدی طور پر اشراب کردہ تبتی سبحی جدرین کا استعمال عرصۂ دراز تک کرنا چاہئے۔ عدم دمویت کے لئے جو حملہ کے بعد واقع ہوجاتی ہے، لوہا دینا چاہئے یہاں تک کہ خون پھر طبعی ہوجائے۔

حلقہ دار مرکز گریز احمرار (erythema annulare centrifugam)

696 متعدد مشاہدین نے بیچدار یا شکل دار احمراری ثورانات کو مختلف اصطلاحات کے تحت بیان کیا ہے، لیکن انکو حلقہ دار مرکز گریز احمرار کے توضیحی لقب کے تحت جمع کیا جاسکتا ہے جسے ڈیریئر (Darier) نے تجویز کیا ہے۔ یہ ابھرے ہوئے احمراری بثور کے طور پر پیدا ہوتے ہیں، جو چھونے پر سخت معلوم ہوتے ہیں، لیکن اس سے کم سخت کہ جتنے حلقہ دار اربکی سلعہ (granuloma annulare) کے معلوم ہوتے ہیں۔ وہ محیطی طور پر پھیلتے اور ساتھ ہی مرکز میں زائل ہوتے جاتے ہیں اور اسطرح حلقوں یا نیم ائروں میں بسرعت مبتدل ہوجاتے ہیں، جو مختلف جسامت حاصل کرتے ہیں

اور اسکے بعد مدھم پڑ جاتے ہیں، اور خفیف لونیت، شاید کسیفہ تقشر کے ساتھ باقی رہتی ہے۔ بعض اوقات بے قاعدہ پھیلاؤ سے یا اصلی حلقہ دار اضرار کے ٹوٹنے کے باعث چکر دار شکلیں پیدا ہوجاتی ہیں۔ انتخابی مقامات، دھڑ اور جوارح کے قربی خلقات ہیں۔ سابق الوجود عناصر کے مقامات پر، بعض اوقات کچھ وقفہ کے بعد نئے عناصر پیدا ہوتے رہتے ہیں، لیکن بالعموم بیک وقت تھوڑے پائے جاتے ہیں، اور دوجانبی تشاکل کا رجحان نہیں ہوتا۔ یہ عارضہ، صحت یابی کے وقفوں کے ساتھ مہینوں یا سالوں تک جاری رہ سکتا ہے۔

بحث اسباب۔ راقم الحروف کی رائے میں، اس توران کو کثیر الاشکال احمرار اور حلقہ دار اریکی سلعہ کے درمیان ایک جوڑنے والی کڑی سمجھا جا سکتا ہے شاید انکا مقابلہ آتشکی ثورانات سے کیا جا سکتا ہے، چنانچہ کثیر الاشکال احمرار، وسیع پھیلے ہوئے ثانوی اضرار سے متناظر ہوتا ہے، حلقہ دار مرکز گریز احمرار، آخری ثانوی درجہ کے غیر متشاکل پیچیدار آتشکی ثورانات سے، اور حلقہ دار اریکی سلعہ دبیب ثالثی اضرار سے۔ جیسا کہ کثیر الاشکال احمرار اور حلقہ دار اریکی سلعہ کی حالت میں ہوتا ہے، اغلب یہ ہے کہ حلقہ دار مرکز گریز احمرار کوئی نوعی ذات نہیں ہے، بلکہ ایک سے زیادہ سم کے لئے جلد کا تعامل ہے۔ راقم الحروف کے اپنے مشاہدات سے مترشح ہوتا ہے کہ بالعموم یہ ایک نتیجی سمی توران ہوتا ہے۔

تشخیص۔ اس کو حلقہ دار اریکی سلعہ سے متفرق کرنا پڑتا ہے، جس کے عناصر چھونے پر زیادہ سخت، کم عادی طور پر احمراری، زیادہ سست ارتقار کے، اور زیادہ رسیلے ہوتے ہیں۔ نیز حلقہ دار آتشکی ثورانات سے، جو کبھی سرعت سے نہیں پھیلتے، اور زیادہ طویل مدت کے ہوتے ہیں۔ نیز سرخ بادہ نما (erysipeloid) سے۔

علاج۔ سابقہ حادہ علالتوں، مثلاً قرمزی تپ (scarlet fever)، التہاب اللوزتین (tonsillitis) اور نفاسی تپ (puerperal fever) کی سرگزشت دریافت کرنی چاہئے اور سرایت کے مزمن ماسکات کی موجودگی تلاش کر کے اس کا علاج کرنا چاہئے۔ راقم الحروف نے یہ پایا ہے کہ مختلف نسلوں سے تیار کردہ نبتی سمی جدرین کے دروں جلدی اخرابات شافی ہوتے ہیں، کم از کم اصابتوں کی اکثریت میں۔ ابتدائی معتاد جرعی ہونی چاہئے

(ایک یا دو طیون عضویات)' کیونکہ مقاماتً اِختراب پر شدید مقامی تعاملات اکثر پیدا ہوجاتے ہیں۔ مابعد معتاد اس تعامل کے درجہ پر منحصر ہے' اور جب تک یہ نمایاں ہے معتاد کو ہرگز نہیں بڑھانا چاہئے۔

حلقہ دار ریگی سلعہ (granuloma annulare)۔ اس کسیقدر شاذ ثوران کا ابتدائی ضرر' ایک سخت' مٹر کے برابر گرہک ہوتی ہے' جو سطح سے تقریباً ½ انچہ یا کسیقدر زیادہ اُبھری ہوتی ہے۔ خارج المرکز پھیلاؤ سے' یا نئی گرہکوں کے پیدا ہونے سے' مختلف جسامت کی حلقہ دار چکتیاں پیدا ہوجاتی ہیں۔ ان کی سطح چکنی' کنارے واضح طور پر متمیز ہوتے ہیں' اور رنگت سرخی مائل سفید سے لیکر دھندلی ارغوانی تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ حلقوں کے مرکزی رقبے بالعموم ایک تاریک ارغوانی رنگ سے ملوّن ہوتے ہیں' اور ممکن ہے ان پر دقیق شاحب گرہکیں جڑی ہوئی ہوں' جو غیر ملتئی رہتی ہیں اور اُبھرے ہوئے کنارے کے انحلال کے بعد ممکن ہے باقی رہیں۔ بے قاعدہ حکش کے ذریعہ ہلالی یا ہارنما چکتیاں پیدا ہوسکتی ہیں۔ یہ ثوران زیادہ اکثر ہاتھوں کی پشت' کلائیوں' ٹخنوں' گھٹنوں' سرینوں اور گردن پر واقع ہوتا ہے۔ بالعموم اضرار کی تعداد تھوڑی ہوتی ہے' لیکن راقم الحروف کی مشاہدہ کردہ دو امثلہ میں یہ بے شمار تھے اور وسیع پھیلاؤ سے بڑے رقبوں کو ماؤف کرتے تھے۔ ارتقاء سست ہوتا ہے' اور خود بخود انحلال ہونے کا رجحان بالکل نہیں ہوتا۔ تقرح کبھی واقع نہیں ہوتا' اور بعد ازاں اندلب بالکل نہیں ہوتا۔

بحث اسباب۔ اگرچہ حلقہ دار ریگی سلعہ بچوں اور ریعانیوں میں ہوتا ہے' تاہم یہ ادھیڑ بلکہ آخر زندگی میں بھی واقع ہوسکتا ہے۔ کثیر الاشکال احرار اور حلقہ دار مرکز گریز احرار کے ساتھ اسکے رشتہ پر پہلے بحث کی جاچکی ہے' اور راقم الحروف ایک ایسے مریض میں جو اول الذکر کے متوالی حملوں کا موضوع تھا' کثیر الاشکال احرار کی چکتی سے تمثیلی حلقہ دار ریگی سلعہ کا بتدریج نمو مشاہدہ کرچکا ہے۔ مزید براں ان مریضوں میں جنہیں احراری ذئبہ ہو' گاہے گرہکی اور حلقہ دار اضرار دیکھے جاتے ہیں' جو سرسری طور پر حلقہ دار ریگی سلعہ سے ناقابل تمیز ہوتے ہیں' اور انکے ہمراہ ایسے اضرار پائے جاتے ہیں یا وہ ایسے اضرار میں مبتدل ہوجاتے ہیں جو کہ اس مرض کے لئے ممیز ہیں۔ یہ واضح ہے کہ

897

یہ سب تورانات ایک دوسرے کے ساتھ قریبی رشتہ رکھتے ہیں' اور اگرچہ بعض کی رائے یہ ہے کہ یہ عدیم المثال امراض ہیں اور نامعلوم نوعی عضویات کی سرایت کے باعث ہیں' اغلب یہ ہے کہ یہ مختلف سموم کے لئے مختلف اقسام کے غیر نوعی تعاملات کے آئینہ دار ہیں۔ حلقہ داراریکی ملعہ کے متعلق بہت سوں کا خیال ہے کہ ذئبۂ احمراری کی طرح یہ تدرنی اصل کا ہوتا ہے' اور ممکن ہے کہ بعض اصابتوں میں ایسا ہی ہو' لیکن دوسری اصابتوں میں غالباً یہ ایک نبقی سبحی توران ہوتا ہے۔ فارمن (Forman) اور راقم الحروف نے ۱۱ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں یہ دیکھا کہ ۳، فیصدی نبقہ سبحیۂ خون پاش (streptococcus hæmolyticus) کے لئے مثبت دروں جلدی کا تعامل دیتی تھیں ۵۰ فیصدی نبقہ سبحیۂ سبز (streptococcus viridans) کے لئے' اور صرف ایک اصابت (۹ فیصدی) ٹیوبرکلین کے لئے تعامل ظاہر کرتی تھی' اگرچہ یہ تعامل قوی طور پر مثبت تھا۔ مزید براں دو وسیع پھیلاؤ رکھنے والی اصابتوں میں' جنکا راقم الحروف نے مشاہدہ کیا' تدرن کی کوئی شہادت نہ تھی۔ ایک میں یہ توران' زچگی کے بعد شدید نبقی سبحی عفونت الدم کے بعد ہوا تھا' اور دوسری کئی سال تک مزمن نبقی سبحی سرایت میں مبتلا رہی تھی۔ دونوں نے نبقی سبحی جادرین کے دروں جلدی اشرابات کے لئے حیرت انگیز حجیبیت ظاہر کی' گوکہ ابتداءً تعاملات شدید ہوئے' اور یہ طریقۂ علاج بعض معالجوں میں کامیاب ثابت ہوا ہے۔

مرضی تشریح بالائی اَدمہ میں ترویجی تنخر کا ایک مرکزی رقبہ ہوتا ہے' جسکے گرد لمفی خلیات' سرطلہ آسا اور توصیلی بافت کے خلیات کی دررینش ہوتی ہے۔ بیلا زمائی اور عفرتیتی خلیات دیکھے جاسکتے ہیں۔ برادمہ صحیح و سالم ہوتا ہے۔

علاج سیلی سلک ایسڈ لصقہ (salicylic acid plaster) کے مقامی استعمال سے افرار غائب ہوجاتے ہیں' اور شعاعی علاج سے وہ شفایاب ہوجاتے ہیں۔ تدرنی یا نبقی سبحی سرایت کی موجودگی کے لئے مریض کی تفتیش کرنی چاہئے' اور اسی کے لحاظ سے اسکا علاج کرنا چاہئے۔ ڈریر (Darier) نے دروں جلدی طور پر ٹیوبرکلین کا مشورہ دیا ہے' اور جیسا کہ بیان کیا جاچکا ہے' راقم الحروف نے نبقی سبحی جادرین کے دروں جلدی اشرابات بالعموم شافی پائے ہیں۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ ایک حکیتی خرد بینی امتحان کیلئے اسکا تھوڑا سا

دور کرنے کے بعد اکثر غائب ہو جاتی ہے۔

گرہکی اِحمرار

(erythema nodosum)

یہ جلد کے بیضوی یا گول ٹھوس چپٹے اُبھار ہیں، جنکا قطر ½ انچ سے لیکر ½۱ انچ تک، اور رنگ شوخ یا دُھندلا سرخ ہوتا ہے یہ بتدریج ڈھلوان ہو کر آس پاس کی جلد کے برابر ہو جاتے ہیں، اور چھونے میں الیم ہوتے ہیں، اور شاید اِنھیں دبانے سے خفیف سا گڑھا پڑ جاتا ہے۔ علی العموم یہ دونوں قصبیات کے سامنے طول میں واقع ہوتے ہیں اور دونوں زندی ہڈیوں پر بھی اِنکا وقوع شاذ نہیں۔ گو دوسرے حصوں پر شاذ ہی ہوتے ہیں، تاہم یہ پنڈلی، رانوں، کہنی ہڈیوں، اور ذراعیہ کے قندالوں پر بھی ہو سکتے ہیں یہ کم و بیش فصلوں (crops) کی صورت میں نکل آتے ہیں، سات یا دس دن تک جاری رہتے ہیں، اور بتدریج کم ہو جاتے ہیں جسکے بعد کوفتگی نما تلوین باقی رہ جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ نرم ہو کر تموّج ظاہر کریں لیکن اِنمیں پیپ کبھی نہیں پڑتی۔ یہ بچوں میں اور بیس سال سے کم عمر کے اشخاص میں سب سے زیادہ عام ہوتے ہیں، اور لڑکوں کی نسبت لڑکیوں میں زیادہ کثیرالوقوع ہیں۔ ثوران کے ظہور سے پہلے اکثر سوزش حلق یا التہاب لوزتین ہو جاتا ہے جسکے ہمراہ کسیقدر حرارت، عام کسلمندی، جوڑوں میں درد، اور بعض اوقات حقیقی التہاب مفاصل (جسکا رثیتی تپ سے مقابلہ کیا جا سکتا ہے) پیدا ہو جاتا ہے۔

بحث اسباب۔ گرہکی احمرار کو کثیرالاشکال احمرار کا ادنی زیرا دمی قسم سمجھا جا سکتا ہے، جسکے ہمراہ یہ گاہے موجود ہوتا ہے۔ حالیہ سالوں میں اسکی تنبیب اور بالخصوص تدرن کے ساتھ اسکے رشتہ کے متعلق بہت بحث کی گئی ہے۔ بعض خیال کرتے ہیں کہ یہ ایک نوعی خرد عضویہ کی سرایت کے باعث ہوتا ہے، مثلاً جسکو روسنو (Rosenow) نے اپنے ادعا کے مطابق اس مرض کی ۹ اصابتوں میں گرہکوں اور خون سے تفرید کیا، اور ٹروسو (Trousseau) نے اسکو ثورانات (exanthemata) میں جماعت بند کیا۔ عام اتفاق رائے اسپر ہے کہ کثیرالاشکال احمرار کی طرح، یہ ایک نبتی سمّی یا رثیتی سرایت کا مظہر ہو سکتا ہے، اور گاہے اسکے ہمراہ التہاب دروں قلب اور التہاب تامور پایا جاتا ہے۔

اِسکے حملے کے دوران میں خون سے نبقات سمیہ کی کاشت کی گئی ہے۔ دوسروں نے سوزاک کے مریضوں میں اِسکی کثرتِ وقوع پر زور دیا ہے' اور ایک آتشکی قسم بیان کی گئی ہے۔ بعض ادویہ مثلاً آیوڈائیڈز (iodides)' اینٹی پائرین (antipyrine) سے مماثل ثوران کی تحریک ہوسکتی ہے۔

تاہم اب شہادت جمع ہوئی ہے جو ظاہر کرتی ہے کہ مثالوں کی اکثریت میں یہ تدرنی اصل کا ہوتا ہے۔ یہ نظریہ ۱۹۱۰ء میں لینڈوزی (Landowsy) نے قائم کیا اور بعد ازاں اس نے یہ ادعا کیا (32) کہ اس نے ایک گرہک کی عرق میں عصیہ درنی کا مظاہرہ کیا ہے' اور اسی گرہک کے دوسرے حصے کے ذریعے ایک گنی پگ کو متدرن کردیا ہے۔ اصابتوں کے بہت بڑے تناسب میں قوی طور پر مثبت مانٹو (Montoux) کا شفات حاصل ہوئے ہیں۔ ۱۸ مریضوں کے ایک سلسلے میں فارمن (Forman) اور راقم الحروف نے (33) دیکھا کہ ۵۰ فیصدی ٹیوبرکلین کے لئے قوی طور پر مثبت' اور ۴۰ فیصدی مثبت تعامل دیتے ہیں یعنی کل ۹۲ فیصدی۔ حالانکہ کثیر الاشکال احمرار میں صرف ۱۹ فی صدی قوی طور پر مثبت اور ۲۳ فیصدی مثبت تعامل دیتے ہیں یعنی کل ۴۲ فیصدی۔

معلوم ہوتا ہے کہ گرہکی احمرار بالعموم ایک تازہ تدرنی سرایت کے ہمراہ پایا جاتا ہے' جسمیں تطعیم کا اولی مقام اکثر چھوٹا اور پورا سے عین نیچے ہوتا ہے' اور نافیہ کے غدد بسرعت اور زیادہ وسیع طور پر ماؤف ہوجاتے ہیں (34)۔ غالباً آخرالذکر ہی سے درنی عصیات جو ئے خون پر حملہ آور ہوجاتے ہیں' جس پر ثوران کا انحصار ہے اکثر اوقات ایسے شخص کے ساتھ جو کشوف تدرن میں مبتلا ہو حالیہ تماس کی سرگذشت حاصل ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں یہ ایک مخفی درنی ماسکہ کی بازتعمیل کا پیش خیمہ ہوتا ہے (مقابلہ کرو احمرار تصلبی سے)' یا ریوی تدرن کی بالغ شکل کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ وتہٹ ویل (Whitwell) نے ایک اصابت درج کی ہے جسمیں گرہکی احمرار جلد کی اولی تدرنی سرایت کے بعد جسکے ساتھ قرب وجوار کے لمفی غدد پر حملہ ہوا تھا پیدا ہوگیا اور درنی عصیات دونوں مقامات سے حاصل ہوئے۔ تحت الحاد اصابتیں جو احمرار گرہکی اور احمرار تصلبی کے درمیان برزخ بناتی ہیں' بیان کیجی ہیں۔

بالآخر احمرار گرہکی شعر فطری ثوران کی ایک شاذ قسم ہوسکتی ہے۔

بلاچ (Bloch) نے ٹرائکو فائٹین کے اشراب سے ماسکی تعاملات حاصل کئے'
اور بروس گارڈ (Bruusgaard) نے ادعا کیا ہے کہ اس نے اپنی اصابت کی گرگون میں
بہ شدت کا مظاہرہ کیا' اور اضرار سے شعری فطرِ خانہ بدوش ال trychophyton
(gypseum) کی کاشت کی' جو کہ اصل قوبائی سرایت کا تبیبی فطر تھا۔ مختصراً یہ کہ احمرار
گرگی ایک حساسیتی ادمی زیر ادمی تعامل ہے جو کہ دوران کرنے والے عضویات کے سداوات
کے باعث ہوتا ہے' جنمیں سے درنی عصیہ سب سے زیادہ کثیر الوقوع سبب معلوم ہوتا ہے۔
مرضی تشریح۔ ابتدائی اضرار میں زیر جلدی شریانوں کی ملتہبیت دیکھی جاتی ہے'
اور گرد وپیش کی زیر جلدی شحم میں کثیر الاشکال نواتی سفید خلیات کی کثیف دررینش
آخری اضرار میں' کثیر الاشکال نواتی سپید خلیات غائب ہوجاتے ہیں اور انکے بجائے
لمفی خلیات پیدا ہوجاتے ہیں۔ عملِ اندمال کے دوران میں عفریتی خلیات موجود ہوسکتے
ہیں' لیکن وہ آکلات الشحم (fat-phagocytes) ہوتے ہیں' اور تدرنی ضرر پر دلالت
نہیں کرتے۔

انذار۔ ان اصابتوں میں جنمیں ثوران کا سبب تدرنی سرایت معلوم ہوتا ہو'
انذار محتاط ہونا چاہئے۔ بہت سی مثالیں ایسی درج ہوئی ہیں کہ جنمیں احمرار گرگی کے
حملے کے بعد چھ ماہ کے اندر فعال تدرن کے ظواہر پیدا ہوگئے ہیں۔ اور بعض میں دخنی
تدرن سے موت واقع ہوگئی ہے۔ بچوں اور ریعانیوں میں مستقبل زیادہ تشویشناک
ہوتا ہے' کیونکہ ان میں تدرنی اصل کا زیادہ امکان ہوتا ہے' لیکن یہ معلوم ہوتا ہے کہ بالغوں
میں خون پاش نبقہ سبحیہ کے ساتھ حلق کی سرایت اکثر سبب ہوتی ہے۔

علاج۔ تفتیشات کے نتائج معلوم ہونے تک مریض کو بستر میں رہنا چاہئے'
اور اِن تفتیشات میں سینہ کا سریری اور شعاعی نگاری امتحان' ٹیوبرکلینی کا شعفات'
اور اِن اصابتوں میں جنمیں نبقی سبحی اصل کا شبہ ہو' خون میں ضد سبحی لائیسین
(antistrepto-lysin) کی تخمین شامل ہونی چاہئے۔ ایسے شخص کے ساتھ جو کہ تدرن
کشوف میں مبتلا رہا ہو سابقہ تماس کے متعلق محتاط استفسار کرنا چاہئے۔ اس قسم کا
تماس احمرار گرگی کی اِن وباؤں کی توجیہ کرتا ہے جو بعض اوقات خاندانوں اور مدرسوں
میں نمودار ہوجاتی ہیں۔ فارمن (Forman) نے آٹھ بچوں کا ایک خاندان دیکھا' جنمیں

پانچ بچوں میں، خاندان کے ایک زیادہ عمر کے فرد کے ساتھ متماس رہنے کے بعد جو فعال تدرن میں مبتلا تھا، یہ فوراً نمودار ہوگیا۔ اگر تفتیش کرنے پر تدرن کی شہادت پائی جائے، تو اصابت کی اطلاع دے دینی چاہئے، اور اس مرض کا مقابلہ کرنے کے معمولی طریقے فی الفور شروع کر دینے چاہئیں۔ بہرحال، مریض کو کئی ماہ تک کڑی نگرانی میں رکھنا چاہئے۔ اگر ایک خون یا شش نبقہ سبحیہ سبب معلوم ہوتا ہو تو مزمن ناسکات، مثلاً لوزتین کا تدارک کرنا چاہئے اور اگر متوالی حملے واقع ہوں تو خود زا دیا مذکورہ جدرین کے دروں جلدی اشرابات دینے چاہئیں، جیسا کہ کثیر الاشکال احمرار کے لئے مشورہ دیا گیا ہے تمام اصابتوں میں ایک پُر حیاتین غذا اور کیلشیم کے نمکیات تجویز کرنے چاہئیں، اور مریض کو گھر سے باہر حتی الامکان رہنا چاہئے۔

خصرتی احمرار

(erythema pernio)

(chilblain = خصرت)

خصرتین، جلد کے نیلے سے سرخ تورمات ہیں، جو بعض اشخاص میں سردی میں تکشف سے یا کرۂ ہوائی کی تپش کے یکایک گر جانے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ سب سے زیادہ عام طور پر ہاتھوں اور پاؤں کی انگلیوں اور ہاتھوں اور پاؤں کے دوسرے حصص پر دیکھے جاتے ہیں، لیکن کان، ناک کی نوک، گال، اور نوجوان لڑکیوں میں جنکو احمراری زراق (erythrocyanosis) ہو ٹانگوں کے زیریں حصے بھی متاثر ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے وہ محدود المقام ہوں یا منتشر ہوں۔ وہ کھجلی، جھنجھناہٹ، اور حقیقی درد کے احساسات پیدا کر سکتے ہیں۔ بالعموم وہ بتدریج زائل ہو جاتے ہیں لیکن بعض اوقات بالائی ادمہ میں مصلی ارتشاح بر ادمہ کو ابھارنے کے لئے کافی ہوتا ہے، جس سے ایک موٹی دیواروں والا آبلہ بنجاتا ہے جو پھوٹ جاتا ہے اور ایک غیر الاندمال تقرح باقی رہ جاتا ہے (خصرت کشوف = open chilblain)۔ ممکن ہے یہ ریم زا عضویات سے ثانوی طور پر سرایت زدہ ہو جائے۔ آہستہ آہستہ اندمال واقع ہو جاتا ہے، جسکے ساتھ اندب ممکن ہے یا نہ ہو۔ دوسری اصابتوں میں تقرح بالکل نہیں ہوتا، لیکن برافتادہ قرنی تہ دبیز ہو کر پھٹ جاتی ہے،

جس سے دردناک تشقاقات پیدا ہو جاتے ہیں۔ شدید متقرح خصرتیں بعض اوقات مریض کو
دستی کام بلکہ چلنے پھرنے کے بالکل ناقابل بنا دیتی ہیں۔

بحث اسباب۔ اگرچہ بالعموم خصرتیں بچوں اور ریعانیوں میں دیکھی جاتی
ہیں، تاہم یہ ادھیڑ اور آخر عمر میں بھی نمودار ہو سکتی ہیں۔ ایسے اشخاص میں جن میں قلیل محیطی
دورانِ خون ("خصرتی دورانِ خون") ہو اور شریانوں کے تشنجی انقباض پر منحصر مردہ انگلیوں"
کا، یا جوارحی زراق (acrocyanosis) کا رجحان ہو، قدرتی طور پر یہ زیادہ آسانی کے
ساتھ پیدا ہو جاتی ہیں، لیکن اس قسم کے چند اشخاص میں خصرتیں کبھی پیدا نہیں ہوتیں
اور اسکے بالعکس آخر الذکر ایسے اشخاص میں پیدا ہو سکتی ہیں جنہیں ایسا رجحان نہیں ہوتا۔
سردی، خصوصیت کے ساتھ مرطوب سردی، فوری محرک عامل ہوتا ہے، اور ایک مرطوب
جگہ یا مکان میں رہائش، ایک ایسے شخص میں جو پہلے منیع تھا خصرتوں کا ظہور واقع کر گئی
ہے۔ سوء تغذیہ، عدم دمویت، اور شریانی کم طنابی اسباب معتدہ ہیں، اور بہت سے
اشخاص جو مرض کا شکار ہو جاتے ہیں تدرنی موضوع ہوتے ہیں۔

یہ امر واضح ہے کہ دروں افرازی غدد کے مسرع گروہ (درقیہ، نخامیہ اور
جیفضین) کی قلت فعل، غالباً تسبیبی اہمیت رکھتی ہے۔ دوران کو فے والے نخامی ہرمون
کی قلت جو کہ شعری طناب کا خاص منظم ہے اور معلوم ہوتا ہے کہ دقیق عروق کی دیواروں
کی نفوذ پذیری کو کم کرتا ہے، غالباً جوارحی زراق اور خصرتوں کی تولید میں اہم ترین
واحد عامل ہے۔

امراضیات۔ طبعی طور پر، سردی میں جلد کا تکثف، چھوٹے عروق اور شعری
عروق کا انقباض واقع کر کے بعد ازاں شحوب پیدا کر دیتا ہے۔ اسکے بعد عروقی اتساع
کے باعث، احمرار کی صورت میں ایک تعامل واقع ہوتا ہے، جو بتدریج کم ہو جاتا ہے۔
لیکن اگر عرق حرکی طناب قلیل ہو، تو عروق اور شعری عروق کا تمدد باقی رہتا ہے،
اور بافتوں سے مصلی بلکہ خون نکل جاتا ہے کیونکہ دیواروں کی نفوذ پذیری بڑھ جاتی
ہے۔ لہذا یہ کہا جا سکتا ہے کہ خصرتیں اذیما کے ساتھ سکونی احمرار کے باعث ہوتی ہیں۔

تشخیص۔ خصرتوں کو بتوسری تنخری درسفی تورانات اور ذئبہ احمرار سے تفرق
کرنا پڑتا ہے، اور جب وہ احمراری زراق والی لڑکیوں کی ٹانگوں پر ہوں تو تصلبی احمرار کے

اور یہ تمام حالتیں انکے ہمراہ موجود ہوسکتی ہیں، کیونکہ وہ خصرتی دوران خون رکھنے والے اشخاص میں پائی جاتی ہیں۔

علاج ۔ مریض کی عام صحت کی حالت، اور زندگی کی طرز پر غور کرنا چاہئے۔ ایک کافی ووافی غذا جسمیں دودھ انڈے اور مکھن کثرت سے ہوں، اگر اچھی طرح برداشت ہوجائے، تو تجویز کردینی چاہئے، اور موسم سرما میں اسکی تکمیل کاڈلیور آئیل (codliver oil) یا کسی ایک محفوظ الحقوق حیاتینی مرکز (vitamine-concentrate) کے ذریعہ کرنی چاہئے۔ درقیہ کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں بلاشبہ مفید ہوتی ہیں، انکے ساتھ سالم نخامی غدہ کی بڑی خوراکیں ممزوج کیجاسکتی ہیں، لیکن پیشوٹرین (pituitrin) کے دروں عضلی انترابات دینا مرجح ہے۔ بے قاعدہ یا قلیل حیض والی عورتوں میں فعال مبیضی خلاصہ جات دینے کی ضرورت ہے۔ کیلسیم کے لحاظ سے بعض اصابتوں میں تقریباً تیر بہدف معلوم ہوتے ہیں، لیکن دوسری اصابتوں میں مایوس کن ثابت ہوتے ہیں کیلسیم لیکٹیٹ ۱۵-۳۰ گرین دن میں ۳ مرتبہ، سرکیلسائی لیکٹو فاسفیٹ بی پی (syr. calcii lactophospat. B. P.) یا کوئی ایک محفوظ الحقوق تجہیز آزمانی چاہئے۔ زوردار پیدل ورزش اور سادہ جمناسٹکز کی ہدایت کردینی چاہئے، اور گرم دستانے اور موزے پہننے چاہئیں۔ ماوراء بنفشی روشنی کے مقامی اور عمومی اطلاقات کا نصاب، بسا اوقات نمایاں طور پر مفید ہوتا ہے۔ مقامی طور پر، گیلوانی غسل دوران خون میں موثر طور پر اصلاح کردیتے ہیں، اور روزانہ دس منٹ تک دینے چاہئیں۔ ہر شب ۱۵ منٹ تک متاثرہ عضو کو ہائڈروجن پروکسائیڈ (hydrogen proxide) (۱۵-۲۰ حجم) اور گرم پانی کے آمیزہ میں ڈبونے اور بعد ازاں ایک مہیج تجہیز، مثلاً آیوڈیکس (iodex) یا میتھل سیلی سیلیٹ مرہم (methyl-salicylate ointment) لگانے سے نہایت عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔

900

کلاح (livedo) (جلد مرمریں = cutis marmorata)۔ یہ جلد میں وعائی رکود کے اثر کی ایک دوسری مثال ہے۔ یہ خاص طور پر ٹانگوں کی باسط سطحوں پر، رانوں پر اور بالائی بازوؤں اور بعض اوقات پہلوؤں پر دیکھا جاتا ہے۔ یہ ایک نیلے سے جال پر مشتمل ہے، جس میں متعدد جسامت کے تشبکات طبعی رنگ کے رقبہ جات کو محصور کرتے ہیں

سردی میں کثیف پیمانے پر زیادہ واضح ہوجاتا ہے۔ یہ خاص شریانی علاقہ جات کی توزیع کی تعداد پر منحصر ہوتا ہے، چنانچہ مرکزی شاخ رقبہ جات زیر افتادہ شریانوں سے براہ راست رسد حاصل کرتے ہیں، اور تشبکات تفرع کے مقامات سے متناظر ہوتے ہیں، جہاں خون کا بہاؤ قدرتی طور پر زیادہ سست ہوتا ہے۔ تشبکات میں عروق کا طناب بھی کم ہوجاتا ہے، اور وہ ایڈرینالین (adrenaline) اور ہسٹامائن (histamine) کے لئے نسبتۃً غیر مجیب ہوتے ہیں۔ کھسرا اور ثانوی آتشک کے ثورانات پہلے پہل ان تشبکات میں واقع ہوتے ہیں، اور یہی قول ان ثورانات پر بھی صادق آتا ہے جو کہ کوپیبا (copaiba) اور سالورسان (salvarsan) کے باعث ہوتے ہیں، اور بعض اوقات سطحی حزاز (lichen planus) اور صدفیہ نما (parapsoriasis) کے ثورانات پر۔

احمرار آتشی (erythema ab igne) (آگ کی چھائیاں (ephelis ab igne، مرمریں ملون جلد (cutis marmorata pigmentosa)۔ یہ حالت جلد کو حرارت میں کثرت سے منکشف کرنے سے پیدا ہوتی ہے، اور زیادہ عام طور پر ٹانگوں کے سامنے کے حصوں پر ان لوگوں میں دیکھی جاتی ہے جو ہر وقت آگ کے سامنے بیٹھے رہتے ہیں، اور بھٹی جھونکنے والوں (stokers) اور باورچیوں میں۔ یہ شکم پر یا دوسری جگہ گرم پانی کی بوتلوں سے بھی ہوجاتی ہے۔ بدرنگی، کلاج کی تشبکات سے متناظر ہوتی ہے، اور اس کا رنگ ہلکے بھورے سے لیکر گہرے سرخی مائل ارغوانی تک اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ جزوی طور پر اس کا سبب، حاشیتی رقبہ جات میں اوپری عروق کا اتساع ہے، جہاں جیسا کہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے دوران خون زیادہ سست اور عروق کا طناب کم ہوتا ہے، اور جزوی طور پر افتادہ برآدمہ کی قاعدی تہ میں میلانین (melanin) کا کثیر المقدار جماؤ۔ خوردبین کے نیچے بالائی اَدمہ میں عروق دموی کے گرد التہابی خلیات کی دررزش پائی جاتی ہے۔ گاہے یہ نشانات واضح طور پر اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں، جسکی وجہ شاید عروقی دیواروں کی دبازت ہے (Perry)۔

احمراری نیلاہٹ ساق دوشیزہ (erythrocyanosis crurum puellaris)۔ یہ حالت جس سے حالیہ سالوں میں اونچے لہنگوں (short skirts) اور پتلے موزوں کے رواج کے باعث ہم بہت روشناس ہوگئے ہیں،

جوارحی زراق کی قسم ہے جو کہ لڑکیوں اور نوجوان عورتوں میں پائی جاتی ہے۔ یہ ٹانگ کے سب سے زیرین ثلث پر، خاص طور پر عقبی بیرونی سطح پر دیکھی جاتی ہے۔ متاثرہ حصہ متورم، چھونے پر ٹھنڈا، اور رنگت میں نیلا سا سرخ یا تاریک ارغوانی ہوتا ہے۔ سطح پر متسع وریدکوں کا نقشہ دیکھا جا سکتا ہے۔ بالعموم مریضائیں فربہ و بلغمی ہوتی ہیں، جنکی بڑی بڑی ہڈیاں موٹے ٹخنے، اور خصرتی دوران خون ہوتا ہے اکثر اوقات یہ سرگذشت ملتی ہے کہ بلوغ پر انکا سرعت سے نشو و نما ہوا ہے اور وہ غیر طبعی طور پر فربہ اور بھاری بھر کم ہو گئی ہیں، غالباً اس زمانے میں غدہ نخامیہ کے مقدمی حصہ کی بیش فعالیت کی وجہ سے۔ ٹانگیں بحیثیت مجموعی بڑی اور زیر جلدی شحم کے جماؤ کی وجہ سے بدشکل ہوتی ہیں، اور ایک متمیز خصوصیت، قرنیت شعری (keratosis pilaris) کی اور ہر جراب کے گرد ایک نیلے سے ہالہ کی موجودگی ہوتی ہے۔ مریضات ٹانگوں کے دکھنے کی شکایت کرتی ہیں، اور موسم سرما میں اعظم دورانی رکود کے مقام پر بڑی جسامت کی دردناک خصرتیں بنجاتی ہیں۔ انکو غلطی سے احمرار تصلبی (erythema-induratum) کی گرہکیں سمجھا جا سکتا ہے کیونکہ ٹانگوں کے احمراری زراق والی اسی قسم کی لڑکیاں ہیں کہ جنہیں جب فعال تدرنی ماسکہ موجود ہو تو یہ ان پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ تاہم خصرتوں کی بہ نسبت یہ گرہکیں چھونے پر زیادہ سخت، زیادہ گہری اور زیادہ واضح الحدود ہوتی ہیں۔

بحث اسباب۔ یہ حالت تقریباً خالصتہً بیان کردہ قسم کی نوجوان لڑکیوں اور عورتوں میں واقع ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے گاہے ڈبلے پتلے موضوعوں میں واقع ہو۔ یہ امر یقینی معلوم ہوتا ہے کہ دروں افرازی فتور اخلاط، جو ممکن ہے موروثی ہو، اوّلی عامل ہے۔ جیسا کہ خصرتوں میں ہوتا ہے، موخر نخامی ہارمون کی قلت خاص اہمیت رکھتی ہے، لیکن درقی اور مبیضی عدم کفایت بھی تسبیب میں کچھ حصہ لیتی ہے۔ عدم الطمث یا بے قاعدہ اور قلیل حیض بھی اکثر موجود ہوتے ہیں، لیکن ہمیشہ نہیں۔ ٹانگوں کا سردی میں منکشف رہنا، بلاشبہ، خاص معاون عامل ہے۔

علاج۔ عام داعیات وہی ہیں جو کہ خصرتوں کے لئے دئے گئے ہیں۔

گرم اونی لمبے موزے' اور ٹخنہ بند (anklets) پہننے چاہئیں' اور اگرچہ زوردار ورزش مفید ہے' مریضہ کو طویل عرصوں تک کھڑے رہنے سے اجتناب کرنا چاہئے۔

احراری ذئبہ

(lupus erythematosus)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۱۰)

یہ مرض زیادہ تر بالغوں میں' خاصکر بیس اور چالیس سال کے درمیان کی عمروں میں ہوتا ہے' بچوں میں نہایت شاذ ہے' اور مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہے۔ اسکی تشخیص جلد اور ابتدا ہی میں ہونا بہت ضروری ہے' کیونکہ یہ بالخصوص چہرے پر ہوا کرتا ہے' اور چونکہ اس کے اضرار سے اکثر اندباب پیدا ہو جاتا ہے لہذا ممکن ہے کہ اس سے مستقل بدشکلی پیدا ہو جائے۔ اس ذئبہ کی مختلف قسمیں شناخت کی گئی ہیں' اگرچہ یہ سب ایک ہی مریض میں ایک ساتھ موجود ہو سکتی ہیں۔ مریضوں کی اکثریت میں یہ مرض ایک سُرخ' منتشر' تقشری چکتی کے طور پر شروع ہوتا ہے' جسکے کنارے واضح الحدود' بے قاعدہ اور کسیقدر اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ اگر اسکے چھلکے کا ایک ٹکڑا نکال لیا جائے تو اسکی زیریں سطح سے اکثر چھوٹی چھوٹی قرنی ڈاٹیں اُبھرتی ہوئی نظر آئینگی۔ یہ بر جلدی شحمیوں میں فٹ بیٹھ جاتی ہیں' جو چھلکا نکال دینے کے بعد چکتی کی مُعرّا سطح پر چھوٹے چھوٹے گڑھوں کی طرح پہچانے جاتے ہیں۔ عموماً متسع وریدکیں نظر آتی ہیں' اور ایک قسم میں تو صغیر عروقی اتساعات نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ جیسے جیسے مرض پھیلتا جاتا ہے مرکز میں اکثر عکش واقع ہوتا جاتا ہے' جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد ایک مرکزی منخفض' شاحب ندبہ پیدا ہو جاتا ہے' جسکا کنارا اٹھا ہوا' سرخ اور چھلکے دار ہوتا ہے۔ ندبہ بننے سے پہلے تقرح نہیں ہوتا۔ یہ اصابتیں ہمیشہ تو نہیں لیکن اکثر درنی مبدا کی ہوتی ہیں۔ ایک دوسری قسم میں' جو عموماً تبقی سرایت کے باعث ہوتی ہے' چھلکا نہیں بنتا' بلکہ مرض' احمرار کی اُبھری ہوئی اُذیمائی چکتیوں کی شکل میں نمودار ہوتا ہے' جو کثیر الاشکال احمرار کی چکتیوں سے قریبی

مشابہت رکھتی ہیں، اور فی الحقیقت اکثر اُن سے ناقابل تمیز ہوتی ہیں ۔ اس حماری قسم میں اندمال نہایت خفیف ہوتا ہے اور ممکن ہے بالکل غیر موجود ہو، اور اس احمرار کی چکتیاں بالآخر کوئی نشان باقی چھوڑے بغیر غائب ہو جاتی ہیں ۔ اگرچہ یہ ثوران عموماً محدود وسعت کا ہوتا ہے، تاہم ممکن ہے کہ یہ ابتدا ہی سے ایک حاد عمومی شکل میں واقع ہو، یا زیادہ عام طور پر یہ ہو کہ کچھ عرصہ تک چند مزمن چکتیاں موجود رہنے کے بعد حاد عمومی چکتیاں بنجائیں ۔ حاد قسم میں تازہ چکتیاں یا تو کثیر الاشکال احمرار کی چکتیوں سے مشابہ ہو سکتی ہیں، یا ممکن ہے کہ وہ غلطی سے اکزیما سمجھ لی جائیں، اگرچہ حقیقی آبلہ خیزی شاید ہی دیکھی جاتی ہے ۔

توزیع تشخیصی نقطۂ نظر سے یہ بہت اہم ہے ۔ عام ترین محل وقوع وجنی فراز، ناک، کان، جلد الراس، ہاتھوں اور انگلیوں کی پشت، اور لبوں کے سُنگرفی کنارے ہیں ۔ توزیع متشاکل ہونے کا رجحان رکھتی ہے، اور اکثر اسکی چکتیاں دونوں گالوں پر اور ناک کے وار پار ہوتی ہیں، جس سے ایک تیتری یا چمگاڈر کے خاکے سے مشابہت ہوتی ہے، اور یہ ایک نہایت ممیز خاصہ ہوتا ہے ۔ شاذ صورتوں میں چہرہ ماؤف ہونے سے پہلے یہ مرض جلد الراس پر یا انگلیوں پر شروع ہو سکتا ہے ۔ جلد الراس پر شعری جرابات کا ذبول واقع ہو جاتا ہے، اور مستقل صلعہ کی چکتیاں پیدا ہو جاتی ہیں جن کے بیچ سے اکثر صغیر عروقی اتساعات گزرتے ہیں ۔ کان اکثر کنارہ کے برابر ماؤف ہو جاتے ہیں، اور یہ کنارے متآکل، بے قاعدہ خاکے کے، اور نکرکے ہوئے ہوتے ہیں، اور اُذین کی اندرونی سطح بھی ماؤف ہو جاتی ہے ۔ منھ، ناک اور ملتحمہ کی مخاطی اغشیہ پر بھی حملہ ہو سکتا ہے، لیکن باستثنائے لبوں کے یہ اکثر بچے رہتے ہیں ۔

موضوعی علامات خفیف ہو سکتے ہیں، لیکن چکتیوں میں اکثر بہت خراش ہوتی ہے اور بہت سے مریض شدید جلن کی شکایت کرتے ہیں، بالخصوص کھانے کے بعد اور دھوپ یا تیز ہوا میں کھلا رہنے پر ۔ یہ مرض بعض اوقات مختلف شدت کے رثیہ آسا مفصلی التہاب (rheumatoid arthritis) کے ساتھ موجود ہوتا ہے ۔ حاد عمومی قسم میں تپ ہوتی ہے، جو بعض اوقات عفونۃ الدمی قسم

کی ہوتی ہے' اور ممکن ہے کہ البیومین بولیت بھی ہو۔ایسی اصابتوں کا انجام مہلک ہوتا ہے۔

902

بحث اسباب۔ جیسا کہ متذکرہ بالا بیان سے ظاہر ہوگا' یہ ثوران اُن مقامات کو ماؤف کرنیکا رجحان رکھتا ہے جنہیں دورانی رکود واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے' یعنے ہاتھ اور پاؤں کی اُنگلیوں' ہاتھوں کی پُشت' کانوں کو' اور چہرے کے ۔ دیتی یا تیتری نما رقبہ ("butterfly" area) کو' اور اُن اشخاص میں جنہیں نمایاں اطرافی اختناق ہو ہاتھ' پاؤں' اور کان خاص طور پر یا تنہا ماؤف ہوتے ہیں' اور اُنمیں جنہیں ماسبق وردیہ موجود ہو "تیتری نما" رقبہ انتخابی مقام ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔لیکن بعض اوقات وردیہ اور "خصرتی دوران خون" ("chilblain-circulation") ایک ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ایسی حالت میں ایک ہی مریض میں متذکرۂ بالا تمام مقامات کا ماؤف ہوجانا ممکن ہے۔چونکہ یہ ثوران دوران کرنے والے سموم سے (بلکہ حقیقی جراثیم دمویت سے) پیدا ہوجاتا ہے اور درحقیقت مزمن ہوتا ہے' لہذا یہ ظاہر ہے کہ اضرار پیدا کرنے والا التہابی ردّ عمل زیادہ تر وہیں ہونیکا رجحان رکھتا ہے جہاں عروقی رکود موجود ہے۔مزید برآں' جلد کے بعض رقبہ سمیات سے صریحاً حسّاس شدہ بنجاتے ہیں' جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب ثوران کے عارضی طور پر غائب ہوجانے کے بعد تسمم الدم کرر واقع ہوتا ہے تو توالی اُنہیں مقامات پر واقع ہوسکتی ہے جو پہلے ماؤف تھے۔مرض پیدا کرنے والے سموم یا خود عضویوں کی نوعیت کے متعلق آجکل دو رائیں غلبہ رکھتی ہیں:۔ایک' جو یورپ کے برّاعظم میں سب سے زیادہ مقبول ہے' یہ ہے کہ یہ مرض ایک دَرنی جلدی ثوران (tuberculide) ہے۔دوسری رائے یہ ہے کہ یہ مزمن یا حاد نبتی عسبی سرایت کا منظر ہے۔بہت سے ماہرین اب اس رائے کی طرف مائل ہیں کہ احمرار کی دوسری قسموں کی طرح یہ بھی کوئی نوعی ذات نہیں ہے' بلکہ مختلف اصابتوں میں دَرنی اور نبتی عسبی دونوں (اور ممکن ہے اور دوسری) سرایتیں کارفرما ہوکر سبب مرض ہوسکتی ہیں۔

بعض اصابتوں میں اسکے دَرنی مبدا کی تائید میں حسب ذیل امور بیان کئے جاسکتے ہیں:۔یہ اُن اشخاص میں واقع ہوتا ہے جنمیں تدرّن کی قوی خاندانی

سرگذشت موجود ہوتی ہے۔ یہ غدد، ہڈیوں، مفاصل، پھیپھڑوں، وغیرہ کی صریح درنی سرایت کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ اور ماؤف بافت کی تعظیم سے کیسی گیوں کو تدرنی بنانے کا دعوٰے کیا گیا ہے (35)۔ اسکے برعکس یہ واقعہ ہے کہ اس مرض کی بعض ہلاک اصابتوں میں تدرن کا کوئی نشان بھی نہیں پایا گیا۔ اس امر کی واثق شہادت پیش کی گئی ہے کہ بعض اصابتوں میں حاد یا مزمن نبقی سبحی سرایت ہی اسکا سبب ہوتی ہے (36)۔ اسکے اوّلی منبعے دانت، انفی جوف، اور غالباً غدۂ قدامیہ (prostrate) اور نسوانی تناسلی اعضاء ہوسکتے ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں نبقۂ سبحیلہ طویل (streptococcus longus). کے ساتھ ایک ثانوی اور موافطب معائی سرایت موجود ہوتی ہے، اور شاذ صورتوں میں یہ عضویہ برازمیں سے تقریباً خالص کاشت میں پھر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ ہلاک اصابتوں میں دوران زندگی میں خون کے اندر سے ایک نبقۂ سبحیلہ طویل حاصل کیا گیا ہے۔ یہ یقینی ہے کہ جن ہلاک اصابتوں کا اندراج کیا گیا ہے وہ سریری لحاظ سے عام تدرن کی نسبت نبقی سبحی عفونت الدم (streptococcal septicæmia) سے زیادہ مشابہ تھیں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ جیسا کہ مزمن تدرن میں ہوتا ہے، مزمن نبقی سبحی سرایت کی اصابتوں میں عموماً اوّلی اور ثانوی دونوں طرح کے ماسکے موجود ہوتے ہیں اور سرایت کے صریح اور ممکن الحصول منبعوں کا خارج کردینا شفا بخشی کے لئے کافی ہونا ضروری نہیں، کیونکہ لمفی غدد، امعاء، اور دوسرے مقامات میں سرایت کے ذیلی ماسکے موجود ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ مندرجۂ ذیل اصابتوں پر احمراری ذئبہ کا غلط گمان ہوسکتا ہے:۔ وردیہ (rosacea)، کثیرالاشکال احمرار (erythema multiforme) اور خصرقی احمرار (erythema pernis)، اکزیما (eczema)، صدفیہ (psoriasis)، اور معمولی ذئبہ (lupus vulgaris)۔ مرض کی توزیع، اسکی مواظبت، مقامی علاج کی مدافعت، اور اوپری اندمال (superficial scarring) کا رجحان، یہی وہ ممیز خصائص ہیں جن پر تشخیص کا انحصار ہوتا ہے۔ معمولی ذئبہ سے تمیز کرنے کے لئے خاص تفریقی امور یہی ہیں کہ احمراری ذئبہ بچپن میں نہایت

شاذ صورتوں میں شروع ہوتا ہے، وہ عموماً دونوں جانب تشاکل ہوتا ہے، اُس میں تقرّح کبھی نہیں ہوتا، اور وہ کُرّی کو کبھی تلف نہیں کرتا، وہ اکثر اوقات جلدالراس کو ماؤف کرتا ہے، اُسکا اندمال ادیری ہوتا ہے، وہ ٹیوبرکیولین کے اشرابات کا ردِّ عمل محض شاذ صورتوں میں ظاہر کرتا ہے، اور اِس میں سیب کی جیلی جیسی گرہیں (apple-jelly nodules) غیر موجود ہوتی ہیں۔

مرضی تشریح۔ اِدمہ میں لمفی خلیات اور چھوٹے اتصالی بافت کے خلیات، اور گاہے بلازمائی خلیات اور کثیرالاشکال نواتی خلیات کی ایک منتشر گرد عروقی دررریزش پائی جاتی ہے۔ کمتر جرابوں کے قریب آکل خلوی قسم کے عفرتی خلیات مشاہدہ کئے گئے ہیں۔ حلیموں کا آذیما اور لمفی عروق کا اتساع دیکھا گیا ہے۔ بعض دموی عروق متسع، اور دوسرے مطموس ہوتے ہیں، اور چھوٹے چھوٹے نزفات دیکھے جاسکتے ہیں۔ برادمہ میں شبکیہ میلغیائی ندبول ہوتا ہے، اور وہ ممکن ہے کہ گنگر خلیات کی صرف چند صفیں باقی رہ جائیں اور طبقۂ ذراتی بعض نقطوں پر مفقود ہوتا ہو۔ اسکے برعکس طبقۂ قرنی دبیز ہوتا ہے، اور قرنی ڈاٹیں جرابوں اور عرق تعاقوں کے فتحات کو بھرتی ہیں۔ ذبول اتصالی بافت اور لچکدار ریشوں کے غائب ہوجانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بال گرجاتے ہیں، اور غدد، جو کہ پہلے پہل متسع ہوتے ہیں، آخرکار تلف ہوجاتے ہیں۔

903

علاج۔ حال ہی میں چند سال سے اِس مزمن اور بدشکلی پیدا کرنیوالے مرض کا علاج سونے کے مرکبات، مثلاً سانوکرائسین (sanocrysin)، کرائی سولگان (krysolgan)، سول گنال (solganal)، اور مماثل تجہیزات کے رواج کے بعد سے نسبتہً بہت زیادہ تشفی بخش ہوگیا ہے۔ اِن اصابتوں کی اکثریت میں نتائج اچھے ہوتے ہیں، لیکن بعض صورتوں میں یہ نتائج مایوس کن ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ وہ اصابتیں جنھیں یہ توران درنی الاصل نظر آتا ہے، بہ نسبت اُن اصابتوں کے جو بظاہر تبیغی سمی سرایت کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہیں، علاج کی مجیبیت زیادہ سرعت کے ساتھ ظاہر کرتی ہیں۔ سونے کے اِن مرکبات کی مقادیر کا انحصار اُس تجہیز پر ہوتا ہے جو استعمال کی جائے، نیز انفرادی مریض کی قوتِ برداشت پر۔

کبھی کبھی ہتی علامات، مثلاً تپ، عام کسلمندی، حکّہ (pruritis) اور ایک عمومی احمراری یا خزازہ نما (lichenoid) طفح جو تحدی غشائے مخاطی کو ماؤف کردیتا ہے، پیدا ہوسکتی ہیں اسیطرح جسطرح کہ فلزاتی تسمم کی دوسری شکلوں میں۔ ایسی ہتی علامات کے وقوع کا انحصار غالباً کبدی وظیفہ کے فشل پر ہوتا ہے، اور ان علامات کے پیدا ہونیکا زیادہ امکان الکحلیوں (alcoholics) میں ہوتا ہے یا دوسرے ایسے اشخاص میں جنمیں صریح کبدی عدم کفایت موجود ہو۔ ان ذہبی مرکبات کے ہر اشراب سے پہلے اگر دو یا تین دن تک روزانہ ۲ تا ۳ اونس گلوکوز (glucose) منقسم معتادوں میں استعمال کی جائے تو معلوم ہوتا ہے کہ اسکا ایک حفظ ما تقدمی اثر ہوتا ہے اور کیلسیم گلوکونیٹ کی پوری خوراکوں کی بھی سفارش کی گئی ہے۔ بعض اصابتوں میں بزمتھ کی تجہیزات کے اشرابات، سونے کے اشرابات کی نسبت زیادہ موثر معلوم ہوتے ہیں، اور حال میں اینٹی لیپرال (antilepral) کے دروں وریدی اور دروں عضلی اشرابات کامیابی کے ساتھ استعمال کئے گئے ہیں۔

معلوم ہوتا ہے کہ ابتک دوسری جتنی چیزیں آزمائی گئی ہیں اُن سب کی نسبت آیوڈین کی بڑھتی ہوئی معتادوں کے داخلی استعمال سے بہت زیادہ فائدہ ہوتا ہے۔ اسے مصفّی روح شراب (rectified spirit) کے اندر ۱ فیصدی محلول کی صورت میں دینا چاہئے، اور آیوڈائڈ آف پوٹاسیئم (iodide of potassium) کے ساتھ تعاملی ممزوج کرنا چاہئے۔ ابتداءً اس محلول کے روزانہ ۵ قطرے دودھ میں لینا چاہئے، اور پھر اس معتاد کو بتدریج بڑھا کر منقسم معتادوں میں روزانہ ۸۰ قطروں تک کردینا چاہئے، بشرطیکہ اس مقدار کی بخوبی برداشت ہوسکے۔ اسکی نسبت بہت زیادہ معتادیں بلا کسی خراب اثر کے دی گئی ہیں، لیکن عدم برداشت کی مثالیں بھی ملتی ہیں۔ کاڈلیور آئل (cod-liver oil) اکثر بہت نفع بخش ہوتا ہے، لیکن اس سے ہاضمہ میں خلل پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ اسکے بجائے کوئی ایک محفوظ المحقوق حیاتینی ترکیب لیا جاسکتا ہے، اور مریض کو کثرت سے دودھ اور کیلسیم سے بھری ہوئی دیگر غذائیں دینی چاہئیں۔ بعض اوقات بالخصوص زیادہ حاد اصابتوں میں، کوئنین اور سالیسین (salicin) مفید ہوتی ہے۔ جب ثوران کا انحصار

کبھی کبھی حتمی علامات، مثلاً تپ، عام کسلمندی، حکّہ (pruritis) اور ایک عمومی احمراری یا حزازہ نما (lichenoid) طفح جو جلدی غشاء مخاطی کو ماؤف کردیتا ہے، پیدا ہوسکتی ہیں۔ اسیطرح جسطرح کہ فلزاتی تسمم کی دوسری شکلوں میں۔ ایسی حتمی علامات کے وقوع کا انحصار غالباً کبدی وظیفہ کے فشل پر ہوتا ہے، اور ان علامات کے پیدا ہونیکا زیادہ امکان الکحلیوں (alcoholics) میں ہوتا ہے یا دوسرے ایسے اشخاص میں جنمیں صریح کبدی عدم کفایت موجود ہو۔ ان ذہبی مرکبات کے ہر اشراب سے پہلے اگر دو یا تین دن تک روزانہ ۲ تا ۳ اونس گلوکوز (glucose) منقسم مقداروں میں استعمال کی جائے تو معلوم ہوتا ہے کہ اسکا ایک حفظ ما تقدمی اثر ہوتا ہے۔ اور کیلسیم گلوکونیٹ کی پوری خوراکوں کی بھی سفارش کی گئی ہے۔ بعض اصابتوں میں بزمتھ کی تجہیزات کے اشرابات، سونے کے اشرابات کی نسبت زیادہ موثر معلوم ہوتے ہیں، اور حال میں اینٹی لیپرال (antilepral) کے دروں وریدی اور دروں عضلی اشرابات کامیابی کے ساتھ استعمال کئے گئے ہیں۔

معلوم ہوتا ہے کہ ابتک دوسری جتنی چیزیں آزمائی گئی ہیں اُن سب کی نسبت آیوڈین کی بڑھتی ہوئی مقداروں کے داخلی استعمال سے بہت زیادہ فائدہ ہوتا ہے۔ اسے مصفیٰ روح شراب (rectified spirit) کے اندر ۱ فیصدی محلول کی صورت میں دینا چاہئے، اور آیوڈائڈ آف پوٹاسیئم (iodide of potassium) کے ساتھ تعامل نہ ممزوج کرنا چاہئے۔ ابتداءً اس محلول کے روزانہ ۵ قطرے دودھ میں لینا چاہئے، اور پھر اس مقدار کو بتدریج بڑھاکر منقسم مقداروں میں روزانہ ۸۰ قطروں تک کردینا چاہئے، بشرطیکہ اس مقدار کی بخوبی برداشت ہوسکے۔ اسکی نسبت بہت زیادہ مقداریں بلا کسی خراب اثر کے دی گئی ہیں، لیکن عدم برداشت کی مثالیں بھی ملتی ہیں۔ کاڈلیور آئل (cod-liver oil) اکثر بہت نفع بخش ہوتا ہے، لیکن اس سے ہاضمہ میں خلل پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ اسکے بجائے کوئی ایک محفوظ المحتوی حیاتینی ترکیب لیا جاسکتا ہے، اور مریض کو کثرت سے دودھ اور کیلسیم سے بھری ہوئی دیگر غذائیں دینی چاہئیں۔ بعض اوقات بالخصوص زیادہ حاد اصابتوں میں، کونین اور سالیسین (salicin) مفید ہوتی ہے۔ جب ثوران کا انحصار

مزمن نبقی سبحی سرایت پر معلوم ہو، تو ممکن الحصول سرایت رساں ماسکوں کو تلاش کرکے اُنکا تدارک کرنا چاہئے، اور ایسی صورت میں ازاں بعد ایک خودزاد نبقی سبحی جُدرین کو عرصۂ دراز تک مناسب مقادیر میں استعمال کرنے سے معیّن فائدہ معلوم ہوتا ہے۔ شدید اصابتوں میں طویل عرصہ تک بستر میں آرام و سکون بہم پہنچنے کے لئے مُصر ہونا چاہئے، اور یہ مکان سے باہر ہو تو زیادہ پسندیدہ ہے۔ بعض اصابتوں میں محتاط شمسی علاج (heliotherapy) یا مصنوعی روشنی کے غسلوں (artificial light baths) سے حیرتناک فائدہ ہوتا ہے، لیکن ابتداءً اصلی ثوران کو شعاعوں سے محفوظ رکھنا قرین مصلحت ہے۔ کیونکہ ممکن ہے کہ تاوقتیکہ انکی برداشت نہ حاصل ہوجائے ان سے ثوران میں زیادتی ہوجائے اور وہ حاد ہوجائے۔

مقامی طور پر۔ حاد اور ریزش دموی اصابتوں میں مبرد غسولات، مثلاً کلامائن (calamine) اور رصاص (lead) کے غسولات، لگانے چاہئیں۔ زیادہ مزمن اصابتوں میں، جنمیں زیادہ در ریزش نہ ہو، بعض اوقات خم ناپذیر کلوڈیئن (non-flexible collodion) کا مسلسل فادہ جسمیں دس فیصدی سیلی سلک ایسڈ شامل کیا جاسکتا ہے، نفع بخش ہوسکتا ہے، بلکہ ممکن ہے کہ اس سے چکتیاں غائب ہوجائیں۔ ثابت قسم کی مزمن چکتیوں کا علاج زیادہ سرگرمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ چھلکوں کو نرم صابن اور اسپرٹ سے یا سیلی سلک ایسڈ کے پلستر کے ذریعہ نکالدینا چاہئے، اور پھر چکتیوں پر ٹنچر آف آیوڈین کی پھریری لگائی جاسکتی ہے، اور اسی کے ساتھ کونین کا داخلی استعمال بھی کیا جاسکتا ہے (Hollander)۔ یا ایک کانچ کی ڈنڈی کو ٹیکٹک ایسڈ کے ۴ حصّوں اور کاربولک ایسڈ کے ایک حصہ کے آمیزہ میں ڈبوکر چکتیوں کو اس سے ہفتہ میں ایک بار ٹچ کرسکتے ہیں۔ کاربن ڈائی آکسائڈ کی ٹھوس برف (carbon dioxide snow) کو پندرہ ثانیوں تک معتدل دباؤ کے ساتھ بار بار لگانے سے گو ممکن ہے کہ شدید تعامل پیدا ہوجائے، مگر ممکن ہے کہ اس سے مزمن چکتیاں غائب ہوجائیں۔ زنک (zinc) یا کاپر سلفیٹ (copper sulphate) کے ذریعہ روانساقی (ionisation)، تشریط (scarification)، بلکہ کیّ (cauterisation) سے کام لیا گیا ہے مگر انکے نتائج مختلف ہوتے ہیں۔ لاشعاعوں (X-rays) اور فنسن لائٹ

(Finsen light) کے استعمال سے فائدے کی نسبت نقصان ہونیکا زیادہ احتمال ہے یاد رکھنا چاہئے کہ مقامی علاج گو بہت نفع بخش ہوتا ہے مگر اس سے توالی کی روک تھام نہیں ہوتی۔ اسی وجہ سے اُس بنیادی سرایت کے مقام کا پتہ لگانے کی ممکنہ کوشش کرنی چاہئے جو مرض کا اصلی سبب ہے۔

904

وردیہ
(rosacea)

(وردیتی تقطیر gutta rosea—acne rosacea)

اس مرض کے ابتدائی ترین درجے میں چہرے کا نوبتی تورد ہوتا ہے جو عموماً کھانے کے بعد یا گرمی اور سردی میں تکشف ہونے پر پیدا ہوجاتا ہے۔ ابتداً تو بیش دموریت ناک اور وجنی خطوں کو ماؤف کرتی ہے لیکن بعد میں وہ پیشانی کے مرکز اور ٹھوڑی تک پھیل جاتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد یہ تورد مستقل ہوجانے کا رجحان رکھتا ہے اگرچہ وہ اپنی شدت میں مختلف اوقات میں مختلف ہوتا ہے' اور بالآخر صغیر عروقی اتساعات نمودار ہوجاتے ہیں۔ یہ اُن اشخاص میں جنکا محیطی دوران خون ضعیف ہوتا ہے خاص طور پر کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ بیشتر اصابتوں میں اس تورد کے ساتھ سیلان الدہن اور بعض اوقات تعرق موجود ہوتا ہے' اور شعری دہنی جرابوں کے گرد ثانوی التہاب پیدا ہوجانے کا بہت امکان ہوتا ہے' جسکی وجہ سے بالآخر قائحات اور بثور بنجاتے ہیں اور ان سے بڑی بدشکلی پیدا ہوجاتی ہے۔ وقتاً فوقتاً ان التہابی اضرار کے تازہ حملے ہوتے رہتے ہیں' اور عورتوں میں یہ ایام حیض سے عین پہلے نہایت کثیر التعداد ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں عسر ہضم پذیر غذا یا شراب کے استعمال سے ہمیشہ انکا تازہ حملہ ہوسکتا ہے۔ اگرچہ عموماً یہ مرض ناک اور گالوں پر سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے' تاہم ممکن ہے کہ یہ ٹھوڑی کو خاص طور پر ماؤف کردے' بالخصوص عورتوں میں۔ ایسے مریضوں میں اس مقام پر عسیر الاندمال سرخ بثور اور قائحات کی فصلیں مسلسل نمودار ہوتی رہتی ہیں۔ کہتے ہیں یہ قسم مبیضی یا رحمی عوارض کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ اس مرض کی ایک دوسری قسم میں جلد چربیلی ہونے

کے بجائے خشک ہوتی ہے ' اور اوپری ' سرخ ' چھلکے دار چکتیاں جنکے ساتھ چھوٹے چھوٹے قائمات مخلوط ہوتے ہیں بیشتر دمویتی رقبوں پر نمودار ہو جاتی ہیں ۔ کہبت جگر کی بعض اصابتوں میں ' شدید وردیہ جسکے ساتھ شدید ثانوی تنفی عنبی سرایت ہو نہ صرف "رقبۂ توزرد" کو ' بلکہ گالوں کے پچھلے حصوں اور پیشانی حتیٰ کہ کانوں اور زیریں فکی خطوں کو بھی ماؤف کرتا ہے ۔ کہبت والی نوجوان لڑکیوں میں راقم الحروف نے اس قسم کی دو اصابتیں دیکھی ہیں ۔

وردیہ کی کہنہ اصابتوں میں اُس مرضی حالت کے پیدا ہو جانے کا امکان ہے جسے عقدۃ الانف (rhinophyma) کہتے ہیں ۔ یہ نہایت عام طور پر اُن انکحل عادتوں والے اشخاص میں دیکھی جاتی ہے جو اپنے پیشہ کی وجہ سے سرد ہواؤں میں کھلے رہتے ہیں ۔ اِسمیں ناک بڑے بڑے لنگدار یا معلق بروزات لئے ہوئی ہوتی ہے جنکو گہرے فجوات جدا کرتے ہیں ۔ انکا رنگ گہرا بنفشئی ہوتا ہے ' بڑی بڑی متسع وریدیں انکی سطح پر سے گزرتی ہیں ' اور بیشتر پرورده دُہنی غدد کی متسع جرابات اِن سطحوں کو گڑھے دار بنا دیتی ہیں ۔

وردیہ کے مریضوں کے سوء ہضم کی علامات کا انحصار بعض اوقات مزمن التہابِ معدۂ (chronic gastritis) پر ہوتا ہے جسکے ساتھ کم نمک ترشگی ہو ۔ ایسے مریضوں میں کھانے کے بعد پُری کا احساس ' ریحیت ' اور بعض اوقات سوزشِ سینہ (heart-burn) اور متلی کا احساس ہوتا ہے ۔ اکثر اشتہا ضعیف ہوتی ہے ' اور آنتوں میں قبض ہوتا ہے ۔ اِس کے برعکس سوء ہضم کے موضوعی علامات ممکن ہے مفقود ہوں ۔

وردیہ کی ایک اہم پیچیدگی ' عینی اضرار کا وقوع ہے ' جو کہ تقریباً ۵ فیصدی اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں ۔ تاہم مزمن التہابِ الجفن (chronic blephritis) جو کہ سیلانِ الدہنی مریضوں میں اسقدر عام ہے ' زیادہ کثرت سے دیکھا جاتا ہے ۔ عینی اضرار کی جماعت بندی حسب ذیل کیجا سکتی ہے :۔

(۱) ملتحمی عروق کا سادہ اتساع ' یعنی ملتحمات ' جو چہرے کے وردیئی رقبہ میں شامل ہو جاتے ہیں ۔ (۲) تنفطی التہاب ملتحمات ۔ (۳) قرنیتی تقرح ' جو کہ

نفیلات کے ٹوٹنے پھوٹنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ (۲) منتشر قرنیت (diffuse keratosis)۔

آخرالذکر تین، بدیہی طور پر ایک ریم راسرایت کا نتیجہ ہوتے ہیں، جس کا مقابلہ اس سرایت سے کیا جا سکتا ہے جو کہ وردیتی رقبہ کی جلد پر واقع ہوتی ہے لیکن دونوں کی شدت کے درمیان کوئی موازنات ہونا لازمی نہیں، اور گاہے آنکھ کے اضرار، وردیہ کے فعال ظہور سے پہلے پیدا ہو سکتے ہیں۔ اگرچہ آخرالذکر کا کامیاب علاج یعنی التہاب کو بھی موقوف کر دیتا ہے، تاہم قرنیتی تقرح ممکن ہے شدید اور دشوار علاج ہو، اور اسکے نتیجہ میں جو ندبات پیدا ہوتے ہیں وہ بصارت کو مستقل طور پر لٹا سکتے ہیں۔

تشریح ۔ ابتدائی درجوں میں محض آدمہ کی عروق شعریہ کا اتساع ہوتا ہے، بالخصوص شعری ذہنی جرابوں اور غدد عرقیہ کے گرد، اور کسیقدر صغیر خلوی دررزش ہوتی ہے۔ جرابوں کے گرد مزمن التہاب ہونے سے بثور بنجاتے ہیں۔ عقدۃ الانف (rhinophyma) میں ذہنی غدد کی بے انتہا بیش پرورش واقع ہو کر لیفی بافت کی نئی تکوین ہوجاتی ہے۔

905

بحث اسباب ۔ وردیہ ریعان میں نمودار ہو سکتا ہے، لیکن بالعموم تیسرے یا چوتھے عشرے میں شروع ہوتا ہے، اور آخری سالوں میں کم یا غائب ہوجاتا ہے۔ یہ مردوں کی بہ نسبت عورتوں میں کہیں زیادہ عام تر ہے، اور جب یہ رجحان موجود ہو تو بلاشبہ زمانۂ حیض اور آیاس میں اسکا اشتداد ہوجاتا ہے۔ اس امر کے لحاظ سے جوش دمویت فعال ہے یا مجہول، اس فتور کی دو قسمیں شناخت کی جا سکتی ہیں اول الذکر حالت میں ماؤف رقبہ شوخ سرخ ہوتا ہے، اور بدہضمی، گرم مشروبات، حرارت میں تکشف، یا جذباتی اختلال توتد میں شدت پیدا کر دیتے ہیں۔ آخرالذکر میں مجہول امتلاء ہوتا ہے، چنانچہ رنگت نیلی سی یا ارغوانی ہوتی ہے، اور سردی میں تکشف خاص شدید حائل ہوتا ہے۔ مجہول قسم مزمن قلبی یا رئوی مرض والے اشخاص میں بھی ملتی ہے۔ تاہم دونوں اقسام میں، دورانی اختلالات عام ہوتے ہیں اسطرح کہ محیطی عروق حرکی طناب غیر مستحکم ہوتا ہے۔ جوارح اکثر ٹھنڈے، یا باری باری سے ٹھنڈے

اور گرم ہوتے ہیں، اور بہت سے مریض، خصوصاً عورتیں "مردہ انگلیوں" کا رجحان رکھتی ہیں، جیسی کہ ریناڈ کے مرض (Raynaud's disease) میں دیکھی جاتی ہیں مجہول قسم میں "تخصرتی دوران خون" عام ہوتا ہے، اور وردیہ ممکن ہے محض اسی کا جزو ہو یعنی سردی میں تکشف پہ ناک اور وجنی خطوں کے اوپری عروق میں رکود ہو جائے تسبیبی نقطۂ نگاہ سے اس میں اور حقیقی وردیہ میں فرق ہے، اگرچہ ممکن ہے دونوں بیک وقت موجود ہوں۔

حالیہ مشاہدات (37) بتاتے ہیں کہ آخرالذکر میں وردیتی رقبہ کے معکوس توترد کا معمولی سبب، معدے کی دیوار میں تنیدگی کا بڑھ جانا ہے، جو ممکن ہے (ا) تخلی میں تاخیر (ب)، کمزور حرکت دودی (ج) یا زیر تنیدگی، جس سے معدہ میں تمدد کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے (د) بیش سریع حرکت دودی (س) اور معدی تشنج کا نتیجہ ہو۔ لہٰذا ہر وہ چیز جو معدی تمدد پیدا کرے، مثلاً حجم دار، ناکافی طور پر چبائے ہوئے کھانے، چھنے ہوئے آٹے کی روٹی، اور سیال کی بڑی مقدار، یا جو طبعی حرکت دودی میں مداخلت کرے، توترد کی تحریک کرے گی۔ معاون عوامل، جو کئی ایک ہیں مثلاً حیض، ایاس، مونث حوضی اعضا کے دردناک فتور، مزمن مرائتیں، اور نفسیاتی اختلالات، مثلاً تشویشی حالت (anxiety state) غالباً انکا اثر معدی تنیدگی پر انکے فعل کے باعث ہوتا ہے۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے (38) کہ طویل المدت تشویش معدہ کی زیر تنیدگی اور حرکت دودی کا امتناع واقع کر دیتی ہے، اور ایسی ہی حالت عورتوں میں زمانۂ ماقبل حیض میں واقع ہوتی ہے۔ یہ امر مشکوک ہے کہ واضح التہاب معدہ کس حد تک موجود ہوتا ہے۔ وردیہ کے مریضوں میں کسری امتحانی غذا کے نتائج پر بے شمار مشاہدات کئے گئے ہیں، اور یہ امر ثابت ہو چکا ہے کہ معدی ترشگی اور وردیتی رجحان کے درمیان کوئی تناسب نہیں ہے، کیونکہ ہائڈروکلورک ایسڈ کا افراز مفقود، قلیل، طبعی یا وافر ہو سکتا ہے۔ اگرچہ ہائڈروکلورک ایسڈ دینا اکثر اوقات نمایاں طور پر مفید ہوتا ہے، کم ترشگی اور ترشہ کے طبعی بلکہ وافر افراز کی حالتوں میں یہ مساوی طور پر ایسا ہو سکتا ہے۔ لہٰذا اسکا فعل غالباً معدی تنیدگی اور حرکت دودی پر اسکے اثر پر منحصر ہے۔ قلویات، جو کھانے سے پہلے دی جائیں،

اور کاربنیتِ ریاح، بلاشبہ اسی طرح فعل کرتے ہیں۔ مزمن انکحلیوں اور چائے نوشوں میں وردیہ کی کثرت وقوع کچھ تو التہاب معدہ کی وجہ سے ہوتی ہے، کچھ سیال کی بڑی مقداروں سے پیدا شدہ زیر تنیدگی اور تمدد کی وجہ سے، اور کچھ الکحل اور گرم مشروبات کے ذریعہ توتر کے اشتداد کی وجہ سے۔

تشخیص۔ وردیہ کو معمولی تفطیر (acne vulgaris) سے نصول کی غیر موجودگی سے اور اس حقیقت کی وجہ سے تمیز کیا جا سکتا ہے کہ وہ نسبتہً زیادہ عمر میں نمودار ہوتا ہے۔ لیکن یہ دونوں مرض اکثر اوقات ایک ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ احمراری ذئبہ (lupus erythematosus) میں عموماً واضح الحدود چکتیاں موجود ہوتی ہیں، جنکے کنارے ابھرے ہوئے اور چھلکے منضم ہوتے ہیں، اور اوپری انداب پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ وردیہ درنی توران سے تفریق پر پہلے بحث کی جا چکی ہے۔ آتشکی توراناتِ کے ساتھ غلط ملط واقع نہ ہونا چاہیئے۔

علاج۔ مریض کو بھاری کھانوں، سیال کی بڑی مقداریں لینے، اور تکان کی حالت میں کھانے سے اجتناب کرنا چاہیئے۔ میدے کی روٹی قطعاً ممنوع کر دینی چاہیئے، کیونکہ صائم ناسوروالے ایک مریض میں یہ مظاہرہ کیا جا چکا ہے کہ جب خستہ سینکی ہوئی روٹی کھائی گئی تو ناسور پر مائع مادہ کی صرف تھوڑی سی مقدار ظاہر ہوئی، لیکن جب میدے کی روٹی لی گئی تو بڑے بڑے، گندھے ہوئے آٹے کے سے ڈلے نکلے۔ دوسری نرم نشاستہ دار غذاؤں سے بھی اجتناب کرنا چاہیئے، مثلاً دودھ یا چربی کی پڈنگ (milk or suet pudding)، بھاری کیک (cakes) اور دلیے (porridge) سے۔ الکحل بہت کم لینی چاہیئے، یا بالکل نہیں لینی چاہیئے، اور تیز چائے یا کافی اور دوسرے گرم مشروبات منع کر دینے چاہئیں۔ قئ، لوزی، یا انفی بلعومی عفونت کی جستجو نہایت احتیاط کے ساتھ کرنی چاہیئے اور اگر ایسی عفونت موجود ہو تو اس کا تدارک کرنا چاہیئے۔ معدی رس کا امتحان وظیفی طریقے سے کر لینا ہمیشہ مناسب ہے، اور بعض اصابتوں میں پورے غذائی خطے کے لاشعاعی امتحان کی ضرورت ہوتی ہے۔ بیشتر اصابتوں میں کھانے سے پہلے ایک قلوی آمیزہ [مثلاً بگنید سوڈا بائی کارب ۲۲ گرین، ٹنکچر ریہائی کو (Tinc. Rhei Co.) ۴۰ قطرے، ٹنکچر زنجبیر سس

906

(Tinc. Zingiberis) ۳۰ قطرے، ایکوا کلوروفارم (aq. chloroform) تا بحد ایک اونس] دینے سے اور مرقق ہائڈروکلورک ایسڈ کی پوری مقادیر (۳۰ تا ۴۰ قطرے) دن کے تین خاص کھانوں کے ساتھ یا اُنکے بعد دینے سے بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ دوسری دوائیں جو بعض اوقات مفید ہوتی ہیں، بسمتھ (bismuth) اور اکتھیال (ichthyol) ہیں۔ اِن دونوں کو خلوئے معدے کی حالت میں دینا چاہئے۔ جذباتی یا اور غیر موافق ماحول کا امکانی اثر ہمیشہ ذہن نشین رکھنا چاہئے، اور مدبّرانہ نفسیاتی معالجہ بعض اوقات نمایاں فائدہ دیتا ہے۔ بے قاعدہ حیض والی عورتوں میں اور ایاس کے دوران میں فعال مبیضی خلاصہ جات کی ضرورت ہے۔ مقامی طور پر خاص داعیۂ علاج یہ ہے کہ سیلان الدہن اور اُس سے پیدا ہونے والی ثانوی سرایت کو روکا جائے۔ خفیف اصابتوں میں رات کے وقت ہلکا اکتھیال کا زبدہ یا لئی (weak icthyol cream or paste) اور دن میں غسول کلامائن (calamine lotion) لگانا چاہئے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں رات کے وقت ایک ایسی لئی لگائی جائے، جس میں گندھک (sulphur) سیلی سلک ایسڈ (salicylic acid) اور ریسارسین (resorcin) شامل ہو۔ اگر قاحیت زیادہ ہو تو لاسر کی لئی (Lassar's paste) مفید ہے، جس میں ۲ فیصدی زرد آکسائڈ آف مرکیوری (yellow oxide of mercury) موجود ہوتا ہے۔ متسع وریدکوں کو برق پاشیدگی سے، یا کاربن ڈائی آکسائڈ اسنو (carbon dioxide snow) کے بار بار ہلکے انجماد کے ذریعہ تلف کیا جا سکتا ہے۔ خفیف درجہ کے عقدۃ الانف میں بیش پرورده بافت کو نشتر سے نکالدیا جائے تو بہترین تجمیلی نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ لاشعاعوں کی قلیل مقادیر بعض اوقات مفید ہوتی ہیں۔

شری

(URTICARIA)

قارصہ (nettlerash) (urtica بمعنی بچھوا) کے ثوران کے اصلی اجزاء ذرو ٹے (pomphi بمعنی سلاقات) ہیں۔ یہ جلد کے سخت اور محدّب اُبھار ہوتے ہیں،

جلکا رنگ گلابی' یا مرکز سپید ہوتا ہے' جہاں اُذیما شدید ترین ہوتا ہے' اور جو ایک سرخ ہالیزہ سے گھرا ہوا ہوتا ہے جسے "ومک" ("flare") کہتے ہیں۔ یہ گول یا بیضوی یا حلقی ہوسکتے ہیں' اور بعض اوقات چکر دار شکلیں بنا دیتے ہیں۔ جسامت میں چھوٹے چھوٹے واضح الحدود بثور (بثوری شری = urticaria papulata) سے لیکر بڑے بڑے وسیع الحدود رقعوں تک مختلف ہوتے ہیں بشا ذ اصابتوں میں ذرولے کی سطح پر ایک آبلہ یا چھالا بن سکتا ہے (حبابی شری = U. bullosa)۔ دیو پیکر شری (giant urticaria)(عفریتی شری = U. gigans) میں ارتشاح تحت الجلد ہوتا ہے (وعائی عصبانی اذیما = angeioneurotic œdema)' اور مرغی کے انڈے کی جسامت کی یا زیادہ بڑی محدود گول گرکیں ہوتی ہیں' یا پپوٹوں' لبوں اور جوارح جیسے حصوں کا منتشر ورم ہوسکتا ہے۔ معمولی شری اور دیو پیکر شری دونوں میں انفرادی اضرار سریع الزوال ہوسکتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ چند منٹ سے لیکر چند گھنٹوں تک ہی قائم رہیں۔ اس ثوران کے ساتھ شدید کھجلی ہوتی ہے' جسکی وجہ سے مریض کو کھرچنے بغیر چین نہیں آتا اور اس طرح کھرچنے سے اور نئے ذرولے پیدا ہوجاتے ہیں (مصنوعی شری = U. factitia)۔

اس مصنوعی شری اور جلد نگاری (dermographism) کے درمیان تفریق کرنی چاہئے۔ جیسا کہ بتلایا گیا ہے' اول الذکر کسی شخص کی جلد کو کھرچنے یا رگڑنے سے پیدا ہوجاتی ہے' جبکہ وہ شری حالت میں ہو۔ اسکے برعکس بعض اشخاص میں جو شری نہیں ہوتے' جلد کو آہستہ سے سلنے ہی سے اسیطرح کے ذرولے پیدا ہوجاتے ہیں۔ اس مظہر کو جلد نگاری کہتے ہیں' اور اسمیں اور حقیقی شری میں یہ فرق ہے کہ اس کے ساتھ کھجلی نہیں ہوتی۔ لیکن جلد نگاری کا رجحان بھی ایک درجہ کا سوال ہے' اور طبعی اشخاص کے بہت بڑے تناسب میں بھی زور سے سلنے پر سپید ذرولے نمودار ہوجاتے ہیں۔

بحث اسباب ۔ ذرولا خواہ وہ کسیطرح بھی پیدا ہوا' ایک پیچیدہ تعامل ہے' جسے لیوئس (39) نے "سہ گونہ جیبیت" کے نام سے موسوم کیا ہے۔ وہ مندرجۂ ذیل مظاہر پر مشتمل ہوتا ہے:۔ (الف) جلد کے دقیق عروق کا ایک اولی

اور مقامی اِتساع ' (ب) متصل شریانکوں کا ایک وسیع پھیلا ہوا اِتساع ' جس سے "دمک" ("flare") پیدا ہو جاتی ہے ' اور جو تمامتر ایک مقامی عصبی منعکسہ سے پیدا ہوتا ہے اور (ج) مقامی طور پر ' عروق کی دیواروں کی بڑھی ہوئی نفوذ پذیری ' اور مصلی سیال کا اِرتشاح جس میں وافر البیومین ہوتا ہے ۔ کبھی کبھی وسیع عروق کے گرد گول خلیوں کی تراکم ہوتی ہے ۔ یہ پیچیدہ تعامل نہایت مختلف الاقسام ہیجات سے پیدا ہو سکتا ہے ' مثلاً میکانی ' حراری ' برقی ' اور کیمیائی ہیتجات سے ' لیکن اغلب ہے کہ ' خواہ سبب محرک کچھ بھی ہو ' ددوڑا جلد میں ہسٹامین (histamine) یا کسی ہسٹامین نما شے کی رہائی کے سبب سے ہوتا ہے ۔ اِس میں شبہ نہیں کہ جلد میں ہسٹامین کے ایک محلول (مثلاً ۳۰۰۰ میں ایک) کے اِشراب سے تمثیلی ددوڑے تجربتہً پیدا کئے جا سکتے ہیں

907

شری یا جلد نگاری ددوڑے کو تفترر کا ایک خاص مقامی تعامل سمجھا جا سکتا ہے جو کسی حد تک حفاظتی ہے ' اس گونہ محبیت کے ذریعہ جو اس ددوڑے کو بناتی ہے ' متفترر رقبہ میں سیلانِ خون اور لمفی رسد زیادہ ہو جاتی ہے ' جو "مضر اشیاء کو دھو کر بہا دینے یا رقیق اور ہلکا کر دینے کا رجحان رکھتی ہے ' اور ماؤف خطّے کے عروق میں سے سپید خلیوں کو زیادہ سرعت کے ساتھ لاتی ہے" (Lewis)۔

شری ددوڑا ' خراش آور اشیاء کا (خواہ یہ اشیا مقامی طور پر جلد میں لگائی جائیں یا یہ اندر سے جذب ہوں) ' اور طبیعی ہیتجات سے تفترر کا ایک عام ترین جلدی تعامل ہے ۔ ہسٹامین کے علاوہ کثیر التعداد کیمیائی اشیاء (ترشے ' قلویات ' فارمالڈیہائڈ ' بعض فلزات اور الکولائڈز کے ملحات ' آیوڈین ' رائی کا تیل ' کنتھریڈین ' وغیرہ) اگر جلد میں مشرب کر دی جائیں تو ددوڑے پیدا کر دیں گی ۔ یہاں عام طور پر حساس شدگی کا سوال (جس کا تذکرہ بعد میں کیا جائیگا) نہیں پیدا ہوتا ' اور یہی بچھوا کے کاٹے (nettle-stings) کے لئے اور کسی حد تک ڈنک مارنے والے حشرات کے کاٹوں کے لئے سچ ہے ۔ اسکے برعکس ' ایسے حشرات جیسے کہ پسوؤں ' مچھروں ' پشہوں (gnats) اور جوؤں کے کاٹنے کی حالت میں حساس شدگی اور مناعت کے عاملات کا لحاظ لازم ہے ۔ وہ اشخاص جنہیں چھ ہے کے پسوؤں نے پہلی بار کاٹا ہو کوئی تعامل ظاہر نہیں کرتے ' لیکن اُنکے متواتر کاٹنے کے بعد نمایاں مقامی تعامل پیدا ہو جاتے ہیں '

کیونکہ وہ اشخاص حساس شدہ بنجاتے ہیں (40)۔ اُن اشخاص میں جنھیں بعض حشرات نے عرصۂ دراز تک متواتر کاٹا ہو، مناعت کا پیدا ہوجانا ممکن ہے۔ مثلاً اُن قریوں کے دیہی باشندے جہاں سِمُولیئم مکھیاں (simulium flies) بکثرت ہیں اِن مکھیوں کے کاٹنے کی مناعت حاصل کر لیتے ہیں (41)، اور یہ بات اچھی طرح معلوم ہے کہ جو اشخاص پِسّوؤں، جوؤں اور کھٹملوں کے کاٹنے کا ہمیشہ ہدف بنے رہتے ہیں وہ کچھ عرصہ کے بعد اُنکا بہت کم تعامل ظاہر کرتے ہیں یا کوئی تعامل نہیں ظاہر کرتے۔

اندرونی مبداؤ کے شری کے متعلق یہ یاد رکھنا چاہئے کہ خالص شری ثوران کے علاوہ، جسکے ساتھ اُسکی تحت الجلدی قسم ہو یا نہ ہو، ستی مبداء کی مختلف حالتوں [مثلاً نما شکل التہابِ جلد (dermatitis herpetiformis) حکاک (prurigo) کی مختلف قسموں، اور نوری حساس شدگی (light sensitisation)] میں بھی شری دَدوڑے پیدا ہو سکتے ہیں۔ بہت سی مثالوں، مثلاً دوائی، غذائی یا مَصلی طفحات میں، ثوران کثیر الاشکال ہوتا ہے، اور اُسمیں گوناگوں اور مختلف رنگ رُوپ کی اِحمراری چکتیوں کے ہمراہ شری دَدوڑے مخلوط ہوتے ہیں، اور بعض اوقات اکزیمائیت بھی پائی جاتی ہے۔ بعض غذاؤں، بالخصوص مچھلی کے استعمال کے بعد نہایت عام طور پر ایک مخلوط شری اور اکزیمائی ثوران نمودار ہوجاتا ہے۔

شری اور وعائی عصبائی اُذیما (angeioneurotic œdema) دراصل عصبائی عروقی تعاملات ہیں، جو شری کی حالت میں اَدمی، اور وعائی عصبائی اُذیما کی حالت میں تحت الجلدی ہوتے ہیں۔ بَرجِلد صحیح و سالم رہتی ہے، باستثناء اِسکے کہ حبابی شری میں (جو شاذ ہے) وہ شدید مصلی ارتشاح سے تمام تر اُٹھ آتی ہے یا دررختہ ہوجاتی ہے۔ اسکے برعکس اکزیما میں، جیسا کہ دیکھا جائیگا، بَرجِلدی حساس شدگی (epidermal sensitisation) اصلی عامل ہوتی ہے، اور جلد کا اکزیمائی تعامل بَرجلدی اَدمی تعامل ہے۔ یہ سمجھنا آسان ہے کہ اگر اَدمی اور بَرجلدی بافتیں دونوں اُسی اینٹی جن کے لیے حساس شدہ ہوں تو کسطرح اِس سے ایک مخلوط شری اور اکزیمائی ثوران پیدا ہوسکتا ہے۔

اندرونی مبداء کی شری غالباً ہمیشہ اس امر کی دلالت ہے کہ شخص ایک

حسّاس شدہ یا حسّاسیتی حالت میں ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ ثوران گرم غسل یا سخت ورزش کے بعد یکایک اور پہلی بار پیدا ہوجاتا ہے، جس سے بلاشبہ جِلدی عروق میں دوران کرنے والی اینٹی جن کا ایک سیلابِ عظیم واقع ہوجاتا ہے، اور بعض مزمن اصابتوں میں یہ حملے صرف اُسیوقت واقع ہوتے ہیں جبکہ کسی طبعی تہیّج سے یا کسی جذبہ کی شدت سے جِلد میں امتلا پیدا ہوجاتا ہے۔ اِسمیں شک نہیں کہ اصلی ثوران ہسٹامین کی رہائی کے باعث ہوتا ہے، جو دوران کرنے والی اینٹی جن کے حسّاس شدہ آدمی بافت کے تماس میں آنے سے واقع ہوتی ہے 'یعنے تعفّر کے جواب میں۔ کسی ایسے شخص میں جو کسی خاص شے، مثلاً مچھلی یا انڈے، کی حسّاسیت رکھتا ہو، جِلد کے اندر اینٹی جنی شے کے مُرَقّق خلاصہ ـــــ کے اور ہسٹامین کے ایک محلول کے اشراب سے بعینہٖ مماثل تعاملات بیک وقت واقع ہوتے ہیں۔ مزید برآں یہ ہسٹامین جِلد کے اُس رقبہ کو، جس پر یہ لگائی گئی ہے، اُس اینٹی جنی محلول کے لئے گریزی بنادیتی ہے، اور آخرالذکر اپنے رقبہ کو ہسٹامین کے لئے گریزی بنادیتا ہے۔

908

اندرونی مبداء کا شری ثوران پیدا کردینے والی اشیاء کی تعداد بے شمار ہے۔ اُنکی جماعت بندی حسب ذیل کی جاسکتی ہے:۔

(۱) اغذیہ اور مشروبات۔ اِنکی عام مثالیں یہ بیان کی جاسکتی ہیں:۔ مچھلی، قشری حیوانات، ذومصراعین (bivalves)، لحم خنزیر اور کلہ، انڈے، گرمتے، سپاریاں، اناج، بعض پھل اور سبزیاں، شراب انگوری اور دیگر مشروبات۔ اِن اشیاء میں کی اینٹی جنیں خود پروٹین نہیں ہیں، کیونکہ وہ اُس زیر بحث شے کے خالی از پروٹین رَق پاشیدہ (protein free dialysate) میں موجود ہوتی ہیں، جیسا کہ مثلاً انڈوں کی حالت میں بتلایا گیا ہے (42)۔ بعض اصابتوں میں کسی خاص غذا کی حسّاسیت اِسقدر زیادہ ہوتی ہے کہ اُسے صرف مُنہ کے اندر لینے سے شری کا حملہ شروع ہوجاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں اُس حملے کا اِنحصار اُس کے ناکمل ہضم پر ہوتا ہے، جس کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ اینٹی جن غیر متغیر صورت میں جذب ہوجاتی ہے۔ اُن مریضوں میں جنھیں بے ترشگی (achlorhydria) کی شکایت ہوتی ہے، یا ہائیڈروکلورک دینے سے عمل رک جاتا ہے، خواہ وہ غذا لی جائے جو

معمولاً شری پیدا کردیتی ہے۔ بعض مریض صرف ایک ہی غذا کی حسّاسیت رکھتے ہیں اور بعض کئی غذاؤں کی، اور پھر بعض کی یہ حالت ہوتی ہے کہ کوئی خاص شئے سبب نہیں قرار دیجا سکتی، گو یہ صاف واضح ہوتا ہے کہ اُن میں غذائی خطے سے آینٹی جن جذب ہوتی ہے۔

(۲) ادویہ۔ کثیر التعداد دوائی اشیاء شری طفحات یا احمراری شری طفحات پیدا کرسکتی ہیں، مثلاً بلسانات (balsams)، افیون، کونین، سیلی سلیٹس (salicylates)، آیوڈائیڈز (iodides)، منومات کا باربٹون گروہ (barbitone group)، سنکھیا (arsenic)، آرسینو بنزال (arsenobenzol)، اور بہت سی دوسری اشیاء۔

(۳) علاجی مَصل (therapeutic sera)۔ مصلی مرض (serum sickness)، جسمیں شری ایک نمایاں علامت ہوتی ہے، گھوڑے کے مصل کے سبب سے ہوتا ہے، نہ کہ اُس قصد سم کے سبب سے جو اُسکے اندر موجود ہوتا ہے، اسیواسطے اُن لوگوں میں جو پہلے سے اسپ حسّاس (horse-sensitive) ہوں، علاج بالمصل خطرہ کا باعث ہے۔

(۴) جراثیمی سرائتیں۔ مزمن شری کا انحصار کسی ایسی سرایت پر ہوسکتا ہے، مثلاً سرایت زدہ دانتوں، لوزتین، یا انفی اجواف، مزمن التہاب زائدہ التہاب مرارہ (cholecystitis) یا التہاب غدۂ قدامیہ (prostatis)، بولی خطے کی عُصَیّۂ قولونی (B. coli) سے سرایت، اور معاء میں غیر طبعی قولونی نما عصیات کی موجودگی پر۔

(۵) حیوانی طفیلیات۔ امعائی کرم، کیسیات (hydatids)، اور طفیلی نخز حیوانات (parasitic protozoa)۔ ڈبلیو۔ جیڈاسون (W. Jadassohn) نے بتلا دیا ہے کہ صفاری کرم (ascaris worm) کی حقیقی آینٹی جن کو (جو حسّاس شدہ اشخاص میں شدید شری، دمہ، یا اکزیما پیدا کردیتی ہے) حرارت تلف نہیں کرتی اور یہ آینٹی جن رِق پاشیدنی (dialysable) ہوتی ہے۔ لہٰذا جسطرح غذائی آینٹی جنوں کی حالت میں ہوتا ہے، یہ بھی پروٹین نہیں ہے۔

اُسوقت جبکہ اینٹی جن غذائی قنال سے جذب ہوئی ہو، اور کم از کم بعض اوقات میں اسوقت جبکہ وہ غیر غذائی قنالی مبداء سے داخل ہوئی ہو، ان دونوں صورتوں میں حساسیتی تعاملات، مثلاً شری، کو روکنے میں غالباً جگر کے پروٹین شبیتی اور ہضم ربا وظائف نمایاں حصہ لیتے ہیں۔ فی الحقیقت جگر کو بلحاظ مدافعت سمجھنا چاہیئے، اور جب اِس کا فشل ہوجاتا ہے تو ممکن ہے کہ اسکے بدل کے طور پر جلد، بوجہ اپنی خلیہ اجسام بنانے کی قابلیت کے اور خون میں دوران کرنے والے ضد اجسام کو مثبت کر دینے کی قابلیت کے (جو پراؤس نٹز کوسٹنر Prausnitz-Kustner: کے تعامل سے ظاہر ہوتی ہے) ایک حفاظتی وظیفہ انجام دینے لگے۔ شری اور حساسیت کے دوسرے جلدی ظواہر کو اینٹی جنی ضد جسمی تعاملات سمجھنا چاہیئے، جو اول الذکر کو تلف کر دینے کے لئے مرتب ہوتے ہیں، اور اِس طریقہ سے دوسرے زیادہ حیوی اعضا کو محفوظ رکھتے ہیں تمیلی مرض میں، بعض حکاکات میں، حاد شری اور حاد عصابی اُذیما کی بعض اصابتوں میں، اور شری اور دوسرے ثورانات میں جو فلزاتی تسمم (آرسینو بینزال، بسمتھ، سونے، وغیرہ) کے اثر سے ثانوی طور پر پیدا ہو جاتے ہیں، اکثر ایک دو ہیئتی قسم کا مثبت وان ڈن برگ تعامل (Van den Berg reaction of the biphasic type) پایا جاتا ہے، جس کے ساتھ بول میں حد سے زیادہ یوروبائلین (urobilin)، یوریٹس (urates) کا جماؤ، اور کبدی عدم کفایت کی دوسری دلالتیں پائی جاتی ہیں۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ جگر کے ضد سمی اور دوسرے وظائف کے لئے گلائکو جن ضروری ہے، چنانچہ اِس سے اِس امر کی کسیقدر توجیہ ہوتی ہے کہ فلزاتی تسمم کو روکنے اور بعض حساسیتی حالتوں کے علاج میں گلوکوز کیوں مفید ہوتی ہے۔

شری کے ایک حاد حملے کے دوران میں وہ مختلف مظاہر واقع ہوتے ہیں، جو "خون شکنی حرجہ" ("hæmoclasic crisis") کی اصطلاح کے تحت جمع کئے گئے ہیں، اور خون اور بول میں وہی حیاتی کیمیائی تغیرات رونما ہوتے ہیں جو حساسیتی حالت کے دیگر ظواہر کا ممیز خاصہ ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 138)۔ سیّال کا احتباس واقع ہوتا ہے، چنانچہ ذرذرے، اُدمہ میں مقامی اجتماعات کے آئینہ دار ہیں۔

حساس شدگی کے اصلی اور ضروری عامل کے علاوہ، بعض اصابتوں میں دوسرے حالات بھی موجود ہوسکتے ہیں جو شری کی استعداد پیدا کر دیتے ہیں، مثلاً کیلسیئم کی قلت اور نفسیاتی اختلالات۔ یہ یقینی امر ہے کہ بعض اصابتوں کو کیلسیئم کے استعمال سے فائدہ ہوتا ہے اور ایک شری موضوع میں جذباتی برانگیختگی سے شری کے حملہ کی تحریک ہوسکتی ہے (مقابلہ کرو دمہ اور حکاک سے)۔

909

علاج ۔ شری کا عاد حملہ پہلی بار عموماً کسی ایسی غذا، جیسی کہ سیپی، صدفی مچھلی، یا لحم خنزیر کھانے کے بعد اس وجہ ہوتا ہے کہ انیٹی جنی شے دوران ہضم میں تلف نہیں ہوئی، اور نہ جگر اُسے ثبت اور تلف کر سکا ہے لیکن اس امکان پر بھی غور کرنا چاہئے کہ وہ کسی دوا، مثلاً ایک سنوم، یا کسی علاجی مصل کے اشراب کی وجہ سے پیدا ہوا ہو۔ اگر مریض کو کسی مشتبہ غذا کے کھانے کے تھوڑے عرصہ بعد شری ہوگیا ہے تو اُسے ایک قے آور دوا دینی چاہئے، اور علامات کی فوری تخفیف کے لئے لائکر ایڈرینالینی ہائڈروکلورائڈ (liq. adrenalini hydrochlor.) کے ۵ تا ۱۰ قطرے، یا بہتر ہے کہ ایڈرینالین اور پیچوئٹرین (pituitrin) کے ایک مرکب کا اشراب تحت الجلدی بافت میں گہرا دیا جائے، اور اگر ضرورت ہو تو اسے وقفوں کے ساتھ مکرر استعمال کیا جائے۔ کیلسیئم کے مرکبات مثلاً کیلسیئم گلوکونیٹ یا افنل (afenil) (calcium-chloride-urea) کے دروں وریدی اشرابات بھی موثر ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ تک روزانہ دئے جاسکتے ہیں۔ یہ امر قرین مصلحت ہے کہ مریض ۲۴ گھنٹے تک بغیر غذا کے رہے، البتہ اسے گرم پانی میں گھولی ہوئی گلوکوس دی جاسکتی ہے۔ اسکے بعد دو تین روز تک، اگر دودھ کا عدم تحمل نہ ہو، تو غذا کو اس سیال (جو کہ گلوکوس سے میٹھا کر لیا گیا ہو) کے ۳ گلاس روزانہ تک محدود کر دینا چاہئے۔ علاج کے آغاز میں ایک مسہل مثلاً کیلومل ۲ - ۳ گرین، اور اسکے بعد اگلی صبح مغنیشیم سلفیٹ کی ایک مقدار گرم پانی میں دینی چاہئے۔

اُن اصابتوں میں جنہیں مزمن شری یا متوالی حملے ہوں، مریض سے اچھی طرح سوال کر کے، یا ضرورت ہو تو جلدی کا شفات عمل میں لاکر شری پیدا کرنے والی مخصوص غذاؤں کو دریافت کرنے کی کوشش کرنی چاہئے، اور ماسکی اشرت

کے نمونوں کو اچھی طرح تلاش کرنا چاہیئے۔ ممکن ہے کہ کسری امتحانی غذا کے ذریعہ ہائیڈروکلورک ایسڈ کے بعدی افراز کی تحقیقات، اور جراثیم کی غیر معمولی نسلوں حد سے زائد گندیدگی کی شہادت، غیر منہضم غذا، اور معائی طفیلیات کے لئے براز کی تحقیقات مناسب ہو۔ سپید خلیوں کے مجموعی اور تفریقی شمار سے ممکن ہے کہ مخفی عفونت پر دلالت ہو، یا اگر ایوسین پسند خلیوں کی کثرت پائی جائے تو اس سے کیسینی مرض (hydatid disease) ظاہر ہو۔ چوبیس گھنٹوں کے مختلف اوقات میں بول کے مختلف نمونے جمع کرکے انکا مکمل امتحان کرنے سے ممکن ہے کہ تغیرات کا وہ دورہ ظاہر ہو جو پہلے حساسیتی حالتوں کے بیان میں درج کیا گیا ہے، اور اس سے معقول علاج کا سراغ ہاتھ آجائے۔ قولونی عصیوی بولیت (coliuria) کا علاج ہگزامین (hexamine) اور دوسرے بولی عفونت کشوں کے ذریعے کرنا چاہیئے۔

غذا۔ مزمن سشرنی کے غذائی علاج کا اقتضاء قدرتی طور پر یہ ہے کہ ان غذاؤں کو جو کہ حلقوں کی تحریک کرتی ہیں خارج کردیا جائے اور نہایت ترشئی پھلوں شحمی غذاؤں، سوائے مکھن اور پنیر کے، دوبارہ پکے ہوئے گوشت یا مچھلی، قشریات اور صدفی مچھلی، اور مرتکز مٹھائیوں سے پرہیز کیا جائے۔ بعض اصابتوں کو عارضی سبزی خوری سے فائدہ پہنچتا معلوم ہوتا ہے، لیکن انکی اکثریت میں ایک ایسا نظام غذا جس میں پروٹین کی کثرت ہو، کاربوہائیڈریٹ اور شحم کو محدود کردیا جائے، اور سبزیوں اور کم ترشئی پھلوں کی وافر رسد بہم پہنچائی جائے، قرین مصلحت ہے۔ سیال درآمد کو، قطع نظر اس درآمد کے جو کہ پھل اور سبزیوں سے حاصل ہوتی ہے ۲ پائنٹ روزانہ تک محدود رکھنا چاہیئے۔ نمک نہایت کم مقدار میں لینا چاہیئے، اور گنے کی شکر کی بجائے گلوکوس استعمال کرنی چاہیئے۔ مندرجہ ذیل کو اس قسم کے نظام غذا کی مثال کے طور پر پیش کیا جاسکتا ہے، اور مریض کے مذاق اور خاص مزاج کے مطابق اس میں رد و بدل کیا جاسکتا ہے۔ ناشتہ ا۔ سور کی نمکین دھوئیں میں پکائی ہوئی بے چربی کی ران (۳ اونس) یا جگر (۲-۳ اونس) یا گردہ جھکے ساتھ، اگر خواہش ہو، تو ایک انڈا۔ بے چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کا ایک بڑا ٹکڑا

سینکا ہوا یا وائٹاویٹ(Vitaweat) کے دو ٹکڑے ۔ مکھن ۔ ایک سیب ' ناشپاتی یا نارنگی ۔ کمزور چائے کی ایک بڑی پیالی یا کافی(coffee) اور دودھ (مساوی مقدار) کی ایک بڑی پیالی ۔ دوپہر کا کھانا ۔ سارڈین مچھلیاں (تیل بھینک دینا چاہئے) ۲ اونس ' یا جگر (۲ اونس) یا تازہ مچھلی (۳ اونس) یا چوزہ کا گوشت (۳ اونس) سادہ پنیر ۔ سلاد (کاہو: lettuce ' ٹماٹر ' چقندر: beet-root وغیرہ) ۔ بے چھنے ہوئے آٹے کی روٹی سینکی ہوئی یا وائٹاویٹ جیسا کہ ناشتہ کے لئے ' مکھن کے ہمراہ ۔ سیب ' ناشپاتی ' یا نارنگی یا دم پخت پھل ۔ پانی کا ایک گلاس ۔ تیسرے پہر کا کھانا ۔ دودھ کا ایک گلاس ۔ سادہ کیک (cake) کا ٹکڑا ۔ پھل ۔ رات کا کھانا ۔ بے چربی کا گوشت ' یا تازہ مچھلی ' یا چوزے کا گوشت ۳ اونس ۔ یا مچھلی ۱½ اونس اور گوشت یا چوزہ ۱½ اونس ۔ سبزیاں حسب خواہش (تمام سبزیاں گاجر ' پارسنپ: parsnips ' شلغم ' پیاز ' لیک: leck وغیرہ) ۔ بے چھنے ہوئے آٹے کی روٹی سینکی ہوئی یا وائٹاویٹ ' جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے تازہ پھل ۔ ایک گلاس پانی ' مقوی پانی ' یا کمزور وسکی (whiskey) اور سوڈا ۔ پرہیز یا محدود ۔ شکر ' مربہ ' مارملیڈ (marmalade) ' شہد ' مٹھائیاں ' پیسٹری ' پڈنگ ' مسالے دار کیک (cake) ' شوربے ' شحمیں (سوائے مکھن کے جس کی اجازت ہے) سور کا گوشت ' سور کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا گوشت ' کلیہ (sausage) ' طاقتور چائے اور کافی (coffee) ۔ بیر شراب (beer) ' انگوری شرابیں ۔ نوٹ :۔ جگر اگر ممکن ہو تو ہفتہ میں تین روز لینا چاہئے ۔ ایک گلاس دودھ اور کم از کم ایک سلاد روزانہ لینا چاہئے ۔ دوپہر اور رات کے کھانے کے طعام ناموں کو اگر چاہیں تو آپس میں بدل سکتے ہیں ۔ سیال درآمد کو اس حد تک کہ جس حد تک اوپر بیان کیا گیا ہے محدود کر دینا چاہئے ' البتہ جب پیاس لگے ' تو یہ زیادہ لی جا سکتی ہے ۔ جہاں تک ممکن ہو شکر کی بجائے گلوکوس بشکل سفوف لینی چاہئے ۔

910

کیلسیئم کے نمکیات ' مثلاً گلوکونیٹ ' کلورائیڈ ' کاربونیٹ ' لیکٹیٹ ' یا مرکب کیلسیئم سوڈیم لیکٹیٹ (calcium-sodium-lactate) دینے چاہئیں ۔ ان کا مدرالبول اثر ہوتا ہے اور وہ عضلی ارتشاح کے رجحان کو گھٹاتے ہیں ۔ ممکن ہے

انکو کچھ عرصہ تک ارگوسٹرال (ergosterol) کے امتزاج میں تجویز کرنا قرین مصلحت ہو۔
اکثر حساسیت ربائی کا کوئی طریقہ ضروری ہوتا ہے۔ بعض اوقات پیپٹون (peptone) ہر کھانے سے ایک گھنٹہ پہلے براہِ دہن لینا کارگر ہوتا ہے، لیکن اُسے بڑھتی ہوئی مقداروں میں ہر تیسرے دن سے لیکر ساتویں دن دروں وریدی یا دروں عضلی انشراب سے دینا زیادہ پسندیدہ ہے۔ خودزاد دموی اور خودزاد مصلی علاج (autohæmo-and autosero-therapy) اکثر اوقات کامیاب ثابت ہوتا ہے، لیکن اسمیں اگر ممکن ہو تو خون شری کے حملوں کے وقوع سے ذرا پہلے نکالنا چاہئے۔ بعض اصابتوں میں جنمیں دوسرے طریقے ناکام رہے ہیں اوریل (Oriel) کے پ مادہ (P. substance) کے اشرابات کامیاب ثابت ہوئے ہیں۔
بالآخر یہ نہیں فراموش کرنا چاہئے کہ دوسری حساسیتی حالتوں کی طرح شری میں بھی جسمانی تکان اور خستگی اور نفسیاتی اختلالات، حالات معدہ کی حیثیت سے اثر رکھتے ہیں۔ جب دوسرے تمام ذرائع ناکام ثابت ہوں تو ممکن ہے کہ کامل سکون و آرام، اور اُسکے بعد ماحول کی تبدیلی یا مدبرانہ نفسیاتی معالجہ سے کامیابی حاصل ہو۔

لونیتی شری

(urticaria pigmentosa)

اِس اصطلاح کے تحت دو قسم کے ثورانات شامل ہیں، جو سریری لحاظ سے اور غالباً تسبیبی لحاظ سے بھی، بالکل جداگانہ ہیں۔ اِنکو عموماً طفولی اور بالغ اقسام کے ناموں سے یاد کیا جاتا ہے۔
طفولی قسم (juvenile type)۔ اِسمیں ثوران گول یا بیضوی نُقطات اور ثوررہ پر مشتمل ہوتا ہے، جنکا رنگ ہلکے بادامی سے لیکر گہرے بھورے تک مختلف ہوتا ہے۔ جب یہ کثیر التعداد ہوتے ہیں تو اِنکے لمبے محور خطوط تشقق میں واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اِس کی دالۂ مرض امارت یہ ہے کہ اِنکے اضرار کو جب زور سے کلا یا کھرچا جائے تو وہ سُرخ اور متورّم ہوجاتے ہیں اور شری ددوڑے بنا دیتے ہیں۔

بیشتر اصابتوں میں کھجلی موجود ہوتی ہے' اور اکثر اوقات جلد نگاری دیکھی جاتی ہے۔
یہ مرض عموماً ابتدائی شیر خوارگی کے زمانے میں شروع ہوتا ہے' اور بلوغ کے وقت اکثر غائب ہوجاتا ہے یا نسبتہً بہت کم نمایاں ہوجاتا ہے۔ تاہم ممکن ہے کہ یہ غیر معین زمانے تک جاری رہے' اور اسکے ابتدائی ظہور میں زمانۂ بلوغ تک یا بلکہ بالغ زندگی تک دیر ہوجائے۔ اسکے بیشتر اضرار دھڑ اور سرینوں پر واقع ہوتے ہیں' لیکن ممکن ہے کہ جوارح اور سر بھی ماؤف ہوجائیں۔ نسیجیاتی لحاظ سے معمولی شری کی طرح اُدمہ کا اُذیما ہوتا ہے' بر جلد کی زیادہ گہری تہوں میں زیادہ لونیت ہوتی ہے' اور مستولی خلیوں کی کثیف دررزش ہوتی ہے' جو اس مرض کی مطلقاً ممیز خصوصیت ہے۔
بالغی قسم۔ اسکے اضرار ثلثفات یا کسیقدر اُبھرے ہوئے بثور ہوتے ہیں' جنکا رنگ ممیز طور پر سُرخی مایل بھورا ہوتا ہے' بعض اوقات اَرغوانی جھلک کے ساتھ۔ مجموعی حیثیت سے یہ اضرار طفولی قسم کے اضرار کی نسبت چھوٹے ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ یہ نہایت عام طور پر پیش بازوؤں کی اگلی سطحات پر اور دھڑ پر واقع ہوتے ہیں' اور چھدرے پھیلے ہوئے ہوسکتے ہیں یا ایک وسیع رقبے پر بڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ طفولی قسم کی طرح یہ بھی رگڑ کے ذریعے شری دار ہوجاتے ہیں لیکن عموماً بہت کم درجے تک۔ نسیجیاتی لحاظ سے اُدمہ میں مستولی خلیے پائے جاتے ہیں' لیکن یہ نسبتہً کم تعداد میں ہوتے ہیں۔

بحثِ اسباب۔ طفولی قسم۔ یہ قسم عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتی ہے' اور ممکن ہے خاندانی ہو۔ اسکی بعض اصابتوں میں جگر' طحال' یا لمفی غدد کی کلانی دیکھی گئی ہے' اس سے قطع نظر لمفی خلوی یا زیادہ اکثر لمفی خلوی قسم کے دموی تغیرات مشاہدے میں آئے ہیں' اور اس حقیقت کی بنا پر بعض مصنفین اسے بعض دموی مرضوں سے ہم رشتہ سمجھنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ یہ رائے شاید جلد کی ممیز مستولی خلوی دررزش سے مطابقت رکھتی ہے۔
بالغی قسم۔ اسے غالباً شری کی مزمن شکل سمجھا جاسکتا ہے۔ اسکے ظہور سے پہلے معمولی شری کے حملے ہوسکتے ہیں' اور اسکا وقوع غذائی تسمم (food-poisoning) کے بعد بھی معلوم ہوا ہے۔ غالباً حیاتی کیمیائی اصول کے

مطابق مزید تحقیقات کرنے سے ثورانات کے حساسیتی گروہ کے ساتھ اسکے ہر رشتہ ہونیکا فیصلہ ہوجائیگا۔

911

علاج۔ طفولی قسم کے اضرار کاربن ڈائی آکسائڈ سنو (carbon-dioxide snow) سے انجماد کرنے پر غائب ہوسکتے ہیں، مگر اس حقیقت کے مدنظر کہ اس سے بعض اصابتوں میں نائٹرائٹ کا ساحرجہ (nitritoid crisis) پیدا ہوگیا ہے، اِس علاج کو احتیاط کے ساتھ عمل میں لانا چاہئے۔

حکّہ اور حکاک

(PRURITIS AND PRURIGO)

لفظ حکّہ (pruritis) کھجلی کی علامت پر دلالت کرتا ہے، جو خود رو ہوسکتی ہے، اِس مفہوم میں کہ یہ جلد میں کسی مرئی تغیر کا نتیجہ نہیں ہے، یا ایک واضح اور معیّن ثوران کے موضوعی مظاہر میں سے ایک مظہر ہوسکتی ہے۔ حکاک (prurigo) کی اصطلاح کے تحت مختلف اقسام کے سریریاتی مظاہر شمول ہیں، جنمیں حکّہ ایک اہم علامت ہوتی ہے، لیکن اسکے ساتھ جلد میں بعض ممیز اضرار بھی واقع ہوتے ہیں، جو یا تو اوّلی طور پر ہوتے ہیں یا کھرچنے یا مسلنے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ نسیجیاتی تحقیقات (43) کی بدولت اب ہم حکاک کی مختلف اقسام کے اوّلی اور ثانوی اضرار کے درمیان امتیاز کرسکتے ہیں۔

حکّہ

(pruritis)

ذائقہ، شامہ اور لامسہ کے احساسات کی طرح، کھجلی کا احساس بھی ایسا ہے جسکی تعریف نہیں کی جاسکتی۔ یہ یقینی طور پر معلوم نہیں کہ آیا اُس کی پیدائش میں جلد کے حسّی اعصاب کا تعلق ہے، یا (جیسا کہ زیادہ ممکن معلوم ہوتا ہے) وہ خود آئین عصبی نظام (autonomic nervous system) کے بعض ریشوں کی ...

کا ایک منظر ہے۔ یا دیوگا کہ حیوانات میں تجربی استبدالی صدمہ (جس میں نباتی عصبی نظام vegetative nervous system: کا وافر اختلال رُونما ہوتا ہے) کی ابتدائی ترین علامات میں سے ایک علامت شدید کھجلی ہے' اور یہ قول اُن حالتوں پر بھی صادق آتا ہے جو استبدالی صدمہ سے مشابہ ہوتی ہیں' مثلاً مصلی مرض' شری' اور حکاک (prurigo) کے بعض اقسام۔ اِس کھجلی کا درجہ ایک خفیف بلکہ خوش آیند احساس سے لیکر' جیسا کہ گدگدانے سے پیدا ہوجاتا ہے' ایسے شدید دوروں تک مختلف ہوتا ہے جنہیں بدنصیب مریض بالکل بے قابو ہوجاتے ہیں' اور آرام حاصل کرنے کی کوشش میں اپنی جلد کو بیرحمی کے ساتھ چیرنے اور پھاڑنے لگتے ہیں۔ حکہ کو ذہنی عمومی ہوسکتی ہے یا وہ بعض رقبوں میں محدود المقام ہوتی ہے' اور بالعموم وہ اکثر دورے کی صورت میں ہوا کرتی ہے۔ خُورد رو اقسام میں حکاکات (prurigos) میں' اور اُس شکل میں جو خارشت (scabies) یا قمل البدن (pediculosis corporis) کے ساتھ ہوتی ہے' وہ عموماً شبانہ ہوتی ہے۔

بحثِ اسباب۔ حکہ کے اسباب نہایت کثیر التعداد ہیں' مگر اُنکی سرسری جماعت بندی ڈاریئر (Darier) کے تتبع میں حسب ذیل کی جاسکتی ہے:۔

بیرونی مبداء کی حکہ۔ اِس عنوان کے تحت اُس کھجلی کو شامل کیا جاسکتا ہے' جسکی تحریک میکانی ذرایع (گدگدانے' بعض چیزوں مثلاً اُون' روئی وغیرہ کے تماس) سے' اور طبعی یا کیمیائی حالات سے ہوتی ہے۔ یا حیوانی طفیلیات' مثلاً جوؤں' کھٹملوں' کلنیوں (acni) کوک دُموں (oxyuris) کی فعالیت یا کاٹنے سے' اور بعض پودوں مثلاً بچھوے (nettle) یا جانوروں کے تماس سے۔ ایسی کھجلی کو فعلیاتی اور خانی سمجھنا چاہئیے' کیونکہ ممکن ہے کہ کھجلانے سے وہ خراش آور شے دور کیجاسکتی ہو' مگر با ایں ہمہ یہ کھجلی ماؤف شخص کے لحاظ سے بہت مختلف درجہ کی ہوسکتی ہے۔ جراثیم بانسبۃ اعلیٰ درجہ کے فُطرات سے جلد کی سرایت بھی بعض مقامات میں ایک محدود المقام حکہ کا سبب ہوسکتی ہے۔ یہ امر مخاطی جلدیّا اتصالات کے مقامات پر اور جلد کے قدرتی شکنوں یا ڈہراؤں میں بالخصوص دیکھنے میں آتا ہے۔ چنانچہ حکۂ مبرز (pruritis ani) یا حکۂ فرج (pruritus

(vulvæ) کی بہت سی اصابتیں ریم زا نبقات (بالخصوص ایک نبقہ سبحیہ) سے اور قوبائی فطرات (rinworm fungi) یا مانیلیا (monilia) سے اِن مقامات کی سرایت واقع ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ اور شکنونکی تسیط (intertrigo) جسکے ساتھ شدید حکّہ کا ہونا ممکن ہے، اِنھیں عضویات سے سرایت ہونیکی وجہ سے ہوتی ہے۔ بعض ثوررانات میں حکّہ کثیر التعداد ثورانات کے ساتھ کبھی موجود ہو سکتی ہے، بعض کے ساتھ ہمیشہ، اور بعض کے ساتھ کبھی کبھی۔ جن ثورانات کے ساتھ حکّہ تقریباً ہمیشہ کسی نہ کسی حد تک موجود ہو سکتی ہے، اُنکی مثالیں حسب ذیل پیش کی جا سکتی ہیں، دیشری، ایکزیما، حزازۂ مسطح (lichen planus)، نملہ شکل التہاب الجلد (dermatitis herpetiformis)، تنخرّی تغطیسر (acne necrotica)، اور متعفّط فطریت (mycosis fungoides) کا بیش فطری درجہ۔ لیکن یہ ایک حیرتناک واقعہ ہے کہ حزازۂ مسطح میں کھجلی اسقدر شدید ہو سکتی ہے کہ مریض اُس سے تقریباً دیوانہ ہو جاتا ہے، یا شاذ حالتوں میں یہ بھی ممکن ہے کہ کھجلی مطلق نہ ہو۔ صدفیہ (psoriasis) اور ناریات (syphilide) میں کھجلی شاذ ہی موجود ہوتی ہے، لیکن اول الذکر میں وہ شاذ صورتوں میں بہت زیادہ ہو سکتی ہے لہٰذا یہ صاف واضح ہے کہ حکّہ کا انحصار اس ثوران کی بہ نسبت کہ جسکے ہمراہ وہ واقع ہوتی ہے، ماؤف فرد پر زیادہ ہوتا ہے۔ سمّی حکّہ (toxic pruritis)۔ اِس عنوان کے تحت اُس حکّہ پر غور کیا جا سکتا ہے جو بعض دوائیں (مثلاً لفاح، مارفین، کوکین، کیفین، منوّمات کے باربٹون گروہ، اور سنکسیا کی بعض تجہیزات) سے غذائی اشیاء، سرخیٔ بشری کے بغیر بھی، اور ایسے حیوانی طفیلیات جیسے کہ معائی کرموں اور کیمیکے سموم سے پیدا ہو سکتی ہے۔ ادویہ اور غذائی اشیاء کے متعلق یہ ہے کہ مریض کا ذاتی مزاج، یا زیادہ صحیح معنوں میں حساسیت شدگی کا سوال بہت زیادہ اہمیت رکھتا ہے۔ خود سمّیتی حکّہ (autotoxic pruritis)۔ خود سمّیتی کی اصطلاح کا یہ مفہوم ہے کہ وہ شئے یا اشیاء جو حکّہ کا سبب ہیں، دروں زاد مبداء کے ہیں، اور خون کے اندر اُنکی موجودگی کا انحصار تحوّل کی کسی غلطی پر، یا بعض عفونی امراض کی موجودگی پر، یا سمّی انجذاب کے کسی مبداء کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ ہمارے

912

معلومات کی موجودہ حالت میں اُن حقیقی اشیاء کی نوعیت یا ترکیب کو صحیح طور پر بیان کرنا ناممکن ہے، جو اس گروہ سے تعلق رکھنے والی حالتوں میں حکہ کا سبب ہوتی ہیں۔ اس مسئلہ کی زیادہ تفصیلی بحث حکاکات کے باب میں کی جا چکی ہے۔ ذیابیطس (diabetes)، یا سادہ بیش شکر دمویت (hyperglycæmia) کے ہمراہ حکہ اکثر پایا جاتا ہے، اور اس وقت غائب ہو جاتا ہے جبکہ مناسب علاج سے دموی شکر کو گھٹا کر طبعی حدود تک لایا جائے لیکن وہ کسی طرح بھی ایک مستمر علامت نہیں ہوتی، اور نہ یقینی ہے کہ خون کے اندر شکر کی زیادتی اِس حکہ کا سبب ہے۔ دونوں صنفوں میں تناسلی اعضاً کی ایک مقامی حکہ، جس کے ساتھ ایک ساری التہاب جلد ہوتا ہے، جو بالعموم ایک مانیلیا کے باعث ہوتا ہے، ممکن ہے شکری پیشاب آنے کا نتیجہ ہو۔ کلوی مرض (renal disease) بالخصوص مزمن رخنئی التہاب گردہ (chronic interstitial nephritis)، اور شریانی صلابتی قسم (arteriosclerotic form) حکہ کا ایک دوسرا معتد سبب ہے، اور حکہ جس کے ساتھ ہمزمان ثوران ہوتا ہو قریب الوقوع یورا یمیا کا پیش خیمہ بھی ہو سکتی ہے۔ یرقان (jaundice) کے ساتھ تقریباً ہمیشہ شدید کھجلی ہوا کرتی ہے، جو خون کے اندر ملحاتِ صفراء (bile-salts) کی موجودگی کے سبب سے ہوتی ہے۔ اور بعض اوقات حکہ کے مریضوں میں شدید درجہ کی کالیسٹرین دمویت (cholestrinæmia) پائی جاتی ہے، جو سلعہ زرد (xanthoma) کے ساتھ موجود ہو سکتی ہے۔ یہ ایک مشہور واقعہ ہے کہ نقرسی (gouty) اشخاص میں کھجلی کا رجحان موجود ہوتا ہے، اور مناسب غذا اور ایسی دوسری تدابیر کے استعمال سے جو خون کے یورک ایسڈ ناقیہ کو گھٹا دیں اِس علامت میں فی الفور تخفیف ہو سکتی ہے۔ قبض (constipation) بھی اکثر ایک صریح عامل ہوتا ہے، اور بہت سی اصابتوں میں معائی تغسیل اور مفتحات سے تخفیف ہو جاتی ہے۔

کیلسیئم کی قلت سے جلد کی زیادہ خراش پذیری پیدا ہونے کے بارے میں مختلف تحقیقاتیں (44) ظاہر کرتی ہیں کہ بعض اوقات خون اور جلد میں کے معدنی ملحات کے طبعی توازن کا اختلال حکہ کا سبب ہو سکتا ہے۔ دروں افرازی غدد (endocrine glands) کے بعض فتور آیا اس کے پیدا کرنے میں کوئی حصہ لیتے ہیں

اسکو دریافت کرنا مشکل ہے' لیکن حکہ مرض گریو (Grave's disease) میں' اوورکٹو
میں بعض شگافی (ovariotomy) کے بعد یا سن الایاس کے زمانے میں عام ہے۔
ماسکی عفونت (focal sepsis) بعض اصابتوں میں یقیناً حکہ کا سبب ہوتی ہے
اور سرایت کے مرضی منبع کو دور کرنے یا اسکا علاج کرنے کے بعد عام یا محدود المقام
حکہ حیرتناک طور پر رفع ہوسکتی ہے۔ لمفی غدی سلعہ (lymphadenoma) اور سفید
دمویتوں (leukaemias) میں بھی حکہ ایک تکلیف دہ علامت ہوسکتی ہے' اور حقیقی
جلدی ثورانات کے ساتھ یا انکے بغیر واقع ہوسکتی ہے۔ بالآخر اس چیز پر بھی غور کرنا
چاہئے جسے حکہ میں نفسیاتی عامل کہہ سکتے ہیں' کیونکہ مختلف اصابتوں میں یہ کھجلی
بہت مختلف درجے کی ہوتی ہے' اور خود رَو حکہ میں مریض اکثر نہایت زود حس ہوتا
ہے اور نا واجبی طور پر متفکر اور پریشان ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ عمومی حکہ میں'
اور اُس مقامی حکہ میں جو کچھ عرصہ بعد محدود المقام حکاک بنجاتی ہے' اِن دونوں
قسموں میں نفسیاتی عنصر عموماً واضح ہوتا ہے۔ اعضائے تناسل کی محدود المقام
حکہ میں' بالخصوص عورتوں میں' اگرچہ یہ ایک واحد تسبیبی عامل نہیں مگر غالب تسبیبی عامل
ہوسکتا ہے۔ ایسی بہت سی اصابتوں میں غور کے ساتھ تحقیقات کی جائے تو کوئی عشق
محبت میں ناکامی کا قصہ' منگنی ٹوٹ جانے کی داستان' یا میاں بیوی کے ناخوشگوار
تعلقات کی سرگذشت پائی جائیگی۔ لیکن تا وقتیکہ دوسرے تمام ممکن اسباب [مثلاً کسی
مقامی جراثیمی یا فطریتی سرایت یا کسی معکوس منبع خراش] کے متعلق غور نہ کرلیا جائے
کسی ایسی توجیہ کو فرض نہیں کرلینا چاہئے۔

حکہ کے بعض مخصوص خطہ دار اقسام' مثلاً حکۂ مبرز' کے ممیز خصائص اور
علاج پر آئندہ باب میں غور کیا جائیگا۔

حکاک

(prurigo)

حکاک (prurigo) کی اصطلاح کا اطلاق خود رَو حکہ کی اُن عمومی یا مقامی
اصابتوں پر کیا جاتا ہے' جنھیں ماؤف حصوں کی جلد میں مخصوص و ممیز تغیرات رونما

ہوتے ہیں، نیز بعض اُن سرری ذاتوں یا علامتوں پر کیا جاتا ہے جو اپنے اوّلی یا ثانوی اضرار، اپنے ماؤف مقامات کی توزیع، اپنے موسمی، قومی یا سنی مدوث، اور اپنے ساتھ کے علامات یا امراض کے تعلقات کی وجہ سے تمیز کئے جا سکتے ہیں۔

913

یہ آخرالذکر عوارض حسب ذیل ہیں:۔ سادہ حاد حکاک (prurigo simplex acutus) (بثوری بشری urticaria papulosa=) بشری حزازہ lichen urticatus= ، تحریر (strophulus=) ، بسنیئر (Besnier) اور ہیبرا (Hebra) کے حکاکات، گرہی حکاک (prurigo nodularis) ، شیخوخی حکاک (prurigo senilis) ، صیفی حکاک (prurigo æstivalis) ، سرمائی حکاک (prurigo hiemalis) اور لمفی غدی سلعہ (lymphadenoma) اور ابیض دمویت (leukæmia) کے حکاکات۔ حکاک کے مختلف اقسام کے ہمراہ پائے جانے والے جلدی اضرار پر غور کرنے میں ہمیں اُن اضرار کے درمیان جو کھرچنے اور رگڑنے سے پیدا ہو جاتے ہیں اور اُن کے درمیان جو اوّلی ہیں امتیاز کرنا پڑتا ہے۔ سیواٹی (Civatte) کے نسیجیاتی مطالعوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ بثوری شری (urticaria papulosa) ، اور حکاک ہیبرا میں گرمائی حکاک (summer prurigo) میں، اور لمفی غدی سلعہ (lymphadenoma) کی بعض اصابتوں میں، اوّلی بثوری اضرار موجود ہوتے ہیں جو اپنے طور پر پیدا ہو جاتے ہیں لیکن بعد میں کھرچنے اور رگڑنے کی وجہ سے متبدل ہو جاتے ہیں۔ مگر اس سادہ حکاک میں جو ایک عمومی یا مقامی حکّہ کی پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے، اور دوسری قسموں میں، جلد میں کے مرئی تغیّرات تمامتر کھرچنے اور رگڑنے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

علامات۔ جب کوئی طبعی شخص تندرست جلد کو کھرچتا ہے تو اس کا فوری اثر یہ ہوتا ہے کہ جلد میں ایک ناپائیدار احمرار پیدا ہو جاتا ہے لیکن ہے کہ اِس احمرار کے ساتھ مصلی ارتشاح بھی ہو، جس کی وجہ سے ایک دڑ دڑا (جلد نگاری dermographism=) بنجاتا ہے۔ اِس تعامل کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ تضرر کی مجیبیت میں جلد کے اندر ایک ہسٹامین نما شے (histamine-like substance) رہا ہو جاتی ہے۔ ایکزمائی موضوعوں میں، جنہیں بر جلد ایک حسّاس شدہ حالت

میں ہوتی ہے' جلد کے ایک تندرست رقبہ کو مسلسل کھرچنے سے ایک اکزیمائی تعامل (ضربی اکزیما = traumatic eczema) پیدا ہو سکتا ہے۔ ما بعد اثرات دو قسم کے ہوتے ہیں۔ ایک میں مریض کے ناخن بر جلد کے ٹکڑے پھاڑ کر نکال دیتے ہیں' جس سے وہ کھرچنوں کے نشانات پیدا ہو جاتے ہیں' جن کی مثالیں خارشت (scabies)' تقمل البدن (pediculosis corporis)' نملہ شکل التہاب جلد (dermatitis herpetiformis)' اور حکاک ہیبرا (prurigo of Hebra) میں ملتی ہیں۔ دوسرے گروہ میں ممکن ہے کہ کھرچنوں کے ایسے کوئی مرئی امارات نہ ہوں' مثلاً مسطح حزازہ (lichen planus)' شیوخی حکہ (pruritis senilis)' ثبری اور تقمل العانہ (pediculosis pubis) میں۔

سیوائی (Civatte) نے بتلا دیا ہے کہ اُن خفیف انسحاجات میں' جو کھرچنے سے پیدا ہو جاتے ہیں' ابتدائی تغیرات بر جلد کی نرمیرین تہوں میں اور حلیمی جسم میں واقع ہوتے ہیں۔ زیادہ عمیق انسحاجات (excoriations) میں ویت یافتہ مصل کے ایک تودہ سے' جو سپید خلیوں اور سرخ جسیمات سے دریختہ ہوتا ہے' ایک پپڑی بنجاتی ہے' جو بر جلد میں گڑی ہوئی ہوتی ہے۔ اِسکے نیچے قرنی تہہ اور دراقی تہیں' اور اِسکے مرکز میں ساری بر جلد' غائب ہوتی ہے۔ اِس سے ظاہر ہے کہ اوسط درجے کے کھرچنے سے تندرست بر جلد گہرائی سے سطح کی طرف مثقوب ہو جاتی ہے۔ کھرچنوں کے بعض نشان مُنقّط ہوتے ہیں اور جرابوں کی چوٹیوں پر واقع ہوتے ہیں' جو حکہ میں اکثر اپنے محرک الشعر عضلات کے انقباض کی وجہ سے کھڑی ہو جاتی ہیں۔ اِن انسحاج یافتہ جرابی بثور کو جو خارشت میں خوب نظر آتے ہیں' حکاک کے حقیقی بثور کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہئے۔ دوسری اصابتوں' مثلاً جسمانی تقمل' میں کھرچنوں کے نشان خطی ہوتے ہیں' اور جرابوں سے تعلق نہیں رکھتے۔

لیکن انسحاجات کے علاوہ' دو اور قسم کے اضرار ہوتے ہیں جو عرصۂ دراز تک مسلسل کھرچنے سے پیدا ہو جاتے ہیں' یعنے حکاکی بثور (prurigo papules) اور حزازیت (lichenification) (حزازیت بیسنیر lichenisation

of Besnier = کھرچنے کے تعامل کی یہ دو قسمیں اکثر ایک ہی مریض میں بیک وقت موجود ہوتی ہیں -

(۱) حکاکی بثرہ (prurigo papule) باجرے کے دانے اور مٹر کے دانے کی جسامت کے درمیان مختلف ہوتا ہے، مجموعی حیثیت سے وہ حزازہ مسطح (lichen planus) کے ابتدائی بثرہ کی نسبت زیادہ بڑا ہونے کا رجحان رکھتا ہے - عموماً وہ نیم کروی ہوتا ہے، لیکن آخرالذکر کی طرح مسطح بھی ہوسکتا ہے - اُسکا رنگ مختلف ہوتا ہے، کبھی وہ تقریباً طبعی جلد کے رنگ کا ہوتا ہے، اور کبھی سُرخ یا نیلگوں سُرخ، یا زردی مائل بھورے رنگ کا ہوتا ہے - اُسکی سطح چکنی ہموار اور چمکدار، یا چھلکے دار ہوسکتی ہے، اکثر وہ کھرچنے کی وجہ سے مسح اور خون کی پپڑی سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے - نسیجیاتی لحاظ سے یہ غور بر جلد کے داء الشوکیہ کی وجہ سے ممیز ہوتے ہیں، جسکے ساتھ زرتاتی اور قرنی تہوں کی بیش پرورش، اور سپید خلیہ اور ایوسین پسند خلیوں سے اَدمہ کی دررشتگی ہوتی ہے -

(۲) حزازیت (lichenification) - جلد کی بناوٹ کے اس تغیر کو، جو عرصۂ دراز تک بار بار کھرچنے سے پیدا ہوجاتا ہے، براک (Brocq) نے باریکی کیساتھ بیان کیا ہے - یہ کم و بیش عمومی ہوسکتا ہے، یا بعض خطوں میں سختی کے ساتھ محدود (لقعی) ہوسکتا ہے (محدود المقام حکاک = circumscribed prurigo، ویڈال کا سادہ مزمن حزازہ = lichen simplex chronicus of Vidal) - ماؤف حصہ کی جلد نمایاں طور پر دبیز ہوجاتی ہے اور اُسکے قدرتی خطوط زیادہ نمایاں ہوجاتے ہیں، جس سے ایک اسی نقشی کاری کی تصویر پیدا ہوجاتی ہے، جو متعین نما یا کثیر الزوایا یا مربع رقبوں پر مشتمل ہوتی ہے، جنکی سطحیں پارش کی ہوئی اور چمکدار نظر آتی ہیں، لیکن بعض اوقات یہ باریک چھلکوں سے، یا کھرچنے کے دورش کے بعد خون کی پپڑیوں سے ڈھکے ہوئے ہوسکتے ہیں - حزازہ زدہ جلد کا رنگ مختلف ہوتا ہے - سکون کے زمانوں میں ماؤف رقبہ اکثر گرد و پیش کی تندرست جلد کے رقبہ سے محض اسیقدر مختلف ہوتا ہے کہ وہ کسیقدر زیادہ ملوّن ہوتا ہے، بعض اوقات وہ سیاہ بھورا یا رمادی بھورا، اور بعض اوقات لون ربودہ ہوتا ہے، لیکن دورے

کے بعد وہ عموماً سُرخ اور نسیج ہوتا ہے۔ حزازیت کی چکتی کی کوروں پر تقریباً ہمیشہ ایک منطقہ کسیقدر سبوری لونیت کا ہوتا ہے، جو اس سے آگے غیر مخصوص طور پر تندرست جلد کے ساتھ ملجاتا ہے۔ اس منطقہ میں اکثر چھوٹے چھوٹے منفرد چکدار بثور نظر آتے ہیں، جو چپٹے ہوتے ہیں اور سطح سے بشکل اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ حکّہ کی وجہ سے کھرچنے اور رگڑنے سے حزازیت کی یہ حالت طبعی جلد پر تازہ پیدا ہوسکتی ہے، یا وہ ایک ماسبق داء الجلد، مثلاً اکزیما، سیلان الدہنی التہاب جلد (seborrhœic dermatitis)، تسمیط (intertrigo)، یا مسطح حزازہ کی پیچیدگی کے طور پر ہوسکتی ہے، اور پھر انکو حزازہ زدہ (lichenified) کہتے ہیں کبھی خاص اصابت میں ایک اوّلی حکاک کے درمیان جو اکیزما زدہ ہوگیا ہو، اور ایک اوّلی اکیزیا کے درمیان جو حزازہ زدہ ہوگیا ہو، تمیز کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں کے لئے اکثر "اکزیما حکاک" (eczema-prurigo) کی وسیع المعانی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔

اب حکاک کی وہ مختلف قسمیں بیان کی جاتی ہیں، جن سے طبیب کو اکثر واسطہ پڑتا ہے۔

سادہ حکاک (prurigo simplex)۔ سادہ حکاک کی اصطلاح کو (باستثناء چھوٹے بچوں کے سادہ حاد حکاک یا بثوری شری کے) سختی کے ساتھ اُن اصابتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے۔ جو اُن مخصوص اقسام کے زمرہ میں نہیں داخل ہیں جنکا بیان بعد میں درج ہوگا، اور جنمیں سب سے پہلی علامت ایک شدید حکّہ ہے، یعنے ایسی حکّہ جو نہ تو کسی قابل شناخت بیرونی سبب (مثلاً حیوانی طفیلیا کی سرایت، فطری سرایت یا جراثیمی سرایت) کی وجہ سے ہوا، اور نہ دوا وُں یا غذاؤں کے تسمم کے سبب سے پیدا ہوئی ہو۔ لیکن سادہ حکاک کی محدود المقام شکلوں کو بیان کرتے وقت حکّۃ المبرز اور حکّۃ الفرج کو بھی شامل کرنا زیادہ سہولت کا باعث ہے، جنکا انحصار ایک خالصتہً مقامی سبب پر ہوسکتا ہے۔

محدود المقام حکاک (circumscribed prurigo) (ویڈال کا سادہ مزمن حزازہ = lichen simplex chronicus of Vidal)

عصبی اَدَمی التہاب (neuro-dermatitis =)۔ جلد کے ماؤف رقبہ کے ممیز تغیرات حزازیت کے تغیرات ہوتے ہیں (جو ملاحظہ ہوں)۔ اِسکے انتخابی مقامات حسبِ ذیل ہیں:۔ جلد الراس کا قذالی خطّہ (یہ تمیز تقریباً صرف عورتوں میں ہوتا ہے)، گردن کی پشت یا اطرافِ گردن، پیش مرفقی حفرات، کہنیاں اور زندی ہڈی پر پیش باتروؤں کی پچھلی سطح کا بالائی حصّہ، رانوں اور ٹانگوں کی بیرونی سطحیں، مابضی فضا، اعضائے تناسل اور بُنِ ران، عجزی اور عصعصی خطّے، بین سرینی درز اور عجان۔

ابتدائی علامت سادہ حکّہ ہے، جو وقفوں کے ساتھ ہوتی ہے اور ابتداءً اکثر محض خفیف ہوتی ہے۔ بتدریج یہ کھجلی زیادہ شدید ہوتی جاتی ہے، حتیٰ کے حقیقی دورے ہونے لگتے ہیں، جو اکثر شبانہ ہوتے ہیں، اور مریض بے تاب ہوکر اُس حصّہ کو کھرچنے یا رگڑنے لگتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ نیند کی حالت میں ہو یہاں تک کہ حرجہ سے مریض جاگ اُٹھے۔

کامل طور پر قائم ہونے کے بعد، محدود المقام حکاک کی ایک چکتی تین منطقے پیش کرتی ہے:۔ ایک غیر واضح، بشکل دبیز بیرونی منطقہ لونیت کا، جس میں قدرتی خطوط میں کسیقدر مبالغہ ہوجاتا ہے اور چند منفرد چمکدار مسطح بثور یا "روکیں" موجود ہوتی ہیں: ایک درمیانی منطقہ جنمیں قدرتی خطوط کا زیادہ مبالغہ ہوتا ہے، اور اِنکے درمیان کی جلد کے حصّے بثوری شکل اختیار کرکے چمکدار اور منسج ہوجاتے ہیں: اور ایک مرکزی رقبہ، جنمیں حزازیت کے یہ تغیرات درجۂ اتم کو پہنچ جاتے ہیں، اور یہ رقبہ دور ریختہ، بیش ملوّن یا لون ربودہ، اور بلحاظ اُس خطّے کے جو کہ ماؤف ہوا ہے چھلکے دار یا تقطعین یافتہ ہوجاتا ہے۔ اکثر اوقات ان منطقوں کو صاف صاف شناخت کرنا ناممکن ہوتا ہے۔ ایسے حصّوں، جیسے کہ بھوؤں، بغلوں، عانہ اور بازوؤں اور ٹانگوں کی باسط سطحات پر مسلسل ملنے اور رگڑنے کی وجہ سے بال فرسودہ ہوجاتے ہیں، اور ایک برش کے کڑے بالوں کی طرح سخت اور سیدھے ہوتے ہیں۔

ایک چکتی سالہا سال تک جاری رہ سکتی ہے، اور اُسکی درر زشش امتدادِ زمانہ کے ساتھ بڑھتی رہتی ہے۔ بعض اوقات نئی چکتیاں پیدا ہوجاتی ہیں،

اور پرانی چکتیوں میں کھجلی موقوف ہو کر انحلال واقع ہو جاتا ہے، جسکے بعد ایک لونیت دار رقبہ باقی رہ جاتا ہے۔ اکثر نہ صرف گرد و پیش کی جلد کی ایک متلازم بیش لونیت ہوتی ہے، بلکہ محدود المقام حکاک اکثر اوقات ایسے مریضوں میں دیکھا جاتا ہے جو برص (vitiligo) میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اگرچہ محدود المقام حکاک کی ایک جیسی کے معروضی مناظر حزازیت کے ہوتے ہیں، جسکا پہلے تذکرہ ہو چکا ہے، تاہم حکۃ المبرز اور حکۃ الفرج میں وہ ان حصوں کی مخصوص ساخت کی وجہ سے ترمیم یافتہ صورت میں ہوتے ہیں۔

حکۃ المبرز (pruritis ani) میں ماؤف رقبہ عموماً سرسری طور پر عضلۂ کمش الجلد المبرز (corrugator cutis ani muscle) سے متناظر ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات یہ ماؤف رقبہ حقیقۃً معاء مستقیم کے اندر تک پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ مردوں میں یہ کھجلی اکثر آگے کی طرف صفن کی وسطی سیون تک، اور عورتوں میں فرج تک پھیلتی ہے۔ بعض مریضوں میں، اگرچہ انکی حکہ شدید ہوتی ہے گرد مبرزی جلد میں بہت کم معروضی تغیر ہوتا ہے۔ لیکن بالعموم یہ جلد عموماً موٹی، نم، اور سپیدی مائل رنگ کی ہوتی ہے، اور اسمیں در ریختہ شکنیں پڑ جاتی ہیں جنکے درمیان اکثر اوپری تشعقات پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات سطح ملتہب، اکزیمائی اور پپڑی دار ہو جاتی ہے۔ کہنہ اصابتوں میں ذبولی تغیرات واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، اور جلد پرانے کمائے ہوئے چمڑے کی طرح شاحب اور مردہ نظر آنے لگتی ہے۔

حکۃ الفرج (pruritis vulvæ) میں ممکن ہے کہ حکہ کسی کے ساتھ ایک یا دونوں شفرتین کبیر کے بالائی حصے تک محدود ہو، جو حزازہ زدہ ہو جاتا ہے، یا زیادہ عام طور پر شفران کبیر و صغیر اور بظر کے آس پاس کا حصہ، یہ سب ماؤف ہو جاتے ہیں۔ عرصۂ دراز تک کھجلنے کے باعث یہ حصے موٹے اور بیش پرورده ہو جاتے ہیں۔ یہ خشک یا نم، یا منسج، اکزیمائی اور پپڑی دار ہو سکتے ہیں۔ اکثر اوقات جبل العانہ اور جڈوں کی جلد اور رانوں کی اندرونی سطحات کی جلد حزازیت کے تمثیلی مناظر پیش کرتی ہے، اور حکہ نیچے کی طرف گرد مبرزی خطہ تک پھیل جاتی ہے جیسا کہ حکۃ المبرز میں ہوتا ہے، مزمن اصابتوں میں ذبول طاری ہو جانے کا امکان ہوتا ہے،

915

بالخصوص معمر عورتوں میں، اور یہ مناظر پژمردگیٔ فرج (kraurosis vulvæ) سے مشابہت پیدا کر دیتے ہیں۔

نسیجاتی لحاظ سے محدود المقام حکاک کی مزازہ زدہ جلد کے تغیرات جس قدر توقع ہو سکتی ہے اُسکی نسبت بہت کم نمایاں ہوتے ہیں۔ حلیمی جسم میں کسیقدر خلوی درریزش ہوتی ہے، اور اسکے ساتھ بر جلد میں داءالشوکیہ اور بین حلیمی زائدوں کی تطویل ہو جاتی ہے۔

منتشر سادہ حکاک (diffuse simple prurigo)۔ کم و بیش عمومی حکہ کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ جلد میں حیرتناک طور پر کم تغیر ہو، گو حکہ بہت کہنہ اور طویل المدت ہو۔ اسکے برعکس ممکن ہے کہ قسم قسم کے مرئی اضرار موجود ہوں ـــــ یعنے منفرد حکاکی بثور، حزازیت کے وسیع رقبے، کھرینچوں کے خطی نشانات، نسیج جرابی بثور، اور اکزیمائیت۔ مجموعی حیثیت سے جلد سخت، خشک، دبیز، اور ملوّن ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ بعض مریضوں میں یہ لونیت اسقدر شدید ہوتی ہے، خاصکر گردن کے گرد اور تعریجات میں، کہ اُس سے مرض ایڈیسن (Addison's disease) کی یاد تازہ ہوتی ہے۔

جیسا کہ محدود المقام قسم میں ہوتا ہے، اسمیں بھی کُھجلی کے دَورے نوبتی ہوتے ہیں۔ اگرچہ یہ دَورے عموماً جذباتی بار، غیر معمولی محنت و مشقت، سرد ماحول سے گرم ماحول میں، یا گرم ماحول سے سرد ماحول میں منتقل ہونے سے، دن کے وقت بھی ہو سکتے ہیں، مگر یہ زیادہ عام طور پر شام میں جبکہ مریض تھکا ہوا ہوتا ہے، اسوقت جبکہ وہ سوتے وقت کپڑے اُتارتا ہے، یا علی الصباح شروع ہوتے ہیں۔

علاج۔ اِس مرض کی مقامی اور عمومی دونوں قسموں کے کامیاب علاج کا انحصار تمامتر ہر انفرادی اصابت کی تحقیق و تفتیش پر ہوتا ہے۔ بیرونی عاملات محرکہ اور غذا، طرز زندگی، نفسیاتی حالت، اور تحوّل، جو مریض کے بول اور خون کے امتحان سے ظاہر ہو، اِن سب پر غور کرنا چاہیئے، اور تسمم الدم کے ذرائع، مثلاً ماسکی عفونت اور حد سے زائد معائی گندیدگی کی جستجو کرنی چاہیئے۔ عمومی قسم میں، اور محدود المقام حکاک کی بعض اصابتوں میں، مناسب عمومی اور مقامی علاج

کے علاوہ ممکن ہے کہ حساسیت ربائی کے مختلف طریقوں میں سے کوئی ایک طریقہ اختیار کرنا ضروری ہو، مثلاً پیپٹون (peptone) کا دروں وریدی یا دروں عضلی اشراب اور خود زاد دموی یا خود زاد مصلی علاج۔

مقامی علاج خاصکر محدود المقام قسم کے مرض میں منفعت بخش ہوتا ہے اور خام کولتار کے لگانے، یا شعاعی علاج سے عموماً بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ اول الذکر کو، جسے قلی کی زیادتی کو خارج کرنیکے لئے پہلے دھولیا جاتا ہے غیر مرقق شکل میں لگا کر خشک ہونے دینا چاہئے، اور پھر اس پر سفوف چھڑک دینا چاہئے۔ یا اُسے ایسیٹون کلوڈئین (acetone-collodion) ملا کر مرقق کیا جاسکتا ہے، یا الٹی کی صورت میں تجویز کیا جاسکتا ہے۔ شعاعی علاج بطور دافع حکہ، اور حزازیت کی مزمن درریختہ چکتیوں کے انحلال کی غرض سے، دونوں طرح نہایت مفید ہے، لیکن اسکے بہت بار بار لگانے سے خطرناک نتائج پیدا ہوگئے ہیں۔ عمومی حکہ میں (بجز اُن اصابتوں کے جنمیں اُسکے ساتھ جلد کی حد سے زائد خشکی موجود ہو، مثلاً قلوی صابنوں یا دوسری شحم ربا اشیاء کے بکثرت استعمال سے)، مقامی علاج صرف ایک تخفیفی اثر رکھتا ہے، گرم تر دغسولات یا زہدات جنمیں فینال، مینتھال، اور ٹار موجود ہو کھجلی کو عارضی طور پر روک کر مریض کو سوجانے کا موقع دیتے ہیں۔

916 حکۃ المبرز اور حکۃ الفرج کے مقامی علاج میں سبب مرض کی کامل تحقیقات کی ضرورت ہے، مثلاً کرم امعاء، بواسیر، شقاقات، عسر التبرز (dyschezia) اور جراثیم یا فطرات سے ان حصوں کی سرایت حکۃ الفرج کی اصابتوں میں شکر بولیت ہمیشہ خارج از بحث کرلینی چاہئے۔ یہ مانیلیا کے ساتھ ان حصوں کی سرایت کی استعداد پیدا کرتی ہے، چنانچہ مانیلیا سے ایک حاد اکزمائی التہاب الجلد پیدا ہوسکتا ہے۔ اس امر پر جتنا زور دیا جائے کم ہے کہ تاوقتیکہ سبب سے زیادہ ممکن سبب معین نہوجائے شعاعی علاج ہرگز استعمال نہیں کرنا چاہئے اور مزید برآں اسے صرف اُسوقت استعمال کرنا چاہئے جبکہ دوسری تمام تدبیریں ناکام ثابت ہوچکیں۔ حکہ کی بہت سی اصابتیں بین سرینی درز کی تسبیط

(intertrigo of internatal cleft) کی وجہ سے ہوتی ہیں، جو یا تو نبقہ کسیمہ کی سرایت سے پیدا ہو جاتی ہے جسکے ساتھ تنقی بسیجی شقاقات ہوتے ہیں یا برآدی فطر (apidermophyton) یا ایک مانیلیا (monilia) کی سرایت سے، اور انکے لئے آیوڈین کا ہلکا صبغیہ (dilute tincture of iodine) یا سلور نائٹریٹ کا محلول لگا دینا، یا بینزائک سیلی سلک ایسڈ یا سلفر سیلی سلک ایسڈ کا مرہم لگانا مناسب اور شفا بخش علاج ہوگا۔ عورتوں میں یہ مرض عموماً اُس جبلی مواد کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے، جو اکثر مزمن عنقی سرایت (chronic cervical infection) کی وجہ سے خارج ہوا کرتا ہے، چنانچہ ہر اصابت میں ایک ماہر فن کے ذریعہ حوضی امتحان کے لئے اصرار کرنا چاہئے۔ حکّۃ المبرز اور حکّۃ الفرج کی بعض اصابتوں میں کسی مقامی سبب کا پتہ نہیں چلتا، لہٰذا ایسی صورتوں میں نفسیاتی مبداء کے امکان پر غور کرنا چاہئے۔ ساری تسمیط (infective intertrigo) کے باعث پیدا ہونے والی اصابتوں، اور دوسری اصابتوں، دونوں میں خام کولتار کی لئی (crude coal-tar paste) ایک نہایت نفع بخش مقامی لاسقہ ہے، جسے رات کے وقت اچھی طرح لگانا چاہئے، اور دن کے وقت اسکے بجائے ایک سادہ لئی یا چھڑکنے کا سفوف استعمال کرنا چاہئے۔

سادہ حاد حکاک

(prurigo simplex acutus)

(پشوری شری = urticaria papulosa)

(شری حزازی = lichen urticatus)

(حمرمیں = strophulus)

یہ ثوران تقریباً استثنائی طور پر ایک اور آٹھ سال کی عمروں کے درمیان کے نوعمر بچوں میں پایا جاتا ہے، لیکن بعض اوقات یہ اسکے بعد، بلکہ ریعان میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ معمولی شری شیرخواروں میں نہایت شاذ ہے۔ یہ ثوران چکدار سرخ شری اضرار پر مشتمل ہوتا ہے جنکے مرکز میں ایک چھوٹا صلابتی بثرہ ہوتا ہے، جو

اردگرد کے احمرار اور اُذیما کے رفع ہونے کے بعد قائم رہتا ہے۔ چنانچہ ایسے متعدد چھوٹے چھوٹے، چھترے نما، بھورے سے رنگ کے بثور تازہ شری ذدوڑوں کے ساتھ ملے جلے نظر آسکتے ہیں۔ یہ طفح شدید خارش پیدا کردیتا ہے، اور چونکہ یہ شام کے وقت سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ ہونے کا امکان رکھتا ہے، لہذا بچہ اکثر رات کو جاگتا ہوا اور خود کو کھرچتا اور مسلتا ہوا رہتا ہے۔ دن کے وقت یہ کھجلی غیر موجود یا خفیف ہوسکتی ہے۔ کھرچنے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ بثور پر خون کی چھوٹی پپڑیاں جم جاتی ہیں، اور ریم زا بنقات سے ثانوی سرایت ہوجاتی ہے، جسکی وجہ سے قانحات، حصفداز اضرار اور بعض اوقات نافطی قرحے بنجاتے ہیں۔ پھر یہ ثوران خارشت (scabies) کے ثوران سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ بعض اوقات ارتشاح اِس قدر زیادہ ہوسکتا ہے کہ حقیقی آبلے بنجاتے ہیں، اور نہایت شاذ صورتوں میں بڑے چھالے پیدا ہوجاتے ہیں، اور اکثر اوقات بثوری شری کی یہ آبلہ دار قسم غلطی سے جُدیری یعنے کنگر پتھر (chicken pox) سمجھ لی جاتی ہے۔

مزمن اصابتوں میں بثور، جو ابتداء مخروطی ہوتے ہیں، چپٹے، چمکدار اور زاویئی ہوجانے کا اِمکان رکھتے ہیں اور کبھی کبھی اُنمیں ایک مرکزی گڑھا ہوتا ہے۔ اِسطرح ممکن ہے کہ وہ مسطح حزازہ (lichen planus) کے بثور سے نہایت قریبی مشابہت رکھیں۔ فی الحقیقت بعض اصابتیں جو رضیعی مسطح حزازہ (lichen planus infantum) کی مثالیں سمجھی گئی تھیں بعد میں دراصل بثوری شری (urticaria papulosa) ثابت ہوئیں، اگرچہ نوعمر بچوں میں کبھی کبھی حقیقی مسطح حزازہ بھی ہوتا ہے۔ بعض بچوں میں بثوری شری کے حاد حملے کبھی کبھی ہوجاتے ہیں، عموماً موسم گرما میں، اور اِن حملوں کے درمیان میں یہ ثوران مطلقاً نہیں ہوتا۔ دوسروں میں یہ مرض مزمن ہوتا ہے، اور معاد اشتدادات وقتاً فوقتاً ظاہر ہوتے رہتے ہیں لیکن بالعموم یہ موسم گرما میں شدید ترین ہوتا ہے۔ بالعموم یہ سات یا آٹھ سال کی عمر سے آگے جاری نہیں رہتا۔

بحث اسباب۔ معمولی شری اور حکاک کی مزمن قسموں کی طرح، بثوری شری بھی حساسیتی حالت کے جلدی مظاہر میں سے ایک مظہر ہے۔ یہ دو مختلف قسموں کے

بچوں میں پایا جاتا ہے — یعنے ایک تو شحیم' یا شاید زیادہ صحت کے ساتھ کہا جائے تو "آبی" "آرام طلب" اور اکثر کساحتی بچہ میں' جسے مخاطی اغشیہ کی مزمن نازلت کا رجحان ہوتا ہے اور زیادہ گندیدگی کے باعث بدبودار براز ہوتا ہے۔ اور دوسرے دُبلے' عصبی المزاج' جذباتی بچہ میں۔ اکثر اس بثوری شری سے پہلے' اسکے ساتھ' یا اسکے بعد دوسری حساسیتی علامات ہو سکتی ہیں' جیسا کہ حکاک جسیمیز کے تحت بیان کیا گیا ہے اصلی بثوران بالعموم ایک اینٹی جن کی وجہ سے ہوتا ہے' جو حساس شدہ جلد تک پہنچ کر اُدمہ میں ایک حجیز اور مخصوص تعامل پیدا کر دیتا ہے جس پر ابتدائی ضرر یعنے بثرہ کا انحصار ہوتا ہے۔ اغلب ہے کہ اگر تمام اصابتوں میں نہیں تو اُنکی اکثریت میں اِس اینٹی جن کا مبدا غذائی خطہ ہوتا ہے' جیسا کہ حکاک جسیمیز میں ہوتا ہے۔ سریریاتی تجربہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ اینٹی جن اِس مرض کے لئے مخصوص اور نوعی نہیں ہوتا' تاہم ممکن ہے کہ اُس فرد کے لئے شاذ صورتوں میں ایسا ہو' کیونکہ اِن اصابتوں کی اکثریت میں نوعی غذائی حساسیت کا کوئی ثبوت نہیں ملتا' لیکن کبھی کبھی ایک غذا اور صرف ایک ہی غذا ایسی پائی جاتی ہے جو حملہ کی تحریک پیدا کر دیتی ہے' مثلاً کیلے یا انڈے۔ اِس مرض کا ایک نہایت نمایاں خاصہ (45) یہ ہے کہ جب اِس بچہ کو شفاخانہ میں داخل کیا جاتا ہے تو یہ ثوران فوراً غائب ہو جاتا ہے اور وہاں پھر پیدا نہیں کیا جا سکتا ہے' لیکن جب بچہ گھر واپس آتا ہے تو پھر نمودار ہو جاتا ہے۔ یہی بیان کسی حد تک دوسرے حساسیتی امراض پر بھی صادق آتا ہے۔ دیدانِ خیطیہ (threadworms) اکثر شری بچوں کی ناتندرست نالتی آنت میں نشوونما پاتے ہیں' اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ ممکن ہے کہ یہ کرم اِس اینٹی جن کو پیدا کر دیتے ہوں مصلی کیلسیئم کی کمی ہوتی ہے' اور کیلسیئم کے نمکیات کے استعمال کی تائید کی گئی ہے۔ دانت نکلنا ایک اہم تسبیبی عامل سمجھا گیا ہے' اور ممکن ہے کہ اِسکے ساتھ جو عصبی بے چینی اور بے خوابی ہوتی ہے' وہ حساس شدہ بچہ کے عصبی نظام پر خراب اثر کرکے اینٹی جن کے انجذاب میں ممد ہو کر یہ حملے پیدا کر دیتی ہو' لیکن ہم معکوس خراش کے راست اثر کے امکان کو نظر انداز نہیں کر سکتے۔

مرضی تشریح۔ اُن حصفہ دار (impetiginous) یا قائحی قروح کے علاوہ جو کھرچنے کی وجہ سے متنزاد ریم آفرین سرایت سے پیدا ہو جاتے ہیں' بثوری

ثری کے اضرار تعداد میں تین ہوتے ہیں:۔ ثری دردوڑا، مرکزی بثرہ، اور زیادہ شاذ صورتوں میں، آبلہ یا پھپولا۔ انہیں سے بثرہ سب سے زیادہ ممیز ہوتا ہے۔ یہ اَدمہ کے اُذیما سے بنجاتا ہے، جسکے ساتھ ایک عرق کے گرد لمفی خلیتوں کی دردریزش ہوجاتی ہے، یہ دردریزش ایک عرق کے گرد میں اَدمہ (dermis) میں اُسکے مبدأ سے لیکر بالائی اَدمہ (corium) تک اور خلیمی جسم میں اسکے تفرعات میں پھیل جاتی ہے۔ یہ عرق بثرہ کا محور ہوتی ہے، جسکی تکمیلی شکل کی توجیہ خلوی دردریزش سے ہوتی ہے، جو اُس کی چوٹی پر پھیل جاتی ہے، اور اُسکا مقابلہ ایک کیلے سے کیا جاسکتا ہے جسے حقیقی جلد کے اندر کھڑا گاڑ دیا گیا ہو۔ لمفی خلیتوں کے علاوہ بالائی اَدمہ میں ایوسین پسند سپید خلیتوں کی دردریزش بھی ہوتی ہے، اور یہ عروق کے ارد گرد اور اُن سے دور تک دونوں طرح واقع ہوتی ہے۔

بعض ثبور میں تنہا یہی اَدمہ کے تغیر پائے جاتے ہیں، لیکن اُنکی اکثریت میں بَرجلد بھی مأوف ہوتی ہے۔ بَرجلدی اضرار تمامتر کھرچنے کی وجہ سے ہوتے ہیں، اور وہ درجۂ ضربیت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مالفیجی تہوں کا محض خفیف سا اُذیما یک نواتی بعض خلویت کے ساتھ ہو، یا مالفیجی جسم کا واضح تشقق ایک دروں بَرجلدی آبلہ کی تکوین کے ساتھ ہو، جسکی چھت صحیح وسالم قرنی تہ اور بالائی مالفیجی تہوں سے بنتی ہے، فرش شبکہ کے زیرین حصہ سے بنتا ہے۔ یا بالآخر ایک پھپولے کی، جو براہِ راست خلیمی جسم پر مقیم ہوتا ہے، اور جسکی جگہ ایک مصلی پپڑی پیدا ہوجاتی ہے۔ وہ بڑے پھپولے دار اضرار، جو بعض اوقات ثبوری ثری میں پائے جاتے ہیں، بالخصوص اُن حصوں پر ہوتے ہیں جہاں قرنی تہ موٹی ہوتی ہے اور پھٹنے کا کم رجحان رکھتی ہے۔

تشخیص۔ اِس مرض کو خارشت (scabies)، حکاکِ ہیبرا (Hebra's prurigo)، جدیری یا کنکر تیھر (varicella)، اور مسطح حزاز (lichen planus) سے تمیز کرنا پڑتا ہے۔ ممکن ہے کہ خارشت سے اِسکی تشخیص مشکل ہو، لیکن اگر احتیاط کے ساتھ جستجو کیجائے تو خارشت والے بچوں میں جلد کے اندر نقبیں تقریباً ہمیشہ مل سکتی ہیں۔ حکاک ہیبرا خاصکر اطرافِ زیرین کو مأوف کرتا

تعریجی سطحوں کو چھوڑ دیتا ہے، اور اُسکے ساتھ عموماً اُربی غدد کا التہاب ہوتا ہے۔ اگر غور کے ساتھ مشاہدہ کیا جائے تو پھپھولے دار بثوری شری (bullous urticaria papulosa) اور کنکر پتھر کے درمیان کبھی خلط ملط نہیں ہو سکتا۔ مسطح حزازہ بچوں میں نہایت شاذ ہے، اور اُس کے بثور سے پہلے شری دَدوڑے نہیں ہوا کرتے۔

علاج۔ کامیاب علاج بڑی حد تک ہر انفرادی اصابت کی تحقیق پر منحصر ہوتا ہے۔ دیدان خیطیہ، زیادتیٔ مخاط، اور غیر منہضم غذاؤں کیلئے براز کا امتحان کرنا چاہئے، نیز براز کا جرثومیاتی امتحان کرنا چاہئے۔ شیر خوار اور نازلتی بچہ کی حالت میں گنے کی شکر اور نشاستہ دار غذاؤں، خاصکر معمولی روٹی اور دودھ کے پُڈنگ کو غذا سے خارج کر دینا چاہئے۔ لیکٹوز یا گلوکوز گنے کی شکر کے بجائے دینا چاہئے، اور نشاستہ دار غذاؤں کو ایسی شکل میں دینا چاہئے کہ جنہیں کامل طور پر چبانے کی ضرورت پڑے۔ دُبلے اور عصبی المزاج بچہ میں، جسکے براز میں عموماً زیادہ گندیدگی کے آثار پائے جاتے ہیں، گوشت اور مچھلی کو غذا سے خارج کر دینا چاہئے یا اُنکی مقدار اقل ترین کر دینا چاہئے، اور ایسی غذا تجویز کرنا چاہئے جسمیں خستہ نشاستہ دار غذا، ترکاریاں، پکائے ہوئے پھل، اور لیکٹوز یا گلوکوز بکثرت شامل ہوں۔ اِس امر کے متعلق احتیاط کے ساتھ تلاش کرنا چاہئے کہ آیا کوئی خاص غذائیں، مثلاً کیلے، کھٹے پھل یا انڈے تو حملے نہیں پیدا کر دیتے، اور اگر ضرورت ہو تو جلدی غذائی کاشفات عمل میں لانے چاہئیں۔

918

داخلی طور پر کیلومل (calomel) یا گرے پاوڈر (gray powder) کی خفیف معتادیں رات کے وقت اور مسچورا البا (mist. alba) ایک ڈرام سے لیکر نصف اونس تک چند روز تک تجویز کرنا چاہئے، اور ایک تلخ قلوی آمیزہ (alkaline bitter mixture)، جسمیں ریوند چینی کا مرکب صبغیہ (compound tincture of rhubarb) شامل ہو، تین خاص کھانوں سے نصف گھنٹہ پہلے دینا چاہئے۔ اِس ابتدائی علاج کے بعد، کیلسیئم لیکٹیٹ، سیرپ کیلسی لیکٹو فاسفاٹ (syrup calci lactophosphat) کی صورت میں اکثر بہت نفع بخش ہوتا ہے۔

شدید اصابتوں میں رات کے وقت کلورل اور برومائڈ کے آمیزے (chloral & bromide mixture) کا عارضی استعمال جائز ہے ۔ بعض اوقات پیپٹون (peptone)، پیپٹونال یا پیپٹلمائن (peptonal or peptalmine) کی شکل میں غذا سے ایک گھنٹہ پہلے دیا جائے تو کامیاب معلوم ہوتا ہے ۔ لباس ہلکا اور مسامدار ہونا چاہئے، اور بچہ کو جہاں تک ممکن ہو گھر سے باہر رکھنا چاہئے ۔ دشوار علاج اصابتوں میں اصلی یا مصنوعی شمسی علاج (heliotherapy) بہت مفید ہوتا ہے ۔ حملوں کے دوران میں رات کے وقت گرم غسل کرنا چاہئے، جسمیں ۱-۱ اونس لائکر پسس کاربونس (liq. picis carbonis) ملایا جا سکتا ہے، اور اسکے بعد جلد پر گرم کیا ہوا نشاستہ کا سفوف چھڑکنا چاہئے ۔ اگر کھرچنے سے جلد کی عفونتی سرایت پیدا ہوگئی ہے تو بورک کے غسل (boric baths) یا ایکتھیول کی یا ہلکے سیمابی مرہم سے اس کی روک تھام ہو جائے گی ۔

حکاک ہیبرا

(prurigo of Hebra)

(وحشتناک یا خوفناک حکاک = prurigo ferox vel agria)

حکاک کی یہ قسم، جسے ابتداءً ہیبرا ہی نے صاف طور پر بیان کیا، ایسے ممیز خصائص پیش کرتی ہے کہ اسے بھی حکاک بیسنیئر کی طرح ایک واضح سریری ذات سمجھنا چاہئے ۔ اگرچہ یہ دونوں قسمیں بالکل جداگانہ ہیں، مگر بدقسمتی سے انھیں خلط ملط کر دیا جاتا ہے ۔ حکاک ہیبرا، جو شاذ ہے، عموماً ابتدائی بچپن کے زمانے میں دوسرے سال سے لیکر پانچویں سال کی عمر تک شروع ہوتی ہے: یہ امر کہ وہ بعض اوقات معمولی بثوری شری پر متزاد ہو جاتی ہے مشکوک ہے ۔ اسکا ابتدائی ضرر ایک بثرہ ہے، جو سریریاتی اور نسیجیاتی خصائص دونوں میں بثوری شری کے بثرہ سے مختلف ہوتا ہے ۔ بشرطیکہ یہ بثرہ کھرچنے سے تبدیل نہ ہوا ہو، یہ چھوٹا، بہت سخت، اور خشک ہوتا ہے ۔ دیکھنے کی نسبت چھونے سے یہ زیادہ آسانی سے محسوس ہو سکتا ہے، کیونکہ یہ بہت ہی کم ابھرا ہوتا ہے، اور جس جلد میں یہ مدفون معلوم ہوتا ہے اسکے

رنگ سے بشکل مختلف ہوتا ہے۔ لیکن کھرچنے کے اثر سے یہ مسخ ہوجاتا ہے اور ایک برافتادہ خون آلود پپڑی سے اسکی نوعیت پوشیدہ رہتی ہے۔ اِس پپڑی کے نکل جانے کے بعد ایک چھوٹا ندبہ باقی رہ سکتا ہے۔

کامل طور پر قائم ہونے کے بعد یہ مرض ایک ممیز تصویر پیش کرتا ہے۔ جلد کے ماؤف حصے خاصکر جوارح کی باسط سطحات، بازوؤں کی نسبت رانیں اور ٹانگیں زیادہ تر، اور نسبتہً کم حد تک دھڑ اور چہرہ ہوتے ہیں۔ حکاک بسینیرکے برعکس اِسمیں جوڑوں کی تعریجات محفوظ رہتی ہیں، نیز ہتھیلیاں اور تلوے بھی محفوظ رہتے ہیں۔ عرصۂ دراز تک بہ شدت کھرچنے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ ماؤف مقامات کی جلد سخت اور کھردری، موٹی اور گہرے رنگ کی ہو جاتی ہے۔ وہ سحاجات سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جنمیں سے بعض خطی ہوتے ہیں، اور بعض آلپین کی نوک جیسے اور جرابی۔ ابتدائی بثور شناخت کئے جاسکتے ہیں، لیکن اُنپر پپڑیاں بھی ہوتی ہوتی ہیں، اور وہ سابقہ افرار کے سپیدی مائل ندبات کے ساتھ ملے جلے ہوتے ہیں۔ ثانوی اکزیمائیت یا حصفیت عام ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ تصویر گہرے نافطی قروح کی وجہ سے پیچیدہ ہوجائے۔ کھرچنے سے زغب فرسودہ ہوجاتے ہیں، اور یا تو چھوٹے کٹے بالوں کی طرح کھڑے ہوجاتے ہیں یا بالکل غائب ہوجاتے ہیں۔ جلد کے اُن حصوں پر جو کم ماؤف ہیں، وہی جرابی انتصاب نظر آتا ہے جو حکاک کی دوسری قسموں میں پایا جاتا ہے، اور محرک الشعر عضلات کے انقباض کی وجہ سے ہوتا ہے۔ چڈوں کے غدود، اور ان سے کمتر بغلوں کے غدود کلانی یافتہ ہوتے ہیں۔ جلدیکے ممیز تغیرات اور مرض کی مخصوص توزیع کی وجہ سے اِس حالت کی تشخیص آنکھیں بند کرکے مریض پر ہاتھ پھیرنے سے کیجاسکتی ہے۔ خون کے اندر ایوسین پسند خلیوں کی بڑی کثرت پائی جاتی ہے۔ حکاک کی اِس قسم میں مبتلا مریض قلیل التغذیہ، اور خوف زدہ ہوتے ہیں، اور انھیں کوئی سنبھالنے والا نہیں ہوتا۔ متواتر خراش اور اسکی وجہ سے نیند نہ آنے کے سبب سے اُنکے جسمانی نمو اور اُنکی ذہنیت دونوں پر خراب اثر پڑتا ہے۔

اِس مرض کی ایک نسبتہً خفیف شکل (حکاک خفیف = prurigo mitis)

بھی ہوتی ہے، جسمیں ابتدائی بثور اور اُنکی توزیع ایسی ہی ہوتی ہے لیکن ثانوی انسجاجات، حزازیت، اور لونیت کم نمایاں، اور غددی کلانی خفیف ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ حکاک بہ نسبت لڑکیوں کی نسبت لڑکوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ نسلیت (کیونکہ یہ مرکزی یورپ میں عام ترین ہے) اور افلاس نمایاں حالات مُعِدّہ ہیں۔ یہ یقینی امر ہے کہ یہ ایک حساسیتی مظہر ہے، جسکا مقابلہ شوری شری اور حکاک بیشیر سے کیا جاسکتا ہے، لیکن یہ معلوم نہیں کہ آیا اینٹی جن جو اسکا سبب ہے وہ قومی ہے، یا یہ مرض شری کی طرح مختلف الاقسام اینٹی جنوں کے جلدی تعامل کی ایک خاص شکل ہے؟ ایک حالت میں صفار (ascarides) اسکا مبدأ معلوم ہوئے۔ راقم الحروف نے دوسرے مصنفین کے مشاہدات کی تصدیق کرتے ہوئے حال ہی میں ایک مریض کو شفاخانہ میں داخل کیا اور اگرچہ اسکے لئے کسی قسم کا کوئی علاج نہیں تجویز کیا گیا حکاک فی الفور موقوف ہوگئی اور ایک ہفتہ کے اختتام پر اُسکی جلد میں نمایاں طور پر بہتر تغیر پایا گیا مریض کے گھر واپس ہونے پر فوراً عود مرض ہوگیا۔

مرضی تشریح۔ شوری شری کی طرح، اصلی ضرر ایک بثرہ ہوتا ہے جسمیں اوّلی تغیرات آدمی ہوتے ہیں، اور برجلد کے تغیرات کھرچنے کے بعد ثانوی ہوتے ہیں ابتدائی بثرہ بالائی آدمہ میں کثیر الاشکال یک نواتی سپید خلیوں کی کثیف درریزش سے بنجاتا ہے۔ یہ خلیے عروق دمویہ سے نکلنے کے بعد بسرعت انحطاط پذیر ہوتے ہیں۔ انحطاط یافتہ سپید خلیوں کا یہ تودہ، کثیر الاشکال یک نواتی خلیوں کے ایک اور زیادہ ختشر درریزش کا مرکز بناتا ہے جو سارے بالائی آدمہ اور حلیمی جسم میں واقع ہوتے ہیں، لیکن ان خلیوں میں انحطاطی تغیرات رونما نہیں ہوتے۔ اِنکے ساتھ تہیں عروق کے گرد چند لمفی خلیات بھی ملتے ہیں۔ اُذیما بہت کم ہوتا ہے یا کچھ نہیں ہوتا، لیکن لیفی ناہضات کا کسیقدر تکاثر ہوتا ہے۔ برجلدی تغیرات مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ختشر حزازیت کے تغیرات ہوں، یا ماقیحی تھولوں کے تخثر کے ساتھ التہاب ہو، جسکا تذکرہ پہلے شوری شری میں کیا گیا ہے۔

تشخیص۔ اِسمیں کوئی مشکلات پیش نہیں آتے کیونکہ مرض کی توزیع تو نسبتہً

فسیح کھردری جلد اور متلازم غدی کلانی ممیز صفات ہوتے ہیں۔ یہ دیکھا جائیگا کہ پیش مرفقی حفرات اور مابضی فضائیں جو حکاک بیسنیئر میں انتخابی مقامات ہوتے ہیں محفوظ رہتی ہیں۔

علاج۔ ہماری معلومات کی موجودہ حالت میں، اصلی علاج یہ ہے کہ بچے کو اُسکے گھر کے ماحول سے علٰحدہ کرکے دیہات میں رہنے کو بھیجدیا جائے، جہاں وہ بیرون خانہ وقت گزارے اور وافر مخلوط قسم کی غذا کھائے۔ جیبرا اس مرض کو غیر شفا پذیر سمجھتا تھا اور ممکن ہے کہ اگر بچہ گھر پر رہنے کے لئے مجبور ہو تو ایسا ہی ہو، مگر راقم الحروف نے ایسا کوئی مریض نہیں دیکھا جسے شفاخانے میں منتقل کر دینے پر حکاک بسرعت موقوف نہ ہوگئی ہو۔

حکاک بیسنیئر

(prurigo of Besnier)

حکاک کی یہ قسم ایک نہایت معیّن سریری ذات ہے، جو بیرونی اس کثیر الوقوع ایتلاف کے جو یہ دمہ اور حساسیتی حالت کے دوسرے مظاہر کے ساتھ رکھتی ہے عمومی اطبا کے لئے خاص طور پر دلچسپی رکھتی ہے۔ مریضوں کی ایک بڑی تعداد غضبتی ہوتی ہے اور اس سے بھی زیادہ تناسب میں اس حالت سے پہلے حساسیتی قسم کا رضیعی اکزیما (infantile eczema) ہو چکا ہوتا ہے۔

اکثر اوقات مریض کی سرگزشت حیات حسب ذیل ہوتی ہے:۔ پیدائش کے بعد جلدی جلد کی خشکی نظر آسکتی ہے، جو غضبت (icthyosis) کا پیش خیمہ ہوتی ہے، جو عموماً دو یا تین سال کی عمر تک اچھی طرح نمایاں نہیں ہوتی۔ ابتدائی چند مہینوں میں، لیکن بعض اوقات زیادہ دیر سے، رضیعی اکزیما نمودار ہوتا ہے جسکا آغاز چھاتی کا دودھ چھڑا کر گائے کے دودھ کی غذا دینے کے وقت کے ساتھ ہمزمان ہو سکتا ہے یا جلد رسانی کے بعد تقریباً فی الفور ہو سکتا ہے۔ تقریباً دو سال کی عمر میں یہ اکزیما اپنے خصائص اور توزیع کو بدل دینے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ چہرہ، سر، دھڑ اور جوارح کی باسط سطحات کو چھوڑ کر گویا پیش مرفقی حفرات اور مابضی فضاؤں میں،

کلائیوں اور ہاتھوں کی پشت پر' اور بعض اوقات دہن کے گرد اور گردن اور پیڈوں کی شکنوں میں مُرتکز ہوجاتا ہے۔ متواتر رگڑنے اور کھرچنے سے اِن مقامات کی جلد میں حزازیت پیدا ہوجاتی ہے' اور حکاک بیسنیئر کی سر بری تصویر قائم ہوجاتی ہے۔ جلد ہی یا دیر سے' دمہ کے حملے (جنکی تشخیص اکثر غلطی سے شعبی التہاب کیجاتی ہے) اور دوسرے حساسیتی مظاہر طاری ہوجاتے ہیں (جو ملاحظہ ہوں)۔ اِس بیش حساسیت' یا حساسیت کی حالت کے علامات اُس مخصوص ساخت یا بافت کے لحاظ سے جو حساس ہوگئی ہے' مختلف ہوتے ہیں۔

920

حکاک بیسنیئر میں مبتلا بچوں کی اکثریت دُبلی' عصبی' بے چین اور باطن بیں ہوتی ہے' لیکن یہ مرض اُن فربہ آرام طلب اور کاہل بچوں میں بھی دیکھا جا سکتا ہے جنھیں زیر درقیت کے اَمارات موجود ہوتے ہیں۔ ایک ممیز اصابت میں جلد غضبی کھردری' اور ایک عجیب پھیکے پیلے رمادی مائل رنگ کی ہوتی ہے۔ بعض رقبوں کے شعری دہنی جرابات محرک الشعر عضلات کے انقباض کی وجہ سے کھڑے ہوتے ہیں' جیسا کہ حکاک کی دوسری قسموں میں ہوتا ہے۔ گو کھجلی وسیع پھیلی ہوئی ہوسکتی ہے' مگر وہ پیش مرفقی حفرات اور مابضی فضاؤں میں' کلائیوں اور ہاتھوں کی پشت' ٹخنوں کی ظہری سطحات پر' دہن کے اِردگرد اور پیشانی پر' بالخصوص بھوؤں' رگردن کی شکنوں میں' پیڈوں میں اور اعضاء تناسل پر' اور بعض اوقات کہنیوں اور گھٹنوں پر شدید ترین ہوتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں وہ صرف پیش مرفقی اور مابضی خلاؤں میں محدود ہوتی ہے۔ اِن مقامات پر کی جلد وہ تغیرات ظاہر کرتی ہے جنھیں پہلے حزازیت کے نام سے بیان کیا گیا ہے۔ کھجلی کے ایک دورے کے بعد اکثر مائیت اور مصلی رساؤ' تشقق' اور بعض اوقات ثانوی حصفیت دیکھی جاتی ہے' لیکن مقابلۃً سکون کے وقفوں میں صرف سادہ حزازیت اور لونیت ہی معروضی اَمارات ہوتے ہیں۔ مگر یہ لونیت صرف حزازیت یافتہ رقبوں تک محدود نہیں ہوتی' بلکہ عام طور پر پھیلی ہوئی اور اِسقدر شدید ہوسکتی ہے (مثلاً گردن پر' آنکھوں کے آس پاس اور تعویجات میں) کہ ایڈی سن کے مرض سے مشابہ ہوتی ہے' اور اُسی کی طرح اُس کے ساتھ پست فشار دموی اور عضلی زیر تنید گی بھی ہوسکتی ہے۔

لبوں کے شنگرفی کنارے عموماً رمادی مائل نیلے رنگ کے یا ارغوانی جیسی جھلک کے ہوتے ہیں (اور یہی حالت حساس گرگِ نور کی حالتوں میں پائی جاتی ہے) عضلی زیر تنیدگی اُس ناقص وضع (stance) سے ظاہر ہوتی ہے جو اُسو قت ختناً کیجاتی ہے جبکہ بچہ سیدھا کھڑا ہوتا ہے۔ سینہ کا اگلا حصہ چپٹا ہوتا ہے اور ایک ترچھے مستوی میں اُبھرے ہوئے ڈھیلے شکم کے طرف نیچے کی طرف اُترتا ہے۔ سامنے کی طرف اتم اُبھار کا نقطہ عین ناف کے نیچے ہوتا ہے، پشت کمان کی طرح خمیدہ ہوتی ہے، کتفی ہڈیاں پرنما ہوتی ہیں، اور فطار موجود ہوتی ہے۔ بچہ عموماً خوف زدہ اور بےچین ہوتا ہے اور بآسانی تھک جاتا ہے، اور اپنے ماحول کی اور ان لوگوں کی جن سے اُسے واسطہ پڑتا ہے، نہایت درجہ کی حساسیت رکھتا ہے۔ یہی بات بالغ مریضوں پر بھی صادق آتی ہے۔ کھجلی کے دورے یا دمہ کے حملے، جو عموماً شام کو یا رات کے وقت شروع ہوتے ہیں، اکثر جذباتی برہمی یا کسی ناخوشگوار اندیشہ سے پیدا ہوجاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ شفاخانہ کی زندگی کے پُرسکون اور منظم دستور العمل میں خود بخود موقوف ہوجائیں، اور گھر کے ماحول کے اختلال انگیز اثر کے تحت پھر شروع ہوجائیں۔

بحث اسباب۔ حکاک جبینیہ کا اور حساسیتی حالت کے دوسرے مظاہر کا جو اسکے ہمراہ پائے جاتے ہیں، ایک نہایت حیرتناک خاصہ یہ ہے کہ وہ موروثی طور پر منتقل ہوتے ہیں اور خاندانی حدوث رکھتے ہیں۔ دریافت کیا جائے تو مریض کے والدین اور قریبی رشتہ داروں میں تقریباً ہمیشہ غضبت حمۃ القش (hay fever) یا دمہ کی موجودگی ظاہر ہوگی، یا اُنکے زمانۂ طفلی میں رضیعی اکزیما، دوری قے، شری یا حکاک کی سرگذشت پائی جائیگی۔

تازہ تحقیقات سے حکاک جبینیہ کی پیدائش کی بہت کچھ توجیہ ہوگئی ہے، اور حکاک کی تمام قسموں میں یہی ایک قسم ہے جس کے متعلق ہمیں صحیح علم حاصل ہے۔ مرسخا یہ اُن اجنبی جنوں سے جلد کی حساسیت شدگی کے باعث ہوتی ہے، جو شری کی بہت سی اصابتوں اور غالباً حکاک جبیرا کی طرح ہمیشہ نہیں لیکن بالعموم غذائی خطّے سے ماخوذ ہوتی ہیں، اور جگر میں اُنکی تشبیت اور ایتلاف نہیں واقع ہوتا۔ شری، سادہ حکاک، اور حکاک جبیرا

میں وہ تعامل جو حسّاس شدہ جلد کے ساتھ اینٹی جن کے تماس کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے اوّلی طور پر اور دراصل آدمہ میں واقع ہوتا ہے، گرا ایکزیما اور حکاک جیننیز میں یہ تعامل بر جلدی آدمی ہوتا ہے یعنے آدمی بافت (غالباً عصبی عروقی آدمی بافت) اور شبکۂ مالفیجی، دونوں کی حسّاسس شدگی واقع ہوتی ہے۔

اِن اینٹی جنوں کی نوعیت کے متعلق اغلب ہے (جیسا کہ شری کے باب میں اشارہ کیا گیا تھا) کہ حقیقی اینٹی جنی اشیا، گو وہ پروٹین سے ماخوذ ہوتی ہیں، مگر خود غیر پروٹینی نوعیت کی ہوتی ہیں اور اُنکی ترکیب نسبتہً سادہ ہوتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ وہ اشخاص جو ایسی غیر معمولی بیش حسّاسیت ظاہر کرتے ہیں جس سے حسّاسیت کی متذکرۂ بالا متعدد علامات پیدا ہوجاتی ہیں، غریب پروٹینوں کے ساتھ موثر طور پر نپٹنے کی کم قوت رکھتے ہیں، خواہ اُسوقت جبکہ یہ پروٹین غذائی خطّے میں لیئے جائیں یا اُسوقت جبکہ یہ کسی دوسری راہ سے نظامِ جسم میں پہنچیں۔ غذائی پروٹینوں کی صورت میں اغلب ہے کہ اُنکا تاخیر یافتہ یا ناکمل ہضم ایک اہم عامل ہے، اور اِن اشخاص کی ایک بڑی فیصدی تعداد میں معدی ہائڈروکلورک ایسڈ کی قلّت یا غیر موجودگی دیکھی ہے۔ علاوہ ازیں، جگر کا پروٹینوں اور اُنکے مشتقات کو (جنہیں اُنکا اینٹی جنی جزو بھی شامل ہے) ثبت اور تلف نہ کرسکنا بھی صاف طور پر ایک لازمی عامل ہے۔ جب جگر کے اس وظیفہ کا فشل ہوتا ہے تو یہ اینٹی جن جوئے خون میں پہنچ جاتے ہیں اور حسّاس شدہ بافتوں میں (جنمیں جلد سب سے زیادہ اہم ہے) ضد اجسام کے ساتھ تعامل کرتے ہیں، اور یہ تعاملات، جو حسّاسیتی حالت کے جلدی مظاہر کے آئینہ دار ہوتے ہیں، دراصل حفاظتی نوعیت کے ہوتے ہیں، کیونکہ اِن سے دورانی اینٹی جنوں کی تثبیت اور اِتلاف واقع ہوجاتا ہے۔ بہ الفاظ دیگر اُسوقت جبکہ جگر کے وظیفہ کا فشل ہوتا ہے جلد اور کسیقدر کم حدتک دوسری بافتیں ایک نیابتی حفاظتی فعل انجام دینے لگتی ہیں۔ رضیعی ایکزیما میں، اور ممکن ہے کہ حکاک جیننیز میں بھی، یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات، شری کی بعض اصابتوں کی طرح، وہ اینٹی جن جو سببِ مرض ہے اس معنیٰ میں نوعی ہوتا ہے کہ وہ ایک غذائی شے (مثلاً گیہوں، جئی، گائے کے دودھ) سے ماخوذ ہوتا ہے، لیکن کم از کم آخر الذکر میں یہ یقیناً استثنائی ہوتا ہے۔ پایا گیا ہے

(46) کہ حکاکِ بیسنیئر کے مریضوں میں ہم مختلف پروٹینوں اور پیپٹونوں کے براہِ دہن استعمال سے یا خود انہیں مریضوں کے خون کے اشراب سے خون شکن حرجہ (hæmoclasic crisis) پیدا کر سکتے ہیں۔ ان کے خون اور بول کے امتحان سے وہی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں جو حساسیتی حالت کے دوسرے مظاہر کو ممیز کرتے ہیں (جو ملاحظہ ہوں)۔

حساس شدگی کے عامل کے علاوہ، ان مریضوں میں نفسیاتی اختلالات کی اہمیت پر بھی زور دیا جائے کم ہے "دمہ۔ ایکزیما۔ حکاک" کا علامتیہ" ایک اکلوتے بیٹے" میں واقع ہونے کا خاص طور پر امکان ہے۔ راجرسن (Rogerson) (47) نے صاف طور پر بتلایا ہے کہ گھر کا ماحول اُن بچوں پر کیا اثر ڈالتا ہے۔ ۱۲ اشدیدہ اصابتوں میں سے، جنکو اتکل بچو طور پر منتخب کر لیا گیا، ۵ میں، ماں کے، اور کم مدّ بچے کے نفسیاتی علاج سے علامات میں مکمل طور پر تخفیف ہو گئی، اور پانچ دوسری اصابتوں میں نمایاں اور ترقی پذیر اصلاح ہو گئی۔

مرضی تشریح۔ حکاکِ بیسنیئر کی ایک ٹکچی میں خوردبینی تغیرات قدرتی طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ سکونی درجے میں وہ محض حزازیت کے تغیرات ہوتے ہیں، یعنے داء الشوکیہ اور پیش قرنیت۔ ایک ایسے زمانے کے دوران میں جبکہ کھجلی شدید ہوتی ہے، ایکز یمائیت (آبلہ خیزی) اور کھرینچنے کے اضرار مشاہدے میں آتے ہیں یعنے ایک صحیح و سالم قرنی تہ کے پیچھے شبکہ کا انشقاق، یا جب قرنی تہ ٹوٹ گئی ہو تو مصلی پپڑی جنا۔

تشخیص۔ حکاکِ بیسنیئر کی ایک اصابت کو دیکھنے اور اسکے نمایاں خصائص کو ذہن نشین کر لینے کے بعد تشخیص میں کوئی مزید دقت نہیں پیش آنی چاہئے۔ حکاکِ مبرا سے وہ مخصوص انتخابی مقامات کی برعکس توزیع کی وجہ سے بآسانی تمیز کیا جا سکتی ہے — یعنی اول الذکر میں جوارح کی باسط سطحات ماؤف ہوتی ہیں، اور آخر الذکر میں پیش مرفقی اور مابطنی فضائیں۔ مزید برآں، ممیز اضرار حکاکِ مبرا میں بثور ہوتے ہیں، مگر حکاکِ بیسنیئر میں وہ حزازیت اور ایکز یمائیت کے منتشر قطعے ہوتے ہیں۔

علاج۔ بیسنیئر نے اپنے اصلی مخطوطات میں حکاک کی اُس قسم میں جو اب اُسکے نام سے منسوب کی جاتی ہے اُسکی زمانت اور عسیر العلاجی پر خاص طور پر زور دیا ہے۔

کثیر التعداد اصابتوں پر مشاہدات کرنے سے مندرجۂ ذیل اصول علاج کی خوبی کی تصدیق ہو گئی ہے، جو بڑی حد تک حیاتی کیمیائی تحقیقات پر مبنی ہے (48): (۱) علاج بوجہ احسن یہ ہے کہ ایک خاص قوت بخش آب و ہوا میں بالکل گھر سے باہر زندگی بسر کی جائے اور ساتھ ہی تمیز و احتیاط کے ساتھ شمسی علاج استعمال کیا جائے۔ بعض مریض سمندر کے قریب اچھے رہتے ہیں، اور بعض اندرون ملک کی پہاڑیوں میں نسبتہً بہتر ہوتے ہیں۔ لباس ہلکا ہونا چاہئے، اور جیسے جیسے جسمانی حالت بہتر ہوتی جائے زیادہ سخت ورزش کرنی چاہئے۔ ساری جلد پر ٹھنڈی ہوا اور سورج کی روشنی کا جو اثر ہوتا ہے وہ اسراعی دروں افرازی غدد، بالخصوص ئرگردوں اور درقیہ کے لئے قوی مہیج ثابت ہوتا ہے، اور بلاشبہ تحول اور دروں افرازی خود آئینی توازن کے بحال ہو کر طبعی ہونے میں ایک اہم عامل ہے۔ ان حالات کے زیر اثر اگر غذا کے متعلق پابندیاں نہ عائد کی جائیں تو بھی مریض کے سارے منظر اور مزاج کی کایا پلٹ ہو جاتی ہے۔ اسکی جلد، گو وہ پہلے غضبتی بھی ہو، نرم اور چکنی ہو جاتی ہے، اور اسکی قرنی تہہ پتلی اور نیم شفاف ہو جاتی ہے۔ حکاک اور دمہ کے حملے موقوف ہو جاتے ہیں۔ عضلات کی تیدگی بحال ہو جاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وضع بہتر ہو جاتی ہے اور جسمانی طاقت و توانائی زیادہ ہو جاتی ہے، اور مریض کا چڑچڑا پن اور خوف و ہراس جاتا رہتا ہے، اور وہ پُرسکون اور مطمئن، شگفتہ مزاج اور خوش و خرم نظر آنے لگتا ہے۔ اس جسمانی اور ذہنی کایا پلٹ کے ساتھ اسکے تحولی افعال بحال ہو کر طبعی ہو جاتے ہیں، جیسا کہ خون اور بول کے حیاتی کیمیائی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے۔ بدقسمتی سے، اگر مریض پھر گھر کے غیر صحی یا ناشاد و ناسازگار ماحول میں واپس آ کر اندرون خانہ ایک قعودی زندگی بسر کرنے کے لئے مجبور ہو جائے، تو بتدریج پھر نکس ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ بچوں اور بالغوں دونوں میں نفسیاتی تفتیش اور علاج، انتہائی درجہ کی اہمیت رکھتا ہے۔

922

(۲) غذا۔ ایک لبنی نباتی غذا کی سفارش کی گئی ہے لیکن راقم الحروف نے حال ہی میں مشاہدہ کیا ہے کہ اس قسم کا نظام غذا جسکی سفارش مزمن اکزیمہ کے علاج کے لئے کیگئی ہے، بالعموم ان اصابتوں میں نہایت ہی مفید ہوتا ہے۔ وہ

غذائیں، جن کے لئے جلدی کاشفات کے ذریعہ بیش حساسیت ظاہر ہو خارج کردینی چاہئیں۔

(۳) بعض اصابتوں میں، ایک ابتدائی سم رُبا علاج مناسب ہے۔ اِس مقصد کے لئے سوتے وقت کیلومل (calomel) کی خفیف مقادیر (½ تا ½ گرین)، اور بیدار ہونے پر اور دوپہر اور شام کے کھانوں سے ایک گھنٹہ پہلے ایک قلوی مالح (alkaline saline)، جس میں مفتح سلفیٹس (aperient sulphates) موجود ہوں، پندرہ روز تک دینا چاہئے، اور اس کے بعد کیلومل یا بلیوپل (blue pill) ہفتے میں ایک یا دو راتوں میں دیکر دوسری صبح کو مالح دینا چاہئے۔

(۴) نہایت ہلکے لباس کے ساتھ بیرون خانہ ورزش، تبادل سرد اور گرم غسلوں اور نطولات، اور اصلی یا مصنوعی شمسی علاج کے ذریعہ جلد کو تہیج پہنچا کر سرگرد درتی مشار کی نظام کو تہیج دینا نہایت اہم ہے۔

(۵) بعض اصابتوں میں غُدّۂ درقیہ کا مناسب مقداروں میں دینا بہت مفید ہوتا ہے، اور اُن مریضوں کو جو نہایت عصبی اور فکرمند ہوں، اور اچھی طرح نہ سوتے ہوں، کچھ عرصہ تک ایک ایسا آمیزہ روزانہ تین بار دینا چاہئے جس میں بُرومائڈ اور سال وُلاٹائل (bromide & sal volatile) شامل ہو۔

(۶) حکاکی رقبوں کا مقامی علاج ثانوی اہمیت رکھتا ہے، گر نہایت کارگر تدبیر لاشعاعیں ہیں، جنھیں کسری مقداروں میں مناسب وقفوں کے ساتھ دیا جائے نیز خام ٹار (crude tar) تئی کی صورت میں یا پھریری سے، خالص، یا ایک حقنہ اَسیٹون کلوڈیئن (acetone-collodion) کے تین حصوں میں ہلکا کرکے لگانا ہے۔ خفیف اصابتوں میں اِسکے بجائے ایک صاف تئی، جسمیں خام ٹار کا ایتھر میں حل ہونیوالا جُز موجود ہو، استعمال کرسکتے ہیں۔ لیکن اِس پر جتنا زور دیا جائے کم ہے کہ محض مقامی علاج صرف تخفیفی ہوتا ہے، اور بہتر ہے کہ شعاعی علاج سے احتراز کیا جائے باستثنا اُسوقت کے جبکہ صرف چند حزازیت یافتہ چکتیاں موجود ہوں۔

(۷) بالآخر، نام نہاد حساسیت رُبائی کے مختلف طریقوں پر غور کیا جاسکتا ہے۔ خودزاد دموی علاج (autohæmotherapy) سے بعض اوقات مدد ملتی ہے،

جسکے لئے ایک ورید سے ۳ تا ۵ مکعب سمر خون نکالکر اُسکا تھکیا نا شروع ہونے سے عین پہلے اُسے الوی عضلات کے اندر مشرب کر دینا چاہیئے۔ پپٹون (peptone) کے احتیاط کے ساتھ تیار کئے ہوئے محلول کے دروں وریدی یا دروں عضلی اشرابات جو تین دن سے لیکر سات دن کے وقفوں سے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دئے جائیں عموماً زیادہ مفید ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں معائی جراثیم سے ڈینسز (Danysz) کے طریقے سے تیار کردہ مذکور یا خودزاد مخلوط جراثیمی جُدرین کے تحت الجلدی اشرابات سے، یا عَصِیّہ قولونی (B. coli) یا ٹائیفائڈ پیراٹائیفائڈ جُدرین کے یا مختلف نباتی پروٹینوں کے محلولات کے دروں وریدی اشرابات کے ذریعہ عمداً پروٹینی صدمہ پیدا کرنے سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ تاہم راقم الحروف نے یہ پایا ہے کہ اوریل کے پیپ مادہ کی ایک خودزاد تجہیز کے ہفتہ وار اشرابات، بشرطیکہ نہایت ہی دقیق خوراکوں سے آغاز کیا جائے، مثلاً $\frac{1}{1000000}$ ترقیق کے ۱ء سی سی سے، حساسیت ربائی کا نہایت ہی موثر طریقہ بہم پہنچاتے ہیں اور اسکی تصدیق دو مرلا نے بھی کی ہے۔ تاہم مقدار پر احتیاط سے قابو رکھنا چاہیئے تاکہ ناخوشگوار تعاملات نہ ہونے پائیں۔

گرہکی حکاک

(prurigo nodularis) (Hyde)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۲۱۱ ج۲)

(حزاز کلیلہ قرنیہ = lichen obtusus corneus)

(شرائے مواظب برروقی = urticaria persiana verrucosa)

یہ حالت جسکے متعلق ابتک کسیقدر خلط ملط موجود ہے، بڑے بڑے جُداجُدا بثور کی موجودگی سے ممیز ہے، جو بیقاعدگی کے ساتھ منتشر ہوتے ہیں، بعض اوقات گردہ در گروہ، خاصکر جوارح پر، لیکن دھڑ پر بھی اور کبھی کبھی چہرے پر بھی۔ یہ بثور نیم کروی ہوتے ہیں، چھونے سے سخت معلوم ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان کی جسامت ایک سپاری کے برابر ہوجائے۔ انکی سطح، جو عموماً فسیح اور خون کی پپڑیوں سے

ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، بیش قرنیت کی وجہ سے ثولولی، اور ناہموار ہوتی ہے۔ ہر بثرہ عموماً لونیت کے ایک ہالہ سے، اور بعض اوقات حزازیت کے ایک چھوٹے رقبے سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ اُن اصابتوں میں جنمیں کھجلی نہایت شدید ہوتی ہے، ممکن ہے کہ اِن بثور کی چوٹیوں پر پھپولے پیدا ہوجائیں، جو بلاشبہ زور سے کھرچنے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ اضرار غائب ہوجائیں اور ایک لون ربودہ نُطفہ باقی رہجائے جسکے کناروں پر بیش لونیت کا منطقہ ہو۔ اِن بثور کے علاوہ جلد عموماً طبعی ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ نسیج ہو، اور بثور کے بغیر بھی محدود المقام حزازیت کے رقبے موجود ہوں۔ کھجلی، جو ایک اندراج شدہ حالت میں بالکل غیر موجود تھی، عموماً شدید، نوبتی، اور بالخصوص شبانہ ہوتی ہے، لیکن نسبتہً سکون کے زمانے بھی واقع ہوتے ہیں، مثلاً اُسوقت جبکہ مریض کی تعطیل کا دن ہو۔

بحث اسباب۔ حکاک کی دوسری قسموں کی طرح یہ حالت بھی بلاشبہ حساسیتی نوعیت کی ہے، لیکن اِسکے اینٹی جن کی نوعیت اور مبداء نامعلوم ہے۔ یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہے، اور جیسا کہ دوسری حساسیتی علامات میں ہوتا ہے، اِسمیں بھی نفسیاتی اثرات، مثلاً فکر و پریشانی، رنج یا صدمہ، اہمیت رکھتے ہیں۔ اِسکی مدت غیر معیّن کہی جاسکتی ہے، کیونکہ تاحال اِسکا علاج مسلمہ طور پر بے اثر ثابت ہوا ہے۔

تشخیص۔ اِسمیں عموماً بہت کم دقت پیش آتی ہے، لیکن اِس ثوران کو بیش پرورشی منبسط حزازہ (hypertrophic lichen planus) سے تمیز کرنا چاہئے، جسمیں اضرار عموماً نسبتہً بڑے اور زیادہ چپٹے ہوتے ہیں، اور اُن کے ساتھ اکثر دوسرے مقامات پر معمولی بثور ہوتے ہیں یا غددی مخاطیہ کی ماؤفیت ہوتی ہے۔ نیز اِسے اُس حالت سے تمیز کرنا چاہئے جسے حزازہ کلیلہ معمولی (lichen obtusus vulgaris) کے نام سے موسوم کیا جاسکتا ہے، جو حزازیت کی محض ایک بیش پرورشی یا عقدیتی قسم (محدود المقام حکاک circumscribed prurigo:) ہے۔ وہ ثوران جو بعض اوقات حزازہ کلیلہ قرنی (lichen obtusus corneus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے یعنی گرگی حکاک (prurigo

nodularis) ہی ہے۔ اِسطرح تین بالکل جداگانہ اور ممتاز حالتیں ہیں، جن میں اکثر خلط ملط ہوجاتا ہے: (۱) مسطح حزازہ کی بیش پرورشی قسم، جو عموماً ٹانگوں پر گھٹنوں کے نیچے، بالخصوص دوالی دار ٹانگوں پر واقع ہوتی ہے۔ (۲) حزازہ کلیل معمولی (lichen obtusus vulgaris) یا محدود المقام حکاک کی بیش پرورشی قسم، جو عموماً ٹانگوں پر دیکھی جاتی ہے، گردنوں، اعضاء تناسل، ٹخنوں پر، اور چڈوں میں بھی ہوتی ہے۔ یہ حالت عام طور پر ایک یا دو رقبوں میں محدود المقام ہوتی ہے، اور اسکے قرنی بثور حزازیت کے ایک رقعہ پر گنجان مرتب ہوتے ہیں۔ (۳) گرہکی حکاک (prurigo nodularis) یا حزاز کلیل قرنی (lichen obtusus corneus)، جسمیں بثور جُدا جُدا، اور بیقاعدگی کے ساتھ منتشر ہوتے ہیں، گروہ جوارح پر کم و بیش دونوں جا متشاکل طور پر واقع ہوتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ سیوانی (Civatte) نے حزازہ کلیل معمولی (lichen obtusus vulgaris) اور گرہکی حکاک (prurigo nodularis) کے درمیان کے فرق کی نسیجیاتی طور پر تصدیق کی ہے۔ اول الذکر میں خوردبینی مناظر محض حزازیت کے ہوتے ہیں۔ آخر الذکر میں یہ بھی دیکھے جاتے ہیں مگر یہ اُس ضرر پر مستزاد ہوتے ہیں جو اَدمہ میں گہرائی میں واقع ہوتا ہے، اور گرہکی حکاک کے بثرہ کا اصلی حصہ ہوتا ہے۔ یہ ضرر مختلف اقسام کے خلیات، نسیجی خلیات، کثیر الاشکال نواتی خلیوں، ایوسین پسند خلیوں، پلازمائی خلیوں، اور مستولی خلیوں کی کثیف دریزش پر مشتمل ہوتا ہے۔ عصبی خلیے بھی مل سکتے ہیں۔

علاج۔ یہ عموماً نہایت غیر تشفی بخش ہے۔ افرار پر لا شعاعوں کے استعمال سے ممکن ہے کہ کچھ عرصہ تک کھجلی میں تخفیف ہوجائے اور وہ غائب ہوجائیں مگر کس بالعموم ہوجاتا ہے۔ ممکن ہے کہ طویل تعطیل سے کھجلی بالکل موقوف ہوکر بثور مٹ جائیں، ماؤف حصوں کو کسی محبس تحسیہ (occlusive dressing)، مثلاً اُنا کے پیسٹ (Unna's paste) سے ڈھانکنے سے بھی بثور غائب ہوسکتے ہیں۔

گرمائی حکاک

(summer prurigo)

اِس اصطلاح کے تحت، جسے ابتداءً ہچنسن (Hutchinson) نے ۱۸۷۹ء میں استعمال کیا، وہ حالتیں شامل ہیں جو سریریاتی اور تسبیبی لحاظ سے یقیناً ایک دوسرے سے جداگانہ اور ممتاز ہیں۔ موقتی طور پر ہم اُنکی جماعت بندی حسب ذیل کرسکتے ہیں: (۱) طفولی گروہ (juvenile group)۔ اِسمیں ذیل کی حالتیں شامل ہیں:۔ (اَ) گاؤ چیچک نما تفقع (hydroa vacciniforme) کا شدید پیپ دار ثوران، جو عموماً ہیمیٹو پارفیریا خلقی (hæmatoporphyria congenita) کے ساتھ موجود ہوتا ہے اور جسے بمشکل حکاک کہا جاسکتا ہے، (ب) وہ خفیف بثری قسم، جسپر ہچنسن نے ابتداءً "گرمائی حکاک" (summer prurigo) کے نام کا اطلاق کیا، اور (ج) اِسکی نسبتہً زیادہ شدید قسم، جسمیں آبلے اور چھیچھڑے نیز بثور ہوتے ہیں، اور جو سریریاتی لحاظ سے پہلی دو قسموں کے درمیان ہوتی ہے۔ (۲) بالغی گروہ (adult group)۔۔۔ اِسمیں نوری حساس گری کی وہ اصابتیں شامل ہیں، جنمیں روشنی کی اثر پذیری پہلے بار بالغ زندگی میں نمودار ہوتی ہے۔ اِن مریضوں میں روشنی کا جلدی تعامل اپنی نوعیت میں عموماً اکزیمائی ہوتا ہے، جس سے بہر آدمی حساس شدگی ظاہر ہوتی ہے، اور متواتر رگڑنے اور کھرچنے سے ماؤف رقبوں کی حزازیت پیدا ہوجاتی ہے۔ لیکن یہ تعامل مخلوط قسم کا بھی ہوسکتا ہے، جسمیں شری دار بثور کے ساتھ ایک منتشر اکزیمائی التہاب جلد کی آمیزش ہوتی ہے۔ زیادہ شاذ صورتوں میں، ایک سادہ شری (آفتابی شری: urticaria solaris) (یعنے ایک خالص آدمی تعامل) روشنی میں تکشف کی مجیبیت ظاہر کرتا ہے۔ ثوران کی یہ تمام قسمیں یہ صفت مشترک رکھتی ہیں کہ یہ صرف موسم گرما میں ہوتی ہیں یا اِس موسم میں سب سے زیادہ شدید ہوتی ہیں، اور بالخصوص روشنی میں جلد کے تکشف سے پیدا ہوجاتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں حرارت بھی ایک سبب ممد معلوم ہوگی۔ اِنکے سریریاتی خصائص کے اختلافات کا انحصار

924

بلا شبہ ایک حد تک تو اُس مخصوص حساس کن شئے پر ہے جو کہ مسبب ہوتی ہے، اور ایک حد تک حساس شدہ بافت پر، خواہ یہ بافت آدمی ہو، یا بر جلدی ہو، یا یہ دونوں ہوں۔

گاؤ چیچک نما تفقع (hydroa vaccinoforme)(Bazin)۔ یہ شاذ پیدائشی، اور بعض اوقات خاندانی ثوران عموماً زندگی کے پہلے سال میں، سورج کی روشنی میں جلد کا منکشف ہونے کے بعد نمودار ہو جاتا ہے۔ اِسکے اضرار احمراری بثور، بثوری آبلوں یا براہِ راست آبلوں اور پھپھولوں کی طرح شروع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ نزفی ہوں یا قانچی بنجائیں۔ یہ نافینی ظاہر کرتے ہیں اور خشک ہو کر بھوری سی پپڑیاں بناتے ہیں، جنکے نیچے ضرر کا مرکز تنخری پایا جاتا ہے۔ پپڑی کے نکل جانے کے بعد وہاں ایک قرحہ نظر آتا ہے، جو بالآخر مندمل ہو کر ایک مُجدری نما ندبہ چھوڑتا ہے۔ یہ ثوران اُن حصّوں پر ہوتے ہیں جو روشنی میں کھلے رہتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اس انداب سے کانوں، انفی اجنحہ، اور اُنگلیوں کا بہت اِتلاف واقع ہو جائے۔ ہر موسمِ گرما میں تازہ حملے ہوتے ہیں، اور سرما میں یہ ثوران بڑی حد تک رفع ہو جاتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ سن بلوغ کے بعد یہ حملے موقوف ہو جائیں۔

بحثِ اسباب۔ اِس مرض کے متعلق بڑی دلچسپ بات یہ ہے کہ یہ تحوّل کے اُس نہایت شاذ خلقی نقص سے تعلق رکھتا ہے، جسے ہیمیٹو پارفریت خلقی (hæmatoporphyria congenita) کہتے ہیں۔ بول اور براز کے امتحان سے وہ لون ظاہر ہوتے ہیں جنھیں فشر (Fischer) نے بیان کیا ہے، یعنے بول میں یورو پارفائرن (uro-porphyrin)، اور براز میں اِسٹرکو پارفائرن یا کاپرو پارفائرن (sterco-or- copro-porphyrin)۔ ممکن ہے کہ دانت گلابی رنگ کے ہوں، اور عبوری تنویر (transillumination) کے ذریعہ ہڈیاں طبعی کی نسبت زیادہ سیاہ نظر آتی ہیں، جسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ اُنمیں پارفائرن کا لون موجود ہوتا ہے۔ خون کے تغیرات ہڈی کے گودے کی بڑی فعالیت ظاہر کرتے ہیں، اور ممکن ہے کہ طحال اور جگر کلانی یافتہ ہوں۔ ثوران کی تحریک اُن صغیر ترین ورائے بنفشی شعاعوں سے ہوتی ہے، جن کا موجی طول ۳۰۰ اور ۴۰۰ μμ کے درمیان ہوتا ہے۔ قیاس ہے کہ اِن اصباغوں میں پارفائرنس ہی وہ عامل ہوتے ہیں جو جلد کو روشنی کے لئے حسّاس بناتے ہیں، کیونکہ

ایک طبعی شخص کے اندر تجربتہً پارفائرن کے اشراب سے بھی یہی اثر پیدا ہوتا تبلا دیا گیا ہے۔ گاؤ چیچک نما تفقع کی اُن اصابتوں میں جنمیں ہیمیٹو پارفرین بولیت۔ (haemato porphyrinuria) موجود نہو' یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ پارفائرنس براز میں موجود ہو۔ ایسا ہی تورّان سلفونل کے تسمم (sulphonal poisoning) میں واقع ہوسکتا ہے' اور اسمیں بھی ہیمیٹو پارفرین بولیت موجود ہوتی ہے۔

امراضیاتی تشریح۔ اوّلی تغیر بالائی اَدمہ کے دموی عروق کا بے انتہا تساع معلوم ہوتا ہے' جسکے ساتھ مصلی اور خلوی ارتشاح ہوتا ہے' جو شبکہ مالپیجی پر نفوذ کرکے قرنی تہ کے نیچے ایک پھپھولا بنادیتا ہے۔ عروق سے نزف ہونے کے باعث اور اُنکی علقیت کی وجہ سے بالائی اَدمہ کا تنخر واقع ہوجاتا ہے۔

علاج۔ چونکہ ہیمیٹو پارفرینیت خلقی تحوّل کی ایک فطری خلاف قاعدگی ہے' کوئی علاج کارگر نہیں ہوتا' بجز اِسکے کہ جلد کو روشنی سے محفوظ رکھا جائے۔ کونین بیرونی بنفشئی شعاعوں کو روکدینے کا خاصہ ہے' اور اِسے کھلے ہوئے حصّوں پر ایک مرہم کی صورت میں لگا سکتے ہیں (نسخہ: کونینی (الکولائڈ) ۵ء۰' ایسڈ اولی اِک ۰ء۴' ایسڈ اِسٹی ایرک ۰ء۱۰' پوٹاس ہائڈراکس ۵ء۰' آب کشیدہ ۰ء۴۰۰)۔ اِسکو لگانے کے بعد اوپر سے ایک چھڑکنے کا سفوف استعمال کرسکتے ہیں' مثلاً ذیل کا نسخہ: کونین سلف ۰ء۱' ٹالک ۱۵ء۰' اور اِسمیں مناسب رنگ کی آمیزش کرلی جائے۔ زیادہ موثر ایک غسول ہے جو کہ ٹینک ایسڈ (tannic acid) پر مشتمل ہے' مثلاً بگیرند۔ ایسڈائی ٹینکائی ۱۰ حصہ' سپرٹ وائی نیتھ انڈ ۲۵ حصہ' آب کشیدہ تا بحد ۱۰۰ حصہ۔

گرمائی حکاک (summer prurigo) ہچنسنی قسم (Hutchinson type:

خفیف قسم کا صیفی تفقع (hydroa æstivale)] کالکٹ فاکس (Colocitt Fox) صیفی التہاب جلد (dermatitis recurrens æstivalis) ریڈ کلف کروکر (Radcliffe Crocker)] "گرمائی تورّان" ("summer eruption") کی یہ خفیف اصابتیں بچوں اور ریعانی عمر والوں میں پائی جاتی ہیں' اور اُنکے اُس قریبی رشتہ کی وجہ ایک طرف تو گاؤ چیچک نما تفقع (hydroa

vacciniforme) کے ساتھ، اور دوسری طرف نوری حساسگی (light-sensitisation)
کے ساتھ رکھتی ہیں، ہنوز وضاحت کی ضرورت ہے۔ یہ ثوران بیشتر جُدا جُدا بثوروں پر مشتمل ہوتا
ہے، جو ثبوری شری کے بثور سے مشابہ ہوتے ہیں، اور جب اُنھیں کھرچ کر نکالا جائے
تو پھیکے اور تقریباً طبعی جلد کے رنگ کے ہوتے ہیں حتیٰ کہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ صرف یہی اضرار
ہوں، لیکن دوسری اصابتوں میں ایسے بثور ہوتے ہیں جن پر آبلے ہوتے ہیں، یا ایڈمسن
(Adamson) (49) کی بیان کردہ اصابت کی طرح تیز چمکدار روشنی میں منکشف ہونے
پر آبلے بلکہ پھپھولے تازہ پیدا ہو سکتے ہیں۔ کھجلی کا درجہ، اور اسی وجہ سے کھرچنے کے
ثانوی نتائج مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان اضرار کے بعد
اندمال ہو یا نہ ہو۔ یہ ثوران بالخصوص کھلے ہوئے حصوں پر واقع ہوتا ہے، خاص کر چہرے پر
اور بازوؤں اور ہاتھوں کی باسط سطحات پر۔

بحثِ اسباب۔ انہیں سے بعض اصابتوں میں، بالخصوص جبکہ حقیقی پھپھولے
بنجائیں، اغلب ہے کہ پارفائرنس (porphyrins)، جو ایک خلقی تحوّلی نقص کا نتیجہ
ہوتے ہیں، روشنی کے لئے حساس بنانے والے عاملات ہوتے ہیں۔ یہ پارفائرنس بول
میں ورائے بنفشئی روشنی سے قوی تر تہرّ ظاہر کرتے ہیں، اور طیف نما کی نسبت اس ذریعہ
سے زیادہ آسانی کے ساتھ شناخت کئے جا سکتے ہیں۔

دوسری اصابتوں میں پارفائرنس نہیں موجود ہوتے، اور حساس کن شے
نامعلوم ہوتی ہے۔

علاج۔ اُن اصابتوں میں جنہیں بظاہر پارفائرنس حساس کن اشیاء ہوتی
ہیں، بجز اسکے کہ روشنی سے بچایا جائے اور کوئی علاج کارگر نہیں ہوتا۔ دوسری
اصابتوں میں حساسیت ربائی کا کوئی طریقہ آزمانا چاہئے، مثلاً ذاتی دموی علاج، اور
پیپٹون یا اوریل کے پ مادہ کے اشرابات۔ آخر الذکر بعض اصابتوں میں موثر ثابت
ہوا ہے۔

بالغی قسم کی نوری حسّاسیت (light-sensitiveness of the

adult type)۔ یہ ایک خوب واضح سریری ذات ہے، جو گٹاؤ چیچک نما تنفّع سے
اور بچوں میں واقع ہونے والے گرمائی حکاک کی خفیف تر قسموں سے جداگانہ ہے۔

ذکور کی نسبت اناث زیادہ عام طور پر ماؤف ہوتی ہیں حالانکہ گاؤ جیچک نما تفقع میں اسکے برعکس حالت ہوتی ہے۔ روئیداد مرض اکثر یہ پائی جاتی ہے کہ سورج کی تیز روشنی میں بالخصوص سمندر کے کنارے منکشف ہونے کے بعد مریض کے کھلے ہوئے حصوں میں حاد التہاب جلد اور شدید خراش پیدا ہوگئی اور اسکے بعد معتدل شدت کی روشنی تک میں مزید منکشف ہونے سے کم و بیش یہی علامات پھر پیدا ہوگئے۔ یہ اصابتیں اپنی انفرادی حساسیت کے درجے کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں۔ بعضوں میں صرف سورج کی تیز روشنی سے خراش اور ثوران کی تحریک پیدا ہوتی ہے، دوسروں میں انتہائی اثر پذیری موجود ہوسکتی ہے، جسکی وجہ سے یہ علامات سرما میں بھی جاری رہتی ہیں۔

علامات نام نہاد نوری حساسیت کی باقی قسم کے سریریاتی خصائص اسقدر ممیز ہوتے ہیں کہ اس حالت کی تشخیص ایک نگاہ میں ہوسکتی ہے۔ مریض کے چہرے کی رنگت میں اسوقت بھی جبکہ کوئی فاعلی ثوران موجود نہو، ایک پیلی مٹیالی جھلک پائی جاتی ہے، اور لبوں کے مشرقی کنارے کا رنگ ممیز طور پر نیلگوں رمادی ہوتا ہے۔ معتدل یا زیادہ شدت والے مریض میں چہرے گردن اور دوسرے کھلے ہوئے حصوں کی جلد واضح طور پر موٹی ہوجاتی ہے اور قدرتی خطوط زیادہ مبرز ہوجاتے ہیں، اور یہ تغیرات بلاشبہ ایک حد تک، جیسا کہ معمولی حزازیت میں ہوتا ہے مسلسل رگڑنے اور کھرچنے کی وجہ سے ہوتے ہیں جنکی تحریک شدید خراش سے پیدا ہوجاتی ہے۔ درحقیقت یہ ظواہر ان ظواہر سے نہایت مشابہ ہوتے ہیں جو حساسیتی مبداء کے عمومی حکاک میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ اصلی ثوران جو کھلے ہوئے حصوں پر اسوقت نمودار ہوتا ہے جبکہ مریض کسی شدت کی روشنی میں کھلا ہوا ہو، ابتدائی درجہ میں ایک احرار ہوتا ہے، جسمیں مختلف درجہ کا مصلی ارتشاح ہوتا ہے، اور جلد کے ماؤف رقبے تیز سرخ اور کسیقدر اُذیمائی ہوتے ہیں۔ پھر اکزیمائیت طاری ہوجاتی ہے، جو ہمیشہ برادمی حساسیت کی دلالت ہوتی ہے، اور ایک حاد حملے میں ماسبق احراری قاعدے پر کثیر التعداد گنجان اکزیمائی بثور اور آبلے پیدا ہوجاتے ہیں۔ چہرے اکثر متورم ہوتے ہیں، جیسا کہ کیمیائی یا دوسری خراش آور اشیاء کی وجہ سے پیدا شدہ

اکزیمائی التہاب جلد میں ہوتا ہے۔ اکثر اوقات تثری دار ثور اکزیمائی اضرار کے ساتھ مخلوط ہوتے ہیں' اور شاذ اصابتوں میں روشنی کی مجیبیت خالصۃً تثری قسم کی ہوتی ہے اور کوئی اکزیمائیت نہیں موجود ہوتی۔

حاد حملے نہایت عام طور پر آغاز بہار میں دیکھنے میں آتے ہیں' اور اِنکے رفع ہوجانے کے بعد ممکن ہے کہ سارے گرما میں مریضوں کو کوئی تکلیف نہو' بجز اُسوقت کے جبکہ سورج کی تیز روشنی میں منکشف ہو۔ لیکن زیادہ عام طور پر ثوران کے حاد درجہ کے بعد چہرے' گردن' اور ہاتھوں اور کلائیوں کی پشت کی مزمن اکزیمائیت پیدا ہوجاتی ہے' اور مریض کو شدید خراش کے دورے ستاتے رہتے ہیں' جنکی وجہ سے ممکن ہے کہ اُسکی نیند میں شدید خلل واقع ہو۔ ناک' وجنی حلقوں اور ٹھڈی پر اکزیمائی آبلوں میں سے مصلی ارتشاح ہمیشہ نکلتا رہتا ہے' اور اِسکے خشک ہوجانے سے زردی مائل پپڑیاں بنجاتی ہیں۔ مزمن التہاب کی وجہ سے جلد کھردری اور موٹی ہوجاتی ہے' اور مسلسل رگڑنے اور کھرچنے سے بتدریج حزازیت پیدا ہوجاتی ہے۔ گردن پر اور ہاتھوں کی پشت پر جدا جدا حزازیت یافتہ ثور اکثر موجود ہوتے ہیں' اور یہ اُن ثور سے مماثل ہوتے ہیں جو طفولی اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ زیادہ شدید اصابتوں میں جسم کے اُن حصوں پر' جو روشنی میں کھلے ہوئے حصوں کے علاوہ ہوتے ہیں' خراش اور اُسکے ساتھ اکزیمائیت اور حزازیت پیدا ہوسکتی ہے' اور مریضوں کی ایک تھوڑی تعداد میں' جو زمانۂ طفلی سے حکاک بیسنیر میں مبتلا رہے ہوں' بالغ زندگی میں نوری حساسیت پیدا ہوسکتی ہے۔

اِسکا مشاہدہ ہوگا کہ اِن بالغی اصابتوں کے ثوران کے سریریاتی خصائص طفولی قسم کی نوری حساسیت کے خصائص سے معتدبہ طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ آخرالذکر میں اضرار جدا جدا ثور' ثوری آبلوں اور نفّیطوں پر مشتمل ہوتے ہیں' جو خشک ہوکر پپڑیاں بنا دیتے ہیں' اور اکثر گڑھے دار ندبات چھوڑتے ہیں۔ اول الذکر میں جلدی تعامل زیادہ اوپری اور اکزیمائی نوعیت کا ہوتا ہے' اور شدید ترین اصابتوں میں بھی اِندباب کبھی نہیں دیکھا جاتا' بجز اِسکے کہ وہ ثانوی ریم زاد سرایت کے باعث ہو۔ معلوم ہوتا ہے کہ گاؤ چیچک نما تنفقع میں ابتدائی التہابی تغیرات اوّلی طور پہ

آدمی ہوتے ہیں، لیکن بالغی قسم میں تعامل، جیساکہ بتلایا گیا ہے، زیادہ اوپری ہوتا ہے، اور برادِمی حساسیت کی وجہ سے ہوتا ہے۔

بحث اسباب ۔ اِن اصابتوں کے متعلق تحقیقات (50) کے نتائج حسب ذیل مختصراً بیان کئے جاسکتے ہیں ۔ (۱) اِس امر کا کوئی معیّن ثبوت نہیں ہے کہ روشنی کی یہ حساسیت کسی پارفائرن پر منحصر ہوتی ہے ۔ (۲) اِن اصابتوں کے بڑے تناسب میں یا تو بے نمک ترشگی ہوتی ہے یا نمایاں کم ترشگی (۰ ۵ فی صدی اصابتوں میں) ۔ یہی رجحان حکاک بیتیرۂ میں پایا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ ایک اہم عامل ہو۔ لیکن یہ اِن دونوں حالتوں میں سے کسی ایک میں بھی کسی طرح ایک مستمر عامل نہیں۔ (۳) براز ۔۔۔ ایک غیر طبعی، معائی نباتیہ (intestinal flora) تقریباً ہمیشہ پایا گیا ہے، اور اُسکے ساتھ زیادہ گندیدگی بھی ظاہر ہوتی ہے۔ غالباً مختلف اقسام کی ایسے قولونی کا عضویوں (coliform organisms) کی موجودگی بھی خاص نسبت رکھتی ہے، جو لیکٹوز کی تخمیر نہیں کرسکتے یا دیر سے تخمیر کرتے ہیں ۔ (۴) بول ۔۔۔ انڈیکن (indican) یا یوروروسیئین (urorosein) کی نہایت نمایاں زیادتی عملاً ہمیشہ موجود ہوتی ہے ۔ مزید برآں یوروبائیلین (urobilin) کی ایک معیّن زیادتی بھی پائی جاسکتی ہے، اور ممکن ہے کہ بول کے ایسے نمونوں سے جو چوبیس گھنٹوں میں مختلف وقفوں سے لئے گئے ہوں، ویسے ہی نتائج حاصل ہوں جیسے کہ حساسیتی حالتوں میں بیان کئے گئے ہیں ۔ (۵) خون ۔۔۔ ایمینو ایسڈ مافیہ (amino-acid content) عموماً طبعی کی نسبت زیادہ ہوتا ہے ۔ کئی امتحان کردہ اصابتوں میں فان ڈن برگ کا شقہ (Van den Bergh test) سے ایک مثبت بالواسطہ تعامل حاصل ہوا ہے ۔ (۶) بیریم کھلانے کے بعد معدی معائی خطہ کے لاشعاعی امتحان سے تقریباً ہمیشہ سقوط الاحشاء (visceroptosis) کے ساتھ اعور اور قولون کے کسی حصے میں تاخیر پائی گئی ۔

اِن معطیات سے، اور اِن پر مبنی علاج کے نتائج سے معقول طور پر نتیجہ نکالا جاسکتا ہے کہ جلد کو حساسیت بخشنے والی شے آنت میں مہیّج ہے، جگر میں اُس کی تثبیت اور اتلاف نہیں ہونے پاتا، اور اِسطرح وہ نظامی دوران خون میں پہنچ جاتی ہے ۔ اِس شے کی ماہیت نامعلوم ہے ۔ ممکن ہے کہ نیم مکمل طور پر ہضم شدہ پروٹین

سرمائی حکاک

(prurigo hiemalis)

(حکاکِ سرما = winter prurigo)

حکاک کی یہ قسم فصلِ خریف اور سرما میں ہوتی ہے، اور موسمِ گرما کی آمد کے ساتھ غائب ہوجاتی ہے۔ کھجلی کے دورے عموماً اُسوقت ہوتے ہیں جبکہ کپڑے اُتار کر جلد کو کھلا کر دیا جاتا ہے یا بستر سے اُٹھنے پر ہوتے ہیں۔ یہ کھجلی عموماً رانوں کی اندرونی سطحوں پر، ٹانگوں پر گھٹنوں کے نیچے، پیش بازوؤں کی باسط سطحات پر اور جوڑوں کے گرد شدید ترین ہوتی ہے۔ کھرچنے سے حزازیت اور جرابی انسحاج پیدا ہوسکتا ہے۔

بحثِ اسباب۔ خاص تحریکی عامل سردی میں کھلا رہنا ہے۔ جلد کی غیر قدرتی خشکی، جو موسمِ سرما سے زیادہ شدید ہوجاتی ہے، اکثر اُسی طرح دیکھی جاتی ہے جسطرح کہ شیوخی حکہ (senile pruritis) میں، اور پھر کھجلی بالخصوص وہاں ہوتی ہے جہاں جلد قدرتی طور پر سب سے زیادہ خشک ہے، یعنے جوارح کی باسط سطحات پر۔

علاج۔ خشک جلد والے مریضوں میں، قلوی صابنوں اور جلد جلد گرم غسلوں سے پرہیز کرنا، اور صبح و شام ایک منعّم دافع حکہ مرہم لگانا کامیاب علاج ہوسکتا ہے۔ دشوار علاج اصابتوں میں متبادل گرم اور سرد نطولات سے، اور ہلکے لباس کے ساتھ بیرونِ خانہ زوردار ورزش کے ذریعہ جلد کی تہییج، یا دوائے منفشئی غسلوں کا ایک نصاب ضروری ہے۔ بعض اوقات ناقص درقیت کے آثارات پائے جاتے ہیں، چنانچہ ایسی اصابتوں میں درقی ادویہ سے جلد کی بناوٹ درست ہوگی اور سردی کے لئے اسکی حساسیت کم ہوجائیگی۔

نملہ شکل التہابِ جلد

(DERMATITIS HERPETIFORMIS)

(مرضِ ڈوھرنگ :Duhring's disease)

(غلہ شکل تفقع :hydroa herpetiformis)

ڈوہرنگ نے اِس اصطلاح کو رائج کیا اور جس مرض کے لئے اِسکا استعمال کیا اُسکی حسب ذیل تعریف بیان کی: "یہ ایک التہابی، اوپری طور پر واقع ہونے والا کثیر الاشکال نملہ شکل ثوران ہے، جو بالخصوص احمراری، آبلہ دار، قانچی اور پھپھولے دار اضرار سے ممیز ہوتا ہے، جو عموماً مختلف امتزاجات میں مرتب ہوتے ہیں، جنکے ساتھ جلن اور کھجلی ہوتی ہے، اور جو اکثر ایک مزمن مرا در نکس اور توالی کا رجحان رکھتے ہیں۔" یہ ثوران عام نہیں، لیکن اِسکی ہلکی شکلیں اکثر غیر مشخص رہتی ہیں، اور یہ اِس ملک میں ترقی پذیر معلوم ہوتا ہے۔ ڈوہرنگ نے اِسکی کثیر الاشکال نوعیت پر بجا زور دیا، جس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ اِسکی تشخیص میں اُن اشخاص کو جو خاص معلومات نہیں رکھتے کیوں دقت پیش آتی ہے۔

کامل نمو یافتہ ثوران حسب ذیل مختلف اضرار پر مشتمل ہوتا ہے: (۱) احمراری رُقعے، عموماً تحری دار، جنکے خاکے مدوّر یا بیقاعدہ اور چکردار، اور جسامت بہت مختلف ہوتی ہے۔ (۲) تحری ڈوڈرے، یا تحریٔی دار بثور، جو سادہ حکاک کے بثور سے مشابہ ہوتے ہیں۔ (۳) آبلے، یا زیادہ شاذ حالتوں میں پھپھولے، جن سے نملہ شکل منظر پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ عام طور پر احمراری چکتیوں پر اُٹھ آتے ہیں، مگر ان سے الگ بھی بن سکتے ہیں۔ اِن کا مافیہ ابتداءً اکثر صاف ہوتا ہے، مگر ممکن ہے کہ جلد ہی ریمی ہوجائے۔

اِن اوّلی اضرار پر وہ اضرار بھی مستزاد ہوجاتے ہیں جو کھرچنے سے پیدا ہوجاتے ہیں، یعنی تشارکلات، جن پر خون آلود پپڑیاں جم جاتی ہیں، اور کھرچنوں کے خطی نشانات بنجاتے ہیں، اور یہاں کی جلد موٹی ہوجاتی ہے۔ یہ لونیت سب زیادہ

ماؤف رقبوں پر منتشر ہوتی ہے، لیکن بھورے لطخات (macules) کی طرح بھی واقع ہوتی ہے جو آبلے دار یا بثوری اضرار کے چھوڑے ہوئے نشانات یا اوپری ندبات کے اردگرد ہوتے ہیں۔ سکون کے زمانہ میں، ان لونی چکتیوں کی توزیع اور ممیز گروہ بندی کی وجہ سے، فعال علامات کی عدم موجودگی میں بھی اکثر نملہ شکل التہاب جلد کی تشخیص قائم کرنا ممکن ہوتا ہے۔ اس ثوران کے انتخابی مقامات حسب ذیل ہوتے ہیں: کندھے، بالائی بازو بغلوں کے قریب، پشت کا زیریں حصہ اور سرینوں کے بالائی حصے، سینہ، پیش بازو اور ٹانگیں گھٹنے سے نیچے۔ خدی مخاطی جھلی مریضوں کی تقریباً نصف تعداد میں ماؤف ہوتی ہے، اور اسکے اضرار کثیر الاشکال احمرار کے مشابہ ہوتے ہیں۔ چہرہ، جلد الراس، بلکہ ہتھیلیاں اور تلوے تک سب ماؤف ہوسکتے ہیں۔

928

مرض کے اشتدادات اور فترات ہوتے ہیں۔ اُسکے فعال درجہ کے دوران میں تازہ اضرار تھوڑی سی تعداد میں روزانہ یا چند دنوں میں نمودار ہوتے رہتے ہیں، یا وسیع حملے توبتی طور پر ہوسکتے ہیں، اور اُنکے بعد عموماً نسبتہً سکون کے وقفے ہوتے ہیں۔ ثوران کی قسم کا انحصار کسی حد تک ماؤف فرد پر ہوتا ہے۔ چنانچہ بعض مریضوں میں نملہ شکل اضرار کا غلبہ ہوتا ہے۔ دوسروں میں تری دار بثور کا غلبہ ہوتا ہے، اور بعض اشخاص میں بڑے بڑے آبلے یا پھپھولے نمایاں خاصہ ہوتے ہیں۔ اسی طرح لونیت بھی بہت مختلف درجہ کی ہوتی ہے۔ شاذ اصابتوں میں آبلے دار اضرار، بالخصوص تعریجات میں، منبت ہوجاتے ہیں، جن سے منبتی دار الفقاع (pemphigus vegetans) کی یاد تازہ ہوتی ہے۔ بچوں میں آبلے دار قسم عام ترین ہے، اور بلاشبہہ اُنا کے صبائی تنفقع (hydroa puerorum of Unna) سے متناظر ہے، اور اسمیں لونیت کم ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ اسے آبلے دار بثوری شری (bullous papular urticaria) سے تمیز کرنا مشکل ہو۔ راقم الحروف نے دیکھا ہے کہ آخرالذکر کے بعد ریحان کے زمانہ میں تمثیلی نملہ شکل التہاب جلد ہوگیا ہے۔

موضوعی علامات محض کھجلی کی نسبت زیادہ پیچیدہ ہوتے ہیں، اسی واسطے براک (Brocq) نے کثیر الاشکال التہاب جلد مؤلمہ ("dermatitis

"polymorphes douleureuses") کی اصطلاح استعمال کی ہے۔ کھجلی کے غالب احساس کے علاوہ مریض جلن، جھنجھناہٹ یا حقیقی درد کی شکایت کرتے ہیں۔ عموماً اُنکی تکلیف رات کے وقت زیادہ ہو جاتی ہے، اور بے خوابی اکثر ایک خطرناک نتیجہ ہوتا ہے۔ اِس مرض کا یہ ایک ممیز خاصہ سمجھا جاتا ہے کہ عام صحت کی حالت پر بہت کم خراب اثر ہوتا ہے، لیکن شدید اصابتوں میں عرصہ دراز تک جاری رہنے والی خراش اور بے خوابی کا خراب اثر مریض کی ذہنیت پر بہت نمایاں ہوتا ہے، اور وہ عصبی، جذباتی، بلکہ مائل بہ خودکشی ہو جاتا ہے۔

اِنذار۔ اگرچہ اِن اصابتوں کی اکثریت میں ممکن ہے کہ مرض سالہا سال تک جاری رہے، تاہم زندگی کے متعلق انذار امید افزا ہوتا ہے۔ لیکن شاذ مثالوں میں ممکن ہے کہ یہ ثوران حقیقی داء الفقاع (true pemphigus) میں بدل جائے، اور بالآخر برگ نما قسم (foliaceous type) کا ہو کر مہلک نتائج پیدا کر دے۔

مرضی تشریح۔ احراری رقعے عروقی اتساع سے بنتے ہیں، جس کیساتھ خلیا کر بالائی اَدمہ کی حلیمی تہ میں اُڑ دیا ہوتا ہے۔ گرد عروقی دریزش ہوتی ہے، جو زیادہ ایوسین پسند خلیوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ نسبتہً بڑے آبلے اور پھپھولے پوری بر جلد اور حلیمی جسم کے درمیان، یا قرنی طبقہ اور شبکہ کے درمیان انصباب کی وجہ سے، یا شبکہ میں چھوٹے چھوٹے آبلوں کے باہم ملجانے سے بنجائیں۔ مصلی سیال میں کثیر التعداد ایوسین پسند خلیات موجود ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ بعد میں اُنکی جگہ کثیر الاشکال نواتی سپید خلیے پیدا ہو کر یہ سیال ریمی ہو جائے۔ خون کے اندر ایوسین پسند خلیوں کی زیادتی ۵ تا ۳۰ فیصدی مختلف ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے (51) کہ نملا شکل التہاب جلد "جلدی عصبی اختتامات کے گروہوں میں، آنت سے پیدا ہونے والے کسی جراثیمی پروٹین کی حساس شدگی پیدا ہو جانے" کی وجہ سے ہوتا ہے، اور اغلب معلوم ہوتا ہے کہ یہ رائے بنیادی طور پر صحیح ہے۔ حسی علامات اور اضرار کی نملا شکل نوعیت سے مترشح ہوتا ہے کہ یہ ثوران جلد کے بعض عصبی عناصر کی ماؤفیت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ایوسین پسند خلیوں کی کثرت کے مدنظر، اور اِس واقعہ کے مدنظر کہ نملا شکل

التہاب جلد میں آوریئل (Oriel) نے خون اور بول میں وہی حیاتی کیمیائی تغیرات پائے جو دوسری حساسیتی حالتوں میں ہوتے ہیں، اغلب معلوم ہوتا ہے کہ یہ ثوران حساسیتی نوعیت رکھتا ہے۔ دافع گندیدگی غذا کے نفع بخش اثر سے، اور معائی نباتیہ کی تحقیقات سے پتہ چلتا ہے کہ کم از کم بہت سی اصابتوں میں وہ اینٹی جن، جسکی حساسیت جلد کے عصبی عناصر میں پیدا ہوجاتی ہے، آنت سے ماخوذ ہوتا ہے۔ لیکن اغلب ہے کہ اصلی اینٹی جن تمام اصابتوں میں وہی نہیں ہوتا، اور ثوران کے ممیز خصائص اینٹی جن کی نوعیت پر منحصر ہونے کے بجائے زیادہ تر مخصوص حساس شدہ عصبی عناصر پر منحصر ہوتے ہیں۔ اس مرض کا ایک عجیب خاصہ یہ ہے کہ مریض آیوڈائیڈ آف پوٹاسیئم (iodide of potassium) کا اور کسیقدر کم حد تک برومائیڈز (bromides) کا عدم تحمل ظاہر کرتے ہیں، خواہ انھیں بیرونی طور پر لگایا جائے یا انکا داخلی استعمال کیا جائے۔ اگر ویسلین (vaselin) کے اندر پوٹاسیئم آیوڈائیڈ کا ۵۰ فیصدی مرہم نملہ شکل التہاب جلد کے مندمل شدہ رقبوں پر لگایا جائے تو اُس سے ایک حاد تعامل پیدا ہوجاتا ہے لیکن حقیقی داء الفقاع (true pemphigus) میں ایسا نہیں پایا جاتا۔ تاہم سوڈیئم آیوڈائیڈ کا اثر ایسا نہیں ہوتا۔

براعظم یورپ پر یہ نظریہ قائم کیا جاتا ہے کہ نملہ شکل التہاب جلد مزمن داء الفقاع کی ایک تبدیل شدہ صورت ہے، اور یہ کہ دونوں ایک تعفن پذیر قشب کی سرایت کے باعث ہوتے ہیں۔ اگرچہ ہم تسلیم کرتے ہیں کہ نملہ شکل التہاب جلد کی ایک تمثیلی اصابت، داء الفقاع کی اتنی ہی تمثیلی اصابت میں مبدل ہوسکتی ہے، اور ہلاکت پر ختم ہوسکتی ہے، بلحاظ زندگی اول الذکر میں انذار تقریباً ہمیشہ اتنا ہی سلیم ہوتا ہے جتنا کہ آخر الذکر میں خطرناک۔ مزید برآں یہ باور کرنا مشکل ہے کہ نملۂ حملی، جو کہ سریری طور پر نملہ شکل التہاب جلد سے ناقابل تمیز ہے، کسی نوعی ساری عضویہ کے باعث ہوسکتا ہے، کیونکہ اسکا وقوع براہ راست حمل سے تعلق رکھتا ہے، جسکے ختم ہونے پر صحت یابی ہوجاتی ہے۔

علاج۔ شدید اصابتوں میں مریض کو کچھ عرصے تک بستر میں بالکل آرام سے رکھنا چاہئے۔ صرف اسی سے ممکن ہے کہ ثوران عارضی طور پر صاف ہوجائے۔

929

جیسا کہ نارمن واکر (Norman Walker) نے بتلایا ہے (52)، فاقہ کشی کا بھی یہی اثر ہوتا ہے' اور اس نے ایک شدید اصابت کا اندراج کیا ہے جسمیں ابتداً روزہ رکھنے کے بعد مریض کو لبنی نباتی غذا پر رکھنے سے وہ عملاً علامات سے مبرا رہا۔ غذا کے متعلق وہی قواعد نافذ کرنے چاہئیں جنکی سفارش حساس گری نور کے لئے کیگئی ہے (جو ملاحظہ ہوں)' اور کم از کم تھوڑے عرصے تک ہر قسم کے گوشت اور مچھلی کو غذا سے خارج کردینا چاہئے۔ معانی گندیدگی کو کم کرنے کے لئے گلوکوز یا لیکٹو ڈیکسٹرین اور ساتھ ہی ترش پسند دودھ آزادانہ طور پر دینا چاہئے۔ جب ممکن ہو تو بیرون خانہ زندگی بسر کرنا مناسب ہے' اور تازہ ہوا میں باقاعدہ ورزش پر زور دینا چاہئے۔

داخلی طور پر۔ سنکھیا' بڑھتی ہوئی مقداروں میں استعمال کرنے سے تقریباً ہمیشہ ثوران رکا رہیگا اور اسے ایک عارضی تدبیر کے طور پر تجویز کرسکتے ہیں لیکن یہ اس مرض کا شفا بخش علاج ہرگز نہیں' اور معلوم ہوتا ہے کہ اکثر چندے استعمال کرنے کے بعد اسکا اثر جاتا رہتا ہے۔ مزید برآں اگر اسے جاری رکھا جائے تو خطرناک ہوتا ہے' کیونکہ یہ جگر پر سمی اثر رکھتا ہے' اور سرطلمی سلعہ (epithelioma) پیدا کردینے کا امکان رکھتا ہے (جسکی کئی اصابتوں کی اطلاع اس مرض میں دی گئی ہے)۔ کونین کی بھی بڑی مقداروں میں سفارش کیگئی ہے۔ بلند قولونی آبیاری (high colon irrigation) کا ایک نصاب نہایت مفید ہوتا ہے' اور جبتک کہ موزوں غذا کے ذریعہ آنتوں کے فعل میں باقاعدگی قایم نہ ہوجائے' کیلومیل (calomel) کی خفیف مقداریں اور ملین سلفیٹس (aperient sulphates) کا عارضی استعمال مناسب ہے۔ مقامی طور پر۔ بیرونی طور پر لگانے کی دواؤں کا فعل محض تخفیف ہوتا ہے' لیکن جیسا کہ ڈوہرنگ (Dohring) نے مشورہ دیا ہے' گندھک کے مرہم (sulphur ointment) کو مسلسل چندروز تک دوا نہ طور پر لگانے سے اکثر بہت آرام معلوم ہوتا ہے' مثلاً یہ نسخہ:۔ سلفر پریسی پیٹیٹ (sulphur precipitate) ۳۰ گرین' انگنئنٹم زنکی (ung. zinci) تا بحد ایک اونس۔ متذکرۂ بالا تدابیر کے علاوہ عموماً حساسیت ربائی کے کسی طریقے کی ضرورت ہوتی ہے۔ خود زاد دموی یا خود زاد مصلی علاج (autohæmo-or autosero-therapy) بلا شبہ مفید ہوتا ہے'

تیز یا توڈینز (Danyes) کے طریقے سے تیار کردہ مذخور برازی مُجدرین (stock fæcal vaccine) کے اشرابات دینے سے فائدہ ہوتا ہے یا اُن قولونی نما عضویا کی غیر معمولی نسلوں سے جو عموماً نما شکل التہاب جلد کے مریضوں میں پائی جاتی ہیں خودزاد مُجدرین تیار کرکے اُنکے اشرابات دینے سے فائدہ ہوتا ہے۔ لیکن حال ہی میں باربر (Barber) اور اوریئل (Oriel) کو آخر الذکر کو مریضوں کے بول سے حاصل کردہ) پروٹیوز (proteose) کی مناسب ترقیقوں کے اشرابات کے استعمال سے کئی مریضوں میں حیرتناک نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ راقم الحروف کے ہاتھوں میں حساسیت ربائی کے تا حال استعمال کردہ کسی دوسرے طریقہ کے مقابلہ میں یہ طریقہ سب سے زیادہ بہتر ثابت ہوا ہے۔ جیسا کہ دار الفقاع میں ہوتا ہے۔ جرمانین (germanin) کے اشرابات بعض اماجتوں میں مفید ثابت ہوتے ہیں۔

مخدشی التہاب جلد اور سمّی ثورانات

(DERMATITIS VENENATA & TOXIC ERUPTIONS)

پتہ چلایا جا سکتا ہے کہ التہاب جلد کی بہت سی قسمیں زہریلے مادوں کو راست لگانے یا انکو اندرونی طور پر استعمال کرنے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ مثلاً ڈنک مارنے والے بچھوے (stinging nettle) (urtica divica) سے پیدا ہونے والا اثر جس سے سب واقف ہیں ایسے ہی جلدی التہاب کی خفیف شکل ہے اور اسکی نسبتہً بہت زیادہ شدید شکل وہ اکزیمائی طفح (eczematous rash) ہے جو پرائمولا آبکانیکا (primula obconica) کے پتوں کے چھونے اور فصیلہ اناکارڈیسی (anacardiaceæ) (جس سے رہس ٹاکسیکو ڈینڈران rhus toxico dendron: اور ہندوستانی بھلاواں Indian marking-nut تعلق رکھتے ہیں) کے پودوں کا رس لگنے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ گل اوُدی (chrysauthemum) آبی نرگس (daffodils) زنبق الوادی (lilies of the valley) اور بہت سے دوسرے پودے بھی بعض اشخاص میں ایک حاد التہاب جلد پیدا کر سکتے ہیں خون کے اندر سموم اور مماثل ہرشوں کی موجودگی کے نتائج ذیل کی حالتوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ امراض طفحیہ (exanthems) کے احراری ثورانات میں تعفن الدم اور عفونت الدم کے اُن ثورانات میں جو کبھی کبھی

پیدا ہوجاتے ہیں۔ تجدرین رسانی (vaccination) کے بعد پیدا ہونے والے ثورانات ہیں۔ اور اُن احمراری طفحات میں جو بعض اوقات ڈفتھریائی اور دوسرے ضد سموم کے اشرابات کے بعد پیدا ہوجاتے ہیں۔ یوریا دمویتی التہاب جلد (uræmic dermatitis) ایک سمی شکل کا التہاب جلد ہے جو گاہے گاہے مرض برائٹ میں اواخر علالت میں دیکھنے میں آتا ہے۔ وہ اکثر بثور کی شکل میں یا سرخ ملتہب جلد کی اُبھری ہوئی بڑی بڑی چکتیوں کی طرح شروع ہوتا ہے، جو بالآخر باہم پیوستہ ہوجاتی ہیں جسکا نتیجہ یہ ہوسکتا ہے کہ سارا جسم سُرخ موٹی جلد سے ڈھک جائے۔ بالآخر تقشر واقع ہوتا ہے، اور بعض اصابتیں تسلخی التہاب جلد (exfoliative dermatitis) سے قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ آخر میں بعض ادویہ کے زہریلے اثرات کا تذکرہ بھی ضروری ہے، جو اُسوقت پیدا ہوجاتے ہیں جبکہ اُنھیں حد سے زائد مقدار میں دیا جائے، یا جب وہ گردوں کی راہ سے ناکافی طور پر خارج ہونے کی وجہ سے جسم کے اندر زیادہ مقدار میں رکی رہتی ہیں، یا مزاج خاص کی صورتوں میں۔

ادویہ کے کھانے سے پیدا ہونیوالے ثورانات

دواؤں سے پیدا ہونے والے ثورانات احمراری، شری، آبلہ دار، پھپھولے دار، پر پتورائی، یا کسی دوسری قسم کے ہوتے ہیں۔ پہلی چار قسمیں زیادہ عام ہیں، اور بالخصوص پہلی قسم، یعنے احمرار۔ مندرجہ ذیل سب سے زیادہ اہم ہیں:۔

اینٹی پائرین (antipyrin)۔ سرخ، بثوری یا حصبہ نما ثوران، جو جسم کے بیشتر حصے پر ہوتا ہے، بعض اوقات کھجلی اور مابعد تقشر کے ساتھ۔ پر پتورا، اور بعض اوقات ممیز ملون احمراری چکتیاں بھی دیکھنے میں آتی ہیں۔

سنکھیا۔ شری، سرخبادہ نما طفح، یا چھوٹے بثور۔ براہ دہن یا بذریعہ اشراب سنکھیا کے استعمال کے دوران میں اکثر نطاقی خملہ (herpes zoster) اور سادہ خملہ بھی واقع ہوا ہے۔ سنکھیا کو عرصہ دراز تک مسلسل استعمال کرنے سے جلد کی عمومی لونیت پیدا ہوگئی ہے، اور بعض اوقات صدفیہ (psoriasis) کی مندمل شدہ چکتیاں نہایت گہرے رنگ سے رنگ جاتی ہیں۔ قرنیت (keratosis) یا بر جلد کی قرنی تہ کی دبازت بھی واقع ہوجاتی

ہے' جو بالخصوص تلووں اور ہتھیلیوں کو ماؤف کرتی ہے' اور یہ سنہ ۱۹۱۵ء میں بیئر پینے والوں (beer-drinkers) کے سنکھیا سے اتفاقیہ تسمم میں دیکھی گئی۔

بوریکس (borax) اور **بورک ایسڈ** (boric acid)۔ گاہے بوریکس کے اندرونی استعمال' نیز اسے سطح پر یا اندرونی کہفوں پر لگانے کے بعد التہاب جلد واقع ہو گیا ہے۔ ثورانات احمراری' اور بعض اوقات پھپھولے دار' بلکہ نزفی تک ہوتے ہیں۔

برومائڈز (bromides)۔ مرگی کے مرض میں برومائڈز کے استعمال سے ایک تفطیر صورت ثوران (acneiform eruption) کا وقوع عام ہے۔ اس کے قائحات عموماً جدا جدا ہوتے ہیں' اور چہرے' سینہ' پشت' یا جلد الراس پر' اور ران پر شعری جرابوں کے اردگرد واقع ہوتے ہیں۔ استثنائی امثاتوں میں بچوں میں چہرے اور جوارح پر زیادہ وسیع اضرار واقع ہوتے ہیں۔ یہ بڑی بڑی' بیضوی یا گول گہرے سرخ رنگ کی بہت ابھری ہوئی چکتیاں ہوتی ہیں' جو متعدد قائحی نقطوں سے' یا ان کے پھٹنے کے بعد موٹی پپڑی سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ اس چکتی کا جرم نرم ہوتا ہے۔ وہ بیشتر دب جاتی ہے اور پپڑی نکل جاتی ہے جس کے بعد کوئی ندبہ باقی نہیں رہتا بلکہ محض ایک مواطب دھبہ سا رہ جاتا ہے۔ اکثر یہ اضرار برومائڈ کا استعمال موقوف کرنے کے چند روز بعد شروع ہوتے ہیں' اور اگر گردوں کا کوئی مرض موجود ہو تو اس سے اس دوا کے اخراج میں رکاوٹ ہو کر ان اضرار کے پیدا ہونے میں مدد ملتی ہے۔ کہتے ہیں کہ سنکھیا کے اندرونی استعمال سے انکی شفایابی میں ترقی ہوتی ہے' اور اگر برومائڈ کے ساتھ سنکھیا کا استعمال کیا جائے تو ممکن ہے کہ یہ نہ پیدا ہونے پائیں۔ احمراری' بثوری اور پھپھولے دار ثورانات بھی پائے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲۶' ب صفحہ 922)۔

کلورل (chloral)۔ احمراری ثورانات' اکثر قرمزی یا سرخ بثور' اور گاہے گاہے پرپیُورا۔ یہ زیادہ تر اس دوا کو عرصۂ دراز تک مسلسل استعمال کرنے کے بعد پیدا ہوتے ہیں۔

کوپیبا (copaiba)۔ احمرار' جو تیز سرخ گول سی یا بیقاعدہ چکتیوں کی

مشتمل ہوتا ہے، جو سطح سے قدرے اُبھری ہوئی کہیں کہیں باہم پیوستہ، کیتقدر خسرہ کی طرح اور بازوؤں، ٹانگوں، دھڑ، اور چہرے پر ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی پر پیُورا آبلے اور شری بھی موجود ہوتے ہیں۔ موالطب ثوران کے بعد ممکن ہے کہ تقشر واقع ہو جائے۔

کباب چینی (cubebs) سے بھی معلوم ہوتا ہے کہ کبھی کبھی اسی طرح کا طفح پیدا ہو جاتا ہے۔

آیوڈائیڈز (iodides)۔ یہ ثورانات احراری، قانحی، آبلہ دار، پھپھولے دار، گزنکی یا پرپیُورائی ہوتے ہیں۔ احمرار ثوری ہوتا ہے، اور دھڑ، چہرے، اور جوارح پر واقع ہوتا ہے۔ قانحات بروما ئیڈ کے طفح کے قانحات کی طرح ہوتے ہیں، لیکن جب جدا جدا ہوں تو جسامت میں نسبتہً چھوٹے ہوتے ہیں۔ انکی التفاقی قسمیں نسبتہً کم عام ہیں، اور زیادہ پھپھولے دار ہونے کا رجحان رکھتی ہیں۔ بعض اوقات بڑے بڑے پھپھولے ہو جاتے ہیں۔ ہر پھپھولے کے گرد ایک نہایت تنگ ہالیزہ ہوتا ہے، اور اُسکا مافیہ صاف اور مصلی ہوتا ہے۔ بروما ئیڈ کے ثوران کی طرح ممکن ہے کہ یہ ثوران بھی اِس دوا کو موقوف کرنے کے چند روز بعد تک "تاخیر پذیر ہو جائے، اور اگر گردے مرضی ہیں تو اِسکے پیدا ہونے کا امکان اور بھی زیادہ ہو۔ اِسکے وقوع کو روکنے کے لئے بطور آزمائش آیوڈائیڈ کے آمیزے کے ساتھ سنکھیا یا ایرومیٹک اِسپرٹس آف امونیا (aromatic spirits of ammonia) ملا دینا چاہئے یا معتاد کو نصف گلاس پانی میں لینا چاہئے۔

کونین (quinine)۔ منتشر یا ثوری احمراری طفحات نہایت عام ہیں، اِسکے بعد شری قسم کثیر الوقوع ہے۔ اِن دونوں سے شدید کھجلی پیدا ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ احمرار کے بعد وسیع تقشر ہو جائے۔ پرپیُورائی، آبلے دار، اور پھپھولے دار طفحات کم کثرت سے دیکھے جاتے ہیں۔

دوسری ادویہ جن سے کم و بیش اکثر طفحات پیدا ہو جاتے ہیں جو زیادہ تر احمراری یا شری ہوتے ہیں، حسب ذیل ہیں:- لفاح (belladona)، قنّب ہندی (cannabis indica)، باربٹ یوریٹز (barbiturates)، پوٹاسیم کلوریٹ (potassium chlorate)، کلوروفارم کا استنشاق، کاڈلیور آئل (cod-liver oil)، ڈیجیٹالس

(digitalis)، آیوڈوفارم (iodoform)، پارہ (mercury)، مارفیا (morphia)، افیون (opium) فیناسٹین (phenacetin)، فاسفورک ایسڈ (phosporic acid)، سیلی سلک ایسڈ (salicylic acid) سینٹونین (santonin)، جوہر کچلہ (strychnia) جوزماثل (stramonium)، سلفونل (sulphonal)، تار (tar)، ٹیری بین (tereben)، اوتارپین (turpentine)۔ احمراری اور حزازہ نما ثورانات، اور بعض اوقات ایک شدید عمومی تسلخی التہاب جلد، دھاتی مرکبات مثلاً سنکھیا، پارہ، بزمتھ اور سونے کے مرکبات کھانے سے پیدا ہوجاتے ہیں۔

علاج۔ طفح پیدا کرنے والی دوا کا استعمال ترک کردینا چاہئے، اور حابس غسولات، جیسے کہ سب ایسی ٹیٹ آف لیڈ (subacetate of lead)، آکسائڈ آف زنک (oxide of zinc)، یا کلامائن (calamine) کے غسولات استعمال کرنا چاہئے۔

دھاتی قسم سے پیدا شدہ ثورانات میں سوڈیم تھایوسلفیٹ (sodium thiosulphate) دروں وریدی اشراب کے ذریعہ اور براہ دہن دونوں طرح دینا چاہئے، اور کیلسیم گلوکونیٹ اور گلوکوس بھی تجویز کرنا چاہئے۔

ادویہ کو بیرونی طور پر لگانے سے پیدا ہونیوالے ثورانات

علاجی اثرات کی غرض سے بہت سی ادویہ احمرار اور آبلہ خیزی پیدا کرنے کے لئے بیرونی طور پر لگائی جاتی ہیں، مثلاً ذراریح (cantharides)، فلفل (capsicum)، رائی (mustard)، روغن جمال گوٹہ (croton oil)، اور تارپین، لفاح، آیوڈین، گندھک، پارے کے مرہم، آرنیکا (arnica)، کرسں اروبن (chrysarobin)، اور پائروگیلک ایسڈ (pyrogallic acid)۔ اگر زیادہ عرصہ تک حساس جلدوں پر لگائے جائیں تو ان سے بھی خراش پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ چہرے اور گردن اور بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں کے التہاب جلد کا ایک اہم اور کثیر الوقوع سبب بعض غسولات اور خضاب ہیں جو بالوں کے لئے

استعمال کئے جاتے ہیں۔ اِنمیں سب سے زیادہ اہم پیرا فینائلین ڈائی ایمائن (paraphenylendiamine) ہے، جو بالوں کے کئی محفوظ الحقوق خضابوں میں شامل ہوتا ہے اور فر (fur) کو رنگنے کے لئے بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ نہایت سخت التہابِ جلد پیدا کر سکتا ہے، جو اکثر چہرے اور گردن پر شروع ہوتا ہے اور پپوٹوں کی شدید خراش اور ورم پیدا کردینے کا امکان رکھتا ہے۔ شدید اصابتوں میں ثوران سینہ، پشت، بازوؤں، بلکہ زیریں جوارح تک پھیل سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ تپ، نمایاں کثرتِ خلیات ابیض اور ایوسین پسند خلیوں کی زیادتی، اور بعض اوقات البیومین بولیت پیدا ہوجائے۔ کثیر التعداد دوسری اشیاء سے جنہیں سے بہت سی مختلف پیشوں اور حرفتوں میں مستعمل ہیں، بعض افراد میں التہابِ جلد کی تحریک ہوتی ہے۔ اِنمیں سے مندرجۂ ذیل بیان کیجاسکتی ہیں۔ بہت سے انیلین رنگ (aniline dyes)، کرومک اور پکرک ایسڈ کے نمکیات (salts of chromic & picric acid)، فارمالین (formalin)، فوٹوگرافی کے ڈیولپرز (photographic developers) مثلاً میٹال (metol)، قلویات اور ترشے، اور دافعاتِ عفونت مثلاً کروسیو سبلیمیٹ (corrosive sublimate)، بن آیوڈائڈ (biniodide)، لائسال (lysol) اور آیوڈوفارم (iodoform)۔ خوشبوئیں مثلاً زنبق الوادی (lily of the valley) اور بنفشہ (voilets) بسا اوقات عورتوں میں مسبّب ہوتی ہیں۔ التہابِ جلد کی اِن اصابتوں میں جو بیرونی خراش آور ادویہ سے پیدا ہوجاتی ہیں (مخرشی التہابِ جلد =dermatitis venenata) ممکن ہے کہ ماؤف شخص میں ایک فطری اثر پذیری موجود ہو، یا ممکن ہے کہ یہ اثر پذیری متعلقہ خراش آور دوا میں بار بار اور متواتر تکشف کی وجہ سے اکتسابی طور پر حاصل ہوجائے۔ اُس شخص میں جو ایک بار اثر پذیر ہوگیا ہو، اُس تمی شے کی خفیف سی مقدار میں تکشف ہونے کے بعد التہابِ جلد کے عکس کا امکان پیدا ہوجاتا ہے، گو پہلے وہ اُس شے میں آزادانہ طور پر تکشف کے بعد بھی بے ضرر رہا ہو۔

ضربی اور آفتابی التہابِ جلد

(TRAUMATIC & SOLAR DERMATITIS)

جراحی حالتوں کے علاوہ، کھرچنے کے نشانات میں بھی، جیسے کہ حکہ (pruritis)، یرقان، خارشت اور داء القمل (phtheiriasis) میں دیکھنے میں آتے ہیں (جنکا بیان ملاحظہ ہو)، ضربی التہاب جلد (traumatic dermatitis) شناخت کیا جا سکتا ہے۔ یہ اثرات ایک حد تک ریمی عضویوں کی کرسرایت سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

ضربی التہاب جلد کی ایک دوسری قسم وہ ہے جو بیماری کا بہانہ کرنے کے لئے عمداً پیدا کی جاتی ہے۔ یہ واقعہ عورتوں میں نہایت عام طور پر دیکھا جاتا ہے، جو شورہ کا تیزاب، رائی، ذراریح، آیوڈین، یا دوسری خراش آور ادویہ اس غرض سے کام میں لا سکتی ہیں۔ مقام ضرر عموماً پستان یا کوئی جارحہ ہوتا ہے کم از کم ایسا حصہ جہاں سیدھا ہاتھ پہنچ سکتا ہو۔ ضرر عموماً سُرخی ہوتی ہے، جس کے ساتھ آبلہ خیزی یا قاشیت موجود ہو یا نہ ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ اُسے تقرح پیدا ہونے تک جاری رکھا جائے۔

932

آفتابی التہاب جلد (solar dermatitis) [جسے پہلے آفتابی اکزیما (eczema solare) کہتے تھے] کا سورج کی شعاعوں میں خلاف عادت تکشف کے بعد پیدا ہونا ایک مشہور و معروف واقعہ ہے، جبکہ یہ شعاعیں کرکٹ کے میدان، دریا یا سمندر، اور خاصکر الپائن (Alpine) برفستانوں سے منعکس ہوئی ہوں۔ اسمیں شدید سُرخی اور ورم ہوتا ہے، اور ساتھ ہی چھالے یا بڑے چھالے بنجاتے ہیں، کھجلی اور چرمراہٹ کے ساتھ درد ہوتا ہے، اور بعد میں آزادانہ تقشر ہو کر لونیت پیدا ہو جاتی ہے۔ سرانجمنی شعاعوں کے طویل تکشف سے پیدا ہونے والا شدید اور مواظب التہاب جلد بتاشی مبدا کا ہوتا ہے۔

ایکزیما

(ECZEMA)

ایکزیما (جوشش = I boil over) کے صحیح مفہوم کے متعلق اب بھی بہت کچھ خلط ملط موجود ہے، اور بعض اشخاص ایسے ہیں جو اسے بالکل ترک کرکے اسکے بجائے التہابِ جلد (dermatitis) کی اصطلاح استعمال کرنا پسند کرتے ہیں۔ لیکن اگر ہم ایکزیما کو ایک قسم کا جلدی تعامل سمجھیں، جسمیں خوب متعین سریریاتی اور نسیجیاتی خصائص موجود ہوتے ہیں، اور اسے بالذات کوئی یکتا مرض نہ سمجھیں تو یہ مشکل حل ہوجاتی ہے، اور وہ نزاع جو ماہرینِ امراضِ جلد کے درمیان ویلان (Willan) اور بیٹ مین (Bateman) کے زمانہ سے اِس امر کے متعلق چلی آرہی ہے کہ ایکزیما کیا ہے اور کیا نہیں ہے، اب بے معنی معلوم ہوتی ہے اور درحقیقت اِس سے کوئی کارآمد نتیجہ نہیں حاصل ہوتا۔

ایکزیما ایک التہابی عمل ہے جو بر جلد اور آدمہ کو ماؤف کرتا ہے، اور اُس میں بشری یا مسطح حزازہ (lichen planus) جیسے ثورانات کے برخلاف کوئی واحد ممیز اور مخصوص ضرر نہیں ہوتا بلکہ وہ متعدد اضرار پر مشتمل ہوتا ہے جو مختلف درجوں کے دوران میں کہ جن سے التہابی عمل گذرتا ہے مختلف ہوتے ہیں۔

اگرچہ اِن مختلف درجوں کا اِرتقا مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتا ہے، اُسکی کیفیت حسبِ ذیل بیان کیجا سکتی ہے: ابتدائی ترین، یا احمراری درجہ (erythematous stage) میں اِحمرار کی ایک چکتی ہوتی ہے جس کے کنارے اکثر غیر واضح ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی ماؤف حصوں میں کسیقدر آذیما ہوتا ہے، جسکے ساتھ تناؤ، سوزش، یا خارش کا احساس ہوتا ہے۔ بعض اوقات التہابی عمل اِس سے آگے نہیں بڑھتا، اور اُسکے رفع ہونے کے بعد باریک چھلکا اُترجاتا ہے، اور پھر جلد کی طبعی حالت بسرعت بحال ہوجاتی ہے۔ لیکن اکثر اوقات اِس احمراری رقبے پر متعدد چھوٹے چھوٹے اوپری چھالے پیدا ہوجاتے ہیں۔ یہ آبلہ دار درجہ

(vesicular stage) ایکزیمائی عمل کی ہیئتوں میں ایک سب سے زیادہ ممیز (بیّن) ہے۔ اِن چھالوں کے باہم پیوستہ ہوجانے سے اصلی پھپھولے پیدا ہوسکتے ہیں جن مقامات پر بر جلد قدرتی طور پر موٹی ہوتی ہے، مثلاً ہتھیلیوں اور تلووں پر وہاں یہ چھالے جلد میں گہرے مدفون ہوتے ہیں اور ممکن ہے بغیر پھوٹے خشک ہوجائیں لیکن عموماً وہ جلد ہی خود بخود یا کھرچنے کی وجہ سے پھوٹ جاتے ہیں، اور اُنکے اندر سے ایک صاف مصلی سیّال خارج ہوتا ہے، جو البیومینی ہوتا ہے اور کتان کو سخت بنا دیتا ہے، اور اِسطرح درجۂ دامعہ (weeping stage) پیدا کردیتا ہے۔ کچھ عرصہ تک یہ سیّال بہ کر خشک ہوکر زردی مائل پپڑیاں بنا دیتا ہے، جو تاوقتیکہ اتفاقاً جُدا نہ ہوجائیں یا نیچے کے اخراج سے اوپر نہ اُٹھ جائیں سطح سے چپکی رہتی ہیں (تجلبی درجہ = encrusted stage)۔ جیسے جیسے التہاب رفع ہوتا جاتا ہے، یہ اکزیمائی رقبہ زیادہ شاحب ہوتا جاتا ہے، اِخراج موقوف ہوجاتا ہے، اور برجلد کی جدید بالیدگی سے اِندمال واقع ہوتا ہے۔ یہ پپڑی کے نیچے خود بخود واقع ہوسکتا ہے، اور ممکن ہے کہ شفایابی میں ترقی ہونے کے بعد یہ پپڑی عرصۂ دراز تک بدستور قائم رہے۔ لیکن کچھ عرصہ تک نئی قرنی تہ کی تکوین نامکمل رہتی ہے (قرنیت = parakeratosis)، چنانچہ وہ پتلی اور شفاف رہتی ہے، اور بڑی بڑی پپڑیوں یا کاغذی چھلکوں کی صورت میں اُتر جاتی ہے (تقشری درجہ = stage of desquamation)۔ بالآخر موافق حالات کے تحت جلد کا معمولی منظر بحال ہوجاتا ہے۔

ریم زا نبقات سے ایکزیمائی سطح کی ثانوی سرایت ہوکر ممکن ہے کہ افرازی ہوجائے، اور ایسی صورت میں جو پپڑیاں بنتی ہیں وہ غیر شفاف اور سبزی مائل زرد یا نارنجی رنگ کی ہوتی ہیں، جیسا کہ حقیقی حصف (true impetigo) میں ہوتا ہے (حصفہ دار ایکزیما = impetiginised eczema)۔

بالآخر، اُن اصابتوں میں جنمیں ایکزیمائی عمل مزمن ہوجاتا ہے، التہاب کے جاری رہنے اور مریض کے ماؤف حصّوں کو متواتر کھرچنے اور رگڑتے رہنے سے برجلد بیش پرورده اور اُدمہ ورریختہ ہوکر جلد موٹی ہوجاتی ہے۔ اِس تغیر کو جسے

933 حزازیت (lichenification) کہتے ہیں، حکاک (prurigo) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

مقامی طور پر، ایکزیما خارش، چرمراہٹ، یا سوزش پیدا کر دیتا ہے، اور بعض حصوں میں حرکت کرنے پر درد ہوتا ہے۔ مریض کی عام حالت، وسیع ثوران کی اصابتوں میں بھی ممکن ہے کہ بہت کم متاثر ہو۔ حاد اصابتوں میں اکثر خفیف سی تپ ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ نظامِ ہاضمہ کی فتور کے امارات ظاہر ہوں، جیسے کہ میلی زبان، بدبودار سانس، عدمِ اشتہا، اور پیاس کی زیادتی۔ مزمن اصابتوں میں ممکن ہے کہ بےخوابی کی وجہ سے (جو متواتر خارش کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے جو عموماً رات کے وقت اپنی انتہائی شدت کو پہنچتی ہے) شدید ذہنی پستی اور چڑچڑا پن پیدا ہو جائے۔

ایکزیما کے اقسام۔ اگرچہ ایکزیمائیت کے سریریاتی اور نسیجیاتی خصائص دراصل ایک جیسے ہوتے ہیں خواہ وہ کسی سبب سے بھی پیدا ہوئی ہو، تاہم ہم ایکزیما کی بعض قسمیں شناخت کر سکتے ہیں، جنہیں سے ہر قسم مخصوص و ممتاز خصائص رکھتی ہے۔ چنانچہ نہ صرف ثوران کی مخصوص توزیع کی وجہ سے، بلکہ اسکے منظر پر سے اکثر یقین کے ساتھ کہا جا سکتا ہے کہ کسی خاص اصابت میں ایکزیما داخلی مبدا کا ہے یا خارجی مبدا کا۔ اُس حاد آبلہ دار ایکزیما کو جو خراش آور اشیاء، مثلاً تارپین، آیوڈین، فارمالین، پیرا فینائل انڈیامائن (paraphenylendiamine) اور بعض پودوں سے پیدا ہو جاتا ہے، عموماً اُس ایکزیما سے بلا دقت تمیز کر سکتے ہیں جو اندر سے جذب شدہ اشیٰ جن کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، اور یہ بات یاد رکھنے کے قابل ہے کہ آخرالذکر ایکزیما کے ساتھ جو حکہ (pruritis) موجود ہوتی ہے وہ بدرجہا زیادہ شدید ہوتی ہے۔ یہاں صرف چند واضح اور ممیز اقسام کا بیان درج کیا جاتا ہے۔

سکہ نما ایکزیما (nummular eczema)۔ راقم الحروف کی رائے میں اِس اصطلاح کو اُس قسم کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے جو مستدیر رقعوں کی شکل سے ممیز ہوتی ہے، جو دونوں جانب متشاکل اور نہایت عام طور پر پیش بازوؤں کی پشت، کلائیوں، ہاتھوں، رانوں اور ٹانگوں پر واقع ہوتے ہیں۔ ابتدائی اضرار بڑی جسامت کے بثوری آبلے ہوتے ہیں، جو ممکن ہے کہ منفرد طور پر پیدا ہوں۔

اِنکے باہم پیوستہ ہوجانے سے رقعے پیدا ہوجاتے ہیں، لیکن عموماً مکمل بنے ہوئے رقعوں پر بھی انفرادی آبلے تمیز کیے جاسکتے ہیں۔

اس امر کا امکان معلوم ہوتا ہے کہ وہ اینٹی جن جو اس قسم میں سبب مرض ہوتا ہے، جوئے خون کی راہ سے جلد تک پہنچتا ہے، کیونکہ یہ ناقابل قیاس ہے کہ کوئی بیرونی خراش آور شئے ایک علٰحدہ آبلہ پیدا کرسکتی ہے، اور جوارح پر کے نمایاں دوجانبی تشاکل سے ایک محمولِ خون سم کا پتہ چلتا ہے (کثیر الاشکال احمرار 'erythema multiforme:" اور صدفیہ psoriasis: سے مقابلہ کرو) لیکن اس اینٹی جن کا ماخذ اور اسکی نوعیت ہمیشہ ایک جیسی نہیں ہوتی۔ اصابتوں کے ایک گروہ میں یہ ابتدائی ماخذ خود جلد میں ہوتا ہے۔ مثلاً دوالی زدہ ٹانگ کا مزمن ساری التہاب جلد یا ایک دوالی قرحہ عموماً کسی ناموافق مقامی لاسقہ کی وجہ سے کچھ فاصلہ پر (مثلاً پیش بازوؤں پر) سکہ نما ایگزیما کا حملہ پیدا کرسکتا ہے۔ یہاں اینٹی جن (جو شاید ایک جراثیمی سم یا اتلافِ بافت کا ایک حاصل ہوتا ہے) صریحاً ٹانگ پر کے ابتدائی ماسکہ سے جذب ہوکر جوئے خون کی راہ سے جلد کے دوسرے حقوں تک منتقل ہوتا ہے۔ دوسرے گروہ میں مرض کا ماخذ خود جلد نہیں بلکہ کوئی دوسرا عفونتی ماسکہ ہوتا ہے، مثلاً دانت۔ اور ایک تیسرے گروہ میں اینٹی جن بظاہر یا تو معائی ماخذ کا ہوتا ہے، یا پروٹینی تحوّل کا کوئی مشتق (قدیم مصنفین کا "نقرسی ایگزیما" ("gouty eczema":)۔

سمیم زا عضویوں کے سبب سے ایگزیما (eczema due to pyogenic organisms)۔ ایک زمانہ میں اُنّا (Unna) کا یہ خیال تھا کہ ایگزیما جلد کی اُس سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے، جو ایک نوعی عضویہ یعنی نبقہ شہتوتیہ (moro-coccus) سے پیدا ہوجاتی ہے۔ شاید وہ اِس اصطلاح کے ذریعہ نبقہ عنبیہ کی ایک سے زائد قسم بیان کررہا تھا۔ لیکن سبورائڈ (Sabouraud) نے غور و احتیاط کے ساتھ تحقیقات کے بعد اِس امر پر زور دیا کہ ایگزیما کا ابتدائی آبلہ غیر خرد عضویتی ہوتا ہے۔ فی زمانناً یہ عام طور پر تسلیم کرلیا گیا ہے کہ نبقات عنبیہ (بالخصوص نبقہ عنبیہ ذہبیہ) اور نبقات سبحیہ دونوں بعض خاص حالات کے تحت جلد میں ایگزیمائی

تعامل پیدا کر دینے کی قابلیت رکھتے ہیں۔ (و) اکزیما نما ساری التہاب جلد (dermatitis infectiosa eczematoides) ۔ یہ تبقی عقبی حالت پہلے بیان کیگئی ہے۔ (ب) تبقی سبحی التہاب جلد (streptococcal dermatitis)۔ اکزیمائی التہاب جلد کی یہ قسم نہایت عام طور پر شکنوں میں، دہنوں کے اردگرد، یا سرایت زدہ زخموں یا عفونتی قرحوں کے قرب و جوار میں دیکھی جاتی ہے۔ اکثر جلد میں ایک مزمن انشقاق (chronic fissure) موجود ہوتا ہے، مثلاً کانوں کے پیچھے، پاؤں کی انگلیوں کے درمیان، چڈوں میں، دہن کے زاویوں میں (la perléche)، ناک، آنکھوں، یا میزر کے مقام پر، جو سرایت کے مزمن ماسک کی طرح عمل کرتا ہے۔ ماؤف رقبہ سرخی دار، آذیمائی، اور چمکدار ہوتا ہے، اور حاشیہ پر اکثر ایک واضح الحدود چھلکے دار کور ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہاں کسیقدر آبلہ خیزی موجود ہو۔ نام نہاد وریدی اکزیما (varicose eczema) یا سرخ اکزیما (eczema rubrum) کی بہت سی اصابتیں درحقیقت اسی نوعیت کی ہوتی ہیں، اگرچہ اول الذکر کی خفیف تر شکلیں تبقہ عنبیہ کی وجہ سے ہوتی ہیں۔ یاد رکھنا چاہئے کہ جلد کی تبقی سبحی سرایت کے ساتھ مزمن یا ناکس التہاب عروق لمفی (relapsing lymphangitis) موجود ہوکر بعض اوقات داء الفیل (elephantiasis) پیدا کر سکتا ہے۔

رضیعی اکزیما (infantile eczema)۔ نوعمر بچوں میں ثوران کے مختلف اقسام پائے جاتے ہیں، جنھیں غیر صحیح طور پر "رضیعی اکزیما" کے نام سے موسوم کر دیا جاتا ہے، مگر جو بالکل مختلف اسباب کی وجہ سے ہوتے ہیں، اور علاجی نقطۂ نظر سے انکے درمیان تفریق ضروری ہے۔ چنانچہ ایسی اکزیمائیت جو بیرونی خراش آور اشیاء سے یا ریم زا سرایت کی وجہ سے ثانوی طور پر پیدا ہو جائے (اوپر ملاحظہ ہو) شیر خواروں میں واقع ہو سکتی ہے اسیطرح جسطرح نسبتہً زیادہ عمر کے بچوں میں۔ پہلے بیان کی ہوئی تسمیط جاکیٹ (intertrigo of Jacquet) (ملقب بہ رومالی ("napkin rash")) ایک اکزیمائی التہاب جلد کا نقطۂ آغاز ہو سکتی ہے جو چڈی کے خطے سے وسیع طور پر دوسرے حصوں میں پھیل سکتا ہے۔ جیسا کہ بتلایا گیا ہے ایسا التہاب جلد ایک مانیلیا (monilia)، عموماً بولیفی فطر ا بیض (oidium)

(albicans) کی سرایت کی وجہ سے ہو سکتا ہے لیکن ان اصابتوں کے علاوہ شیر خوار وں میں اکزیما کی دو ممتیز قسمیں ہوتی ہیں، جن پر دوسری قسموں کی نسبت "رضیعی اکزیما ("infantile eczema") کی اصطلاح زیادہ صادق آتی ہے۔ انہیں سے ایک دراصل ایک اکزیما زدہ سیلان الدہنی التہاب جلد (eczematised seborrhœic dermatitis) ہے، اور دوسری حقیقی اکزیما (true eczema) ہے جس میں اپنی جن اندر سے جاذب ہوتا ہے (حساسیتی قسم = allergic type)۔ اول الذکر اُن شیر خواروں میں ہوتا ہے، جنھیں مابعد زندگی میں وہ مختلف علامات اور سرایتیں پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے جو سیلان الدہنی حالت کے ساتھ وابستہ ہوتی ہیں آخر الذکر عموماً حساس شدگی کے اُس رجحان کا ابتدائی ترین ظہور ہے، جو ساری عمر مختلف ستی ذاتی عوارض (toxic idiopathies) (جو ملاحظہ ہو) میں مبتلا ہونیوالے کا مخصوص و ممیز خاصہ ہوتا ہے۔

سیلان الدہنی قسم میں ابتدائی حالت یہ ہوتی ہے کہ شیر خوار بچہ کی جلدالراس کی سرایت اُس تختلی بذوریہ (pityrosporon) سے ہوجاتی ہے، جو بچہ کی ماں یا نرس کی جلدالراس سے لگ جاتا ہے۔ پہلی علامت یہ ہوتی ہے کہ جُدا جُدا چھلکے دار چکتیاں نمودار ہوجاتی ہیں، جو ابتداءً شعری جرابوں کے اردگرد واقع ہوتی ہیں، اور بعد میں باہم پیوستہ ہوجاتی ہیں۔ یہ خراش پیدا کر دیتی ہیں، جسکی وجہ سے بچہ جلدالراس کو کھجلا اور رگڑتا ہے، اور ایک ثانوی سرایت واقع ہوجاتی ہے۔ یہ ثوران نیچے کی طرف کانوں کے پیچھے اور اوپر پھیلتا ہوا گردن تک، یا پیشانی پر سے ہوتا ہوا چہرے کے مرکزی حصوں تک، اور پُشت اور سینہ تک پہنچ جاتا ہے، جیسا کہ بالغوں میں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مفصلی تعریجات کو بھی ماؤف کردے۔ ابتدائیہ سُرخی دار چھلکے دار چکتیوں پر مشتمل ہوتا ہے، جسکا مقابلہ مابعد زندگی کے سیلان الدہنی التہاب جلد کے ساتھ کیا جاسکتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ جلد کی حساس شدگی واقع ہوجائے، جسکی وجہ سے ابتدائی ثوران معتین اکزیمائیت سے پیچیدہ ہوجاتا ہے۔ یہ نوٹ کرنا چاہئے کہ اگرچہ تمام شیر خوار بچے تختلی بذوریہ (pityrosporon) کی سرایت میں منکشف ہوتے ہیں، لیکن اُنکی کچھ ہی تعداد (یعنے صرف وہ جو آئندہ

سیلان الدہنی ہوجائینگے) ایسی ہوتی ہے جنہیں ابتدائی عمر میں یہ عضویہ اچھی طرح جاگزین ہوجاتا ہے' اور فاعلی علامات پیدا کرتا ہے۔ غذا میں کاربوہائیڈریٹس اور چربی کی زیادتی ایک مُعتد عامل ہوتی ہے' جسطرح کہ وہ سیلان الدہنی سرایتوں والے زیادہ عمر کے بچوں اور بالغوں میں ہوتی ہے۔

رضیعی ایگزیما کی دوسری قسم ایک تازہ ایگزیما ہے' یعنے جو جلد کی کسی پہلے سے موجود یا ماسبق سرایت کا ثانوی نتیجہ نہیں ہوتا۔ یہ بُرجلد کی اُس حساس شدگی کے سبب سے ہوتا ہے' جو غذائی کنال سے جذب شدہ اینٹی جن یا اینٹی جنوں کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہے۔ اِن شیرخواروں کی ایک بڑی تعداد غضبتی ہوتی ہے' اور اِنمیں غضبیت (ichthyosis) ایگزیما' حکاک بیسنیر (Besnier's prurigo)' دَمہ یا حمّتہ القش (hay fever) کی خاندانی سرگذشت عام ہوتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ جُدرین رسانی (vaccination) اکثر جلد کی حساسشدگی پیدا کرنے میں عامل ہوتی ہے۔ اگرچہ رضیعی ایگزیما کی یہ قسم چھاتی کا دودھ پلائے ہوئے بچوں میں بھی پائی جاسکتی ہے' تاہم یہ اُن بچوں میں جنہیں گائے کے دودھ کی غذا دیگئی ہو زیادہ عام ہوتی ہے' اور اِسکا آغاز دودھ چھڑانے کی تاریخ سے ہوسکتا ہے۔ اِسکی توزیع سیلان الدہنی قسم کی توزیع سے مختلف ہوتی ہے۔ اکثر یہ متشاکل طور پر گالوں پر اور پیشانی پر شروع ہوتی ہے' اور چہرے کا مرکزی حصہ محفوظ رہتا ہے۔ جوارح پر یہ خم کن سطحات کی نسبت زیادہ تر باسط سطحات کو ماؤف کرتی ہے۔ جلد الراس اور دھڑ بھی ماؤف ہوسکتے ہیں' لیکن عموماً چہرے اور جوارح کے بعد۔ ایگزیمائی رقبوں کی جلد دبیز اور اُذیمائی نظر آتی اور محسوس ہوتی ہے۔ بعض اوقات آبلہ خیزی اور رساؤ ہوتا ہے مگر یہ اکثر خفیف سا ہوتا ہے' اور صرف ملنے اور کھرچنے کے دورے کے بعد ہوتا ہے۔ سب سے زیادہ نمایاں خاصہ خارش کی شدت ہے' جو حکاکات (prurigos) کی طرح نوبتی اور عموماً شبانہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شیرخوار بچہ دن کے وقت پرسکون اور خوش رہے' لیکن شام ہوتے ہوتے ایگزیمائی حصے سرخ اور اُذیمائی ہوجاتے ہیں' اور وہ خارش کی بے چینی میں خود کو ملنا اور رگڑنا شروع کردیتا ہے حتیٰ کہ صبح ہوتے ہوتے دورہ رفع

ہوجاتا ہے اور وہ سوجاتا ہے۔ اسطرح اُسمیں وہی نوبیت پائی جاتی ہے جو دوسری حساسیتی حالتوں، مثلاً شری، حکاکات، اور دمہ میں مخر خاصہ ہوتی ہے، اور یہ چوبیس گھنٹوں میں بول کے تغیرات کے ویسے ہی دورہ سے تناظر ہوتی ہے، جو ضمن حساسیتی حالتوں میں بیان کیا گیا ہے (جو ملاحظہ ہوں) ۔ کلورائڈز (chlorides) کا احتباس، جسکے ساتھ بافتوں کے آبی مافیہ کی وسیع اور سریع الوقوع تبدیلی ہوتی ہے، غیر اکزیمائی شیرخواروں کے مقابلے میں اکزیمائی شیرخواروں میں پایا گیا ہے، اور اکزیما اور حکہ کے نوبتی اشتدادات اِن اوقات کے ساتھ تناظر ہوتے ہیں جبکہ سیال کے احتباس کے ساتھ جلد میں اِس کا تجمع واقع ہوتا ہے۔

بحث اسباب ۔جلد میں اکزیمائی تعامل کی تسبیب میں اصل عامل بالیخچی خلیات کی حساس شدگی ہے، اور چونکہ یہ خلیات نہایت مختلف الاقسام خراش آور اشیا کی حساس شدگی حاصل کرسکتے ہیں، جو جلد تک یا تو راست بیرونی تماس سے پہنچ سکتی ہیں، یا اندر سے جذب ہوکر ہوئے خون کی راہ سے پہنچتی ہیں، لہذا اکزیما کے تمام ممکن اسباب کی تفصیل پیش کرنا صریحاً ناممکن ہے۔ لیکن اُسوقت بھی جبکہ اکزیما کسی بیرونی خراش آور شئے کی تحریک سے پیدا ہوجائے، صریحاً کوئی ایسا عامل یا عاملات ہوتے ہیں جو حساس شدگی کے وقوع کی استعداد پیدا کردیتے ہیں۔ بعض اشخاص میں دوسرے اشخاص کی نسبت بیرونی اور اندرونی دونوں قسموں کے اسباب محرکہ سے اکزیما پیدا ہوجانے کی قابلیت زیادہ ہوتی ہے، اور یہ قابلیت یا استعداد مرض بظاہر فطری (خاصہ ذاتی) اور اکثر موروثی یا اکتسابی ہوسکتی ہے۔ اول الذکر حالت میں وہ شخص اکثر حساس شدگی کے دوسرے مظاہر مثلاً ذاتی عوارض (toxic idiopathies) بھی ظاہر کرتا ہے۔ بلاش (Bloch) نے ایسی اشیاء سے جو عموماً اکزیمائی تعامل پیدا کردیتی ہیں، ۱۱۳۰ اشخاص کی تندرست جلد کا امتحان کیا تو اُسے معلوم ہوا کہ ۵ فیصدی غیر اکزیمائی اشخاص کے مقابلہ میں، ۳۵ فیصدی اکزیما کی صلاحیت رکھنے والے اشخاص میں تعامل ظاہر ہوتا ہے۔ بعض اشخاص میں جلد کی یہ زیادہ اثر پذیری، غالباً دوسرے

ستی ذاتی عوارض کی طرح، خود آئین عصبی نظام سے اور اُن معدنی لمحات سے تعلق رکھتی ہے، جو اُسکے مشارکی اور نزد مشارکی حصوں کی تنظیم کرتے ہیں۔ اسکی کوئی شہادت موجود نہیں ہے کہ آخر الذکر کا تعلق جلد کے ساتھ ہے، جسکی وظیفی صحت غالباً تمام تر مشارکی اقتدار کے تحت ہوتی ہے۔ کلاوڈر (Klauder) اور براؤن (Brown) (44) نے خرگوشوں کی جلد کے معدنی مافیہ کی تحقیقات کے ذریعہ اس امر کی شہادت پیش کی ہے کہ اعلیٰ درجہ کے کیلسیئم مافیہ اور ادنیٰ درجہ کے پوٹاسیئم مافیہ کے ساتھ خراش آور اشیاء سے گھٹی ہوئی اثرپذیری پائی جاتی ہے، اور اسکے برعکس حالت کے ساتھ بڑھی ہوئی خراش پذیری پائی جاتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ کیلسیئم طبیعی اور کیمیائی عاملات کے تماس سے عضلی بافت اور عصبی بافت دونوں کی خراش پذیری کو کم کر دیتا ہے۔ اور وہ خلوی غشاء کی نفوذپذیری کو گھٹا دیتا ہے، مگر پوٹاسیئم اور سوڈیئم اُسے زیادہ کر دیتے ہیں اور خلیہ کو پانی کے لئے زیادہ آخذ بنا دیتے ہیں۔ ایگزیما میں اصلی ضرر شبکہ کا اُذیما ہوتا ہے، اور جیسا کہ دیکھا گیا ہے، رضیعی ایگزیما کے دورے کے دوران میں آبی احتباس ہوتا ہے جسکے بعد اِدرار واقع ہوتا ہے۔ لہذا یہ بالکل ممکن ہے کہ معدنی لمحات، مثلاً جلد میں کے کیلسیئم اور سوڈیئم کے لمحات، کے باہمی طبیعی توازن کا اختلال، اور اُسکا وہ اثر جو مشارکی عصبی ریشوں پر مترتب ہوتا ہے، ایگزیمائی تعامل کی استعداد پیدا کرنے والا عامل ہو۔ لیکن استعداد یا ذاتی خاصے کا یہ اثر محض اِضافی ہوتا ہے کیونکہ گو پرائمولا آبکونیکا (primula obconica) کو ہاتھ لگانے والے اشخاص کی صرف تھوڑی تعداد حساس بنتی ہے، تاہم اِس پودے کا مرتکز خلاصہ استعمال کرکے ہر امتحان کردہ موضوع کو حساس بنانا ممکن ہوتا ہے (42)۔ مزید برآں، نکل کے لمحات (salts of nickle) کو ہمیشہ ہاتھ لگانے والے تمام اشخاص کو بالآخر نکلی التہاب جلد ہو جاتا ہے۔ لہذا اِس سے صاف ظاہر ہے کہ حساس بننے کا رجحان ایک حد تک زیر بحث خراش آور شے پر یا اُسکے ارتکاز پر منحصر ہوتا ہے۔

ایگزیما کی موقتی تسبیبی جماعت بندی کی کوشش حسب ذیل کی جا سکتی ہے:-

بیرونی عاملات کی وجہ سے پیدا ہوجانے والا ایکزیما ۔ طبعی ۔
بعض اشخاص میں رگڑ، دباؤ، مسلنے اور کھرچنے وغیرہ کے ذریعہ جلد کی میکانی خراش سے مقامی ایکزیمائیت پیدا ہوجاتی ہے ۔ اور اسی طرح زیادہ حرارت میں (مثلاً ایندھن جھونکنے والوں یا آہنگروں کا ایکزیما = (stokers' or blacksmiths' eczema)
انتہائی سردی، بالخصوص سرد ہواؤں میں اور کیمیائی (actinic) شعاعوں میں تکشف سے (آفتابی ایکزیما = eczema solare) ۔ جلد کا اذیما جو دوالی نما وریدوں سے (دوالی اُذیما) یا کلوی مرض اور قلبی فشل سے پیدا ہوجاتا ہے مقامی ایکزیمائیت کی استعداد پیدا کردیتا ہے ۔
کیمیائی ۔ نہایت کثیر التعداد کیمیائی اشیاء ایسی ہیں کہ جب انہیں جلد کے تماس میں لایا جائے، تو ایک حاد یا مزمن ایکزیمائی التہابی جلد پیدا کرسکتی ہیں اور انہیں سے بہت سی اشیاء مختلف تجارتوں اور پیشوں میں کام میں لائی جاتی ہیں ۔ چنانچہ نہایت قلوی صابنوں اور واشنگ سوڈا (washing soda) کا بہت استعمال ایک کثیر الوقوع سبب ہوتا ہے (دھوبن کا ایکزیما ("Washerwoman's eczema")۔ نمک اور آب شور میں تکشف سے قصابوں کا ایکزیما (butchers' eczema) میٹول (metol) میں تکشف سے عکاسوں کا ایکزیما (photographers' eczema) اور دافع عفونت ادویہ (بالخصوص فارمالین، پرکلورائڈ اور بن آیوڈائڈ آف مرکیوری کا لسال) میں تکشف سے سرجنوں کا ایکزیما (surgeons' eczema) پیدا ہوسکتا ہے ۔ پنساریوں اور حلوائیوں میں شکر کو ہاتھ لگانے کی وجہ سے ایکزیما پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے ۔ انیلین کے رنگ، کرک اور کروٹک ترشے، بالوں کے خضاب (بالخصوص وہ جنہیں پیرافینائل انڈیا مائن paraphenyl endiamine موجود ہو)، بالوں کے غسول (hair lotions)، منہ صاف کرنے کی دوائیں (mouth washes) اور منجن، تارپین، گندھک وغیرہ بھی عام اسباب ہیں ۔
کیمیائی خراش آوروں، مثلاً آیوڈین، فارمالڈیہائڈ (formaldehyde) کونین کے متعلق یہ بتلا دیا گیا ہے کہ حساس شدہ اشخاص میں ان اشیاء کو براہ راست

936

جلد پر لگانے سے' یا ان کو براہ دہن یا اشراب کے ذریعہ دینے سے دونوں طرح ایگزیما پیدا ہوسکتا ہے۔

"نان بائیوں کے ایگزیما" (bakers'eczema) میں آٹے میں منکشف حصوں کی جلد گیہوں کے اندر کے بعض یا تمام پروٹینوں کے لئے حساس ہوتی ہے' یا وہ کسی ایسی کیمیائی شے سے پیدا ہوسکتا ہے جو پکانے میں کام میں لائی جاتی ہے۔ ایک یاد رکھنے کے قابل اہم نکتہ یہ ہے کہ بعض مثالوں میں کسی خراش آور شے سے بعض حصوں کی جلد اثر پذیر بن سکتی ہے لیکن دوسرے حصے منیع رہتے ہیں۔ بیرونی خراش آور اشیاء سے پیدا ہونے والا ایگزیما' نیز وہ ایگزیما جو بعض پودوں سے پیدا ہوجاتا ہے' پہلے سمی التہاب جلد (toxic dermatitis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اگرچہ اِن اصابتوں میں التہابِ جلد کا سبب محرک بیرونی ہوتا ہے' اکثر دوسرے حالات کا بھی لحاظ لازم ہے۔ اِسمیں کوئی شبہ نہیں کہ عام بنیئی حالت حرفتی ایگزیما کے اِمکان کو کسی نہ کسی طرح متاثر کرتی ہے' اور ممکن ہے کہ کسی خاص خراش آور شے کیلئے اثر پذیری کا نمو خرابیٔ صحت کے آغاز کے ساتھ متناظر ہو۔ سوء ہضم' جو عفونتِ دہن (oral sepsis) اور قبض کے ہمراہ موجود ہو' بالخصوص ایک مُمِد سبب معلوم ہوتا ہے' اور اغلب ہے کہ ناکمل ہضم و تمثیل' اور سمی فاضل حاصلات کا غیر موثر اخراج' جلد کو بیرونی خراش کے لئے زیادہ اثر پذیر بنا دیتے ہیں۔ کم از کم بعض اصابتوں میں عام صحت میں اصلاح ہونے پر التہابِ جلد پیدا کرنے والی خراش آور شے کیلئے مناعت تمام تر یا جزءً بحال ہوجاتی ہے۔

ایگزیمائیت کے نمو کا دوسرا اہم مُمِد عامل سیلان الدہنی حالت ہے' جسکا تذکرہ بعد میں کیا جائیگا' اور فرانس میں ہمارے سپاہیوں میں اِسکے غلبہ سے کم از کم ایک حد تک اُس ثانوی التہاب جلد کی شدت کی توجیہ ہوتی تھی جو اکثر خارشت (scabies) کے ساتھ ہوتا تھا۔ مزید برآں سیلان الدہنی اشخاص رائی کی گیس کے التہاب جلد (mustard-gas dermatitis) سے زیادہ اثر پذیر پائے گئے' اور اُنھیں خارشت کے لئے گندھک کے مرہم کے معتدل تیسے

استعمال کے بعد بھی اکزیما پیدا ہوجانے کا زیادہ امکان ہوتا تھا۔

بالآخر غضبیت الجلد میں، اور اُن اشخاص میں جنکی جلد نہایت خشک ہوتی ہے، سرد ہوا میں تکشف سے، نیز قلوی صابنوں، سوڈا اور دوسری کیمیائی اشیاء کے استعمال سے جو مُحلّلِ شحم ہوتی ہیں، اکزیما کا غیر طبعی رجحان ہوتا ہے۔

داخلی مبداء کا اکزیما (eczema of internal origin)۔ پہلے نوٹ کیا گیا ہے کہ بعض کیمیائی اشیاء کو اشراب کے ذریعہ یا براہِ دہن دینے سے اکزیما پیدا ہوسکتا ہے، لیکن قطع نظر اسکے ممکن ہے کہ غذائی اشیاء سے، عفونتی ماسکوں سے، اور غالباً غیر منہضم شدہ پروٹین پر پروٹین پاش جراثیم کے فعل سے اخذ شدہ اینٹی جن بھی اکزیما کا سبب ہوسکتے ہیں۔ غریب مصل (foreign serum) کے اشراب سے بعض اوقات نہ صرف معمولی شری مصلی طفح پیدا ہوجاتا ہے، بلکہ ایک حاد اکزیما بھی نمودار ہوتا ہے، جسکی وجہ یہ ہے کہ بر جلدی خلیات اُس مصل کے اندر کی اینٹی جنی شئے کے لئے حساس ہوجاتے ہیں۔ اِسی طرح بعض اشخاص میں بعض غذائی اشیاء سے ہمیشہ اکزیما کا حملہ ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ اُسی شخص میں ایک غذا سے شری پیدا ہوجائے اور دوسری غذا سے اکزیما نمودار ہو۔ بچوں میں غذائی اشیاء (مثلاً گائے کے دودھ، اور ایسے اناجوں سے جیسے جئے اور گیہوں، گوبھی، لوبیا، لحم خنزیر، اور گائے کے گوشت) سے اکزیما کا ہونا غیر عام نہیں، اور جیسے جیسے بچہ کی عمر زیادہ ہوتی ہے، اُسمیں دوسرے سمی ذاتی عوارض (toxic idiopathies) میں سے کسی ایک یا زائد کا پیدا ہوجانا ممکن ہے۔

غذائی حساس گری کے علاوہ، اکزیما کی بعض اصابتیں، بیشتر بالغوں میں، ماسکی سرایت (focal infection) پر منحصر معلوم ہوتی ہیں، اور اغلب ہے کہ کم از کم بعض مثالوں میں یہ اکزیما جراثیمی حساس گری کا ایک منظر ہوتا ہے۔ بالخصوص عفونتِ دہن ایک سبب محرک ہوتی ہے، اور اب کثیر التعداد ایسی اصابتوں کا اندراج ہوچکا ہے جنمیں سرایت زدہ دانتوں کو نکالدینے کے بعد

937 دیرینہ اکزیما بسرعت غائب ہوگیا۔ نقرس اور اکزیما کے ائتلاف کے متعلق غالباً بہت مبالغہ سے کام لیا گیا ہے، اور اگرچہ کہ اِن دونوں حالتوں کا ایکساتھ

موجود ہونا یقیناً ممکن ہے، تاہم امراضِ جلد کی سریریات گاہ میں حقیقی سنگینہ زا نقرس (true tophaceous gout) کا بیمار شاذ ہی دیکھنے میں آتا ہے۔ قطع نظر اس ایگزیما کے جو کہ کلوی اذیما کو پیچیدہ کرتا ہے، ایگزیما اور کلوی مرض (renal disease) کے باہمی تعلق کے متعلق بہت کم معین معلومات حاصل ہیں، لیکن یوریمیا (uraemia) میں ایک عمومی ایگزیمائی اور تسلخی التہابِ جلد (exfoliative dermatitis) پیدا ہو سکتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں خون کے اندر یوریا کی مقدار ہمیشہ نہایت زیادہ ہوتی ہے اور ثوران نہایت خطرناک اہمیت رکھتا ہے کیونکہ اُسکے ظاہر ہونے کے بعد چند ہی روز کے اندر موت واقع ہو جاتی ہے۔ شکر دموت (glycosuria)، شکر آمیز بول کی خراش اور ساری عضویات مثلاً مانیلیا کی لیدگی کی وجہ سے فرج یا غلفہ کے اردگرد ایک محدود المقام ایگزیما پیدا کر سکتی ہے، لیکن قطع نظر اسکے ذیابیطس میں ایگزیما کا ہونا غیر عام نہیں۔ سیّال کا احتباس جسکے ساتھ جلد میں اسکا تجمع ہو، نہ صرف رضیعی ایگزیما میں، بلکہ اندرونی مبداء کے ان ایگزیماؤں میں بھی ایک اہم عامل ہے جو کہ مابعد زندگی میں دیکھے جاتے ہیں کاربوہائیڈریٹ اور شحم کا وافر استعمال اسکی استعداد پیدا کرتا ہے خاص طور پر اگر سیال کی بڑی مقداریں بھی لیجائیں۔ کئی مشاہدین نے زور دیا ہے کہ عصبی صدمہ یا بار (nervous shock or strain) ایگزیما کا محرک سبب ہوتا ہے، اور بعض اشخاص میں شدید صدمہ یا فکر و پریشانی کے زمانے کے بعد ایک حاد حملہ ہو جانا ممکن ہے، لیکن عصبی صدمہ اور ایگزیما کا یہ ائتلاف غالباً بالواسطہ ہوتا ہے۔ معائی تسمم الدم (intestinal toxaemia)، جو زاید گندیدگی اور انڈیکن بولیت کے ساتھ پایا جاتا ہے، صریحاً ایگزیما کی ایک قسم کا سبب ہوتا ہے، اور اس میں ثوران بالخصوص جلد کے انھیں حصوں کو ماؤف کرتا ہے جو روشنی میں کھلے رہتے ہیں، یعنے چہرہ، کان، گردن اور ہاتھوں کی پشت۔ اغلب معلوم ہوتا ہے کہ ان اصابتوں میں امعاء میں سے کوئی سم جذب ہو کر جلد کو روشنی کے لئے حساس بنا دیتا ہے (ملاحظہ ہو حساس گری نور (light sensitisation)۔

سیلانِ الدھنی ایگزیما (seborrhoeic eczema) کی اصطلاح اکثر

سیلان الدہنی التہاب جلد کے مرادف کے طور پر استعمال کی جاتی ہے۔ آخرالذکر محض ایک طفیلی سرایت ہے جو تخمیلی بذوریہ (pityrosporon) کی وجہ سے ہوجاتی ہے، اور ان اضرار میں عنقودیہ ابیض (staphylococcus albus) بھی فاعلی طور پر بڑھتا ہے۔ لیکن اولی ثوران کو ایک حقیقی اکزیمائی التہاب جلد پیچیدہ بنا سکتا ہے، جسکی وجہ لاشبہہ یہ ہوتی ہے کہ بر جلد سرایت رساں عضویوں کے لئے حساس ہوجاتی ہے (اکزیمائی ساری التہاب جلد dermatitis infectiosa eczematoides کے ساتھ مقابلہ کرو)۔ یہ اکزیمائی سیلان الدہنی التہاب جلد، جیسا کہ بیان کیا گیا ہے، رضیعی اکزیما کی ایک قسم ہے، لیکن یہ بالغوں میں بھی غیرعام نہیں۔ دوران جنگ میں یہ فرانس میں ہمارے سپاہیوں میں ازکار رفتگی پیدا کرنے کا ایک کثیرالوقوع سبب تھا، اور اکثر اسکو غلطی سے مصفہ (impetigo) تشخیص کرلیا جاتا تھا۔

مرضی تشریح۔ اکزیما میں جلد کے اندر جو نسیجیاتی تغیرات پائے جاتے ہیں، وہ مرض کے درجہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ حاد اکزیما میں حلیمات میں کے عروق شعریہ کا بڑا اتساع ہوتا ہے، اور ساتھ ہی اُذیما اور سپید خلیوں کی کسیقدر دررریزش ہوتی ہے۔ برزخی سرطمہ اُذیمائی ہوجاتا ہے، خاردار خلیے مفصلی ارتشاح سے علیحدہ اور متکسر ہوجاتے ہیں (اسفنجیت = spongiosis)، اور اس طرح آبلے بنجاتے ہیں۔ بر جلد کے ان تغیرات کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ قرنیت کے عمل میں خلل واقع ہوجاتا ہے۔ زیادہ مزمن درجوں میں بین حلیماتی زائدوں میں نمایاں دبازت (داءالشوکیہ = acanthosis)، اور بالائی اَدمہ کی زیادہ دررریزش، اور ساتھ ہی اتصالی بافت کا تکاثر واقع ہوتا ہے۔ ناکمل قرنیت (قرنیت = parakeratosis) کی وجہ سے ایسے چھلکے جو نوات دار خلیوں کے جھنڈوں پر مشتمل ہوتے ہیں بنتے ہیں، اور وقتاً فوقتاً اُترتے رہتے ہیں۔ پرانی چکتیوں میں جلد کی دبازت نہایت زیادہ ہوسکتی ہے۔

علاج۔ چونکہ جلد کے اکزیمائی التہاب کے ممکنہ اسباب اسقدر کثیرالتعداد ہوتے ہیں، لہذا یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کامیاب علاج کا دار و مدار عموماً ٹھیک

ٹھیک تشخیص پر ہونا چاہئے۔ اِسطرح بہت سے مریضوں میں، جبکہ وہ دراصل اکزیمائی قوبا
(eczematoid ringworm) میں مبتلا تھے، سالہا سال تک ہاتھوں اور پاؤں کے
"نقرسی اکزیما" ("gouty eczema") کے لئے علاج کیا جاتا رہا، اور حال ہی
میں چند سالوں میں حاد اکزیما کے متوالی حملے جو بعض محفوظ الحقوق شعری خضابات
(proprietary hair dyes) کے استعمال کی وجہ سے ہوتے ہیں، زیادہ عام ہوگئے
ہیں، اور اِنھیں اکثر غیبی مبداء کا سمجھ لیا جاتا ہے۔ لہٰذا اِسپر جتنا زور دیا جائے
کم ہے کہ اکزیما کی ہر اصابت میں سب سے پہلے اس امکان پر غور کرنا چاہئے کہ کوئی بیرونی
خراش آور شئے تو اُسکا سبب نہیں ہے۔ ثوران کی توزیع اور اُسکے آغاز کی سرگزشت
سے ہمیں عموماً اِس امر کی تعیین میں مدد ملیگی، لیکن گو سبب مرض مرتکاً بیرونی ہو تاہم ممکن ہے کہ
اُسکا پتہ چلانا بہت مشکل امر ہو۔

938

سبب خواہ کچھ بھی ہو، مقامی علاج کا انحصار التہابی عمل کے مخصوص درجے
پر ہوتا ہے۔ مثلاً حاد اصابتوں میں جنمیں تپش دمویت آبلہ خیزی یا تدمع ہو، حابس غسولات
کو بار بار لگانا چاہئے۔ جب اکزیمائی سطح خشک ہو رہی ہو تو اس غسول کے بجائے ایک
محافظ لئی یا زبدہ استعمال کرنا چاہئے، اور مزمن چھلکے دار درجہ میں مراہموں سے کام لینا
چاہئے۔ حاد درجے میں مندرجۂ ذیل غسولات مناسب ہیں: (۱) لائکر پلمبائی سب ایسیٹیٹ
ایک ڈرام (liq. plumbi subacetat., 1dr.)، اسپرٹ وائنی ریکٹ، ایک اونس
(spirit. vini rect., 1oz.)، ایکوا ڈسٹلا تا بحدہ ۸ اونس (aq. dest., ad 8 oz)
اور اِسمیں الومینیم ایسی ٹیٹ (aluminium acetate) ایک تا ۳ فیصدی طاقت
میں شامل کیا جاسکتا ہے۔ اِسے نسالہ کی ایک منفرد تہ پر لگاکر اُسے مسلسل تر رکھنا چاہئے۔
(۲) نسخہ۔ کلامائنا پری پریٹا (calaminæ præpt.)، زنک آکسائڈ (zinc oxide)،
دونوں دو دو ڈرام، گلیسرین ۱½ ڈرام، اسپرٹ وائنی ریکٹ، ۱½ اونس، ایکوا کیلسس
(aq. calcis) تا بحدہ اونس۔ (۳) لوشیو نائگرا (lotio nigra) اور ایکوا کیلسس
مساوی حصوں میں۔ (۴) اِکتھیال (ichthyol) پانی کے اندر ۳ فیصدی۔ بعض
اصابتوں میں کلامائن کے غسول کی نسبت کلا مروغ (calamine liniment) زیادہ پسندیدہ
ہے، مثلاً یہ نسخہ:۔ فینولس لکوئڈ (phenolis liq.) ۵ قطرے، زنک آکسائڈ، پلوس

ایمائلی (pulv. amyli)، کلامائن پری پریٹا، ہر ایک ایک اونس، روغن زیتون (ol. olivæ)، آیکوا کیالسیس، ہر ایک ۴ اونس۔

لئی کے طور پر لیسر (Lassar) کا مشہور و معروف ضابطہ بیحد مفید ہے:-

نسخہ:- زنک آکسائیڈ، پلویس ایمائلی، دونوں دو دو ڈرام، ایسڈ سیلی سلک (acid salicylici) ۱۰ گرین، پیرافین مولیس آلبا (paraffini mollis alb.) تا بحد ایک اونس۔ اسمیں سیلی سلک ایسڈ کو حذف کرکے (کیونکہ وہ بعض اوقات خراش آور ثابت ہوتا ہے) اور قدرے لینولین (lanoline) شامل کرکے ترمیم کی جاسکتی ہے۔ یہ لئی یا ایک زنک کا زبدہ (zinc cream) [مثلاً یہ نسخہ:- زنک آکسائیڈ ½ اونس، روغن زیتون یا روغن بادام شیریں (ol. olivæ vel amygdalæ dulc) ½ اونس، اڈیپ لانی این ہائڈ (adip. lanæ, anhyd.) ایک ڈرام، آیکوا کیالسیس، ۳ ڈرام] تنہا استعمال کیا جاسکتا ہے یا ایک اساس کے طور پر جس میں ایکتھیال، چوبی یا فحمی ٹار (wood or coal tar)، گندھک، ریسارسین (resorcin) اور امونیئیٹیڈ مرکیوری (ammoniated mercury) وغیرہ ملایا جائے۔ تحت الحاد یا مزمن اصابتوں میں، جنمیں ان مہیج اشیا کی ضرورت پڑتی ہے، ان کے لئے جلد کی برداشت کو بتدریج جانچنے کے لئے پہلے انھیں خفیف مقداروں میں تجویز کرنا چاہئے۔

نہایت مزمن چکتیوں میں، جنمیں حزازیت واقع ہوگئی ہو، خام کولتار (crude coal tar)، پائروگیلال (pyrogallol)، یوگیلال (eugallol) [جو پائروگیلال کا مانوایسی ٹیٹ (monoacetate) ہے]، بلکہ کریسس اروبن (chrysarobin) تک استعمال کرسکتے ہیں۔ خام کولتار غیر مرقق صورت میں چپڑی سے لگا سکتے ہیں، یا اُسے برٹش فارماکوپیا کے پگمنٹم کیزینی (pigmentum caseini B.P.C.) کے ساتھ، یا زنک کی لئی (zinc paste) کے ساتھ شامل کرکے لگا سکتے ہیں [مثلاً خام کولتار ۲ حصّے، زنک آکسائیڈ ۲ حصّے، جوار کا نشاستہ (corn starch) ۱۶ حصّے، پٹرولیٹم (petrolatum) ۱۶ حصّے]۔ جب ثانوی ریم زاد تسرا واقع ہوگئی ہو تو اُسے ہرگز استعمال نہیں کرنا چاہئے۔ اگر اسے غیر مرقق استعمال

کیا جائے تو پہلے ایگزیمائی سطح کو صابن اور پانی سے صاف کرکے اُسپرلار کو ہموار تہ میں لگا کر خشک ہونے دینا چاہئے۔ اگر مریض کو اِن لاسقالٹ کی برداشت اچھی ہو تو انھیں کئی دن تک روزانہ لگاتے رہنا چاہئے۔ رضیمی ایگزیما کی حساسیتی قسم میں خام کولتار کی مستذکرۂ بالا لئی عموماً بدرجہا سب سے زیادہ موثر کارگر مقامی لاسقہ ثابت ہوئی ہے۔ ٹوگیلال (engallol) ایک سیاہ مایع ہے' جسمیں ۳ ۳ ۳ فی صدی ایسی ٹون (acetone) موجود ہوتا ہے' اور اسے چند روز تک روزانہ ایک بار لگانا چاہئے۔ کرس اروبین (chrysarobin) کے استعمال کا بہترین طریقہ مرہم کی صورت میں ہے' اور اسکے اثرات کو غور سے دیکھتے رہنا چاہئے۔

اِن مزمن در ریختہ چکلیتوں کے علاج کا سب سے زیادہ قابل قدر طریقہ ہکو لاشعاعوں کے ذریعہ حاصل ہے۔ یا ایک پوری رفاقی معتاد (full pastille dose) استعمال کرکے اگر ضرورت ہو تو ایک ماہ کے عرصہ میں کر دی جائے' یا ایک تہائی رفاقہ کی کسری معتادیں دس دس دن کے وقفوں سے کرکے استعمال کیجائیں اِن شعاعوں کے استعمال سے موزوں اصابتوں میں کھجلی میں سریع تخفیف حاصل ہوتی ہے' اور چند ہفتوں میں دبازت یافتہ چکلیتوں کا انحلال واقع ہو جاتا ہے۔

ایگزیما کی ہر اصابت کے انصرام میں' دھونے کے مسئلہ پر ہمیشہ غور کرنا چاہئے خواہ سبب مرض کچھ بھی ہو۔ حاد یا تحت الحاد درجوں میں صابن ہرگز نہیں استعمال کرنا چاہئے' لیکن مزمن اصابتوں میں کثیر الشحم صابن' جس کے ساتھ ٹار یا اِکتھیال (ichthyol) شامل ہو یا نہو' بعض اوقات فائدہ مند ہوتا ہے۔ حاد اصابتوں کیا پانی سے بالکل احتراز کرنا چاہئے' لیکن تحت الحاد یا مزمن ایگزیما میں ایک فیصدی نمکین محلول سے اسفنج کرنا یا غسل دینا شاذ ہی مضر ہوتا ہے' اور اکثر مفید ہوتا ہے' کیونکہ [جیسا کہ وہٹ فیلڈ (Whitfield) اشارہ کرتا ہے] پانی کے خراش آور اثر کا انحصار غالباً اس حقیقت پر ہے کہ وہ زیر تنشی ہوتا ہے۔

عمومی علاج۔ اندرونی مبداء کے ایگزیما کا کامیاب علاج' انفرادی اصابت کی پوری پوری تحقیقات پر منحصر ہے' اور صرف خاص خاص اصولوں کا ذکر کیا جائیگا۔ 939

غذا۔ وسیع پھیلی ہوئی یا حاد اصابتوں میں ۴۸ گھنٹوں تک ایک ابتدائی

فاقہ قرین مصلحت ہے، اور ازاں بعد تین دن تک غذا کو دودھ کے ۴ گلاسوں تک محدود کردینا چاہئے، جسکے ساتھ کچھ پھل ہو۔ پھر ایک دافع احتباس نظام غذا شروع کردینا چاہئے، جسکی تشریح کے لئے سفارش کیگئی ہے، اور کل سیالی درآمد روزانہ ۲ پائنٹ سے نہیں بڑھنی چاہئے۔ الکحل، طاقتور چائے اور کافی (coffee) اور نہایت ترش پھلوں سے قطعی پرہیز کرنا چاہئے۔ سرطبعی ایکزیما کی حساسیتی قسم میں بالعموم شیرگاؤ ہرگز نہیں دینا چاہئے۔ اگر بچے کو چھاتی کا دودھ پلایا جارہا ہے، تو کل امرکا اطمینان کرنا چاہئے کہ ماں کے نظام غذا میں کیلسیم اور حیاتینوں کی کافی مقدار موجود ہے، اور اسکے لئے مزید کیلسیم اور کوئی ایسی تجہیز جسمیں حیاتینی مرکزات ہوں، تجویز کرنا مناسب ہے۔ اگر چھاتی کا دودھ پلانا ناممکن ہے، تو کوئی محفوظ الحقوق غذا مثلاً الماٹا (almata)، جو شیرگاؤ کے بغیر تیار کی ہوئی ہو، آزمانی چاہئے، اور ربّ کیلسیائی لیکٹوفاسفٹ۔ بی۔پی۔ ۳۰ ستم (syr. calcu lactophosph. B.P. m30) کی شکل میں مزید کیلسیم، ایک حیاتینی مرکز اور نارنگی کے رس کے ساتھ دینا چاہئے۔ اس غذا کو بدل کر ٹھوس نظام غذا کا استعمال حتی الامکان جلد از جلد کرنا چاہئے، اور اسکو تجویز کرنے سے قبل بعض غذاؤں کے ساتھ جلدی کاشفات انجام دینا قرین مصلحت ہے۔ حساسیتی شیرخوار بچے نہ صرف شیرگاؤ کے لئے حساس ہوتے ہیں، بلکہ بعض اناجوں اور انڈے کے لئے بھی۔ جیسا کہ زرنی (Czerny) نے زور دیا ہے، یہ بچے اپنے آبی احتباس کے رجحان کی وجہ سے ایسی غذا پر اچھے رہتے ہیں جنمیں پروٹین کی افراط ہو، اور کاربوہائیڈریٹ، شحم اور سیالات کی تحدید کردیجائے۔ مندرجۂ ذیل کی سفارش کیجاسکتی ہے، اور انفرادی مزاج خاص کے لحاظ سے اسمیں ردوبدل کیا جاسکتا ہے۔

جن چیزوں کی اجازت ہے وہ یہ ہیں:۔ تازہ پکایا ہوا بے چربی کا گوشت اور مچھلی، چوزہ، جگر، گردے، لبلبہ، اور بھیجا۔ انڈے کی زردی، خانہ ساز یا دوسرا سادہ پنیر۔ ہر قسم کی پکائی ہوئی سبزیاں، مخلوط سلاد، پکائے ہوئے اور بے پکے پھل (سوائے نہایت ہی ترش پھلوں کے مثلاً گریپ فروٹ، لیموں، اناناس اور کشمش)۔ خستہ بے چھنے ہوئے آٹے کا توس (toast)، وائٹاویٹ (Vitaweat)

یا ریویٹا (Ryvita)، مکھن۔ دودھ کا ایک گلاس روزانہ دینا چاہئے، الّا اِس صورت میں کہ مریض دودھ کے لئے حساس ہو۔ گنے کی شکر کی بجائے گلوکوز دینی چاہئے۔ نمک بہت کم لینا چاہئے۔ دودھ اور پھل کے علاوہ، سیال درآمد کو روزانہ پانی کے تین چھوٹے گلاسوں تک محدود کر دینا چاہئے۔ مخلوط حیاتینی مرتکز کی تھوڑی سی مقدار اور کیلسیئم کی کسی تجویز کے ذریعہ اِس غذا کی تکمیل کرنی چاہئے، جیسا کہ اوپر مشورہ دیا گیا ہے۔

جن چیزوں سے پرہیز لازم ہے وہ یہ ہیں:۔ جو یا جئی کا دلیہ، گنے کی شکر، مربّہ، مارملیڈ، مٹھائیاں، پیسٹری، پڈنگ، کیک، شوربا، شحمیں (سوائے مکھن اور پنیر کے)، انڈے کی سفیدی، سؤر کا گوشت، سؤر کا نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا گوشت، کلمہ، ترش پھل۔

داخلی طور پر ادویہ دینا۔ پیشاب کا امتحان، جس کے لئے دن کے مختلف اوقات میں نمونے لئے جاتے ہیں، داخلی علاج کے لئے مفید دلالتیں بہم پہنچاتا ہے۔ اگر بیش ترشگی موجود ہو، خواہ یوریٹی جماؤ کے ساتھ یا اس کے بغیر، تو قلوی مدرات بول، مفتح سلفیٹس (aperient sulphates) کے ساتھ ممزوج کر کے، اتنی مقدار میں دینے چاہئیں کہ جس سے صبح سویرے کا پیشاب تعدیلی ہو جائے اور ازاں بعد مقدار کو گھٹا دیا جاتا ہے۔ تاہم اگر کم ترشگی فاسفیٹ بولیت کے ہمراہ پائی جائے، تو ترشوں کی ضرورت ظاہر ہوتی ہے، اور یہ ذرا سی سٹرکنین کے ساتھ دئے جا سکتے ہیں۔ کیلسیئم کے نمکیات اکثر نہایت ہی مفید ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ تک حیاتین د کی پوری معاودوں کے ساتھ ممزوج کر کے دینے چاہئیں۔ شدید یا حاد اصابتوں میں انکا اشراب کیا جا سکتا ہے، جیسا کہ ترمی کے لئے مشورہ دیا گیا ہے۔ بیرونی مبداء کے اکزیما میں بھی معلوم ہوتا ہے کہ کیلسیئم اور حیاتین د جلد کی بیش حساسیت کو کم کرتے ہیں۔ اگر کھجلی شدید ہو، اور اسوقت جبکہ بے خوابی ہو، مسکنات ضروری ہیں، مثلاً کیلسیئم برومائیڈ (calcium bromide) ۵ ۔ ۱۰ گرین، یا لیومینال (luminal) ½ گرین روزانہ ۳ بار، اور اگر ضرورت ہو تو سوتے وقت ایک منوم بھی۔ ایسی اصابتوں میں گلوکوز کے محلول

میں کیلشیم یا سٹرانشیم برومائیڈ (calcium or strontium bromide) (مثلاً ایگزبرال :elzebrol) کے دروں وریدی انترابات مفید ہوسکتے ہیں۔

بوڑھے آدمیوں میں جنہیں جلد غیر معمولی طور پر خشک اور عام تغذیہ ردی حالت میں ہو، اور غضبتی اشخاص میں، کاڈلیور آئل اور غدۂ درقیہ (thyroid gland) کے استعمال سے اکثر حیرتناک اصلاح ہوجاتی ہے۔ اول الذکر کے ساتھ مالٹ (malt) اور فولاد (iron) شامل کرسکتے ہیں، اور آخرالذکر کو ابتداً تھوڑی مقدار سے شروع کرکے مریض کی قوتِ برداشت کے لحاظ سے زیادہ کرنا چاہئے۔

عفونتِ دہن (oral sepsis) کے علاج کی اہمیت پر جسقدر زور دیا جائے کم ہے کیونکہ بعض اوقات اُن دانتوں کو نکالدینے کے بعد جنکی جڑوں میں پھوڑے ہوں، یا جوفیزی تجیج (pyorrhœa alveolaris) کے علاج کے بعد، ایگزیما کی ایسی اصابتیں شفایاب ہوجاتی ہیں جو دوسری تمام تدابیر سے اثرناپذیر رہی تھیں۔

940

بالآخر، جسمانی یا عصبی خستگی والے مریضوں میں جب کبھی ممکن ہو سکون و آرام اور اُسکے بعد ماحول کی تبدیلی تجویز کرنا چاہئے۔

حساسیت ربائی (desensitisation)۔ بیرونی مآخذ کے ایگزیما میں بھی حساسیت ربائی کے مختلف طریقوں میں سے کوئی نہ کوئی طریقہ مفید ہوسکتا ہے۔ درحقیقت حرفتی التہابِ جلد کی اصابتوں میں ذاتی دموی یا ذاتی مصلی علاج (autohæmo-or autosero- therapy) سے مریض بلاکسی مزید دقت کے پھر کام کے قابل ہوسکتا ہے۔ جیسا کہ کہا گیا ہے، غذائی حساس گری کی وجہ سے پیدا شدہ ایگزیما میں، بتدریج بڑھتی ہوئی مقداروں میں زیرِ بحث غذا کے مستعلب کے تحت الجلد اشراب سے کامیاب علاج کیا گیا ہے، لیکن عموماً داخلی مبداء کے ایگزیما میں اینٹی جن کی صحیح نوعیت نامعلوم ہوتی ہے، اور غیر نوعی حساسیت ربائی کے کسی نہ کسی طریقہ سے کام لینے کی کوشش کرنی چاہئے۔ لیکن اِس امر کی شہادت موجود ہے کہ حساس شدہ موضوعوں کے مصل میں ایک شے ایسی موجود ہوتی ہے جو اُس شخص کے لئے یا کسی دوسرے شخص کے لئے جو اُسی اینٹی جن کے لئے حساس شدہ ہو، نوعی ہوتی ہے، چنانچہ ذاتی مصلی علاج کو شاید نوعی حساسیت ربائی کا ایک طریقہ سمجھنا چاہئے۔ اِس کے

برعکس ذاتی دموی علاج (autohæmotherapy)، جواپنے اثرات کے لحاظ سے استقدر یقینی نہیں، اسکا مقابلہ غالباً غیر نوعی پروٹین کے اشرابات کے ساتھ کیا جاسکتا ہے۔ ان دو طریقوں کے علاوہ، اگر پیپٹون (peptone) دروں اَدمی، تحت الجلدی دروں وریدی یا دروں عضلی اشرابات کے ذریعہ دیا جائے تو اکثر مفید ہوتا ہے، اور اسیطرح "اے اولان" ("aolan") اور "زُلبِ البیومین" ("ëibalbumin") نام کے محفوظ المحقوق حاصلات بھی مفید ہوتے ہیں۔ اول الذکر کو اکزیما میں دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اُسے ۱ تا ۳ قطروں کی مقداروں میں دروں اَدمی طریقہ سے تین روز سے لیکر سات روز کے وقفوں سے دیا جائے۔

احمراری فلسمانی ثوراناٹ

(ERYTHEMATO-SQUAMOUS ERUPTIONS)

گلابی تنخیل

(pityriasis rosea)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲ اور ۶۳، ب، صفحہ 942)

گلابی تنخیل (pityriasis rosea) (Gibert) بالخصوص اس امر میں اہم ہے کہ اکثر اوقات اسکی غلط تشخیص کر لیجاتی ہے، تاہم یہ ثوران عموماً اس قدر ممیز ہوتا ہے کہ اسکی شناخت میں شاذ ہی کوئی دقت پیش آنی چاہئے۔ غالباً ان اصابتوں کی اکثریت میں ثوران کے عمومی حملے سے کئی دن پہلے خاصی بڑی جسامت کی ایک یا زائد چکتیاں نمودار ہوتی ہیں، لیکن ممکن ہے کہ وہ نظر انداز ہوجائیں۔ یہ "ہراول چکتیاں" یا ابتدائی دھبے ("herald patches" or plaques primitives) مابعد اضرار کی نسبت زیادہ بڑے ہوتے ہیں، اور عموماً گردن، دھڑ یا جوارح کے قربی حصوں پر دیکھنے میں آتے ہیں۔ یہ کم و بیش مدور اور چھلکے دار ہوتے ہیں، اور انکا کنارہ واضح التحدد ہوتا ہے۔ یہ اکثر غلطی سے داد کی چکتیاں یا سیلان الدہنی

التہاب جلد کی چکتیاں سمجھ لئے جاتے ہیں۔ عمومی ثوران مقابلتہً ناگہانی طور پر ایک ثورانی تپ (eruptive fever) کے ثوران کی طرح پہلے بالائی صدر پر، اور پھر کیے بعد دیگرے گردن، بالائی بازوؤں، شکم اور گردن پر، اور رانوں پر نمودار ہوتا ہے۔ چند چکتیاں پشت بازوؤں، چہرے، اور ٹانگوں کے زیریں حصوں پر نظر آسکتی ہیں، اور کبھی کبھی تقریباً ساری جلد، بلکہ جلد الراس بھی اُن سے پٹی ہوئی ہوتی ہے۔ یہ ضرار چھوٹے گلابی بثور کی طرح شروع ہوتے ہیں، جو محیطی طور پر پھیل کر ممیز مدوّر یا بیضوی چکتیاں بنا دیتے ہیں۔ ایک تمثیلی چکتی میں ایک بیرونی اُبھرا ہوا گلابی کنارا ہے اور ہلکے بادامی رنگ کا ایک مرکزی حصہ ہوتا ہے، جو جھرّی دار منظر پیش کرتا ہے۔ ان دونوں کے درمیان چھلکوں کا ایک باریک چھوٹا کالر ہوتا ہے، جن کی آزاد کوریں مرکز کی طرف واقع ہوتی ہیں۔ جیسے جیسے ہر چکتی بڑی ہوتی جاتی ہے، ممکن ہے کہ مرکز تقریباً بالکل کھلا جائے اور اس سے حلقوں کی صورت پیدا ہو جائے، اور حلقہ کی گلابی جھلک محصورہ رقبے کی ہلکی زرد جھلک کے مقابل میں تضاد ظاہر کرے۔ کامل نمو یافتہ ثوران کا ایک نہایت ممیز خاصہ یہ ہے کہ بیضوی چکتیاں سینہ اور کوکھ کے گرد ترچھے رُخ میں جاتی ہیں، اور اُنکے لمبے محور سرسری طور پر پسلیوں کے رُخ کے متوازی واقع ہوتے ہیں۔ حملۂ مرض کے ساتھ خفیف کسلمندی، خراش حلق اور ہلکی تپ ہو سکتی ہے، لیکن عموماً بنیئی اختلال غیر موجود ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کھجلی بالکل نہ ہو، خفیف سی ہو، یا اس قدر شدید ہو کہ مریض کو نیند نہ آئے۔ لمفی غدد، بالخصوص عنقی گروہ کی کلانی پیدا ہو سکتی ہے۔

بحث اسباب۔ اغلب ہے کہ یہ مرض ایک تقطیر پذیر قشب کی سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے، جس کی تطعیم جلد پر ایک یا زیادہ مقامات پر ہو جاتی ہے، اور وہاں تکاثر پذیر ہو کر وہ ہراول چکتی (herald patch) پیدا کرتا ہے۔ پھر تقریباً ۵ - ۱۴ دن کے زمانہ حضانت کے بعد، قیاساً وہ جوئے خون میں پہنچتا ہے اور عمومی ثوران کا موجب ہوتا ہے۔ اس امر کی یقین آفریں شہادت ہے کہ یہ فرضی قشب نئے درونی کتّان کے ذریعہ منتقل ہو سکتا ہے، جس سے موسم بہار اور خزاں میں اس ثوران کے بڑھے ہوئے حدوث کی توجیہ ہوتی ہے۔ ایسی اصابتیں مندرج ہوتی ہیں جنہیں

941

ایک شخص کسی دوسرے سے مانگا ہوا کپڑا پہننے کی ماؤف ہوگیا ہے۔ جو کہ اس مرض سے ماؤف تھا۔
دوسرے حملے بہت شاذ ہیں، لیکن گمان ہے کہ غیر مشکوک مثالیں ملتی ہیں۔
تشخیص۔ تمثیلی ضرر اپنے گلابی کنارے، چھلکوں کے چھوٹے کالر اور جھری دار زردی مائل مرکز کے ساتھ اسقدر ممیز اور ممتاز ہوتا ہے، اور اسکی چکتیوں کی توزیع اور ترتیب اسقدر مستمر ہوتی ہے کہ ایک واقف کار اس مرض کو عموماً ایک نظر میں تشخیص کر سکتا ہے، تاہم اکثر غلطیاں ہوجاتی ہیں۔ ابتدائی درجہ میں اسکا سعفۂ پیچدار (tinea circinata) کے ساتھ یا سیلان الدہنی التہاب جلد (تخمل پیچدار pityriasis circinata) کے ساتھ خلط ملط ہوجانا اور نمو یافتہ درجہ میں ثانوی نارِ (secondary syphilide) بلکہ صدفیہ (psoriasis) کے ساتھ خلط ملط ہوجانا ممکن ہے۔
سعفۂ پیچدار (tinea circinate) میں چھلکوں کے خردبینی امتحان سے ایک فطر پایا جاتا ہے۔ سیلان الدہنی التہاب جلد میں چربیلی شکل دار چکتیاں، اور ساتھ ہی جرابی بثور ہوتے ہیں، اور وہ بالخصوص سینہ کے خط وسطی اور پشت پر، اور اکثر جلدالراس اور چہرے پر ہوتا ہے۔ گلابی تخمل کو غلطی سے کبھی گلابی ناریہ نہیں سمجھا جاسکتا کیونکہ آخرالذکر کبھی چھلکے دار نہیں ہوتا، اور اسیطرح بثوری ناریہ سے بھی اسکو بآسانی تمیز کیا جاسکتا ہے، کیونکہ آتشک کے بثور کا رنگ زیادہ سیاہی مائل ہوتا ہے، وہ نمایاں طور پر دررسیختہ ہوتے ہیں، جوارح کے بُعدی حصوں پر نیز چہرے اور جلدالراس پر واقع ہوتے ہیں، اور انکے ساتھ آتشکی سرایت کے دوسرے امارات موجود ہوتے ہیں، مثلاً خراش حلق، مخاطی چکتیاں، اور نمایاں عمومی غددی التہاب۔ علاوہ بریں عموماً اوّلی قرحہ بھی مل سکتا ہے۔ صدفیہ (psoriasis) میں چھلکے نسبتہ بڑے ہوتے ہیں اور جب انھیں آہستہ سے کھرچا جائے تو معروف نقرئی منظر پیش کرتے ہیں، اور اس کا ثوران عموماً کہنیوں، گھٹنوں اور جلدالراس پر موجود ہوتا ہے۔
علاج۔ یہ ثوران تین ہفتوں سے لیکر آٹھ ہفتوں تک میں خود بخود غائب ہوجاتا ہے۔ لیکن اگر اسے ناموزوں لاسقات، مثلاً گندھک یا پارے کے استعمال سے خراش پہنچائی جائے تو اسکی مدت زیادہ طویل ہوجاتی ہے۔

مریض کو روزانہ غسل کرنا چاہئے، جسمیں کانڈی کے سیال (condy's fluid) کے دو تین میٹر چمچے ملا دینا مفید ہے، اور غسل کے بعد جلد پر تو ابیڈسیلی سلک کمپاؤنڈ بی پی سی (pulv. acidi salicylic comp. B.P.C.) چھڑک دینا چاہئے یا ایک ہلکا سیلی سلک مرہم استعمال کرنا چاہئے۔ وہٹ فیلڈ (Whitfield) مندرجۂ ذیل غسول کو روزانہ دو بار استعمال کرنے کی سفارش کرتا ہے، نسخہ :۔ پلوس کلامائن پری پریٹا ۳ ڈرام، پلوس زنکی آکسائڈی ۲ ڈرام، اسپرٹ وائنی ریکٹی ایک اونس، لائکر پس کارب ½ ڈرام، آکوا روزی تا بحد ۸ اونس۔ یہ مشتبہ امر ہے کہ آیا داخلی علاج خمر مرض پر کوئی اثر رکھتا ہے۔

صدفیہ

(psoriasis)

(ملاحظہ ہو صحفہ ۱۷۰۳۶ الف صفحہ 942)

یہ مرض اُبھری ہوئی سُرخ چکتیوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو دبیز نقرئی سپید چکنے ہوئے چھلکوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ کثیر التعداد مثالوں میں یہ اضرار پہلے گھٹنے پر رضفہ، رباط رضفی اور قصبیہ ہڈی کے درمیان، اور کبھی پر نرج پر نمودار ہوتے ہیں۔ یہ مرض بثور سے شروع ہوتا ہے، جو بڑے ہوکر وسیع چھلے رقعے بنجاتے ہیں۔ بثرہ بالکل ابتدا ہی میں ایک غیر شفاف چھلکے سے ڈھکا ہوا نظر آتا ہے اور اسکی جسامت میں کلانی پیدا ہونے کے ساتھ ہی یہ چھلکا زیادہ موٹا ہو جاتا ہے بالخصوص مرکز میں، اور سپید نقرئی شکل کا ہو جاتا ہے۔ یہ چھلکا کسیقدر مضبوطی کے ساتھ چپکا ہوا ہوتا ہے اور سُرخ رقعے کے ساتھ ساتھ وسیع ہوتا جاتا ہے، چنانچہ اسکا سُرخ رنگ اکثر صرف کور پر ہی نظر آسکتا ہے۔ اگر اس چھلکے کو نکالدیا جائے تو ایک چکدار تر نظر آنے والی مگر حقیقتہً خشک شوخ سرخ رنگ کی سطح باقی رہتی ہے، جسکا ایک عدسہ سے امتحان کرنے پر متعدد زیادہ گہرے سُرخ نقطے نظر آئینگے جو بیش دموی حلیمات ہیں۔ چکتیاں ابتداءً گول یا بیضوی ہوتی ہیں اور بڑھ کر ½ انچ، ایک انچ یا زائد قطر کی ہوجاتی ہیں۔ پہلی چکتیوں کے پاس یا جسم کے دوسرے

حصوں میں تازہ چکتیاں نکل آتی ہیں ۔ اگر ایک چکتی بہت بڑی ہوجاتی ہے تو ممکن ہے کہ وہ مرکز میں مندمل ہوجائے اور اسطرح ایک حلقہ بنادے ۔ اسکے دوسری چکتیوں کے ساتھ پیوستہ ہوجانے سے ذیلبی یا چکردار اشکال پیدا ہوجائینگی ممکن ہے کہ یہ چکتیاں اسقدر کافی طور پر پھیل جائیں کہ جسم کے بڑے رقبوں کو مسلسل طور پر ڈھانک لیں جسکی وجہ سے اُس دھبہ کی اصلی شکل شناخت نہیں کیجا سکتی ۔ اِن مختلف درجوں کو ظاہر کرنے کے لئے جو مختلف قدیم نام تجویز کئے گئے تھے اُنکی منفعت اِس سے کچھ زیادہ نہیں کہ یہ محض اِنکی صفات بیان کرتے ہیں، مثلاً منقّط صدافیہ (psoriasis punctata)، قطرہ نما صدافیہ (p. guttata)، سکہ نما صدافیہ (p. nummularis)، پیالہ نما صدافیہ (p. circinata)، چکردار صدافیہ (p. gyrata)، منتشر صدافیہ (p. diffusa)، ہمہ گیر صدافیہ (p. universalis) -

942- گھٹنوں اور کہنیوں کے بعد انکے ہم پہلو ٹانگ اور پیش بازو کی باسط سطحات سب سے زیادہ عام طور پر ماؤف ہوتی ہیں، اور پھر رانیں، پشت، کمر، سینہ، اور شکم ۔ اور تمام خطوں میں نہایت حیرتناک تشاکل دیکھنے میں آتا ہے ۔ جلدالراس اور چہرہ عموماً اُسیوقت ماؤف ہوتا ہے جبکہ ثوران کسیقدر وسیع طور پر پھیلا ہوا ہو، لیکن ہتھیلیاں اور تلوے اکثر محفوظ رہتے ہیں ۔ کبھی کبھی ناخن بھی ماؤف ہوجاتے ہیں ۔ وہ مختلف طور پر مُبدّل، غیر شفاف، موٹے، گرشے دار، عرضاً فجوے دار، یا بہت موٹے اور بدرنگ ہوجاتے ہیں (صفحہ ٦١، اس صفحہ 922) -

چھلکوں کی مقدار مختلف مثالوں میں، یا اُسی مریض میں مختلف زمانوں میں مختلف ہوتی ہے ۔ ماویہ نما صدافیہ (p. rupioides) میں چھلکے چھوٹے مخروطی تودوں کی صورت میں جمع ہوجاتے ہیں، اِسطرح کہ ہر تودہ ایک دائری قاعدے پر ہوتا ہے ۔

یہ ثوران عموماً خشک ہوتا ہے، لیکن تعریجات نیز تریوکتا بخا خراش اور لاسقات کے استعمال کی وجہ سے، اور سیلان الدہنی اشخاص میں چکتیاں چپچپی

ہونے کا میلان رکھتی ہیں۔ کبھی تغیر پذیر ہوتی ہے، لیکن بالعموم شدید نہیں ہوتی۔ اگرچہ اکثر بیان کیا جاتا ہے کہ صدفیہ بالکل تندرست اشخاص میں ہوتا ہے، لیکن یہ شاذ ہی سچ ہوتا ہے یا کبھی سچ نہیں ہوتا۔

یہ مرض خود بخود پیدا ہو جاتا ہے، اکثر ابتدائی طفولیت میں، اور اگر علاج نہ کیا جائے تو بھی تین چار ماہ کے بعد رفع ہو جاتا ہے، اور پھر بالکل غیر یقینی وقفہ کے بعد کر ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات اس کی توالی سال میں دو بار ہوتی ہے (جسے اکثر ظہور و خفاء : spring and fall کے الفاظ سے ادا کرتے ہیں)، یا ممکن ہے کہ برسوں کا وقفہ حائل ہو۔ دوسری اصابتوں میں خفیف سا دوران باقی رہتا ہے، اور اس میں وقتاً فوقتاً توسیع ہوتی رہتی ہے۔ شفایابی کے دوران میں پلکیوں کے مقام کو لونیت کے دھبے ممیز کرتے ہیں، بالخصوص سنکھیا کے استعمال کے بعد۔

اقسام۔ تعریجی قسم (flexural type)۔ اگرچہ صدفیہ جوارح کے باسط سطحات، جلد الراس، اور ستری اور عجزی خطوں کو خاص طور پر ماؤف کرنے کا رجحان رکھتا ہے، بعض اوقات یہ تعریجات یا جلد کے قدرتی شکنوں میں حیرت انگیز طور پر محدود ہوتا ہے، مثلاً بین سرینی درز میں، جہاں یہ "حکتہ المبرز" (pruritis ani) کا سبب ہو سکتا ہے، چڈوں میں، زیر پستانی اور خلفی شکنوں میں، اور پس اُذینی فضاؤں میں۔ یہ تعریجی تحیز بالعموم آخر ادھیڑ عمر میں، بالخصوص فربہ اشخاص میں دیکھا جاتا ہے۔

داء المفصلی صدفیہ (arthropathic psoriasis)۔ مرض کی ایک نہایت ہی شدید اور اکثر نہایت ہی دشوار علاج قسم وہ ہے جس میں اس کے ہمراہ متعدد التہاب مفاصل (multiple arthritis) پایا جاتا ہے۔ سریری طور پر اگرچہ التہاب مفاصل کی عام خصوصیات وہی ہوتی ہیں جو کہ التہاب مفاصل تشوہی (arthritis deformans) کی عام قسم کی ہوتی ہیں، ہاتھوں اور پاؤں دونوں کے انتہائی بین سلامی مفاصل کی ماؤفیت خاص طور پر عام ہے، اور بالعموم ان مفصلی تغیرات کے ہمراہ ناخنوں کے صدفیہ کی ایک دردناک التہابی قسم پائی جاتی ہے۔

بڑے مفاصل کا متوقف استسقا (hydrarthrosis) بھی اس سے زیادہ کثیرالوقوع ہے کہ جتنا غیر صدفیتی التہاب مفاصل میں (53)۔

پیچیدگیاں ۔ (ا) عمومی تسلخی التہاب جلد (general exfoliative dermatitis) یا ہمہ گیر صدفیہ ۔ ایک عام احمرار جلد (مرتاپا) موجود ہوتا ہے ۔ چند مقامات مثلاً کہنیوں اور گھٹنوں کو چھوڑ کر، باقی جگہ ممیز نقرئی چھلکے داری موقوف ہوجاتی ہے ۔ جلد خشک ہی رہتی ہے ۔ بال ایک اختلاف پذیر حد تک جھڑ جاتے ہیں، اور ناخن مخلط اور مشوہ ہوجاتے ہیں ۔ ممکن ہے ساتھ التہاب مفاصل ہو ۔ نسیجیاتی خصائص معمولی صدفیہ کے ہی رہتے ہیں، اور یہ امر تسلخی التہاب جلد کی اس قسم کو دوسری قسموں سے متفرق کرتا ہے ۔ بعض مزمن صدفیتی مریضوں میں اس پیچیدگی کے متوالی حملے واقع ہوتے ہیں ۔ عمومی حالت بالعموم اچھی رہتی ہے، اور کوئی شدید بنیتی اختلالات واقع نہیں ہوتے ہیں ۔ بعض اوقات خارش آور لاسقات مثلاً کرائسروبن (chrysarobin) یا اسگنولین (eignolin) کا غیر عاقلانہ استعمال اس تعمیم کی نمویابی کا سبب ہوتا ہے ۔

(ب) صدفیہ کی ایک نہایت ہی شاذ پیچیدگی ایک ایسا تسلخی التہاب جلد ہے، جس میں عملی رساؤ اور مرئی تکوین تنائج موجود ہوتی ہے ۔ یہ ایک نبتی سمی عفونت الدم کے ساتھ واقع ہوتا ہے ۔ یہ حرارتی ثوران سرایت کے مرض کے دوران میں معمولی قسم کے خشک عمومی تسلخی التہاب جلد میں مبدل ہوجا سکتا ہے ۔

بحث اسباب ۔ جیسا کہ سیوائی (Civatte) نے زور دیا ہے، صدفیہ اور سیلان الدہنی التہاب جلد کی صدفیتی قسم (جو ایک دوسرے سے قریبی سریریاتی مشابہت رکھ سکتی ہیں) کے نسیجیاتی خصائص کے مقابلہ سے مترشح ہوتا ہے کہ اول الذکر کے اضرار التہابی تعاملات ہیں جو ایک محولہ خون سم یا خمر عضویہ سے جلد میں پیدا ہوجاتے ہیں، اور آخرالذکر کے اضرار ایک بیرونی خرد عضویتی سرایت کی وجہ سے ہوتے ہیں، جیسا کہ درحقیقت معلوم ہے غرض کا موروثی اور خاندانی رجحان غیر مشکوک ہے (54)، لیکن مشاہدین اسکے

تواتر کے متعلق اختلاف رائے رکھتے ہیں۔ بہت کم نسب نامے شائع کیے گئے ہیں، لیکن ایک اعتدال پسندانہ تخمینہ کے مطابق معلوم ہوتا ہے کہ یہ ۳۰-۴۰ فیصدی اصابتوں میں موجود ہوتا ہے۔ ایسی مثالیں عام ہیں کہ جنہیں ایک صدفیتی مریض کی ماں یا باپ میں پہلی مرتبہ آخر عمر میں صدفیہ نمودار ہوگیا۔ مرد عورتوں کی بہ نسبت زیادہ اکثر ماؤف ہوتے ہیں۔ یورپ و شمالی امریکہ میں تناسب تقریباً ۳ : ۲ ہے۔ اگرچہ صدفیہ سب سے زیادہ عام طور پر بلوغ یا ریعان میں شروع ہوتا ہے، تاہم یہ شیرخوار بچوں میں دیکھا جا سکتا ہے، اور اسکا آغاز ادھیڑ یا آخر عمر تک تاخیر پذیر ہو سکتا ہے۔ عورتوں میں یہ بسا اوقات پہلی مرتبہ سن ایاس میں ظاہر ہوتا ہے، جبکہ یہ جلد کے قدرتی شکنوں کو ماؤف کرنے کا خاص طور پر رجحان رکھتا ہے۔

مرض کا اصلی سبب نامعلوم ہے۔ جیسا کہ حال ہی میں رائے دی گئی ہے، ممکن ہے یہ ایک نوعی قشب کی سرایت کے باعث ہو، جسکی فعالیت، سادہ نملہ کے قشب کی فعالیت کی طرح، ایسے عوامل پر منحصر ہے جو مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتے ہیں۔ اسکے برعکس ممکن ہے یہ اکزیما کی طرح ایک غیر نوعی جلدی تعامل ہو، جسکا رجحان فطری اور اکثر اوقات موروثی ہوتا ہے۔ ہمارے علم کی موجودہ حالت میں ہم صرف معلوم سریری حقائق کا اختصار پیش کر سکتے ہیں، خاص طور پر مختلف محرک عوامل اور دیگر مرضی حالتوں سے اس مرض کے ائتلاف کے بارے میں۔ اصابتوں کی ایک معتدبہ تعداد میں صدفیہ اور حلق کی سرایت کے درمیان ایک صریح تعلق موجود ہوتا ہے۔ ایسا خاص طور پر اسوقت ہوتا ہے جبکہ یہ مرض پہلی مرتبہ بچپن میں نمودار ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ حسرابی التہاب لوزتین یا قرمزی تپ کے ایک حملے کے بعد حاد طور پر بطور ایک ثوران نمودار ہو۔ التہاب لوزتین کے مابعد حملوں کے ساتھ اسکے مزید اشتدادات پیدا ہوتے ہیں۔ چنانچہ معلوم ہوتا ہے کہ حاد نبقی سبحی سرایت ایک ابتدائی محرک عامل ہوتی ہے، یا جب ثوران پہلے سے موجود ہو تو ایک وسیع طور پر پھیلا ہوا حملہ واقع کر سکتی ہے، لیکن دوسری سرایتیں مثلاً ذات الریہ اور تپ محرقہ، بالعموم

اسکو عارضی طور پر زائل کر دیتی ہیں۔ بالغوں میں بعض اوقات دانتوں انفی جوفیلا یا دوسری جگہ کی ماسکی تنبتی سبحی سرایت اور صدفیہ کے درمیان ایک ظاہری علاقہ پایا جاتا ہے۔ اسکے برعکس اس مرض کی بہت سی اصابتوں میں تحقیقات کرنے پر اسکی کوئی شہادت منکشف نہیں ہوتی۔ داء المفصلی صدفیہ میں ماسکی تنبتی سبحی سرایت، یقیناً التہاب مفاصل اور صدفیہ دونوں کی تسبیب میں ایک غالب عامل ہو سکتی ہے، جیسا کہ راقم الحروف کے مشاہدہ کردہ ایک مریض میں جسمیں بے شمار مردہ دانت اسکا منبع تھے لیکن معلوم ہوتا ہے کہ ایسا سب اصابتوں میں نہیں ہوتا۔ التہاب مفاصل کے علاوہ، صدفیہ میں اکثر دوسرے زخمی ظواہر مثلاً التہاب لیفی (fibrositis) اور التہاب الاعصاب (neuritis) موجود ہوتے ہیں، چنانچہ درد کمر اور عرق النساء عام علامات ہوتے ہیں۔ وہ ثوران جو کہ تقرن بلنمرنزا کی (keratodermia blenorrhagica) کے نام سے موسوم ہے، جو شاذ طور پر سوزا کی التہاب مفصل کی پیچیدگی کے طور پر دیکھا جاتا ہے، سریری اور نسیجیاتی ہر دو طرح صدفیہ سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے، اور یہ رائے دیگئی ہے کہ یہ صدفیہ کی ہی ایک قسم ہے، جسکا سوزا کی تنبتی سرایت محرک سبب ہے (55)۔ بالآخر، صدفیہ میں تحولی عامل پر غور کرنا ضروری ہے۔ بعض اصابتوں میں بلند بولی ترشگی بھاری پورینا جماؤ کے رجحان کے ساتھ پائی جاتی ہے، اور خون میں یورک ایسڈ کی نمایاں زیادتی پائی جاتی ہے۔ مریض، جنمیں سے بہت سے کثرت شراب خوری میں مبتلا ہوتے ہیں، بالعموم معدہ یہ کبھلی کی شکایت کرتے ہیں۔ احتیاط کے ساتھ غذا دینے، الکحل سے اجتناب کرنے، اور قلوی مالحات کے استعمال سے نمایاں اصلاح واقع ہو جاتی ہے، بلکہ ثوران مکمل طور پر زائل ہو جاتا ہے۔ حال ہی میں یہ رائے دیگئی ہے (56) کہ صدفیہ زردسلعیت (xanthomatosis) کی طرح، شحم کے ناقص تحول کی وجہ سے ہوتا ہے۔ برگر کا تحملی کا شغصہ (Burger's tolerance test) استعمال کرتے ہوئے یہ ادعا کیا گیا ہے کہ صدفیتی مریضوں میں کل مصلی شحم میں تقریباً ۴۰ فیصدی زیادتی پائی جاتی ہے،

اور غذا میں شحم کو اقل مقدار تک گھٹا دینے سے شفا ہو جاتی ہے۔ راقم الحروف نے اس طریقہ علاج کو کئی اصابتوں میں استعمال کیا ہے، جس سے بعض میں عمدہ نتائج اور دوسروں میں کامل ناکامی ہوئی ہے۔ مختصر یہ کہ صدفیہ نمویاب ہونے کا رجحان، اصابتوں کی متعدبہ تعداد میں موروثی اور خاندانی ہوتا ہے۔ مرض کا اصلی سبب خواہ کچھ ہی ہو (اگر یہ حقیقت میں نوعی تسبیب رکھتا ہے، اور جلد کا محض غیر نوعی تعامل نہیں ہے، جسکا مقابلہ اکزیما یا شری سے کیا جائے) اس میں شبہ نہیں کہ بعض اصابتوں میں حاد یا مزمن نبتی سمّی سرایت، اور بالخصوص التہاب لوزتین کا اس پر خراب اثر پڑتا ہے، اور التہاب مفاصل یا دوسری زہریتی علامات، ثوران کے ہمراہ عام طور پر پائے جاتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ نہایت نمایاں نسیجیاتی مظہر قرنیت ہے، جسمیں فراتی طبقہ غائب ہو کر ناکمل قرنیت واقع ہوجاتی ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قرنی خلیوں میں اُنکے نوات باقی رہتے ہیں، اور قرنی خلیے مرئی چھلکوں کی صورت میں مجتمع ہو جاتے ہیں، جو معمول کی نسبت زیادہ خشک ہوتے ہیں۔ یہ قرنیت (parakeratosis) بلا شبہ صدفیہ سے مخصوص نہیں، لیکن کسی دوسرے ثوران کی نسبت صدفیہ میں زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ مالفیجی شبکہ کی حلیمات کے درمیان بیش پرورده ہو جاتا ہے (داء الشوکیہ) اور حلیمات طوالت یافتہ ہو جاتے ہیں لیکن حلیمات کے اوپر وہ پتلا ہو جاتا ہے، اور انھیں خلیوں کی صرف چند تہیں قرنیت یافتہ قرنی طبقہ سے جدا کرتی ہیں۔ حلیمات اور جسم حلیمی کسیقدر اُذیمائی ہوتے ہیں، اور اُنکے عروق تسیع ہوتے ہیں اور خلیوں کی تھوڑی تعداد سے، خاصکر کثیر نواتی سپید خلیوں سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ سیوا ٹی (Civatte) کی تحقیقات سے ظاہر ہوتا ہے کہ صدفیہ میں اوّلی ضرر کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کا ایک چھوٹا دروں بر ادمی اجتماع (منرو سبوراڈ کا "خرد خراج" ("micro-abscess" of Munro-Sabouraud=) ہے۔ یہ حلیمی عروق سے آکر، مالفیجی شبکہ میں سے گذر کر اسکی بالائی تہوں میں جمع ہو جاتے ہیں خراجوں کے بننے سے قرنیت کے طبعی عمل میں خلل واقع ہوجاتا ہے، یہ خراجات اور

وہ مالپیجی خلیے جنکے درمیان وہ واقع ہیں' قرنیت یافتہ خلیتوں کے تودوں کی شکل میں اتر جاتے ہیں' جو چھلکے بناتے ہیں۔

تشخیص۔ بیشتر اصابتوں میں اسمیں غلطی نہیں ہوسکتی۔ ممکن ہے کہ خشک ایکزیما کی چکتیاں اس سے مشابہ ہوں' لیکن اسکی کوریں ایسی تیز' اور چھلکے ایسے موٹے اور نقرئی نہیں ہوتے۔ مزید براں اگر سطح کو ہلکے سے کھرچا جائے تو شبکۂ مالپیجی سے متصل کے قطرے رستے ہوئے نظر آئینگے۔ جلدالراس کے صدفیہ میں چھلکے اکثر زرد ہوتے ہیں' اور حصفہ (impetigo) کی پپڑیوں کی طرح نظر آتے ہیں' لیکن صدفیہ جلدالراس سے آگے پھیل کر پیشانی اور گردن تک چلا جاتا ہے اور عموماً بدن کے دوسرے حصوں کا صدفیہ بھی ہوتا ہے جو ممیز ہوگا۔ مسطح حزازیہ (lichen planus) اور سرخ تفخیل (pityriasis rubra) کو انکے متذکرہ بالا بیانات سے تمیز کرنا چاہئے۔ پیچیدار سعفہ (tinea circinata) کی چکتیاں صدفیہ جیسی نظر آسکتی ہیں' لیکن انکی مختصر تعداد' تشاکل کی غیرموجودگی' چھوٹے چھلکوں' اور اور خردبینی امتحان کے نتائج سے انکی نوعیت ظاہر ہوجائیگی۔ احمراری ذئبہ (lupus erythematosus) چہرے پر انکے وقوع' جلد کی نسبتہً زیادہ درازتر ڈہنی ڈاٹوں اور ندبات کی وجہ سے' اور چھلکے دار آتشکی جلدی ثورانات (scaly syphilides) ضرر کی چھوٹی جسامت' خفیف چھلکے داری' زیادہ بھورے رنگ' اور متلازم علامات کی وجہ سے شناخت ہوتے ہیں۔

علاج۔ مرض کے اسباب کے متعلق جو کچھ کہا گیا ہے' اس سے صاف ظاہر ہے کہ انفرادی اصابت میں اغلب محرک عوامل دریافت کرنے کی کوشش کرنی چاہئے۔ اگر متوالی التہاب لوزتین یا قرمزی بخار کی سرگذشت موجود ہو' اور لوزتین سرایت زدہ معلوم ہوتے ہوں' تو انکا انتقاف قرین مصلحت ہے اور اسکے بعد خود زادتیقی سبحی جدرین کا استعمال کرنا چاہئے۔ یہ کارروائی بعض اوقات شفا بخش ہوتی ہے۔ سرایت کے دوسرے ممکنہ ماسکوں کی تلاش کرنی چاہئے' اور جب وہ موجود ہوں تو انکا تدارک کرنا چاہئے' اور مرض زاعضویات کے لئے معائی نباتیہ کی تحقیقات ہمیشہ مستحسن ہوتی ہے۔ کثیرالدم اشخاص میں

جنہیں ثوران وسیع اور خراش پذیر ہونے کا اور پیشاب یوریٹی جماؤ کے ساتھ بیش ترشئی اور مرکز توجّہ رجحان رکھتا ہے، تحدید یافتہ نظام غذا، الکحلی مشروبات سے قطعی پرہیز، اور باقاعدہ ورزش، جسکے ساتھ قلوی مائحات (مثلاً بجیر بند، میگ سلف mag. sulph. : گرین ۱۵، سوڈیائی سلفیٹ sodii sulphate. : گرین ۱۵، سوڈیائی بائی کارب گرین ۲۵، پٹاسیم سٹریٹ گرین ۳۰، ایک مہینہ بپ تا بحد ایک اونس دن میں تین بار، کھانے سے پہلے، پانی لائے بغیر) دئے جائیں، بالعموم بسرعت اصلاح واقع کردیگی۔ یہ کہا جاسکتا ہے کہ اکثیلیوں میں تاوقتیکہ مریض کو پرہیز پر مجبور نہ کیا جاسکے، صد فیصد شفا ناپذیر ہوتا ہے۔ وہٹ فیلڈ (Whitfield) نے یہ پایا ہے کہ اگر نمایاں انڈیکین بولیت (indicanuria) موجود ہو، تو کریوسوٹ (creosote) کا داخلی استعمال شفا بخش ہوتا ہے۔ جہانتک غذا کا تعلق ہے کوئی خاص قواعد مقرر نہیں کئے جاسکتے۔ فربہ اشخاص میں کاربوہائیڈریٹ اور شحموں کی تحدید کردینی چاہئے۔ ایک تقریباً نباتی حمیہ، اور پست شحم والی غذا جسکی گرٹز (Grutz) نے سفارش کی ہے، بعض اوقات موثر ہوتی ہے۔ شدید اصابتوں میں بستر پر مکمل آرام قرین مصلحت ہے، بالخصوص اگر مریض عصبی خستگی میں مبتلا ہو۔

حاد حملوں کے لئے سیلیسین (salicin) یا سوڈیم سیلی سلیٹ (sodium salicylate) آزمائش کے قابل ہے، اور مزمن اصابتوں میں سنکھیا [سو۔ہائسنم لائکر ارسینی کیلس (liquor arsenicalis) خوب ہلکایا ہوا دن میں تین مرتبہ کھانے کے بعد] اپنی شہرت حق بجانب ثابت کرتی ہے۔ غدۂ درقیہ جسے کسی زمانہ میں تقریباً نوعی سمجھا جاتا تھا، صرف اسوقت مفید ہوتا ہے جبکہ ناقص درقیت کے علامات موجود ہوں۔ گندھک کے مرکبات کے اشرابات کسی وقت مقبول عام تھے، اور یقیناً یوریج (Uriage) میں، جہاں قدرتی گندھک کے پانی کا دروں بدنی اشراب کیا جاتا ہے، اور ہیروگیٹ (Harrogate) میں علاج کا ایک نصاب بسا اوقات حیرت انگیز نتائج دیتا ہے۔ سیبورائو (Sabouraud) نے اینی سال (Enesol) (salicyl-arsenate of mercury) کے اشرابات کی حمایت کی ہے

جو کہ حزازہ سطح میں استقدر مفید ہے، اور فلزی مرکبات مثلاً سوتھنال (psothanol) سلفر سنال (sulpharsenol) اور مرکولائیڈ (mercolloid) بعض اصابتوں میں نفع بخش ثابت ہوئے ہیں۔ بظاہر ان سے بھی زیادہ موثر سونے کے مرکبات ہیں، مثلاً سلگنال بی اولیوسم (solganal B. oleosum)، جسکے ذریعہ راقم الحروف کو حال میں بعض نمایاں نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ وہ طریقہ علاج جس کو ڈینیز (Danysx) نے رائج کیا ہے، جس میں برازی عضویات سے تیار کردہ جراثیمی مستحلبات (۰ء۲ سینٹی گریڈ پر ہلاک کردہ) کا اشراب بڑھتی ہوئی مقداروں میں تھوڑے تھوڑے وقفوں (۳ - ۵ دن) سے کیا جاتا ہے، کامیاب ثابت ہوسکتا ہے، لیکن بسا اوقات اسمیں ناکامی ہوتی ہے۔ سٹن (Sutton) نے عصیہ تولونی کی مذخور جدرین کے اشرابات کا مشورہ دیا ہے، جسکے ساتھ زوردار مقامی علاج ممزوج کیا جائے، اور راقم الحروف کے ہاتھوں میں یہ سونے کے مرکبات کے استعمال کے سوا باقی ہر طریقہ سے زیادہ معتبر طریقہ ثابت ہوا ہے۔

مقامی علاج۔ اگرچہ کرازوبین (chrysarobin) نہایت ہی فعال مقامی لاسقہ ہے، یہ نہایت ہی خراش آور ہے اور اسکو احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہئے۔ یہ قول سگنولین (cignolin) پر بھی صادق آتا ہے، جو موجودہ زمانہ میں اسکے بدل کے طور پر رائج ہے۔ آئیل آف کیڈ (oil of cade) اسٹاک ہالم ٹار (Stockholm tar) اور کول ٹار (coal-tar) کم سرعت سے موثر ہوتے ہیں۔ ایک حالیہ طریقہ یہ ہے کہ رات کے وقت ایک خام کولتار لئی (pasta picis corbonis B.P.C.) لگائی جائے، اور دوسرے روز چکیتوں کو ماورای بنفشی روشنی سے مشعع کیا جائے۔ انتقالی اصابتوں میں عام استعمال کے لئے ایک صاف مستحضر الاسقہ، جسکے ہمراہ علاج کے مذکورہ بالا دوسرے طریقہ ممزوج کئے جاسکتے ہیں، یہ ہے: نسخہ: لائکر پائسس کاربونس بی پی (liq. picis carbonis B.P.) ۲ ڈرام، ہائیڈرارج ایمون (hydrarg. ammon.) ۵ - ۱۰ گرین، پیسٹا زنکائی کو بی پی سی (pasta zinci co. B.P.C.) تا بحد ایک اونس۔ جلد الراس کے لئے نسخہ: - لائکر پائسس کاربونس ۲ ڈرام، ہائیڈرارج ایمون ۱۵ گرین

ایسڈائی سیلی سلائی (acidi salicylici) ہ‌اگرین لینولینائی ۲ ڈرام، وسلین الب تابحد ایک اونس۔ اسکورات کے وقت خوب ملنا چاہئے، اور صبح کے وقت جلد الراس کا تدلک کرنا چاہئے۔ عسیر العلاج چکتیوں کے لئے لاشعاعوں کی کری معتادیں عارضی طور پر مفید ہوتی ہیں، لیکن مریض کو ضرورت سے زیادہ کثیر الطلاق کے خطرے سے متنبہ کر دینا چاہئے، کیونکہ مزمن صدفیتی مریضوں میں شعاعی التہاب جلد (radio-dermatitis) کی بہت سی مثالیں دیکھنے میں آتی ہیں۔ اصابتوں کی اکثریت میں شمسی غسل مفید ہوتا ہے اور ممکن ہے ثوران کو کئی ماہ تک مکمل طور پر زائل کردے۔

جوارح کا قانچی صدفیا (pustular psoriasis of the extremities)

یہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے کہ شاذ مثالوں میں صدفیہ مرئی طور پر قانچی ہو جاتا ہے، مثلاً نبقی سبحی عفونت الدم کے ایتلاف میں۔ حال میں یہ ثابت کیا گیا ہے (57) کہ ہتھیلیوں اور تلووں کا ایک مزمن قانچی ثوران، جسے قبل ازیں "خفیف قسم کے مسلسل جوارحی جلدی التہاب (acrodermatitis continua of mild type)" کا نام دیا گیا تھا (58)، حقیقت میں، بہرحال بہت سی مثالوں میں، قانچی صدفیہ کی ایک محدود المقام قسم ہے۔ یہ ثوران ہتھیلیوں اور تلووں کو متشاکل طور پر ماؤف کرنے کا رجحان رکھتا ہے، اور مقاماتِ انتخاب ابہامی فرازات، اور تلووں کے مرکزی حصے ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے یہ یک جانبی یا غیر متشاکل طور پر واقع ہو، اور واحد چکتیاں بھی پائی جاتی ہیں۔ اس کو سرخ شدہ چھلکے دار چکتیاں ممیز کرتی ہیں، جنہیں دروں برادمی قانچات ہر وقت بنتے رہتے ہیں۔ یہ خشک ہو کر بھورے سے کھرنڈ بنجاتے ہیں، جو بتدریج متسلخ ہو جاتے ہیں۔ کچھ مدت کی چکتی میں سریری مناظر، قانچات سے قطع نظر، واضح طور پر صدفیہ نما ہوتے ہیں بعض اوقات آبلے دیکھے جاتے ہیں جبکہ مافیہا تقریباً صاف ہوتے ہیں، اور ممکن ہے جلد کے ایک طبعی رقبہ میں بیرون افتادہ قانچات اکیلے اکیلے واقع ہوں۔ ایک قانچہ کی برافتادہ قرنی تہ میں شگاف دیکر پیپ کو نکال دینے سے، ایک دروں برادمی کہفہ منکشف ہوتا ہے۔ پیپ کی کاشت کرنے سے

ہمیشہ یہ پایا جاتا ہے کہ یہ مکمل طور پر عقیم ہے، حتیٰ کہ نبقۃ ا عنبیہ ۱/ ا بیضی کی نوآبادیاں معلوم ہونا بھی ایک استثنائی امر ہے۔ یہ ثوران تنہا واقع ہوسکتا ہے بغیر اسکے کہ اسکے ساتھ دوسری جگہ معمولی صدفیہ کے اضرار ہوں، یا ممکن ہے ایسے اضرار اسکے ساتھ پائے جائیں، جنمیں سے بعض میں گاہے گاہے قانحات بھی پیدا ہوجائیں۔ بعض اوقات صدفیہ کی طویل المدت اصابتوں میں، ممیز قانحی قسم جوارح پر یکایک نمودار ہوجاتی ہے (صفحہ ۶۴، الف)۔

بحث اسباب۔ راقم الحروف اور دوسروں کے مشاہدات سے معلوم ہوا ہے کہ اس حالت کی تسبیب میں، نبقی سبحی سرایت، بالخصوص لوزتین کی، اولی اہمیت رکھتی ہے، اور بہت سی اصابتوں کی اطلاع دیگئی ہے جنمیں لوزتین یا دوسرے سرایتی ماسکات کے مکمل استیصال کے بعد ثوران سرعت سے شفایاب ہوگیا ہے یا اسمیں نمایاں اصلاح ہوگئی ہے، جو دوسری قسم کے علاج کی مدافعت کرنے کے لئے بدنام ہے۔ اگرچہ یہ بالعموم بالغوں میں واقع ہوتا ہے، تاہم یہ بچوں میں بھی دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ دونوں صنفوں میں مساوی طور پر عام ہے۔ ممکن ہے کہ جوارح کا ایک مماثل قانحی ثوران، جو کہ ماسکی عفونت کے باعث ہوتا ہے، صدفیہ سے علیحدہ واقع ہو (59)۔ جب یہ یقینی ہو کہ یہ عین صدفیہ ہی ہے، تو معلوم ہوتا ہے کہ سرایت کے نبقی سبحی ماسکہ کی موجودگی، مرض کی قانحی نوعیت کا باعث ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ نسیجیاتی امراضیاتی تغیرات، معمولی صدفیہ کے تغیرات سے مشابہ ہوتے ہیں۔ خاص اختلافات یہ ہیں:۔ (۱) قانحی تکوین کے مقامات پر ادمہ کی کہیں زیادہ کثیف سپید خلوی درریزش، جو کہ (جیسا کہ معمولی صدفیہ میں ہوتا ہے)، خاص طور پر یک نواتی خلیوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ (۲) زیادہ وسیع بروں خلویت کی وجہ سے شبکہ مالفیجی کا زیادہ تکسر، اور حقیقی معنوں میں خراج کی تکوین۔ سپید خلیات کے ساتھ متسلخ شدہ قرنینی تودوں کی کثیف تر درریزش، جیسا کہ توقع کی جاسکتی ہے۔ اسی سے بھورے سے کھرنڈ بنتے ہیں جو خراج کے خشک ہونے کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

946

حقیقت میں معلوم ہوتا ہے کہ قائی صدفیہ کے مرئی قائحات، محض منرو سبوراڈ (Munro-Sabouraud) کے خردخراجات کی نہایت ہی مبالغہ آمیز شکلیں ہیں۔

علاج ۔ راقم الحروف کے تجربہ کے مطابق کامیاب علاج مرض مخفی سمی سرایت کا منبع دریافت کرنے پر منحصر ہے ۔ ان اصابتوں میں جنہیں کوئی معین محدود المقام ماسکہ دریافت نہیں ہوسکتا، مرض زا نبقات سبحیہ کے لئے حلق اور اجابتوں کا جرثومیاتی امتحان کرنا چاہئے، اور اگر یہ پائے جائیں تو ایک خودزاد جدرین دینی چاہئے ۔ مقامی طور پر ایک لٹی یا مرہم جس میں آئیل آف کیڈیا کولتار ہو، تجویز کرنا چاہئے ۔ یہ ثوران بالعموم لاشعاعوں کی مدافعت کرتا ہے ۔

اِحمراراتِ جلد

(ERYTHRODERMIAS)

احمرار الجلد (erythrodermia) کی اصطلاح سے جلد کا ایک کم و بیش عمومی التہاب مراد ہے، جسکے ممیز خصائص سرخی، فلسیت اور مواظبت کا رجحان ہیں۔ یہ ایک مصنوعی اصطلاح ہے کیونکہ اسکے تحت ایسی متعدد حالتیں جمع کردی گئی ہیں، جو اگرچہ متذکرہ بالا سریری خصائص پیش کرتی ہیں مگر اپنے اسباب کے لحاظ سے بالکل جداگانہ ہوتی ہیں ۔ قابل غور امور یہ ہیں کہ (۱) سرخی در اصل التہابی مبدا رکھتی ہے اور عموماً اسکے ساتھ دبازت ہوتی ہے، یا جلد پتلی ہوکر بازکشیدہ ہوجاتی ہے ۔ (۲) فلسیت ایک اہم خاصہ ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ چھلکے چھوٹے چھوٹے اور سفوف کی طرح ہوں، یا اسقدر بڑے ہوں کہ حقیقی معنوں میں انکی چادروں کی چادریں روزانہ اترتی ہوں ۔ (۳) یہ ثوران بڑے رقبوں کو ماؤف کرنیکا رجحان رکھتا ہے اور اکثر پوری جلد کو متاثر کردیتا ہے ۔ ممکن ہے ناخن اور بال اتر جائیں ۔ (۴) احمراراتِ جلد کی اکثریت مزمن ہوتی ہے، اور شدید قسمیں مرتے دم تک قائم رہتی ہیں ۔

ڈیریئر (Darier) کی اختیار کردہ جماعت بندی سب سے زیادہ تسلی بخش ہے۔ اور وہ یہ ہے :۔ (۱) اوّلی احمرارات جلد (primary erythrodermias) جو تندرست جلد پر نمویاب ہوتے ہیں۔ (۲) احمرار الجلدی ادواء الجلد (erythrodermic dermatoses) جنہیں متذکرۂ بالا احمراری فلسمائی ثورانات میں سے کسی ایک کی تعمیم کے باعث احمرار جلد پیدا ہوجاتا ہے۔ (۳) ثانوی احمرارات جلد (secondary erythrodermias) جنہیں احمرار جلد جو اکثر مہلک ہوتا ہے، کسی ماسبق ثوران کی پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے۔ (۴) پیدائشی احمرار جلد (congenital erythrodermia) جو نومولودوں میں ہوتا ہے۔

یہاں صرف اوّلی احمرارات جلد کے بیان کی ضرورت ہے اور انکی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے :۔

الف۔ حاد اوّلی احمرار جلد (acute primary erythrodermia) یہ قسم ایک سریریاتی ذات یعنے قرمزیہ نما متوالی احمرار (erythema scarlitiniforme recurrens) پر مشتمل ہے، اور سمّی ثوران کی ایک شاذ شکل بھی ہے جو حساس شدہ اشخاص میں بعض ادویہ بالخصوص پارہ، کونین، کلورل، بیلاڈونا، افیون اور کربک ایسڈ کے انجذاب سے پیدا ہوجاتی ہے۔

ب۔ تحت الحاد اوّلی احمرار جلد (subacute primary erythrodermia) یہ مندرجۂ بالا قسم کی محض ایک زیادہ مزمن اور خطرناک شکل ہے۔ یہ بالخصوص شرابیوں میں اور مزمن کلوی مرض والوں میں دیکھی جاتی ہے، اسکے ساتھ ترقی پذیر لاغری، اسہال اور تپ ہوسکتی ہے، اور کثیر التعداد اصابتوں میں یہ مہلک ہوتی ہے۔ سالورسانی التہاب الجلد کو اسی عنوان کے تحت شامل کیا جاسکتا ہے۔

ج۔ مزمن اوّلی احمرار جلد (chronic primary erythrodermia) (۱) سُرخ تخیل (pityriasis rubra)، (۲) ہیبرا کی

فطریتی احمراری جلد (premycosic erythrodermia)، (۳) بیضِ دمویتی احمراری جلد (leukæmic erythrodermia)۔

سرخ تنخیل

(pityriasis rubra)

اوپر جو کچھ بیان کیا گیا ہے اُس سے ظاہر ہے کہ عمومی تسلخی التہاب جلد کا سریریاتی علائمیہ مختلف اسباب سے پیدا ہوسکتا ہے، اور ایک زمانہ میں سرخ تنخیل کی اصطلاح مزمن عمومی احمرارِ جلد کی تمام اصابتوں کے لئے بلا امتیاز استعمال کی جاتی تھی - لیکن بہتر یہ ہے کہ اُسے اُن اصابتوں کے گروہ تک محدود رکھا جائے جنمیں احمرارِ جلد اوّلی (یعنے جلد کے کسی ماسبق مرض پر مستزاد نہوا ہو)، اور مواظب ہوتا ہے، اور جو اکثر مہلک انجام رکھتی ہیں - اسکا سبب بالکل نامعلوم ہے، اور بعد الممات امتحانات سے سببِ مرض پر کوئی روشنی نہیں پڑی - ایسی اصابتیں ہیبرا (Hebra) نے بیان کیں، اور جاڈاسون (Jadassohn) جس نے اٹھارہ جمع کیں بتلایا کہ اِن کی بڑی تعداد تدرّن (tuberculosis) کی وجہ سے مرجاتی ہے - ایک اصابت میں جلد کی تراشوں میں تمثیلی دَرنے مع عفریتی خلیتوں اور عصیّاتِ درنیہ کے پائے گئے لیکن اغلب ہے کہ تدرّنی سرایت اگر موجود ہو تو وہ احمرارِ جلد کا سبب نہیں ہوتی، بلکہ اُس کے ساتھ ہمزماں طور پر موجود ہوتی ہے -

علامات - یہ ثوران احمراری رقبوں کی شکل میں شروع ہوتا ہے، جن کے ساتھ کوئی دررِیزش نہیں ہوتی لیکن خفیف سی فلسیّت ہوتی ہے اور یہ رقبے عموماً مفصلی تعریجات میں پائے جاتے ہیں - ثوران پھیلکر کچھ عرصہ میں سارے بدن کی جلد کو ماؤف کر دیتا ہے - یہ چھلکے چہرے پر تو چھوٹے ہوتے ہیں، گردعنق اور جوارح پر زیادہ بڑے اور حاشیوں پر اُمگھڑے ہوئے ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات بکثرت اُترتے ہیں، چنانچہ سارا بستر خشک اور کاغذی گالوں سے بھر جاتا ہے، جنکی مقدار چوبیس گھنٹوں میں ایک یا دو پائنٹ ہوتی ہے مصل کا ارتشاح نہیں

ہوتا' اور جلد خشک اور گرم محسوس ہوتی ہے' لیکن بعض اصابتوں میں وقتاً فوقتاً بکثرت پسینے آتے ہیں جنکی وجہ سے مریض عارضی طور پر خستہ اور درماندہ رہ جاتا ہے۔ طویل عرصہ تک موضوعی علامات عموماً خفیف ہوتی ہیں۔ مریض سردی کے احساس کی شکایت کرتے ہیں' اور لرزے کے دورے عام ہوتے ہیں' لیکن اشتہا اچھی بلکہ بعض اوقات بکثرت ہوتی ہے' اور تغذیہ اچھا قائم رہتا ہے۔ کھجلی خفیف بلکہ بالکل غیر موجود ہوسکتی ہے' لیکن بعض اوقات شدید اور فوتی ہوتی ہے جس سے بیخوابی ہوجاتی ہے۔ تپش تحت الطبعی ہونے کا امکان رکھتی ہے' لیکن خاتمہ کے قریب تپ کے حملے عام ہوتے ہیں۔ کچھ زمانہ کے بعد جلد کی معتین دررزش واقع ہوتی ہے' جسکی وجہ سے آزادانہ حرکت دشوار ہوجاتی ہے' جلد الراس کے بال پتلے پڑجاتے ہیں' زغب غائب ہوجاتا ہے' اور ناخن ماؤف ہوجاتے ہیں۔ چند ماہ تک توران قائم رہنے کے بعد' جلد میں ثانوی صلابت اور ذبول پیدا ہوجاتا ہے۔ پھر جلد پتلی پڑجاتی ہے' اور ساری جلد سخت اور بے لچک محسوس ہوتی ہے' اور عظمی سطحوں اور مفاصل پر تنگ کھنچکر جمی ہوئی ہوتی ہے۔ اسکا رنگ زیادہ سیاہ اور زیادہ کبود ہوجانے کا رجحان رکھتا ہے' اور زیادہ لونیت (خاصکر قدرتی شکنوں میں) دیکھی جاتی ہے۔ شاذ اصابتوں میں جلد کی رنگت ممیز طور پر نیلگوں بھوری پڑجاتی ہے' جو دوسری کسی حالت میں نہیں دیکھی جاتی۔ بتدریج مریض کی طاقت جواب دینا شروع کرتی ہے' وہ لاغر ہوتا جاتا ہے' اُسے پسینے زیادہ آنے لگتے ہیں' ذہنی حالت ماؤف ہوجاتی ہے' جسکی وجہ سے وہ طفلانہ حرکات کا مرتکب اور اختلاطات کا شکار ہونے لگتا ہے' البیومین بولیت اور اسہال موجود ہوسکتے ہیں' اور ثانوی ساری پیچیدگیوں (خلوی التہاب: cellulitis' کہرے پھوڑے' شعبی التہاب: bronchitis' تریزکوری ذات الریہ: hypostatic pneumonia وغیرہ) سے مختلف درجہ کی حموی محیبیت پیدا ہوجاتی ہے۔ خاتمہ پر اکثر جلد اور مخاطی اغشیہ کے اندر نزفات دیکھنے میں آتے ہیں' اور ممکن ہے کہ فوق الکلوی کیسوں کے اندر انکا وقوع موت کا ظاہری سبب ہو۔

امراضیات۔ یہ امر تعجب خیز ہے کہ اس مبہم مرض کی بہت سی اصابتوں

میں عضوی مرض کی بعد الممات شہادت کس قدر کم ملتی ہے۔ جڈاسون (Jadassohn) کا تجربہ کہ موت عموماً تدرن کی وجہ سے واقع ہوتی ہے بیان کیا گیا ہے لیکن بعض ممیز اصابتوں میں فعال تدرن کے کوئی امارات نہیں پائے گئے۔ تراشش لینے پر جلد ابتدائی درجوں میں اوپری التہاب کے ساتھ قرنیت کے مظاہر ظاہر کرتی ہے۔ بعد کے درجوں میں ذیولی تغیر پایا جاتا ہے، حلیمات اور بین حلیمی زائدے مطموس ہو سکتے ہیں اور شعبی دہنی جرابات اور پسینہ کے غدد غائب ہو چکے ہوتے ہیں اور تکوین یافتہ اِتصالی بافت کا اندابی انقباض اور ساتھ ہی بالائی اُدمہ کے اندر لون کا جماؤ موجود ہوتا ہے۔

پیش فطریتی احمرار جلد

(premycosic erythrodermia)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۱۱۸۱ ج ۲ صفحہ 940)

تعفن فطریت (mycosis fungoides) کے ممیز سلعات کے ظہور سے پہلے جو مختلف منذرہ ثورانات ظاہر ہو سکتے ہیں، وہ اُس مرض کے بیان میں بتلائے گئے ہیں۔ اِنمیں سے ایک احمرار الجلد ہے، جو شدید کھجلی دار سرخ چکتیوں کی طرح شروع ہوتا ہے اور عمومی ہو جاتا ہے۔ جلد شوخ سرخ رنگ (گلگونہ انسانی: ''homme rouge'') کی ہو جاتی ہے، اور تعریکات اور جوارح میں زیادہ کبود ہوتی ہے۔ سرخ تخیل کی نسبت تقشر بہت کم ہوتا ہے، اور چھلکے نسبتہً چھوٹے ہوتے ہیں، اور کہیں کہیں تندرست جلد کے چھوٹے چھوٹے جزیرے پائے جاتے ہیں جو گرد و پیش کی ملتہب اور دریختہ جلد کی سطح سے نیچے بیٹھے ہوئے نظر آتے ہیں۔ ناخن عموماً ماؤف نہیں ہوتے، بجز اِس کے کہ وہ متواتر کھرچنے سے فرسودہ اور چمکدار ہو جاتے ہیں۔ کھجلی شدید ہوتی ہے اور عموماً سرخ تخیل کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ تحت الجلد لمفی غدد کلانی یافتہ اور بآسانی جس پذیر ہوتے ہیں۔ بالآخر، اکثر بہت سالوں کے بعد، تعفن فطریت کے گرہکی سلعات پیدا ہو جاتے ہیں لیکن بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ احمرار جلد

948

خود بخود غائب ہو کر بعد میں پھر نمودار ہو جائے، یا سلعات پیدا ہونے سے پہلے ہی ضعف کی وجہ سے یا ایک ہم زماں سرایت کے باعث موت واقع ہو جائے۔

پیش فطریتی احمرار جلد کے نسیجیاتی مناظر ممیز اور مخصوص ہوتے ہیں۔ کثیف دریختگی، جو لمف آسا خلیوں پر مشتمل ہوتی ہے، حلیمی منطقہ میں واقع ہوتی ہے اور نیچے واضح طور پر محدود ہوتی ہے۔ حلیمات چوڑے اور لمبے ہو جاتے ہیں۔ بین حلیمی زائدے پتلے اور اکثر دوشاخہ ہوتے ہیں۔ قرنی تہ موٹی اور کہیں کہیں قرنیتی ہو جاتی ہے۔ اور سالیغی تہ میں جا بجا لمفی خلیوں کے چھوٹے چھوٹے آشیانے پائے جاتے ہیں، جو مستفطر فطریت کے لئے دالّ مرض ہیں۔

بیضِ دمویتی احمرارِ جلد

(leukæmic erythrodermia)

مرضِ ہاجکن کی طرح بیض دمویت کے ساتھ بھی مختلف جلدی مظاہر رونما ہو سکتے ہیں (60)۔ حاد بیض دمویت (acute leukæmia) میں، جو لمفی سا قسم کی نسبت عموماً زیادہ تر لحمت آسا قسم کی ہوتی ہے، اضرار کی تقسیم (۱) بیض دمویتی سلعات، اور (۲) مختلف الاقسام ادوار الجلد میں کی جا سکتی ہے۔ آخرالذکر میں سے پرپورا بدرجہا زیادہ عام ہے، لیکن احمراری طفحات، بثور، آبلے، نزفی پھپھولے، اور احمرار الجلد بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ مزمن لحمت آسا بیض دمویت (chronic myeloid leukæmia) میں جلد کے سلعات بہت شاذ ہوتے ہیں۔ جلدی اور تحت الجلدی نزفات دیکھنے میں آتے ہیں، عموماً خاتمہ کے قریب، اور حکہ بھی بیان کیا گیا ہے۔ مزمن لمف آسا بیض دمویت (chronic lymphoid leukæmia) میں سلعات غیر عام نہیں ہوتے، اور ممکن ہے کہ سفید خلیات کی کثرت کے وقوع سے پہلے ہی موجود ہوں، اگرچہ تفریقی شمار سے عموماً لمفی خلیوں کی اضافی کثرت ظاہر ہوتی ہے۔ ان سلعات کے علاوہ دوسرے جلدی مظاہر بھی پائے جاتے ہیں، یعنے آڈری (Audry) اور جرمیس (Germes) کے بیض دمویتی ثوراناث (leucemides)۔ یہ کثیر الاشکال ہوتے ہیں اور انکے ساتھ عموماً

حکہ ہوتی ہے۔ یہ شری کی شکل اختیار کرتے ہیں، جو بثوری یا آبلہ دار قسم کی ہو سکتی ہے، یا احمرارات کی، جو سادہ یا آبلہ دار ہوتے ہیں اور کثیر الاشکال احمرار یا بلکہ نملہ شکل التہاب الجلد کی مشابہت پیدا کرتے ہیں، اور حکاک (prurigo) کی جو مرض ہاجکن کے حکاک سے مشابہ ہوتا ہے۔ اغلب ہے کہ ثوران کی یہ مختلف قسمیں، اور وہ احمرار الجلد جو آگے بیان کیا جائیگا، اُن سموم کے باعث ہوں جو ٹوٹے پھوٹے ہوئے لمفی خلیات میں سے رہا ہو جاتے ہیں۔

بعض دمویتی احمرار الجلد (leukæmic erythrodermia) نادر شاذ نہیں، اور اسکی مختلف قسمیں شناخت کیگئی ہیں۔ چنانچہ بعض قسمیں نسبتہً حاد اور حموی ہیں، جو تحت الحاد اوّلی احمراراتِ جلد (subacute primary erythrodermias) کے گروہ سے متناظر ہیں۔ دوسری قسمیں دراصل مزمن ہوتی ہیں اور سرخ تنخیل (pityriasis rubra) سے مشابہ ہوتی ہیں۔ اور دوسری قسمیں جزئی ہوتی ہیں، اور صدفیہ (psoriasis) سے مشابہت رکھتی ہیں۔ سب سے زیادہ عام قسم سریریاتی لحاظ سے پیش فطریتی احمرار الجلد (premycosic erythrodermia) سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہے، لیکن اسمیں کھجلی عموماً کم شدید ہوتی ہے۔ سیکویرا (Sequeira) اور پینٹن (Panton) نے اصابتوں کا ایک سلسلہ لمفی نا مضاتی احمرار الجلد (lymphoblastic erythrodermia) کے عنوان کے تحت بیان کیا ہے، جسکی ممیز خصوصیت سفید خلیوں کی معتدل درجہ کی کثرت (فی مکعب ملی میٹر ۸۰۰۰ تا ۴۰۰۰۰) اور ساتھ ہی چھوٹے لمفی خلیوں کی زیادتی (تقریباً ۹۵ فیصدی تک) ہے۔ لیکن کوئی وجہ نہیں معلوم ہوتی کہ ان اصابتوں کو بعض دمویتی احمرار الجلد سے کیوں جدا کیا جائے۔ پیش فطریتی اور بعض دمویتی احمرار الجلد کے درمیان تفریقی تشخیص کرنے میں اُمورِ ذیل کو نوٹ کرنا چاہئے:- (۱) تصویرِ خون۔ (۲) نسیجیات، کیونکہ پیش فطریتی احمرار الجلد کی نسیجیات ممیز اور مخصوص ہوتی ہے۔ (۳) لاشعاعیں بیض دمویتی احمرار الجلد پر بہت کم اثر رکھتی ہیں یا بے اثر ہوتی ہیں، لیکن متفطر فطریت پر اُنکا اثر نمایاں ہوتا ہے، اگرچہ عارضی ہوتا ہے۔

سُرخ تتخیل شعری

(pityriasis rubra pilaris)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۱۱٦ 'ر' صفحہ ۸ 940)

شاید اِس شاذ مرض کو صدفیہ (psoriasis) کے ساتھ بیان کرنا چاہیئے کیونکہ یہ اُسکے ساتھ قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ اوّلی ضرر ایک نوکدار سُرخ جرابی بثرہ ہوتا ہے جسکے مرکز میں ایک ٹوٹا ہوا بال ہوتا ہے اور وہ ایک قرنی کالر سے گھِرا ہوا ہوتا ہے جو جراب کے اندر گھسا ہوا ہوتا ہے۔ یہ بثور جوارح کے بالدار حقوں میں بہترین دکھائی دیتے ہیں، بالخصوص پیش بازو کی باسط سطحات پر اور ہاتھ کی اُنگلیوں کے ظہری حقوں پر۔ اِن اوّلی جرابی اضرار کے علاوہ بدن کے مختلف حقوں پر سُرخ چھلکے دار چکتیاں ظاہر ہوتی ہیں جو صدفیہ سے مشابہ ہوتی ہیں، اور پھیل جاتی ہیں یہاں تک کہ ایک عمومی احمرار الجلد نمودار ہو جاتا ہے۔ ہتھیلیاں، تلوے، اور چہرہ بالخصوص ماؤف ہوتا ہے۔ مرض کا ارتقاء مختلف ہوتا ہے۔ آغاز عموماً دفعتہً ہوتا ہے اور ثوران بہ سرعت پھیلکر ساری جلد کو ماؤف کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ احمرار الجلد کئی ماہ تک عمومی رہے اور پھر بتدریج یا جلد غائب ہو جائے اور جلد بالکل طبعی حالت پر آ جائے۔ یا ممکن ہے کہ ثوران کا بیشتر حصہ صاف ہو جائے مگر بعض رقبے (عموماً ہتھیلیاں، تلوے اور چہرہ) بعض اوقات کئی سالوں تک ماؤف رہیں۔ دو یا زائد حملے اُسی مریض میں ہو سکتے ہیں۔ عام صحت بہت کم متاثر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ آغاز مرض کے وقت، اور مرض کے احمرار الجلدی درجہ کے دوران میں خفیف تپ ہو جائے۔ جلد کے التہاب اور دبازت سے حرارت اور سوزش کا احساس پیدا ہو جاتا ہے، اور ہتھیلیوں اور تلوؤں کے تڑخ کنے سے اور اُس شترۂ خارجی (ectropion) سے، جو چہرہ کی ماؤفیت سے پیدا ہو سکتا ہے، بہت تکلیف ہو جاتی ہے۔

مرضی تشریح۔ جرابوں کے قمعی حصّوں کی بیش قرنیت واقع ہوتی ہے، اور اِسطرح ایسے مخروطوں کے ذریعہ انکا اصمام ہو جاتا ہے جنہیں ٹوٹے ہوئے یا ذبول

بال محصور ہوتے ہیں۔ صدفیہ کے برعکس، طبقہ ذراتی باقی رہتا ہے اور بشرہ پر ورد ہو جاتا ہے۔ مالفیجی شبکہ پتلا ہو جاتا ہے، یا خفیف سا دبیز ہو جاتا ہے۔ حلیمی کے عروق ممتلی ہو جاتے ہیں، اور خلوی دررزش سے گھر جاتے ہیں۔

بحث اسباب ۔ بہت سی مثالوں میں ایک موروثی رجحان پایا جاتا ہے۔ راقم الحروف نے مرض کی چار ایسی مثالیں دیکھی ہیں جو ماں اور بچے میں واقع ہوئیں، اور ایک سے زیادہ پشت میں خاندان کے کئی ایک افراد ماؤف ہو سکتے ہیں (54) ۔ تاہم یہ بیان لازماً صدفیہ کے متعلق بھی سچ ہے۔ اصلی سبب نامعلوم ہے۔ کوئی امر اس رائے کی تائید میں نہیں کہ یہ تدرنی اصل کا ہوتا ہے زیادہ اغلب یہ ہے کہ اسکا سبب کوئی نامعلوم ساری عضویہ ہے۔

تشخیص ۔ جرابی اضرار کو ایسی حالتوں مثلاً حزازۂ شوکی اور حزازۂ مسطح کی جرابی قسم سے متفرق کرنا چاہئے۔ انکی عدم موجودگی میں، صدفیہ سے سرخ چھلکے دار چکتیوں کی مشابہت قریبی ہوتی ہے، خاص طور پر اسلئے کہ وہ کہنیوں اور گھٹنوں پر واقع ہوتی ہیں۔ تاہم ہتھیلیوں اور تلووں کا جلد ماؤف ہونا سرخ تخیل شعری کی ایک نمایاں خصوصیت ہے۔ مرض کی عمومی شکل، جسمیں جرابی اضرار مفقود ہوتے ہیں، دوسرے احمرارات جلد سے مشابہت ظاہر کرتی ہے۔

علاج ۔ مقامی علاج صدفیہ کے علاج کے مثل ہے، سوائے اس کے کہ کرِسِس اروبین (chrysarobin) نہیں استعمال کرنا چاہئے۔ شاید روغن کیڈ (oil of cade) سب سے زیادہ کارگر لاسقہ ہے۔ داخلی طور پر سنکھیا (arsenic) کی بڑھتی ہوئی مقداروں کا اور درقیہ (thyroid) کا استعمال مفید معلوم ہوتا ہے، لیکن اکثر معلوم ہوتا ہے کہ مرض ایک معین عمر پر چلتا ہے، اور وہ بظاہر کسی قسم کے علاج سے متاثر نہیں ہوتا۔ سونے کے مرکبات کے اشرابات بعض اصابتوں میں بظاہر نفع بخش ہوتے ہیں۔

بثوری ثورانات

(PAPULAR ERUPTIONS)

حزازہ (lichen) کی اصطلاح عرصۂ دراز سے ہر قسم کے بثوری ثوران کو ظاہر کرنے کے لئے مستعمل ہے، مگر اب اُسے عموماً دو امراض کے لئے محدود کر دیا گیا ہے: ایک موجودہ گروہ یعنے سُرخ مسطح حزازہ (lichen ruber planus) یا مسطح حزازہ (lichen planus) کے تحت شامل ہے، اور دوسرا ایک سِلّی جلدی ثوران ہے، جسے خنازیری حزازہ (lichen scrofulosorum) کہتے ہیں۔

مسطح حزازہ

(lichen planus)

(ملاحظہ ہو صحفہ ۶۳، الف، صفحہ 942 اور ۶۳، ب، صفحہ 945)

مسطح حزازہ کا ابتدائی ضرر ایک بثرہ ہے، جس کی چار قسمیں پائی جاتی ہیں:۔

(۱) کثیر الاضلاعی بثرہ (polygonal papule) جلد کے قدرتی خطوط کے درمیان کی ایک فضا میں بنتا ہے، جو اُسکے حدود بناتے ہیں اور اُس کی شکل متعین کرتے ہیں (مقابلہ کرو حزازیت: lichtenification ـــــ)۔

(۲) منفرج بثرہ (obtuse papule) نسبتۃً بڑا، چمکدار، اور نیم شفاف نظر آتا ہے۔ اُسکے مرکز میں ایک چھوٹا سا نشیب ہوتا ہے (جس میں کبھی کبھی ایک قرنی ڈاٹ ہوتی ہے) جو اِس عرقی غدہ کے منہ سے متناظر ہوتا ہے جسکے گرد وہ بنا ہے۔ 950

(۳) مسطح بثرہ (plane papule)، متذکرۂ بالا اقسام کی طرح عام نہیں ہوتا، اور گرد و پیش کی جلد سے بمشکل اوپر اُبھرا ہوا ہوتا ہے۔

(۴) فولکلدار جرابی بثرے (follicular acuminate papule)

میں، جو سب سے کم عام ہوتا ہے، ایک قرنی شوکہ ہوتا ہے، جو جرابی ہیشس قرنیت کی وجہ سے بنتا ہے۔ یہ جرابی اضرار جب پیدا ہوتے ہیں تو اُنکے ساتھ عموماً دوسرے بثور بھی موجود ہوتے ہیں، لیکن یہ تنہا بھی ہو سکتے ہیں، اور غالباً بہت سی اصابتیں جنکو شوکی حزازہ (lichen spinulosus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے نرا مثل جرابی مسطح حزازہ ہوتی ہیں۔

ان اصابتوں کی اکثریت میں، مکمل نمو یافتہ ثوران بثرہ کی پہلی تین قسموں سے بنتا ہے، جو باہم مگر مختلف طرزوں کے رقعے اور شکلیں پیدا کر دیتی ہیں۔ یہ ابتدائی بثور عموماً گلابی رنگ کے ہوتے ہیں، چھونے سے خشک اور سخت محسوس ہوتے ہیں، اور ان کی سطح ایک ممیز چمک دمک رکھتی ہے۔ مکمل طور پر نمو یافتہ بثرے اور ملتقی چکتیوں میں ایک ارغوانی جھلک پیدا ہونے کا رجحان ہوتا ہے جو دائم مرض ہے اس سے بھی زیادہ دائم مرض وہ دودھیا سپید خطوط یا نقطے ہیں، جنھیں خطوط ویکہام (Wickham's striæ) کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ یہ بالغ بثور کی سطح پر خواہ وہ تنہا ہوں یا ملتقی ہوں، ایک جال بنا دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔ یہ بر جلد کی ذراتی تہ میں کیراٹوہائلین (keratohyalin) کی ناہموار توزیع کے سبب سے بنجاتے ہیں، اور اگر بثور کی سطح پر انیلین کے تیل (aniline oil) یا پانی سے اسفنج لگاکر قرنی تہ کی شفافیت زیادہ کر دی جائے تو انھیں اور بھی زیادہ نمایاں کیا جا سکتا ہے۔ ملتقی چکتیوں پر باریک متصمم چھلکے جمے ہوئے ہوتے ہیں۔ گاہے گاہے بیش قرنیت اسقدر نمایاں ہو سکتی ہے کہ یہ ثوران بادی النظر میں صدفیہ سے مشابہ معلوم ہوتا ہے۔

کچھ مدت گذری ہوئی اصابتوں میں عموماً بیش لونیت پائی جاتی ہے، اور یہ بثور اور رقعے سیاہ ہو جاتے ہیں، اور بعض اوقات ایک بھورے بادامی مظہر ہوتے ہیں۔ مسطح حزازہ اور برص (vitiligo) کا ایک ساتھ موجود ہونا بھی شاذ نہیں۔ اضرار کے انحلال کے بعد اُنکے سابقہ مقامات پر لونیت کے نشان رہجاتے ہیں، جو جوارح اسفل پر سب سے زیادہ شدید ہوتی ہے اور سنکھیا ملی ہوئی دوا ؤں کے

استعمال سے بلاشبہ زیادہ ہوجاتی ہے۔
مسطح حزازہ کے مقامات انتخاب کلائیوں اور پیشانی زندوں کی اگلی سطحیں رانوں کی اندرونی سطحیں گھٹنوں سے مین اوپر اور ٹانگیں ہیں، لیکن اکثر یہ توران عام طور پر پھیلا ہوا اور بعض اوقات جوارح کی نسبت دھڑ پر زیادہ کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ ہتھیلیوں اور تلوؤں پر قرنی تہ کی دبازت کی وجہ سے اسکے مناظر مغالطہ دہ ہوتے ہیں۔ ثور بیش قرنیتی ہوتے ہیں اور بادی النظر میں آبلوں سے مشابہ ہوتے ہیں۔ اُنکی قرنی پوشش کے اُتر جانے سے ایک گڑھے دار حالت پیدا ہوجاتی ہے جسکا مقابلہ اُس حالت سے کیا جاسکتا ہے جو منٹوکس (Mantoux) کی منقط قرن جلدیت (punctate keratodermia)، مرضِ ڈاریئر (Darier's disease) اور سم الفاری قرنیت (arsenical keratosis) میں دیکھی جاتی ہے لیکن بعض اوقات چھلکے دار چکیاں بلکہ ایک منتشر قرن جلدیت پائی جاتی ہے۔ مسطح حزازہ اگرچہ چہرے پر شاذ ہوتا ہے، لیکن وہ جلد الراس پر اتنا شاذ نہیں جتنا کہ عموماً خیال کیا جاتا ہے۔ وہ اکثر غلطی سے محدود المقام حکاک (circumscribed prurigo) یا حزازیت یافتہ سیلان الدہنی التہاب جلد (lichenified seborrhœic dermatitis) سمجھ لیا جاتا ہے۔ وہ خشک سطح مرتفع بناتا ہے، جنکی کورین اصلح اور سپید سی ڈھال کی ہوتی ہیں، اور غور سے دیکھنے پر ارغوانی جھلک و سپید خطوط ظاہر ہونگے لیکن بعض اوقات اسکی چکیاں ذہولی ہوتی ہیں اور بال تلف ہوجاتے ہیں۔ اس قسم کے ساتھ عموماً بدن پر ایک جرابی توران ہوتا ہے۔
موضوعی علامات شخص ماؤف کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ کھجلی شدید اور مسلسل ہو جس سے مریض حیران و پریشان ہوجائے۔ زیادہ عام طور پر کھجلی معتدل درجہ کی اور قوبتی ہوتی ہے اور حکاکات کی طرح رات کے وقت اُسکا خاص طور پر زور ہوتا ہے۔ بعض اوقات وہ خفیف یا بالکل غائب ہوتی ہے۔ کبھی کبھی مریضوں کو کھجلی سے زیادہ خراش کی شکایت ہوتی ہے۔ اُس وقت بھی جبکہ حکہ شدید ہو ممکن ہے کہ کھرچنے کی شہادت بہت کم ہو یا بالکل نہ ہو لیکن بعض اصابتوں میں اوّلی توران پر حزازیت مستزاد ہوکر اُسے چھپا دیتی ہے۔

کبھی کبھی مسطح حزازہ مخاطی اغشیہ کو ماؤف کر دیتا ہے، خاص کر منہ کی مخاطی جھلی کو جس پر وہ تقریباً نصف اصابتوں میں واقع ہوتا ہے ۔ یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ مخاطی اغشیہ تنہا ماؤف ہو سکتی ہیں یا جلدی اضرار کے ظہور سے پہلے ماؤف ہو سکتی ہیں، اور منہ کے اندر یہ ثوران اکثر جلد کا ثوران صاف ہونے کے بعد عرصۂ دراز تک قائم رہتا ہے ۔ فمی مخاطی جھلی پر مقامات انتخاب گالوں کی اندرونی سطحیں، اوپر اور نیچے کے دانتوں کے مقام اتصال کے مقابل ہیں ۔ یہ اضرار دودھیا سپید رنگ کے دھبے ہوتے ہیں، جو اکثر ایک جال یا حلقے بنالیتے ہیں ۔ سپید رنگ میں ایک مخصوص اور ممیز طرز کی نیلاہٹ ہوتی ہے اور وہ بیاضی سطحیت (leucoplakia) کے رنگ کی نسبت زیادہ دودھیا ہوتا ہے ۔ ممکن ہے اوپری تاکل موجود ہو، چنانچہ گہری سرخ چکتیاں، جو اکثر تکلیف کا باعث ہوتی ہیں، ایک تیلے سے سپید جال سے محصور نظر آتی ہیں ۔ زبان پر بھی مختلف جسامت کی چکتیاں یا اسی طرح کا جال ہوتا ہے، اور ویسا ہی نیلگوں سپید رنگ نظر آتا ہے ۔ یہ اضرار زبان کی پشت یا اطراف کو ماؤف کرتے ہیں ۔ زیادہ شاذ حالتوں میں ثوران وسیع ہوتا ہے اور نہ صرف گالوں اور زبان کو بلکہ تالو اور لبوں کو (انکے شنگرفی کناروں اور اندرونی سطحوں پر)، اور سوڑھوں بلکہ لوزتین تک کو ماؤف کر دیتا ہے ۔ فرج پر بھی یہ چکتیاں دودھیا سپید ہوتی ہیں، لیکن حشفۂ قضیب پر کے بثور زیادہ اکثر جلد پر کے بثور سے مشابہ ہوتے ہیں اور عام طور پر حلقہ دار شکلیں بناتے ہیں ۔ مبرز اور مستقیم بھی ماؤف ہو سکتے ہیں ۔

مخاطی اغشیہ کے مسطح حزازہ کے نسیجیاتی تغیرات بعینہٖ جلدی اضرار کے نسیجیاتی تغیرات کے مقابلے کے ہوتے ہیں ۔ تشخیص اہم چیز ہے، کیونکہ فمی مسطح حزازہ کو اکثر غلطی سے بیاضی سطحیت (leucoplakia)، ثالثی التہاب اللسان (tertiary glossitis)، یا مخاطی چکتیاں سمجھ لیا جاتا ہے ۔ بیاضی سطحیت کا رنگ مختلف ہوتا ہے، اسمیں فمی حزازہ جیسی نیلگوں جھلک نہیں پائی جاتی اور وہ دودھیا کی نسبت زیادہ ترچھیکا اور بے چمک دمک والا ہوتا ہے ۔ مزید براں چکتیوں کی سطح پر باریک تخطط نظر آتا ہے ۔ فمی مخاطی جھلی کو ماؤف کرنے والا

احمراری ذئبہ (lupus erythematosus) بھی غیر عام نہیں (تقریباً ۳۰ فی صدی اصابتیں)۔ یہ لبوں (عموماً نیچے کے لب) کے آزاد کنارے اور اندرونی سطح پر، اور گالوں پر ہوتا ہے، جہاں ممکن ہے کہ وہ مسطح حزازہ کے ساتھ غلط ملط کر دیا جائے۔ لیکن یہ سپید چکتیاں ایک چکدار سرخ قاعدہ اور ارغوانی مائل تنقط رکھتی ہیں، اور اکثر انہیں جزئی ذبول پایا جاتا ہے۔ زبان اور تالو بھی ماؤف ہو سکتے ہیں۔

اقسام۔ تشخیص کے لحاظ سے مسطح حزازہ بالعموم ایک سہل ترین ثوران ہے، اور یہ ابتدائی بثور کی نہایت صاف اور واضح تصویر، سپید خطوط، اور منہ کے ممیز اضرار کے باعث ہے۔ اس کے برعکس اس مرض کی بعض بیقاعدہ اور غیر معمولی شکلیں بھی ہیں جن سے ذرا دیر کے لئے ایک ماہر کو بھی مغالطہ ہو سکتا ہے۔ اہم ترین اقسام میں سے حسب ذیل ہیں:-

(۱) حلقہ دار قسم (حلقہ دار حزازہ: lichen annulatus)-
بثور حلقوں کی صورت میں گروہ بند ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، جنکا قطر ۲ تا ۸ ملی میٹر اور مرکز لون دار ہوتا ہے۔ زیادہ شاذ طور پر یہ حلقہ ایک تنہا بثرہ کی محیطی توسیع اور مرکزی مکش سے بن سکتا ہے۔ یہ حلقہ دار قسم عام ہے اور یہ حلقے خاصکر کلائیوں اور پیش بازوؤں، کوکھوں اور حشفۂ قضیب پر دیکھے جاتے ہیں۔

(۲) چکر دار قسم (gyrate form) (حاشیہ دار یا دبیب حزازہ: lichen marginalus seu serpignosus)، جسمیں بثور مرکز گریز رخ میں پھیل کر حلقہ دار مرکز گریز احمرار (erythema annulare centrifugum) کی شکلوں سے ملتی جلتی شکلیں پیدا کر دیتے ہیں۔

(۳) مخطط حزازہ (lichen striatus) کا نام بثور کی اُن ممیز قطاروں کو دیا گیا ہے جو کھرینچوں کے نشانوں کے برابر برابر پیدا ہو جاتی ہیں۔

(۴) خطی حزازہ (lichen linearis)۔ اضرار لمبے تنگ بند بناتے ہیں، جو کسی عصب، مثلاً نسائیہ صغیرہ، داخلی جلدی، یا زندی کے مرکا تعاقب کرتے ہوئے معلوم ہوتے ہیں، یا جو بالکل سیدھے، اور بظاہر کسی عصب کی توزیع سے بے علاقہ ہو سکتے ہیں۔ ان اصابتوں کا مقابلہ اُن اصابتوں سے کیا جا سکتا

ہے جنہیں سطح حزازہ منطقہ نما طریقہ سے پیدا ہوجاتا ہے، جسکی توزیع بعینہٖ منطقی نملہ (herpes zoster) کی توزیع سے متناظر ہوتی ہے۔

(۵) نوکدار حزازہ (lichen acuminatus) - یہ قسم سطح حزازہ کی جرابی شکل ہے جسکا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ جب یہ نوکدار جرابی اضرار سطح بثور کے ساتھ ساتھ موجود ہوتے ہیں تو مسطح شعری حزازہ (lichen planopilaris) کی قسم پیدا ہوجاتی ہے۔ تازہ مشاہدات ظاہر کرتے ہیں کہ نام نہاد شوکی حزازہ (lichen spinulosus) کی بہت سی اصابتیں درحقیقت مسطح حزازہ کی جرابی شکل ہیں۔ مزید برآں کئی مثالوں میں "شوکی حزازہ" جلدالراس کے گنجے ذبولی رقبوں کے ساتھ دیکھا گیا ہے، اور سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا یہ آخرالذکر ذبولی مسطح حزازہ (atrophic lichen planus) تو نہیں ہیں، اور آیا وہ حالت بھی جسے قرعت کاذب (pseudo pelade) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے بعض مثالوں میں ذبولی مسطح حزازہ تو نہیں ہے جو جلدالراس تک محدود ہے۔

(۶) حزازہ قرنی بیش پرورشی یا حزازۂ ثؤلولی (lichen corneus hypertrophicus seu lichen verrucosus) - اس قسم میں ابھرے ہوئے ثؤلولی رقعے بنتے ہیں، عموماً ٹانگوں پر خصوصاً جبکہ وہ دوالی دار ہوں۔ یہ جُدا جُدا ہوسکتے ہیں، لیکن عموماً گروہوں میں بلکہ التقاقی ہوتے ہیں۔ یہ سرخی مائل سے لیکر ارغوانی بھورے رنگت تک کے ہوسکتے ہیں، اور انکی سطح قرنی جرابی ڈاٹوں سے پٹی ہوئی، یا جب یہ گرجاتی ہیں تو گڑھے دار ہوتی ہے۔ مسطح حزازہ کی اس بیش پرورشی قسم کو نام نہاد حزازۂ منفرج قرنی (lichen obtusus corneus) کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہیئے، جو دراصل گرہکی حکاک (prurigo nodularis) ہے (جو ملاحظہ ہو)۔

952

(۷) مسطح ذبولی یا صلابتی حزازہ (lichen planus atrophicus seu sclerosus), نہایت شاذ ہے۔ اسکا ممیز ضرر ایک ابھی ہوئی جلیسا (عاج نما) سپید بثرہ ہوتا ہے، جو چھونے سے سخت معلوم ہوتا ہے، اور عموماً نہ تو اٹھا ہوا اور نہ نشیب دار ہوتا ہے۔ سطح پر سیاہ قرنی ڈاٹیں مل سکتی ہیں،

جو شعری دہنی جرابوں یا عرقی قناتوں کے دہنوں میں ہوسکتی ہیں' یا ایسے گڑھے ہوتے ہیں جو اُنکے سابقہ مقاموں کا نشان ہیں نسیجیاتی طور پر بر جلد اور اَدمہ کی ورریزش کے درمیان صلابت کا ایک بند ملتا ہے۔ یہ ذبولی مسطح حزازہ بلاشبہ نام نہاد "سپید دھبتوں کے مرض" ("white-spot disease") کی ایک شکل ہے جسکی دوسری شکل قشعہ قطراتی (guttate morphœa) ہے۔

(۸) مسطح پھپولے دار حزازہ (lichen planus bullosus)۔ یہ نہایت شاذ قسم ہے۔ اسمیں پھپولے بر جلد اور حلیمی تہ کے درمیان بنتے ہیں بعض اصابتوں میں معلوم ہوتا ہے کہ یہ سنکھیا آمیز دواؤں کے استعمال سے پیدا ہوجاتا ہے۔

(۹) بالآخر ایک قسم ایسی بیان کی جاسکتی ہے جسمیں احراری کم و بیش بیضوی چکتیوں کا حاد ثوران بالخصوص دھڑ پر نمودار ہوجاتا ہے' جو اپنے ابتدائی درجوں میں گلابی تنخیل (pityriasis rosea) سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ صرف اُسیوقت جبکہ یہ ثوران چندروز تک موجود رہا ہو' اِن چکتیوں میں ممیز حزازی ثبور نمودار ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ مسطح حزازہ کا سبب نامعلوم ہے۔ یہ تقریباً یقینی امر ہے کہ منطقی نملہ (herpes zoster) کی طرح' اِسکے اصلی اضرار ساری مبداء کے ہوتے ہیں' اور بعض عصبی ریشوں کے ماؤف ہونے کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ منطقی نملہ کی طرح مسطح حزازہ کا حملہ بھی نامیاتی سم الفاری مرکبات کے اثرابات سے' اور شاید بسمتھ اور طلائی تجہیزات سے واقع ہوجاتا ہے۔ راقم الحروف کی مشاہدہ کردہ ایک برص (vitiligo) کی اصابت میں' نوارسینو بیلان (novarsenobillon) کے اثرابات کے ایک نصاب کے دوران میں مسطح حزازہ کا ثوران بالکل منطقہ نما شکل توزیع کے ساتھ رونما ہوکر تقریباً تین ہفتوں میں خودبخود غائب ہوگیا۔ مزید برآں نام نہاد خطی مسطح حزازہ (linear lichen planus) کی بعض اصابتوں میں ثوران کسی جلدی عصب (مثلاً اندرونی جلدی اور ترقوی' نسائیہ صغیرہ' یا تحتانی الوی' اور مابضی اعصاب) کے مرکا قریبی تعاقب کرتا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں ثوران کی توزیع ایک فلقی نوعیت (segmental)

(naevus کی توزیع کے مقابلہ کی ہوتی ہے۔ عمود الفقرات پر لا شعاعوں کے لگانے کا غیر مشکوک علاجی اثر (خاصکر اسوقت جبکہ یہ شعاعیں عنقی ظہری اور قطنی عجزی خطوں پر لگائی جائیں) معنی خیز ہے، اور یہ امر دلچسپی سے خالی نہیں کہ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ اس طریقۂ علاج سے ثوران کا حاد عمومی حملہ واقع ہوجائے۔ وخز قطنی کے ذریعہ دماغی نخاعی سیال کے کئی مکعب سمر خارج کردینے سے بعض اوقات جو مفید اثر مشاہدے میں آیا ہے، اسکی توجیہ اسکے سوائے بمشکل کچھ اور کیجا سکتی ہے کہ اس سے عصبی نظام پر کوئی مبہم اثر مترتب ہوتا ہے۔

بعض اصابتوں میں صدمہ، فکر و پریشانی، اور رنج کا اثر صریح ہوتا ہے لیکن یہ ثوران تندرست اور خوش و خرم اشخاص میں اور چھوٹے بچوں میں بھی ہوسکتا ہے۔

مرضی تشریح۔ مسطح حزاز نماہ میں التہابی عمل ایک پسینہ کی قنات کے گرد اَدَمہ کے بالائی حصّے میں شروع ہوتا ہے۔ اتصالی بافت کے خلیوں کی کثیف بالیدگی پائی جاتی ہے، اور بعضوں کا خیال ہے کہ یہ خلیے اریکی سلعی قسم کے ہوتے ہیں۔ اسکے بعد مخاطی طبقہ کے خلیوں میں زیادتی اور قرنی تہ کی دبازت واقع ہوجاتی ہے۔ ایلائڈین (eleidine) کی بیقاعدہ دبازت ہوتی ہے، جسکے سبب سے متذکرہ بالا سپید خطوط کا منظر پیدا ہوجاتا ہے۔

علاج۔ شدید عمومی اصابتوں میں، اور اُن مریضوں میں جو عصبی خستگی میں مبتلا ہوں، چند ہفتوں تک بستر میں کامل سکون و آرام کی ہدایت کرنی چاہئے۔ سنکھیا کا بڑھتی ہوئی معتادوں میں براہِ دہن استعمال بجا طور پر ناپسندیدہ سمجھا گیا ہے پارہ، لائکر ہائڈرارجرائی پرکلورائڈ کی شکل میں، زیادہ کارگر معلوم ہوتا ہے، اور عموماً اسکی برداشت اچھی ہوتی ہے۔ سنکھیا کی نامیاتی تجہیزات (organic arsenical preparations) [نوارسینوبیلان، ایسیٹل آرسان = acetylarsan، سوآمین = soamin، وغیرہ] کے اشرابات، یا سنکھیا اور پارے کے مرکبات، مثلاً اینی سول (enesol) (salicylarsenate of mercury) کے اشرابات اپنے اثر میں نسبتہً بہت زیادہ یقینی ہیں۔ نوارسینوبیلان کو وریدی راہ سے ۳ ء۰ تا ۶ ء۰ گرام کی

معتادوں میں ایک تا تین ہفتوں کے وقفوں سے دیکھتے ہیں لیکن اس سے کبھی کبھی ثوران وسیع طور پر پھیل جاتا ہے اور کسلمندی زیادہ ہوتی ہے۔ اینی پولی کا دروں عضلی اشراب ۲ تا ۵ مکعب سمر کی معتادوں میں ۳ تا ۷ دنوں کے وقفوں سے کیا جاسکتا ہے۔ منتقم معتادوں میں روزانہ ۲۰ تا ۳۰ اونس گلوکوز براہ دہن استعمال کرنے سے بظاہر ان غذائی مرکبات کا سمی اثر کم ہو جاتا ہے۔

اب براعظم (یورپ) پر عمود شوکی کی تشعیع کا بہت رواج ہے۔ یہ یا تو عمیق مقطر شعاعوں کے ذریعہ عمل میں لائی جاتی ہے، جنکو ترچھے رُخ میں عصبی جڑوں پر عمل کرنے کی غرض سے لگایا جاتا ہے (Hufschmidt and Pautrier)، یا غیر مقطر شعاعوں (non-filtered rays) کے ذریعہ جو 5H کی معتادوں میں عنقی ظہری اور قطنی عجزی خطوں پر مشار کی کو متاثر کرنے کے خیال سے لگائی جاتی ہیں (Gouin)۔ یہ دونوں طریقے بھی، آرسینو بینزال کے اشرابات کی طرح، ثوران کا عارضی حاد حملہ پیدا کرسکتے ہیں، اور اگرچہ یہ بعض اصابتوں میں حیرتناک طور پر کامیاب ہوتے ہیں تاہم ممکن ہے بالکل ناکام رہیں۔

عمومی اصابتوں میں جنہیں شدید کھجلی ہو، وَخز قطنی مفید ہوتا ہے، جسکے ذریعہ، جیسا کہ تھیبیرج (Thibierge) اور راووٹ (Ravaut) نے تبلایا ہے، ۲۰ تا ۲۵ مکعب سمر دماغی نخاعی سیال نکال دینا چاہئے۔ حکہ پر عموماً اِسکا تقریباً فوری اثر ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں معلوم ہوتا ہے کہ ثوران اِس سے غائب ہو جاتا ہے۔ خاطر خواہ نتیجہ حاصل کرنے کے لئے ممکن ہے کہ دو یا زائد وخزات چند دنوں کے وقفے سے کرنے پڑیں۔

مقامی علاج۔ حاد وسیع ثوران والے مریضوں میں تسکین بخش دافع حکہ لاسقات استعمال کرنے چاہئیں۔ روزانہ ٹار کا غسل (tar bath) لینا چاہئے، اور اُسکے بعد غسولِ کلامائن (calamine lotion) آزادانہ طور پر لگانا چاہئے، جسمیں لائکر پیسس کاربونس (liq. picis carbonis) اور فینول (phenol) شامل ہو۔ نسبتہً کم حاد اصابتوں میں ایک زُبدہ، مرہم، یا لئی، جسمیں ٹار، فینول، اور یونیٹڈ مرکری شامل ہو، مفید ہے۔ اُنّا (Unna) کے مشہور مرہم میں اجزائے ذیل ہوتے ہیں:- مرکیورک کلورائڈ ۲ تا ۲۰ گرین، فینول ۵ تا ۲۰ گرین، زنک آئنٹمنٹ ایک اونس؛ اسمیں

پرکلورائیڈ اور فینول کی مقدار چکیتوں کی وسعت اور دبازت کے لحاظ سے زیادہ کردی جاتی ہے۔ مزمن چکیتوں کے لئے تیز بار کی پھریری یا کلوڈیئن یا ایک پلستر جس میں پرکلورائیڈ، فینول اور سیلی سلک ایسڈ موجود ہوں کبھی کبھی ان میں تخفیف کا باعث ہوتے ہیں اور ممکن ہے انحلال میں مدد ہوں۔ بیش پرورشی سطح حزازہ کے عسیر العلاج مزمن رقعوں کے علاج کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ لاشعاعوں کی ایک پوری رفاقی مقدار دیجائے، خیط نما نطول (filiform douche) کا استعمال کیا جائے، یا کاربن ڈائی آکسائیڈ سنو (carbon-dioxide snow) سے بار بار انجماد کیا جائے۔

یہ ثوران جلد کی نسبت تحدی مخاطی جھلی پر بہت زیادہ عسیر العلاج ہوتا ہے۔ الیکن سنکسیا کے نامیاتی مرکبات کے اشرابات، اور بقول آذری بالخصوص اسیٹیل آرسان (acetylarsan) کے اشرابات سے اثر پذیر ہو سکتا ہے۔ عسیر العلاج اصابتوں میں شعاعی علاج کی جو گدی پر لگایا جائے، اور ریڈیم کے ذریعہ مقامی علاج کی سفارش کی گئی ہے۔

حزازۂ لامعہ

(lichen nitidus)

۱۹۰۷ء میں پہلے پہل اس ثوران کو ایک جداگانہ سریری ذات کی حیثیت سے تسلیم کیا گیا۔ اس کے بعد سے اس کی متعدد اصابتیں بیان کی گئی ہیں، اور راقم الحروف (61) نے اس کے متعلقہ ادب کے تبصرہ میں اس رائے کی تصدیق کی ہے کہ حزازۂ لامعہ سطح حزازہ کی محض ایک غیر تمثیلی قسم ہے جسکے نسیجیاتی خصائص مخصوص طرز کے ہوتے ہیں گر اسباب وہی ہیں۔

علامات۔ حزازۂ لامعہ کا ابتدائی ضرر ایک دقیق بثرہ ہوتا ہے، جو ایک کم و بیش واضح الحدود اریکی سلعہ سے بنتا ہے، اور عموماً بر جلد سے عین نیچے واقع ہوتا ہے۔ یہ بثور عموماً ایک بڑی ایلین کے سر سے زیادہ بڑے نہیں ہوتے اور شکل میں چپٹے، مخروطی یا کروی، اور سطح سے قدرے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں۔ مختلف اصابتوں میں انکا رنگ مختلف ہوتا ہے، اور عام طور پر سرخی مائل یا

سرخی مائل زرد رنگ ہوتا ہے۔ ایک نہایت ممیز خاصہ یہ ہے کہ یہ اکثر ایک چمکدار منظر پیش کرتے ہیں، جو "لامعہ" ("nitidus") کے خطاب سے ظاہر ہے، اور یہ دقیق سرخی مائل دھبوں کی صورت میں شفاف بر افتادہ بر جلد میں سے چمکتے ہوئے نظر آتے ہیں بعض اوقات یہ تقریباً چھوٹے آبلوں کی طرح دکھلائی دیتے ہیں، اور دستی ویائی حبابیہ (cheiro-pompholyx) کا ساگو دانوں جیسا منظر یاد دلاتے ہیں۔ اگر انھیں ایک شیشہ کے تر یحہ سے دبایا جائے تو وہ آس پاس کی جلد کے مقابلہ میں نسبتہً زیادہ سیاہ رنگ کے دودھیا نقطوں کی طرح قائم رہتے ہیں، جو دباؤ سے عدیم الدم ہو جاتے ہیں بعض اوقات بثرہ کے مرکز میں ایک دقیق گڑھا ہوتا ہے لیکن یہ کسی طرح ایک مستقل خاصہ نہیں ہوتا۔ بعض بثور کے راسوں پر کھرچنے سے ایک ننھا سا چمکدار چھلکا پیدا کیا جا سکتا ہے۔ ان ابتدائی اضرار اور شعری ذہنی جرابات کے درمیان عموماً کوئی تعلق نہیں ہوتا۔

جیسا کہ کہا گیا ہے، بہت سی اصابتوں میں یہ ثوران محض ان بثور پر مشتمل ہوتا ہے، جو جُدا جُدا رہتے ہیں اور جن کے ساتھ آس پاس کی جلد میں کوئی تغیرات نہیں پائے جاتے۔ ایسی اصابتوں میں انکی توزیع سختی کے ساتھ محدود ہوتی ہے اور مردوں میں یہ خاص کر قضیب پر، زیرین شکم، چڈوں، رانوں کی اندرونی سطوں اور کلائیوں اور پیش بازوؤں کی خم کن سطحات اور کہنیوں کی پشتوں پر ہوا کرتے ہیں۔

954

لیکن دوسری اصابتوں میں یہ ثوران پھیلکر وسیع ہو جاتا ہے، اور بعض خطوں میں اسکا ابتدائی بثوری منظر غائب ہو جاتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں سارے جسم کا غور کے ساتھ امتحان کیا جائے تو ہمیں غالباً ہمیشہ بعض رقبے ایسے ملتے ہیں جہاں ابتدائی بثور جُدا جُدا نظر آ سکتے ہیں جو مرض کی سادہ قسم کے تمثیلی بثور ہوتے ہیں۔ عام پھیلی ہوئی اصابتوں میں یہ زیرین شکم، چڈوں اور رانوں پر موجود ہوتے ہیں، لیکن دوسرے مقامات پر یہ ثوران ختنر تخیل نمایا صدفیہ نما چادروں پر مشتمل ہوتا ہے جنھیں جب ایک بار شناخت کر لیا جائے تو یہ شکل میں نہایت ممیز معلوم ہوتی ہیں۔ انکا رنگ مختلف مریضوں اور مختلف مقامات میں مختلف

ہوتا ہے، اور یا تو سرخی مائل زرد، بھورا، یا سرخی مائل بنفشی ہوتا ہے۔ تعریجات میں سرخی مائل جھلک غالب ہوتی ہے، اگر جوارح کی باسط سطحات پر چکتیاں اکثر زردی مائل بھوری، یا گرد و پیش کی جلد کے مقابلہ میں بمشکل زیادہ سیاہ ہوتی ہیں۔

ثوران کی اِن منتشر چادروں کی توزیع وسیع ہوسکتی ہے، لیکن یہ بالخصوص مفصلی تعریجات، مثلاً پیش مرفقی اور مابقی فضاؤں، کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتی ہیں۔ کلائیوں اور پیش بازوؤں کے زیریں حصّوں کی اگلی سطحیں، گھٹنوں اور کہنیوں کی باسط سطحیں، گردن کی شکنیں، عورتوں میں پستانوں کے نیچے کا خطّہ، چڈے اور رانیں، ہتھیلیاں اور تلوے، اور ہاتھوں اور پاؤں کی ظہری سطحیں، یہ سب ماؤف ہوسکتے ہیں۔ گھٹنوں اور کہنیوں پر چکتیاں مثلث شکل کی ہوتی ہیں اور مثلث کا راس نیچے کی طرف رُخ رکھتا ہے۔ یہاں یہ حزازیت کی چکتیوں سے غیر مشابہ نہیں نظر آتیں، لیکن جلد کے قدرتی فجوات میں زیادتی نہیں پائی جاتی یا یہ زیادتی بہت کم نمایاں ہوتی ہے۔ یہ صدفیہ سے اس امر میں اختلاف رکھتی ہیں کہ اِنکا رنگ بھورا زرد ہوتا ہے، کھرچنے پر یہ محض خفیف طور پر چھلکے دار ہوجاتی ہیں، اور چھلکے صدفیہ کے ممیّز نقرئی منظر کے نہیں ہوتے۔ مفصلی تعریجات میں بھی یہ حزازیت کے رقبوں سے کسیقدر مشابہ ہوتی ہیں، لیکن ان کا رنگ عموماً زیادہ ہلکا سرخ یا سرخی مائل زرد ہوتا ہے، جلد کے قدرتی خطوط میں مبالغہ نہیں پایا جاتا، اور دبازت نسبتہً کم ہوتی ہے۔

اِن منتشر چکتیوں کے محیط کیں بعض اوقات ہمیں بروں افتادہ جدا جدا ابتدائی بثور نظر آسکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ جلد کو تاننے اور اسطرح عدیم الدم بنانے پر یہ اکثر مرکزی حصوں میں بھی نظر آئیں۔

امراضیاتی تشریح۔ حزازۂ لامعہ کے خرد بینی خصائص ممیّز ہوتے ہیں۔ ایک منفرد بثرہ واضح طور پر محدود اور ایک سلعی دریزش پر مشتمل ہوتا ہے، جو عموماً بَرجلد کے عین نیچے واقع ہوتی ہے۔ یہ بَرجلد دریزش سے اوپر کو پتلی ہوجاتی ہے اور بعض اوقات دریزش اِسمیں حقیقتہً داخل ہوجاتی ہے۔ دریزش میں مرحلہ آساخلیئے،

ایک نواتی قسم کے چھوٹے گول خلیئے، اور کہیں کہیں عفرتی خلیئے اُدیمائی اتصالی بافت کے ہیکل میں اُلجھے ہوئے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ سرحلہ اور دررَیزش کے رقبہ کے درمیان ایک واضح خلا ہو، گرعموماً یہ دونوں ایک دوسرے کے ساتھ گھل مل جاتے ہیں اور ہمیں انحطاط یافتہ سرحلہ آسا خلیئے دراصل دررَیزش کے اندر بھی پڑے ہوئے ملتے ہیں۔ یہ سرحلہ، دررَیزش کے دونوں جانب دالالشوکی الطالتیں نیچے کو بھیجنے کا رجحان رکھتا ہے اور ممکن ہے کہ دررَیزش ان الطالتوں سے بالکل گھری ہوئی ہو۔ یہ خاصہ ایسا ہے جو داآدہ مرض سمجھا جاتا ہے۔ اس چھوٹی اریکی سلمی گریک کو جانے والے عروق کی دیواریں موٹی ہوتی ہیں، اور بعض اصابتوں میں انکا درونہ بالکل مسدود ہو جاتا ہے اور انکے گرد ایک خوب واضح الحدود خلوی دررَیزش ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ان گریکوں کے مرکز کی اتصالی اور لچکدار بافت بالکل تلف ہو گئی ہو۔ یہ گریکیں جرابوں یا پسینے کی قناتوں کے ساتھ عموماً کوئی رشتہ نہیں رکھتیں۔ ایک اتفاقی چکتی میں سے لی ہوئی تراشش میں ایسی کئی گریکیں مختلف جسامت کی اور ارتقا کے مختلف مدارج میں نظر آئینگی۔

علاج ۔ حزازۂ لامعہ اور سطح حزازہ کی اغلب عیفیت شناخت کرنیکے بعد اب تک راقم الحروف نے دو وسیع اصابتوں کا علاج نوارسینو بیلان کے وریدی اشرابات کے ذریعہ تسلی بخش نتائج کے ساتھ کیا ہے۔ غالباً علاج کے وہ متبادل طریقے جو سطح حزازہ کے لئے بتلائے گئے ہیں مساوی طور پر کارگر ثابت ہونگے۔

صدفینما

(parapsoriasis)

اس اصطلاح کے تحت، جس کو بروق (Brocq) نے ۱۹۰۲ء میں پہلے پہل تجویز کیا، ثورانات کا ایک گروہ شامل ہے جنکا ممیز خاصہ مختلف جسامت اور توزیع کی احمراری فلسائی چکتیاں ہیں، جنکا علاج نہایت ہی دشوار ہے، اور جنکی تسبیب نامعلوم ہے۔ ۱۸۹۰ء میں اُنا (Unna)، سانٹی (Santi)، اور پالٹزر (Pollitzer) نے انھیں قرنیت متنوع (parakeratosis variegata)

955

کے نام سے موسوم کیا' اور بجا طور پر انکا مقابلہ "صدفیہ' حزازہ سطح' اگزیما اور گلابی تخیل کے آمیزہ" سے کیا۔ ۱۹۰۲ء میں فاکس (Fox) اور میکلوڈ (Macleod) نے "مدافع لطفی بثوری چھلکے دار احمرارات جلد" کی اصطلاح کے تحت "بروق کا تخیل احمرار جلد دریت قعا منتشر (erythrodermic pityriasique en plaques desseminees)' جاڈاسون (Jadassohn) کا گرہکی صدفیہ نما التہاب جلد' جولیس برگ (Juliusberg) کی مزمن حزازہ نما تخیل' نیسر (Neisser) کا حزازہ نما صدفیہ نما ثوران' اور قرتیت متنوع شامل کی۔ بروق نے اپنے صدفیہ نما کو صدفیہ نما قطراتی' صدفیہ نما حزازہ نما' اور صدفیہ نما رقعی میں تقسیم کیا' لیکن اگرچہ تقسیم سہولت بخش ہے' یہ امر کہ آیا تینوں اقسام تبیعی طور پر ایک دوسرے سے تعلق رکھتے ہیں نہایت مشکوک ہے' اور انکی سریریاتی جماعت بندی کے بارے میں ابھی تک خلط مبحث باقی ہے۔

صدفیہ نما قطراتی (parapsoriasis guttata) (صدفیہ نما قطراتی = parapsoriasis en gouttes' تخیل حزازہ نما مزمن pityriasis lichenoides chronica)۔ یہ ثوران خاص طور پر دھڑ اور جوارح کے بالائی خلقات کو ماؤف کرتا ہے۔ یہ چھوٹے اوپری بثور پر مشتمل ہوتا ہے' جو مستدیر یا بیضوی ہوتے ہیں' اور رنگت میں گلابی سے لیکر سرخی مائل بھورے یا بادامی تک اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ وہ ایک ممیز ابرق نما چھلکے سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں' جو افراد کو اوپری ذیول کا ایک کاذب احساس بخشتا ہے۔ بادی النظر میں اس ثوران پر گلابی تخیل (pityriasis rosea)' قطراتی صدفیہ' یا انحلال پذیر بثوری فلسمانی (papulo-squamous) نار کیلے دھوکا ہو سکتا ہے' لیکن منضم چھلکے دار مرض ہیں۔ تخیل حزازہ نما مزمن کی اصطلاح کے باوجود' یہ امر حال ہی میں تسلیم کیا گیا ہے کہ تخیل گلابی کی طرح اس مرض کا حاد آغاز اور سریع نمو یابی ہو سکتی ہے۔ اول الذکر کی مانند' اسمیں بعض اصابتوں میں ایک "ہراول چکتی" دیکھی گئی ہے۔ مزید برآں اب معلوم ہے کہ حاد تخیل حزازہ نما و جدری نما (pityriasis lichenoides et varioliformis acuta) (Habermann. Mucha) جو چندسال ہوئے

اس ملک میں عام تھی، محض اسکی ایک قسم ہے۔ اسمیں علاوہ ان اضرار کے جو کہ پہلے بیان کئے گئے ہیں، آبلے، جو زنی یا قاتمی ہوتے ہیں، پیدا ہوتے ہیں، اور ان میں تنخز واقع ہوتا ہے، اور جدری نما ندبات باقی رہ جاتے ہیں۔ اس کو جدیری (chicken-pox) کے ساتھ خلط ملط کیا جاسکتا ہے، خاص طور پر اسلئے کہ آغاز حاد ہوتا ہے، اور کچھ بنیتی اختلال معتدی مرض کے موجود ہوتا ہے۔ مرض کی حاد شکل، خواہ وہ جدیری نما اضرار کے ساتھ ہو یا انکے بغیر ہو، ایک معین عمر اختیار کرتی ہے، لیکن اسکی مدت، تخلیل گلابی کی مدت کے خلاف، غیر معین ہوتی ہے، اور چند ہفتوں سے لیکر کئی مہینوں تک اختلاف پذیر ہوتی ہے، اور کئی قوالیات کی اطلاع دیگئی ہے۔ جدیری نما قسم میں تنخزی آبلہ دار اضرار کچھ مدت کے بعد بننا موقوف ہوجاتے ہیں، اگرچہ دوسرے طویل مدت تک باقی رہتے ہیں۔

بحث اسباب۔ یہ مرض بالعموم ریعانیوں اور نوعمر بالغوں میں دیکھا جاتا ہے، لیکن بچوں میں بھی واقع ہوسکتا ہے۔ حاد قسم گلابی تخلیل کی مانند کسی نامعلوم ساری عفونیہ کے باعث ہوتی ہے، جو غالباً ایک تقطیر پذیر قشب ہوتا ہے، اور یہ قول مزمن قسم کے متعلق بھی سچ ہے، کیونکہ ان دونوں کو علٰحدہ کرنے کی کوئی معقول وجہ نہیں۔ درحقیقت اس حالت کو ساری مبداء کا ایک نوعی مرض شمار کرنا اور صدفیہ نما کے دوسرے اقسام سے بالکل علٰحدہ سمجھنا بالکل صحیح ہے۔

علاج۔ اس امر کے متعلق کچھ شہادت موجود ہے کہ سونے کے مرکبات کے اشرابات علاجی طور پر مفید ہیں۔

قرنیت متنوع (parakeratosis variegata) (صدفیہ نما حزازنا = parapsoriasis lichenoide، کراکر کا حزاز نا متنوع lichen variegatus of Crocker =) یہ شاذ ثوران بالعموم دھڑ اور جوارح پر وسیع طور پر پھیلا ہوتا ہے، اور شبکہ نما ترتیب رکھتا ہے، جو کلاخ (livido) اور احمرار آتشی (erythema ab igne) کی ترتیب کی یاد دلاتی ہے، اور جیسا کہ ان میں ہوتا ہے، ان شعری عروق کے مجہول اتساع کا نتیجہ ہوتی ہے جو شریانی مخروط کے دورترین حصے میں ابتدائی اضرار شوخ سرخ یا زردی سے لیکر ارغوانی تک اختلاف پذیر

ہوتی ہے' اور جن میں سے بعض چپٹی چوٹی والے اور چکدار ہوتے ہیں اور حزازنما مسطح کے بثور سے ملتے جلتے ہیں' اور دوسرے چھلکوں سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں' جو صدفیہ قطراتی کے چھلکوں سے ملتے جلتے ہیں۔ یہ بثور' جو کنجان واقع ہوتے ہیں اور ملتحق ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں' شعری رکود سے بنے ہوئے تشبکات پر سب سے زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔ فلسیت بعض رقبوں میں منتشر ہوتی ہے ہتھیلیوں کی جلد بیش قرنیتی ہوتی ہے' لیکن ناخن متاثر نہیں ہوتے ۔ موضوعی علامات خفیف یا مفقود ہوتے ہیں' لیکن کچھ کھجلی موجود ہوتی ہے' خاص طور پر اسوقت جبکہ مریض حرارت میں منکشف ہو۔ یہ ثوران نہایت آہستہ نمویاب ہوتا ہے' اور لازمی طور پر مزمن ہوتا ہے' لیکن اسکا آغاز بعض اوقات ناگہانی ہوتا ہے اور ممکن ہے چند ہی ہفتوں میں یہ وسیع طور پر پھیل جائے ۔

956

بحثِ اسباب ۔ صدفیہ نما ماقعی کی طرح' یہ قسم بالعموم ادھیڑ عمر میں واقع ہوتی ہے' اور مردوں میں زیادہ عام ہے اسکی تسبیب نامعلوم ہے ۔

مرضی تشریح ۔ خصری عروق متسع ہو جاتے ہیں' اور انکے گرد ملمفی خلوی ریزش واقع ہوتی ہے' اور اتصالی بافت کا تہیج واقع ہوتا ہے ۔ کچھ بر جلدی تہیج بھی بلا آبلہ خیزی کے موجود ہوتا ہے' اور قرنی تہ بعض جگہوں پر قرتیتی ہوتی ہے ۔

علاج ۔ معلوم ہوتا ہے کہ کسی قسم کا علاج ثوران پر کوئی اثر نہیں کرتا۔

صدفیہ نما رقعی (parapsoriasis en plaques) اکثر اکر کا مواظب زرد احمرار جلد = xanthoerythrodermia perstans of Crocker)-

سابق الذکر قسم کی طرح' یہ ثوران لازمی طور پر مزمن اور علاج سے اثر ناپذیر ہوتا ہے۔ یہ دھڑ اور جوارح کو ماؤف کرتا ہے' اور خوب واضح چکتیوں پر مشتمل ہوتا ہے جو جسامت اور ڈول دونوں میں اختلاف پذیر ہوتی ہیں۔ بعض سرسری طور پر مستدیر ہوتی ہیں' اور چھ پنس کے سکہ سے لیکر نصف کرون (crown) کے سکہ تک کی جسامت رکھتی ہیں۔ دوسری بے قاعدہ خاکہ کی' معتدبہ طور پر بڑی ہوتی ہیں' اور انگشت نما بروزات رکھتی ہیں یا طبعی جلد کے جزیرے محصور کرتی ہیں' اور اس طرح پیش فطرتی احمرار جلد سے مشابہت پیدا کرتی ہیں۔ بعض اوقات مفصلی تعریجات

میں منتشر چکتیاں واقع ہوتی ہیں۔ انکا رنگ ہلکے بادامی سے لیکر سرخی مائل بھورا تک اختلاف پذیر ہوتا ہے، اور ایک دی ہوئی چکتی کا رنگ، عروقی امتلاء کے درجہ کے لحاظ سے وقتاً فوقتاً بدلتا رہتا ہے۔ سطح پر قدرتی خطوط، خفیف سے مبالغہ آمیز نظر آتے ہیں، جس سے ایک باریک پچی کاری بنجاتی ہے۔ سطح چھوٹے اور منظم چھلکوں سے ڈھکی ہوتی ہے، اور تاوقتیکہ اسکو ہلکے سے کھرچا نہ جائے، ممکن ہے وہ ظاہر نہ ہوں۔ دررِیزش بالکل نہیں ہوتی، چنانچہ چکتیاں بشکل ابھری ہوئی ہوتی ہیں۔ ممکن ہے موضوعی علامات مفقود رہوں، لیکن بعض مریض معتدبہ کھجلی کی شکایت کرتے ہیں۔

بحث اسباب۔ یہ حالت عورتوں کی بہ نسبت مردوں میں زیادہ عام ہے۔ اگرچہ یہ بالعموم ادھیڑ عمر میں دیکھی جاتی ہے، تاہم یہ بچپن میں شروع ہوسکتی ہے۔ اسکا سبب نامعلوم ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مختلف سمیات کے لئے جلد کا ایک شاذ غیر نوعی تعامل ہو، اور جیسا کہ سیوائی (Civatte) نے رائے دی ہے (خاص طور پر کیمیاتی وجوہات کی بناء پر) ممکن ہے تدرن کا سم ان سمیات میں سے ایک ہو۔ وہٹ فیلڈ (Whitfield) نے "التہاب جلد قولونی" ("dermatitis colonica") کی اصطلاح کے تحت ایک مماثل ثوران بیان کیا ہے جو ایسے اشخاص میں واقع ہوتا ہے جنہیں پاخانہ کی کاشتیں، نبقات سبحیہ کا بے حد غلبہ ظاہر کرتی ہیں۔ کریوسوٹ (creosote)، ڈائمال (dimol) یا کیرال (kerol) کے اندرونی استعمال کے بعد شفا ہوگئی ہے۔

تشخیص سیلان الدہنی التہاب جلد کی پیچیدار اور تعریجی اقسام کے ساتھ، اور منتظر فطریت کی بیش فطریتی درجہ کے ساتھ خلط ملط واقع ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہے۔ اول الذکر میں اضرار زیادہ ابھرے ہوئے، اور چھلکے کسیقدر زیادہ بڑے اور زیادہ آسانی سے اترجانے والے ہوتے ہیں۔ مزید برآں وہ مقامی علاج کا اثر آسانی سے قبول کرتے ہیں۔ آخر الذکر میں چکتیاں زیادہ دررِیختہ ہوتی ہیں، اور کھجلی زیادہ شدید ہوتی ہے۔

علاج۔ حقیقی یا مصنوعی دھوپ میں انکشاف، ثوران کو عارضی طور پر زائل

کرسکتا ہے۔ اس سے قطع نظر، یہ مرض قوی لاسقات کی بھی مدافعت کرتا ہے۔ راقم الحروف کی ایک اصابت میں عصبیہ قولونی کی ناخور جدرین کے اشرابات بظاہر نمایاں طور پر نافع ثابت ہوئے۔

آبلے دار ثورانات

(VESICULAR ERUPTIONS)

دستی وپائی حُبابیہ

(cheiropompholyx)

(حبابیہ: pompholyx فتور تعرق: dysidrosis)

تعریف۔ ہاتھوں اور پاؤں کا ایک دوجانبی تشاکل آبلہ دار یا پھوڑے دار عارضہ، جس کے ساتھ اکثر اوقات کثرت عرق (hyperidrosis) ہوتی ہے۔

علامات۔ دستی وپائی حبابیہ (cheiropompholyx) (ہاتھ + بلبلہ) کے لفظ کو اس ثوران کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے جو بعض اشخاص میں خود بخود اور اکثر نوبتی طور پر نمودار ہوجاتا ہے۔ مختلف خراش آور لاسقات سے اور ایک توبائی نخر (برادمی فطر = epidermophyton) سے بھی ایک التہاب جلد ایسا پیدا ہوسکتا ہے جو حبابیہ کے سریریاتی مناظر نہیں تو کم از کم نہایت قریبی مماثلت رکھنے والے مناظر پیدا کرسکتا ہے، لیکن اسے اس مرض سے جسے اب بیان کیا جائیگا متمیز کرنا چاہئے۔

957 حبابیہ کا حملہ عموماً ہاتھوں میں خارش، جلن، یا جھنجھناہٹ کے احساس کے ساتھ شروع ہوتا ہے، اور چند گھنٹوں کے اندر ثوران چھوٹے چھوٹے نیم شفاف آبلوں کی صورت میں نمودار ہوجاتا ہے، جو ہاتھ کی انگلیوں کے اطراف پر، انگلیوں کے درمیان کی درزوں میں، اور ہتھیلیوں میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ آبلے گہرے واقع ہوتے ہیں، ایکے ساتھ التہاب کے کوئی امارات موجود نہیں ہوتے، اور انہیں

اُبالے ہوئے ساگودانوں سے تشبیہ دیگئی ہے۔ خفیف اصابتوں میں یہ آبلے جدا جدا رہ سکتے ہیں، مگر اکثر اوقات یہ باہم پیوستہ ہوکر ایک بڑا پھپولا بنا دیتے ہیں جو جلد سے باہر کو اُبھرا ہوا ہوتا ہے۔ اِن آبلوں کے اندر کا سیّال صاف، قلوی اور البیومن دار ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ اضرار خود بخود خشک ہوجائیں اور انکے اوپر کی جلد خشک گالوں کی صورت میں اُتر جائے۔ اِسطرح ممکن ہے کہ ساری ہتھیلی کی جلد اتر کر اُسکے نیچے گلابی رنگ کی نئی جلد رہ جائے، جو بتدریج معمولی شکل اختیار کرلیتی ہے لیکن اُنگلیوں پر نسبتاً بڑے آبلوں اور پھپولوں کے پھوٹ جانے کا رجحان ہوتا ہے، اور اِنکے نیچے سے کچی، تر، الیم سطح منکشف ہوتی ہے۔
اِن اضرار کی ثانوی سرایت کے وقوع کا اِمکان ہوتا ہے، بالخصوص میلے آدمیوں میں، یا اُن لوگوں میں جنکی قوتِ مدافعت ادنیٰ درجہ کی ہو۔ ایسی صورت میں آبلے پیپ دار ہوجاتے ہیں، اور بازوؤں کا پھیلتا ہوا التہابِ عروقِ لمفیہ (lymphangitis) اور ساتھ ہی التہابِ غدد (adenitis) اور تپ پیدا ہوسکتی ہے۔ اِن سرایت زدہ اصابتوں میں ایک خاص قسم کی بدبو ہوتی ہے، جو ذبولی انفی التہاب (atrophic rhinitis) کی بدبو سے مشابہ ہوتی ہے۔ غالباً یہ اِسوجہ سے پیدا ہوتی ہے کہ نبقاتِ عفنیہ جو آبلوں کے قلوی سیّال میں نشو ونما پاکر پروٹین پاش اِنزیمات رہا کرتے ہیں، کیراٹین کو منہضم کردیتے ہیں۔

یہ ثوران ہاتھوں میں محدود ہوسکتا ہے، مگر پاؤں کی اُنگلیوں اور تلوؤں کا ماؤف ہونا بھی شاذ نہیں، اور یہاں ثانوی سرایت کا ہونا ایک کلیہ ہے۔ بعض اصابتوں میں اِس مرض کے ساتھ بدن کے دوسرے حصّوں کا اکزیما بھی ہوتا ہے۔

مرض کے حملے کی مدت چند دنوں سے لیکر کئی ہفتوں تک کی ہوتی ہے، لیکن توالیات عام ہیں، بالخصوص موسم بہار اور گرما میں۔ اِس مرض کے مریض عموماً ادنیٰ حالتِ صحت میں ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات عصبانی ہوتے ہیں۔ اُنمیں گندیدگی زاد قسم کے مزمن معائی تسمم الدم (chronic intestinal toxæmia) کے مختلف علامات اکثر نمایاں ہوتے ہیں، یعنے جلد کی لونیت،

پچھپا پسینہ، سانس میں بدبو، عدم اشتہا، اور درد سر۔ بعض اوقات کم تنگ ترشگی ہوتی ہے، اور اصابتوں کی اکثریت میں بول کے اندر انڈیکن (indican) نیز مقدار میں موجود ہوتا ہے۔

تشریح۔ نسیجیات ایکزیما کی نسیجیات سے اس امر میں مشابہ ہے کہ آبلے خاردار خلیوں کی تہ میں بنتے ہیں، بالائی ادمہ میں حلیمی عروق متسع ہوتے ہیں اور انکے گرد کسیقدر التہابی خلوی دررینش پائی جاتی ہے۔ تازہ تحقیقات سے معلوم ہوتا ہے کہ آبلے برادمہ میں پسینے کی قناتوں کے گرد بنتے ہیں اور ان قناتوں کے پھٹ جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔

اسباب۔ یہ مرض ابتدائی بالغ عمر میں عام ترین ہوتا ہے، اور شاید مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ یقیناً یہ تسمم الدم کا ایک مظہر ہے اور چونکہ اس مرض کے مریضوں میں انڈیکن بولیت اور شدید معائی گندیدگی کے دیگر علامات اکثر موجود ہوتے ہیں لہذا اس سے مترشح ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ اکسا سم پروٹین کی تحلیل کا کوئی حاصل ہو۔ اگر قعودی حرفوں والے اشخاص بیرون خانہ زندگی اختیار کرلیں اور زوردار ورزش کرنے لگیں تو انمیں اس مرض کے حملوں کا رجحان جاتا رہتا ہے۔ تاہم دوسری اصابتوں میں اسکی سرایت مسبب معلوم ہوتی ہے، کیونکہ دانتوں یا لوزتین کے استیصال سے، یا مزمن التہاب جوف کا اچھی طرح علاج کرنے سے حملے موقوف ہو گئے ہیں۔ یہ مرض اکثر موسم گرما میں ہوا کرتا ہے، اور بعض اشخاص میں ہر موسم گرما میں اسکے ایک یا زائد حملے ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

تشخیص۔ حقیقی حبابیہ کو اس ایکزیمائی التہاب جلد (eczematous dermatitis) سے تمیز کرنا چاہئے جو بیرونی خراش آور اشیا سے پیدا ہوجاتا ہے، نیز جوارح کے ایکزیما آسا قوباء (eczematoid ringworm) سے۔ ممکن ہے کہ ان دونوں حالتوں، بالخصوص آخر الذکر سے، اسکی تفریق مشکل ہو۔ مشکوک اصابتوں میں ضروری ہے کہ چھلکوں کا اور آبلے کی چھتوں کا (انکی زیرین سطح کو اوپر کی طرف رکھکر) لائکر پوٹاسی کے اندر خردبینی امتحان کیا جائے، اور

پاؤں کی بین اصبعی بَرادی فطریت کو خارج از بحث کرنا ضروری ہے۔

علاج۔ اگر، جیسا کہ بالعموم ہوا کرتا ہے، شدید معائی گندیدگی کے علامات پائے جائیں تو غذا کی نظر ثانی کرنا چاہئے۔ جن مریضوں میں شدید متوالی حملوں کا رجحان ہو، اُنکے لئے بہتر ہے کہ عارضی طور پر سبزی خور بنجائیں۔ بہرحال اُنھیں زیادہ ثقیل گوشت اور مٹھائیوں کی نسبت پھلوں اور سبز ترکاریوں کا زیادہ استعمال کرنا چاہئے۔ برائے چندے منقیات (مثلاً لکوڈ پیرافین، سوڈیم سلفیٹ) کا باقاعدگی کے ساتھ استعمال قرین مصلحت ہے، اور گاہے گاہے کیلومیل (calomel) خفیف مقداروں میں لیتے رہنا چاہئے۔ اگر کم نمک ترشگی ہو تو ڈائلیوٹ ہائڈرو کلورک ایسڈ کو ۲۰ تا ۴۰ قطروں کی مقداروں میں، خوب مرقق کرکے غذا کے بعد دینا چاہئے۔ کیونکہ اس سے پروٹین کے ہضم میں معتدبہ مدد ملے گی۔ سرایت کے مزمن ماسکوں کے لئے اچھی طرح تفتیش کرنی چاہئے، کیونکہ اِنکا کامیاب علاج شفا بخش ثابت ہوتا ہے۔ مقامی طور پر ابتدائی درجوں میں اِسپرٹ کے اندر سیلی سلک ایسڈ کے ۲ فیصدی محلول سے اِسفنج کرنے سے خراش فی الفور موقوف ہوجاتی ہے، اور پھر یا تو پلوِس آیسیڈی کاسیلی سیلیسی کمپاؤنڈ برٹش فارمسیوٹیکل کوڈیکس (pulv. acidi salicylici comp. B.P.C.) یا پیسٹا زنکی کمپاؤنڈ برٹش فارمسیوٹیکل کوڈیکس (pasta zinci comp. B.P.C.) لگا سکتے ہیں۔ اُن اصابتوں میں جن میں جلد کٹی ہوگئی ہو، ایک غسول جیسے بورک ایسڈ، کلامائین، اور گلیسرین موجود ہو، استعمال کرنا چاہئے، اور اُن میں جنمیں ثانوی سرایت واقع ہوچکی ہو مقامی طور پر ہلکے دافع عفونت غسولات، اور بستر میں آرام و سکون، اور مقویات استعمال کرنے چاہئیں۔

958

پھپولے دار ثورانات

(BULLOUS ERUPTIONS)

داءُالفقاع

(pemphigus)

داءالفقاع (pemphigus = چھالی) کی اصطلاح کا اطلاق سابق میں کسی قدر بیقاعدگی کے ساتھ متعدد پھپولے دار ثورانات پر کیا گیا ہے، جنھیں بہ لحاظ اسباب کوئی چیز مشترک نہیں ہوتی۔ مثلاً نومولودی داءالفقاع (P. neonatorum) اور متعدی ملا امراعی داءالفقاع جلد کی اوپری ریم زا سرایت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ آتشکی داءالفقاع (P. syphiliticus) ایک آبلہ دار آتشکی جلدی ثوران ہے، جو نہایت عام طور پر پیدائشی آتشک کے مبتلا شیر خواروں میں ہتھیلیوں اور تلووں پر دیکھا جاتا ہے۔ اور جذامی داءالفقاع (P. leprosus) جذام کی ایک پھپولے دار شکل ہے۔

لیکن موجودہ زمانہ میں داءالفقاع کا لفظ مندرجۂ ذیل حالتوں کے لئے محدود ہے:۔ (۱) حاد خبیث داءالفقاع (P. acutus malignus) ۔۔ ایک شاذ حاد ساری مرض ہے، جو مہلک ہوتا ہے، اور ان لوگوں میں ہوتا ہے جو مردہ گوشت کو ہاتھ لگاتے ہیں۔ اسکا سبب غالباً ایک دو نبغیہ کی سرایت ہے۔ اسے اب داءالفقاع کے گروہ میں شامل نہیں رکھنا چاہئے۔ (۲) عام داءالفقاع (P. valgaris) (۳) نبتی داءالفقاع (P. vegetans) (۴) ببرگی داءالفقاع (P. foliaceous)۔ یہ غالباً محض اسی مرض، یعنی اصلی داءالفقاع (true pemphigus) کے اقسام ہیں۔

حاد خبیث داءالفقاع (pemphigus acutus malignus)۔

یہ مرض، جو نہایت شاذ ہے، بالخصوص بوچڑوں اور کھلیان کے ملازموں میں دیکھا گیا ہے،

اور بیشتر احاتوں میں اسکے آغاز سے پہلے ہاتھوں یا بازوؤں پر مقامی زخم موجود ہوتے ہیں؛ اور غالباً انھیں زخموں کے ذریعہ سرایت رساں عضویہ داخل ہوتا ہے۔ جیسا کہ اصلی داء الفقاع میں ہوتا ہے، اسکے احرار بھی بڑے بڑے پھپھولے ہوتے ہیں، جو عموماً بلا کسی سابق احمرار کے براہِ راست جلد سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ابتداءً انمیں صاف یا خفیف سا خون آلود متصل موجود ہوتا ہے، لیکن بعد میں یہ ثانوی سرایت کی وجہ سے ریمی شکل کا ہو جاتا ہے۔ بدن کے سارے حصّوں پر نئے پھپھولے پیدا ہو جاتے ہیں، اور عموماً مخاطی جھلّیاں بھی ماؤف ہو جاتی ہیں۔ بعد میں جلد چھلکر پپڑیوں اور بدبودار اِخراج سے ڈھک جاتی ہے۔ بلند تپ، البیومین بولیت، قے، اور اسہال ہوتے ہیں، اور دو تین ہفتوں کے اندر عموماً مریض کوما زدہ ہو کر مرجاتا ہے۔ لیکن چند مریض شفایاب بھی ہوئے ہیں۔

غالباً وہ دونیقیہ (diplococcus) جسے ڈیمّی (Demme)، بُلوشؔس (Bulloch) اور دوسروں نے پھپھولوں کے اندر سے جُدا کیا، مُسَبّب مرض عضویہ ہے۔

علاج۔ ہلکے دافع عفونت لاسقات کے ذریعہ جلد کا تکمیہ کرنا چاہیئے، اور اگر ممکن ہو تو بورک ایسڈ کے غسل دینے چاہئیں۔ صرف کونین ہی ایک ایسی دوا ہے جو کوئی مفید اثر رکھتی ہے، اور اُسے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہیئے۔

عام داء الفقاع

(pemphigus vulgaris)

علامات۔ مرض کا امر عموماً کسیقدر مزمن ہوتا ہے۔ بعض اشخاص میں ثوران سے پہلے جاڑا، متلی، یا تپ ہو سکتی ہے۔ پھر بدن کے ایک نہ ایک حصّے میں پھپھولے نمودار ہوتے ہیں۔ یہ ابتداءً چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں مگر بتدریج جسامت میں بڑھ کر تناؤدار، نیم کروی ہو جاتے ہیں؛ اور انکا مافیہ صاف زرد یا کسیقدر گندلا ہوتا ہے۔ یہ سیّال البیومینی متصل ہوتا ہے، اور گندلاپن سپید خلیوں کی موجودگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ چھالے کے گرد کی جلد پہلے بالکل طبعی ہوتی ہے،

لیکن کچھ عرصہ بعد ایک تنگ گلابی ہالیزہ پیدا ہوجاتا ہے، جو سیال کی عمیقیت کی مقدار کے لحاظ سے بڑھتا جاتا ہے۔ چند روز کے بعد یہ سیال جذب ہوجاتا ہے، یا چھالا پھوٹ کر اپنے قاعدے کے پاس تک سکڑ جاتا ہے۔ ازاں بعد وہ اس تمام سے اُتر کر گر جاتا ہے، اور ایک نشان باقی رہ جاتا ہے جو مشرب اور بعد میں کسیقدر ملوّن ہوتا ہے گو کُندبی شاذ ہی ہوتا ہے یا کبھی نہیں ہوتا۔ بعض اوقات اس چھالے کے اندر پیپ یا خون ہوتا ہے، اور اُسکے پھوٹنے کے بعد قاعدہ زرد لمعہ سے ڈھکا ہوا ہوسکتا ہے، یا ایک خشیشہ بن سکتا ہے۔

ایک صابت میں پھپولوں کی تعداد بہت مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایک شخص میں چند ہی پھپولے ہوں، یا جسم کے مختلف حصّوں میں جُدا جُدا پھپولے ہوں یا ممکن ہے کہ ساری سطح گنجان پھپولوں سے پٹی ہوئی ہو، جو یکے بعد دیگرے فصلوں میں نکل آتے ہیں، اور ہر فصل چند روز ہی قایم رہتی ہے گر مرض ہفتوں اور مہینوں تک جاری رہتا ہے۔ جسم کا تقریباً ہر حصہ ماؤف ہوسکتا ہے، اگر بال دار جلد الراس سب سے کم۔ یہ مرض منہ، ناک، بلعوم، حنجرہ، اور فرج کی مخاطی جھلی کو ماؤف کرکے کچے الیم رقبے پیدا کرسکتا ہے، جو بعض اوقات خناق وبائی آسا جھلی سے ڈھکے ہوئے ہوسکتے ہیں۔ ملتحمہ پر بھی اسکا حملہ ہوسکتا ہے، جس سے ملتحمہ کا انقباض (خود روش کرنا= "essential shrinking") ہو کر ملتحمی ناچہ کا التصاق اور بالآخر کوری پیدا ہوسکتی ہے۔

بیئنی اختلال کی مقدار ثوران کی وسعت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ جب ثوران محدود ہوتا ہے تو عام صحت عموماً برقرار رہتی ہے، لیکن عمومی اصابتوں میں شدید درد، انبطاح، معتدل درجہ کی تپ، اور بعض اوقات قے اور اسہال ہوتا ہے۔ مریض کا منظر قابلِ رحم ہوتا ہے، اور جب غذی مخاطی جھلی ماؤف ہوتی ہے تو بلع غذا ایک سے شدید درد ہوتا ہے۔ بیخوابی ایک مستقل علامت ہوتی ہے، اور بدنصیب بیمار بالکل خستہ ہوجاتا ہے، اور بالآخر اُسپر ایک مرتعش مدہوشی کی حالت طاری ہوجاتی ہے، جو موت کا پیش خیمہ ہوتی ہے۔

امراضیات۔ پھپولے سیال کے انصباب کی وجہ سے بنتے ہیں جو بعض اوقات

قرنی تہ کے نیچے' اور بعض اوقات ساری بر جلد کے نیچے جمع ہوجاتا ہے۔ اس سیال میں ابتداً کثیر التعداد ایوسین پسند جسیمات موجود ہوتے ہیں' اور بعد میں یہ سپید خلیوں کی کثرت کی وجہ سے جو ثانوی نیتجی علی تلویث کے باعث پیدا ہوجاتی ہے' کدّر ہوجاتا ہے۔ جلد کی خلیمی تہ میں التہاب کے ساتھ سپید خلیوں کی دررسیش پائی جاتی ہے' جنمیں سے بہت سے ایوسین پسند خلیے ہوتے ہیں' اور اکثر خون میں بھی ایوسین پسند خلیوں کی نمایاں کثرت ہوتی ہے۔ بعد الممات امتحانات سے احشار کے اندر کوئی مستمر مرضی تغیرات نہیں ظاہر ہوتے۔

اسباب۔ اگرچہ اصلی داء القفاع بچپن سے لیکر بوڑھاپے تک ہوسکتا ہے' تاہم شاید وہ اکثر اوقات چالیس اور پچاس سال کی عمروں کے درمیان دیکھا جاتا ہے۔ دونوں صنفیں تقریباً مساوی طور پر متاثر ہوتی ہیں۔ یہودی نسل خاص طور پر اسکی استعداد رکھتی ہے' حالانکہ نملہ شکل التہاب جلد کے متعلق یہ قول صحیح نہیں ہے۔ یہ عام طور پر باور کیا جاتا ہے کہ مرض ایک نوعی سرایت کے باعث ہوتا ہے' اور مختلف مشاہدین نے مختلف قسم کے خرد عضویات بیان کئے ہیں اور انکو مسبّب تصور کیا ہے۔ ویلش (Welsh) نے حال ہی میں ۷ اصابتوں میں مکمل جرثومیاتی تفتیشات انجام دی ہیں' اور اسکا ادعا ہے کہ اس نے نبقہ سبحیہ کی ایک نوعی نسل تفرید کی ہے' جسے اس نے افعی بلعوم سے تمام اصابتوں میں' خون سے پانچ میں' اور چھالے کے سیال سے صرف ایک مرتبہ حاصل کیا۔ یہ عضویہ کثیر الاشکال اور گرام مثبت ہوتا ہے۔

یورباش (Urbach) اور وولفرام (Wolfram) نے داء القفاع اور نملہ شکل التہاب جلد کی کئی اصابتوں میں چھپولوں یا دموی مصل کے تقطیر شدہ مافیہا کی زیر جلدی تطعیم خرگوشوں میں کرکے دماغی نخاعی سحائی التہاب پیدا کیا ہے۔ ان حیوانات کو شلل یا تشنج استرخا ہوگیا۔ دماغ کا مقطر استعمال کرتے' خرگوش بہ خرگوش منتقل عمل میں لائی گئی۔ یہ تجربات' جو کہ توثیق طلب ہیں' بتلاتے ہیں کہ داء القفاع اور نملہ شکل التہاب جلد ایک نوعی تقطیر پذیر تسمم کے باعث ہیں۔

تشخیص۔ اصلی داء القفاع کا بنیادی ضرر چھپولا ہے' لہذا تشخیص عموماً

مشکل نہیں ہوتی۔ کثیرالاشکال احمرار (erythema multiforme) کی پھپولے دار قسم سے خلط ملط پیدا ہوسکتا ہے، لیکن اس حالت میں منتخب مقامات حادّ حمرۂ اور تمثیلی احمراری چکتیوں کی موجودگی اُسے اصلی داء الفقاع سے ممیز کرنے کے لئے کافی ہونگے۔ نملہ شکل التہاب جلد (dermatitis herpetiformis) اپنی پھپولے دار ہئیت میں داء الفقاع سے تشخیص کرنے میں دقت پیش کر سکتا ہے، لیکن بالآخر بثورا اور چھوٹے آبلوں کا ظہور، اضرار کی نملہ شکل گروہ بندی، اور شدید کھجلی تشخیص کو صاف کر دیگی۔ بہرا آدمی اپخاشہ جا بی (epidermolysis bullosa) دباؤ اور رگڑ کے مقامات پر پھپولوں کے تحیّز، اور سرگذشت مرض سے شناخت کیا جا سکتا ہے۔ پھپولے دار حصف (bullous impetigo) کے ساتھ خلط ملط نہیں واقع ہونا چاہیے۔ جلد یا بدیر وہ منظر جو کہ "نکولسکی (Nikolsky) کی امارت" کے نام سے موسوم ہے پایا جاتا ہے، اور وہ یہ ہے کہ انگلی کا مضبوط دباؤ ڈالنے سے طبقہ قرنیہ جدا ہو جاتا ہے۔ علاوہ ازیں دباؤ کے مقام پر پھپولا نمودار ہو جاتا ہے یہ امارت داء الفقاع برگی میں اور برادی ارغاجابی میں بھی پائی جاتی ہے۔

960

اِنذار۔ غالباً داء الفقاع ہمیشہ ہلاک ہوتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ مریض برسوں زندہ رہیں، اور ایسے وقفے گذاریں جنہیں توران سے بچے رہیں۔ ہائمن (Highman) کی تجزیہ کردہ تیس اصابتوں میں ہر اصابت میں مہلک اختتام پایا گیا۔

علاج۔ براہ دہن سنکھیا کا استعمال ممکن ہے مرض کو کسی حد تک قابو میں لے آئے، لیکن یہ اتنا موثر نہیں ہوتا جتنا کہ نملہ شکل التہاب جلد میں۔ ایک آمیزہ بھی، جو کونین (quinine) اور ہیگزامین (hexamine) پر مشتمل ہو، بعض اصابتوں میں مفید ثابت ہوا ہے۔ کونین (۵ء۰ فیصدی) اور سٹوورسان کے محلول کے دروں وریدی اشرابات سے عارضی طور پر اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اس طریقہ سے بھی کامیابی حاصل ہونے کا ادعا کیا گیا ہے کہ جسمیں آئرن کیکوڈائلیٹ (iron cacodylate) ایک گرین کی مقدار کے دروں وریدی اشرابات اور اسکے ساتھ کوگولین (coagulen) (۵ء۰ سی سی) کے دروں عضلی اشرابات، ہفتہ میں تین مرتبہ

دیے جاتے ہیں۔ حال ہی میں ایک نئی تجویز یعنی جرمنین (germanin) (Bayer) وسیع طور پر استعمال کیگئی ہے، خاص طور پر براعظم یورپ میں۔ بحیثیت مجموعی درج شدہ نتائج نہایت ہی سازگار رہے ہیں، الا ان مریضوں میں جنمیں مرقی آتی یا تھا۔ جس مقدار کا مشورہ دیا جاتا ہے وہ ۰.۵ گرام سے لیکر ایک گرام ہے جو دروں وریدی طور پر ہر ۳ تا ۴ روز کے بعد دیجائے۔ سمی علامات، مثلاً البیومن بولیت اور یرقان کے لئے نگاہ رکھنا چاہئے۔ ذاتی دموی علاج اور موزوں معطی سے نقل الدم بعض اوقات نمایاں عارضی اصلاح واقع کر دیتے ہیں، لیکن علاج کے ہر دوسرے معلوم طریقے کی نسبت جرمنین سے زیادہ مستقل نتائج حاصل ہونے کی امید ہے۔

مقامی علاج یہ ہے کہ بورک ایسڈ کے غسلوں، ہلکے دافع عفونت ذرادوں اور سفوفوں، وغیرہ کے ذریعہ سے جلد کو حتی الامکان صاف اور بآرام رکھا جائے۔ جب فمی مخاطی جھلی ماؤف ہو تو کوکین اور کاربولک ایسڈ شامل رکھنے والے لوزینجوں سے درد میں تخفیف ہوتی ہے۔ انتہائی درجوں میں مارفیا (morphia) آزادانہ طور پر دینا چاہئے۔

برگی داء الفقاع (pemphigus foliaceus)۔ یہ داء الفقاع کی ایک نہایت شاذ اور مہلک قسم ہے، جسمیں بتدریج جسم کی ساری سطح ماؤف ہوجاتی ہے۔ چھالے ڈھیلے اور چپٹے ہوتے ہیں، اور تنے ہوئے اور نیم کروی کبھی نہیں ہوتے۔ انکا مافیہ گدلا ہوتا ہے اور جب یہ خارج ہوجاتا ہے تو ایک ملتہب اور منسج سطح باقی رہ جاتی ہے۔ اس سے پھپولوں کے باقیات چپکے ہوئے رہ کر پتلی پپڑیاں یا چھالے بنا دیتے ہیں، جنکی زیریں سطح بدبودار افراز کی وجہ سے تر رہتی ہے۔ اگر ان کھالوں کو نکالدیا جائے تو ایک سرخ، کچی، افرازی سطح باقی رہ جاتی ہے، جو سرخ ایکزیما (eczema rubrum) سے مشابہ ہوتی ہے۔ جب ساری سطح ماؤف ہوتی ہے تو وہ بیشتر چپکی ہوئی برجلد سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جسکے ساتھ تھوڑے تھوڑے فاصلوں سے کچی چکتیاں ہوتی ہیں۔ ایسی صورت میں بھی پھپولوں کی موجودگی کا مشاہدہ کرنا آسان نہیں ہوتا، کیونکہ وہ موجودہ برجلد کے نیچے بن بن کر جلد ہی پھوٹ

جلتے ہیں۔ مریض مرض آہستہ ہوتا ہے جسمیں فترات اور نکس ہوتے رہتے ہیں، اور ممکن ہے بعض مقامات پر جلد کا اندمال ہوتا ہے۔ لیکن بالآخر یہ مرض خستگی یا ہین رومرض کی وجہ سے مہلک ہوتا ہے۔

نباتی داء الفقاع (pemphigus vegetans) ایک دوسری شاذ قسم ہے، جسمیں منہ پہلے ماؤف ہوتا ہے۔ پھر جلد پر معمولی قسم کے پھپولے بنجاتے ہیں، متقرح ہوتے ہیں، اور طویل مدت تک غیر مندمل رہتے ہیں۔ اِن کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ تر مقامات، مثلاً بغلوں، جنگاسوں، اور الوی شکنوں پر ٹوٹے ہوئے چھالوں کے مقام پر متفطر حلیمی بالیدیں بنجاتی ہیں، جو سطح سے ½ - ¾ انچ اوپر ابھری ہوئی ہوتی ہیں، اور ایک بدبودار مخاطی قیحی سیال کا افراز کرتی ہیں۔ شدید انبطاح طاری ہوجاتا ہے، اور یہ اصابتیں بلاکت پر ختم ہوتی ہیں۔ مقامی دافع عفونت لاسقات سے کچھ تسکین حاصل ہوسکتی ہے۔ بہت سے مشاہدین نے اضرار سے عصیہ ریم ازرق تفریق کیا ہے، اور اغلب ہے کہ یہ مرض اصلی داء الفقاع ہے جو اِس عضویہ سے ثانوی طور پر پیچیدہ ہوگیا ہے۔

بشرادمی استرخاء حبابی (epidermolysis bullosa) - یہ ایک نہایت شاذ خلقی اور موروثی مرض ہے، جسمیں جلد ضربہ کے لئے غیر معمولی طور پر حس پذیر ہوجاتی ہے، چنانچہ خفیف سی میکانی چوٹوں تک سے اُسمیں پھپولے پیدا ہوجاتے ہیں۔ اِسکی دو قسمیں تسلیم کیجاتی ہیں۔ سادہ اور سوء تغذیتی، اور آخر الذکر کو تین گروہوں میں ذیلی طور پر تقسیم کیا جا سکتا ہے، جنمیں سے ہر ایک گروہ مختلف طریقہ سے ورثہ میں منتقل ہوتا ہے، اور جنکے سریری مظاہر میں اختلافات پائے جاتے ہیں (54)۔ سادہ قسم میں پھپولے بدبہ چھوڑے بغیر مندمل ہوجاتے ہیں اور صرف جلد ماؤف ہوتی ہے۔ سوء تغذیتی قسم میں ممکن ہے غشاء مخاطی بھی ماؤف ہوجائے، اور اندباب واقع ہوتا ہے۔ یہ فرق اس مقام پر منحصر ہے کہ جس پر پھپولے بنتے ہیں۔ سادہ قسم میں یہ برادمہ میں ہوتا ہے، خواہ طبقہ قرنیہ میں یا شبکیہ میں، اور دوسری قسم میں برادمہ اور بالائی ادمہ کے درمیان۔

وہ مریض جو سادہ قسم میں مبتلا ہوتے ہیں، بالعموم باقی ہر طرح سے طبعی ہوتے

ہیں اور انکے دانتوں بالوں اور ناخنوں میں کوئی نقص نہیں ہوتا۔ پھپھولوں کی تکوین ابتدائی بچپن کے زمانہ تک تاخیر پذیر ہوجاتی ہے، اور شیر خواری کے زمانہ میں شاذ ہے۔ وہ ان مقامات پر ہوتے ہیں جو تضرر کے لئے منکشف ہوتے ہیں مثلاً ہاتھ اور پاؤں، اور جہاں موزہ بندوں (garters) پتلون کے تسمول (suspenders) یا پیٹیوں سے دباؤ پڑتا ہے۔ یہ رجحان بلوغ پر یا بلوغ کے بعد بسا اوقات کم ہوجاتا، یا زائل ہوجاتا ہے۔

سوء تغذیتی قسم میں (جسکی ایک غالب اور ایک مغلوب قسم ہے، اور آخرالذکر زیادہ شدید ہے) پھپھولے ولادت پر یا اسکے بہت جلد بعد موجود ہوتے ہیں، اور دانتوں، بالوں، ناخنوں، اور اغشیہ مخاطی کو ماؤف کرنے والے دوسرے بروں ادمی نقائص پائے جاتے ہیں، خاصکر مغلوب اصابتوں میں پھپھولے ممکن ہے نزفی ہوں، اندماب شدید ہوتا ہے، اور ایک ممیز خاصہ ذیولی جلدی دخنی دویروں کی موجودگی ہے۔ سادہ اور سوء تغذیتی دونوں اقسام میں ہتھیلیوں اور تلووں کی کثرت عرق (hyperidrosis) ایک عام متلازم علامت ہے۔

بحث اسباب - یہ فساد موروثی اور خاندانی ہے، اور بہت سے متاثرہ خاندانوں کی تفصیلات بیان کیگئی ہیں (54)۔ جلد کی لچکدار بافت کی قلت کو پھپھولوں کی تکوین کا حقیقی سبب گردانا گیا ہے، لیکن بعض اصابتوں میں لچکدار ریشوں میں کوئی تغیر نہیں پایا گیا۔ ایک دوسرا نظریہ یہ ہے کہ یہ تحول کی ایک فطری خطا کے باعث ہوتا ہے جسکا مقابلہ خلقی بار فرزی (porphyrinuria congenita) سے کیا جا سکتا ہے۔ کوئی علاج فائدہ مند نہیں ہوتا، الا یہ کہ ضرر سے حفاظت حتی الامکان یقینی کر دینی چاہئے۔ پھپھولے جب بنجائیں تو خفیف دافع عفونت لئی کے ذریعہ انکا تکسیہ کر دینا چاہئے۔

جلد کی بیش قرنیتیں

(HYPERKERATOSES OF THE SKIN)

کنوب اور سمکات

(callosities and corns)

یہ رگڑ اور دباؤ سے پیدا ہوجاتے ہیں۔

کنبہ (callosity) دراصل بر جلد کی قرنی تہ کی بیش پرورش ہے، جو پاؤں کے انگوٹھے کی گدی پر، ایڑی پر، مزدوروں، چپّو چلانے والوں اور دوسرے لوگوں کے ہاتھوں پر، ولایتی سارنگی وغیرہ بجانے والوں کی انگلیوں کے سروں پر عام طور پر دیکھی جاتی ہے۔

سمکہ (corn) (عزن = clavus) بر جلد کی ایک مقامی دبازت ہے، جس سے ایک مخروطی زیر بالیدگی پیدا ہوجاتی ہے، جو زیر اُفتادہ خلیات پر دباؤ ڈالکر انھیں مذبول، اور گرداگرد کے خلیات میں التہاب اور بیش پرورش پیدا کردیتی ہے۔ جیسا کہ عام طور پر معلوم ہے سمکات پاؤں کی انگلیوں پر، خاصکر چھوٹی اُنگلی کے بیرونی جانب، اور دوسری انگلیوں کی پشت اور اطراف پر عام ہیں۔ سمکہ کا درد زیادہ تر اسوجہ سے ہوتا ہے کہ وہ چھوٹی ڈانٹ نیچے اُدمہ پر دباؤ ڈالتی ہے، لیکن اکثر ٹیس خود بخود پیدا ہوجاتی ہے۔ جب سمکہ انگلیوں کے درمیان واقع ہوا اور اسے متواتر تر رکھا جائے تو دبازت کم نمایاں ہوتی ہے، لیکن التہاب زیادہ صریح، اور وہ حصہ اکثر نہایت آلیم ہوتا ہے (نرم سمکہ = soft corn)۔ کبھی کبھی سمکات ملتہب اور متقرح ہوجاتے ہیں، یا سمکہ کے نیچے ایک کیسہ یا ذرجکہ بنجاتی ہے، اور اسطرح ایک شلجمیہ (bunion) پیدا ہوجاتا ہے۔

علاج۔ مناسب شکل و وضع کے جوتے استعمال کرنے سے ممکن ہے کہ سمکات اچھے ہوجائیں، یا تقریباً بالکل نہونے پائیں۔ مثلاً پاؤں کے تلوے کے

برابر یا اُس سے کسیقدر بڑا ہونا چاہئے اسوقت جبکہ کھڑے ہونے کی وضع میں تن کا سارا وزن اُسپر پڑنے سے وہ خاص صورت کا بنجائے ۔ اگر جوتے کا تلا پاؤں کے تلوے کی نسبت تنگ ہو تو اوپر کا چمڑا حرکت کرنے میں پاؤں کی کور سے بالکل لگا ہوا رہیگا اور نتیجہ یہ ہوگا کہ اُسپر ہمیشہ رگڑ ہوتی رہے گی ۔ تلوے کی اندرونی کور سیدھی ہونی چاہئے' اور نوکدار جوتوں سے سخت پرہیز کرنا چاہئے ۔ اگر سمکات بگڑے ہوں تو انھیں گرم پانی میں بھگو کر ایک تیز چاقو یا اُسترے سے چھیل دینا چاہئے اس وقت سوکھی سپید ڈانٹ ٹیکی جسے نکال دیا جاسکتا ہے ۔ پھر ایک سمکی لصقہ (corn plaster) لپیٹا جاسکتا ہے' یا اُس انگلی پر محض ایک اچھے سے کتانی لصقہ (linen plaster) کی بندکشی کیجاسکتی ہے ۔ اور اسکے ساتھ مناسب طور پر بنے ہوئے جوتے ہوں تو رگڑ کم ہو کر آفل رہ جائیگی ۔ نرم سمکات (soft corns) کو احتیاط کے ساتھ چھیلکر اُنگلیوں کے درمیان نرم روئی رکھدیجائے یا سکو کے نیچے تنگ بندکشی کے ایک دو چکر لپیٹ دئے جائیں تو اُنپر دباؤ نہیں پڑنے پائیگا ۔ دبا زرت یا فتہ جلد سیلی سلک ایسڈ' ۵ فیصدی طاقت کے مرہم' یا پلستر کی صورت میں' یا کلوڈیمن کے اندر محلول (ایک ڈرام ایک اونس کے اندر) کی صورت میں لگانے سے بھی نکالی جاسکتی ہے ۔ پھٹکری یا ٹینک ایسڈ (tannic acid) کے غسولات کے استعمال سے الیم حصے کو فائدہ ہوسکتا ہے لیکن تمام اصابتوں میں مستقل آرام حاصل کرنے کا واحد ذریعہ یہی ہے کہ کافی چوڑے پنجے والے جوتے استعمال کئے جائیں' جنکا تلا چوڑا اور ایڑی نیچی ہو ۔

962

قرنیت

(keratosis)

قرنیت ' یعنے برجلد کی قرنی تہ کی زیادتی' التہاب جلد کی متذکرہ بالا بیشتر اقسام' مثلاً صدفیہ (psoriasis)' مزمن اکزیما' اور سرخ شعری تخیل (pityriasis rubra pilaris) ' کا ایک اہم اور ضروری جزو ہے ۔ قرنی تہہ کی زیادتی سم الفاری تسمم (arsenical poisoning) سے بھی پیدا ہوجاتی ہے ۔

ایک شاذ پیدائشی مرض، جسمیں ہتھیلیوں اور تلووں کی قرنی تہ کی کثرت بیش پرورش واقع ہو جاتی ہے، مراحی و اخمصی قرنیت یا تخن (keratosis or tylosis palmaris et plantaris) ۔ یہ کئی پشتوں میں اور ایک ہی خاندان کے اراکین میں واقع ہو سکتا ہے۔

قرنیت شعری

(keratosis pilaris)

یہ حالت اپنی سادہ ترشکل میں نہایت عام ہے، اور اسکو غضبیت کی ایک جزائی قسم شمار کیا جا سکتا ہے، مزید برآں اس غیر طبعی حالت میں یہ ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ جیسا کہ غضبیت میں ہوتا ہے، جلد کے ماؤف شدہ حصے وہ ہوتے ہیں جنمیں دہنی اور عرقی غدد طبعاً کم نمو یافتہ اور کم فعال ہوتے ہیں، اور جو اس بنا پر زیادہ خشک ہوتے ہیں، یعنی جوارح کی باسط سطحات، پنڈلیاں، کوکھیں اور رانوں کے بیرونی حصے۔ بالعموم یہ بالائی بازوؤں کے باسط رخوں پر اور ٹانگوں کے عقبی جانبی حصوں پر گھٹنوں کے نیچے سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ افزار جرابی بتور پر مشتمل ہوتے ہیں، جو جرابوں کے فیوں میں قرنی مخروطات کی موجودگی کے باعث ہوتے ہیں، جو نہایت ہی منضم ہوتے ہیں۔ زغب مذبول ہوتے ہیں اور مرغولی طرز پر گنڈلی مارے ہوئے مخروطات میں سے گزرتے ہیں متاثرہ رقبوں کا رنگ ممکن ہے طبعی ہو، لیکن قرنیت شعری بسا اوقات جوارحی نزاق والی لڑکیوں میں دیکھی جاتی ہے۔ ان میں بالعموم بالائی بازوؤں رانوں اور ٹانگوں پر زیر جلدی شحم کی افراط پائی جاتی ہے، اور دوران کی رکود کی وجہ سے ان حصوں کی جلد، خاص طور پر باسط سطحات پر، نیلی سی سُرخ ہوتی ہے، اور قرنی مسامات سے بیٹی ہوئی ہوتی ہے، جن میں سے ہر ایک کے گرد ایک نیلا سا ہالہ ہوتا ہے۔

قرنیت شعری کسی بھی عمر میں (۲ یا ۳ سال) واقع ہو سکتی ہے، لیکن ریعان میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے، اور بالغ زندگی میں کم یا غائب

ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ متاثرہ جرابوں میں ذہنی غدد اور زغب آخرکار بالکل مذبول ہوجاتے ہیں، اور اضرار کی جگہ نقطہ نما ندبات لے لیتے ہیں۔

بحث اسباب۔ غضبت کی طرح، یہ حالت خلقی اور خاندانی ہوتی ہے، اور فطری فاتر قرنیتوں کی بدرجہا سب سے زیادہ عام قسم ہے۔

علاج۔ نجیزند۔ ایسڈ سیلی سلسائی (acidi salicylici) ۱۵ — ۲۵ گرین، گلیسرنائی ایملائی (glycerini amyli) $\frac{1}{2}$ ۲ ڈرام، پیراف مال البب (paraff moll. alb.) $\frac{1}{2}$ ۲ ڈرام، ایڈیپ لینی ہائڈ (adip lanæ hyd.) تابجہ ایک اونس کی اچھی طرح تمریخ کرنے سے جلد کے کھردرے منظر اور ساخت میں اصلاح ہوجائیگی۔ غدہ درقیہ، جسکے ہمراہ فعال مبیضی خلاصہ ہو یا نہ ہو، بعض اصابتوں میں ضروری ہوتا ہے۔

قرنیت شعری ذبولی (keratosis pilaris atrophicans)

قرنیت شعری گلگونی ذبولی (keratose pilaire rouge atrophiante) (Brocq)؛ نذبی احمرار حاجبین نما (ulerythema ophryogenes) (Taenzer)۔ قرنیت کی ایک زیادہ شدید شکل کو مختلف مشاہدین نے مختلف نام دیے ہیں۔ یہ ابروؤں، بالخصوص انکے بیرونی نصفوں، پیشانی کے مرکز، گالوں، اور جلدالراس کو ماؤف کرتی ہے۔ متاثرہ حصے سرخی مائل جھلک ظاہر کرتے ہیں؛ اور اصام شدہ یا مذبول شدہ جرابی دہنوں کے گردش دمویت کا ہالہ پایا جاتا ہے۔ شدید اصابتوں میں جلدالراس تقریباً مکمل طور پر گنجی ہوجاتی ہے، اور ابرو اور پلکیں ضائع ہوجاتی ہیں۔

بحث اسباب۔ غضبت کی معمولی قسم اور سادہ قرنیت شعری کی طرح، یہ حالت خلقی اور بسا اوقات خاندانی ہوتی ہے۔ ایسی اصابتیں درج کیگئی ہیں جنمیں والدیا والدہ غضبتی تھی۔

قرنیت جرابی (keratosis follicularis) (ڈیریر کا مرض

Darier's disease —)۔ یہ شاذ حالت، جسے ڈیریر نے ۱۸۸۹ء میں پہلے پہل بیان کیا تھا، فاتر قرنیت کی ایک قسم ہے جسکا ممیز خاصہ سرطلی خلیات کا ایک عجیب قسم کا انحطاط ہے، جو شعری دہنی جرابوں کے اور عرقی قناتوں کے بالائی ثلث میں خاص طور پر واقع ہوتا ہے۔ اسی قسم کا خلوی انحطاط، بھٹنی کے مرض پیجٹ (Paget's

968

disease of the nipple) اور نام نہاد بوون کے پیش سرطانی داء الجلد (pre-cancerous dermatosis of Bowen) میں بھی دیکھا جاتا ہے ۔ مختصراً اہم اضرار بثور ہوتے ہیں، جو بھوری سی پپڑیوں سے ڈھکے ہوئے، اور شعری دہنی جرابوں اور عرقی فناتوں کے متسع دہنوں، اور درمیان کی جلد پہ واقع ہوتے ہیں ۔ یہ پپڑیاں ملتفی ہونے، اور بردقی چکتیاں بنانے کا رجحان رکھتی ہیں ۔ شکنوں اور مفصلی تعریجات میں ممکن ہے روئیدگیاں ہوں، جو تر ہو جاتی ہیں، اکثر اوقات نوبتی طور پر، اور بدبو پیدا کرتی ہیں ۔

باستثناء ان شاذ مثالوں کے جنہیں توزان یک جانبی ہوتا ہے، اور فلقی توزیع رکھتا ہے اسی طرح جس طرح کہ وحمہ یک جانبی (nævus unius lateralis)، اضرار دو جانبی طور پر متشاکل ہوتے ہیں، اور انتخابی مقامات چہرہ، بالخصوص کنپٹیاں اور انفی شفوی شکن، جلد الراس، اذنی صدفات، پیش قفصی اور بین لتفی خطے، کمر کا خط، اور مفصلی تعریجات ہوتی ہیں، لیکن دوسرے حصے بھی متاثر ہو سکتے ہیں ۔ جوارح کی ظہری سطحات پر چپٹے ثولولات سے ملتے جلتے اضرار موجود ہو سکتے ہیں، اور بسا اوقات ہتھیلیوں اور تلووں پر نقطہ دار قرنیت پائی جاتی ہے ۔ منہ کے اغشیہ مخاطی، بشمول زبان، بلعوم، مری، اور معاء مستقیم کے ماؤف ہو سکتے ہیں ۔

بالعموم یہ مرض ابتدائے عمر میں پہلے پہل نمودار ہوتا ہے، لیکن اس کا آغاز ادھیڑ عمر یا اس سے بھی بعد تک تاخیر پذیر ہو سکتا ہے ۔ کچھ مدت تک بسرعت ترقی کرتا ہے، اور اسکے بعد ٹھہرا ہوا رہتا ہے ۔

بحثِ اسباب ۔ یہ تقریباً ۵۰ فیصدی اصابتوں میں خاندانی اور موروثی ہوتا ہے، اور دو یا زیادہ پشتوں میں نمودار ہوتا ہے ۔ دوسرے نقائص طبیعی اور ذہنی، اسکے ساتھ موجود ہو سکتے ہیں ۔

مرضی تشریح ۔ بیش قرنیت، اور شبکہ ملپیجیائی کی بیش پروردگی ہوتی ہے ۔ ممیز فاترقرنیتی خلیات ("گول اجسام" اور "دانے") جنکو ڈیریر نے پہلے پہل غلطی سے طفیلی جرثومے (psorosperms) سمجھا، شبکہ اور طبقۂ قرنیہ

میں دیکھے جاتے ہیں۔
علاج۔ ایسے مرہم یالیثیں جو قرن پاشس ادویہ، مثلاً سیلی سلک ایسڈاؤ ریسارسن (resorcin) پر مشتمل ہوں، مفید ہوتی ہیں۔ لاشعاعوں کے حافظاً استعمال سے، اور اس سے بھی قریبی زمانہ میں گرینز شعاعوں (Grenz-rays) سے نمایاں اصلاح پیدا کیگئی ہے۔

جلدی قرنہ

(cornu cutaneum)

شاذ اصابتوں میں سینگ کی بالیدگیاں، بعض اوقات کئی انچ لمبی، اور عموماً پیچدار یا خمیدہ دیکھنے میں آئی ہیں۔ عموماً یہ منفرد ہوتی ہیں۔ یہ مجتمع برجلدی تہوں پر مشتمل ہوتی ہیں جو بیش پروردہ حلیمات کے قاعدے پر ہوتی ہیں۔
علاج یہ ہے کہ انکا استیصال کرکے انکے قاعدہ کو تلف کردیا جائے۔

غضبت الجلد

(ichthyosis)

غضبت الجلد کی اصطلاح کئی ایک مختلف حالتوں کو یکجا کرنے کیلئے غیر موزوں طور پر استعمال کیگئی ہے جو سب کی سب خلقی فاترقرنیتیں شمار کیجاسکتی ہیں، لیکن جو توزیع، شدت، اور طرز وراثت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں (54)۔ یہاں صرف عام شکل (غضبت عام، سادہ یا لامعہ ichthyosis vulgaris, simplex or nitida) بیان کی جائیگی۔ اس حالت میں جلد غیر طبعی طور پر خشک اور چھلکوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جنکی جسامت غیر طبعی حالت کی شدت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ خاص طور پر متاثرہ حصے وہ ہوتے ہیں جن میں دہنی اور عرقی غدد طبعاً کمترین فعال ہوتے ہیں، یعنی جوارح کی باسط سطحات، خاص طور پر کہنیاں اور گھٹنے، اور کم حد تک دھڑ، چہرہ، جلد الراس اور جوارح۔ اسکے برعکس مفصلی تعریجات اور قدرتی شکن بمشکل متاثر ہوتے ہیں

یا بالکل متاثر نہیں ہوتے۔ ہتھیلیوں اور تلووں کا بالعموم ممیز منظر ہوتا ہے اسطرح کہ
باریک تر خطوط محو ہو جاتے ہیں اور عمیق تر خطوط زیادہ مبالغہ آمیز ہو جاتے ہیں۔
ناخن خشک اور بھربھرے ہوتے ہیں، جلد الراس چھلکے دار ہوتی ہے، اور بال پتلے
اور بے چمک ہوتے ہیں۔ جیسا کہ توقع کیجا سکتی ہے متاثرہ رقبوں پر دہن اور
پسینہ کا افراز قلیل ہوتا ہے، اور بہت سے غضبتی زوردار ورزش کے دوران
میں پسینہ نہ آسکنے کی وجہ سے بہت تکلیف اٹھاتے ہیں۔ مزید برآں شحم کا فقدان
غضبتی جلد کو شحم رُبا عوامل، مثلاً قلوی صابنوں، سوڈا اور بھاری پانی کے
فعل کے لئے نہایت اثر پذیر بنا دیتا ہے، چنانچہ ہاتھوں اور ہتھیلیوں کا پھٹنا، انشقاق
اور اکزیمائیت ان موضوعوں میں نہایت عام ہوتی ہے۔

964

اگرچہ غضبت، ولادت کے موقعہ پر نظر نہیں آتی، تاہم بالعموم یہ ابتدائی
زندگی میں اپنے آپ کو ظاہر کر دیتی ہے، اور تقریباً ۱۰ سال کی عمر تک زیادہ نمایاں
ہوتی جاتی ہے۔ ممکن ہے زمانہ بلوغ میں کچھ اصلاح ہو جائے، لیکن یہ تمام عمر باقی
رہتی ہے۔ بسا اوقات اسکے ہمراہ حساسیتی ثلاثہ علامات یعنی رضیعی اکزیما، جستیر کا
کا حکاک، اور دمہ پایا جاتا ہے۔ کاکین (Cockayne) یہ رائے دیتا ہے کہ غضبت،
اور ان حساسیتی علامات کا امکان، جداگانہ ارثی عوامل کی وجہ سے ہوتا ہے جو
اُسی لونی جسم میں پڑے ہوتے ہیں، اور یہ کہ انکے درمیان مرابطہ ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ قرنی تہ دبیز ہو جاتی ہے اور شبکہ ملپیجیائی پتلا ہو جاتا
ہے۔ طبقہ ذراتی کم یا مفقود ہوتا ہے۔ دہنی غدد بہت تھوڑے اور چھوٹے
ہوتے ہیں، لیکن ناصبات الشعر بیش پروردہ ہوتے ہیں۔ عرقی غدد اور قناتوں
میں مختلف تغیرات بیان کئے گئے ہیں۔

بحث اسباب۔ غضبت موروثی اور خاندانی ہوتی ہے، لیکن اکثر
ایک پشت کو بیچ میں سے چھوڑ دیتی ہے، اور واحد اصابتیں پائی جاتی ہیں۔
اساسی تحولی شرح کے مطالعہ سے ناقص درقیت تو ظاہر نہیں ہوئی، لیکن خلاصہ
درقیہ کا علاجی فائدہ ناقابل تردید ہے۔

علاج۔ قلوی صابنوں اور دیگر شحم رُبا عوامل سے پرہیز کرنا چاہئے۔

ایک ایسے مرہم کے ساتھ جو گلیسرین آف سٹارچ (glycerine of starch)، لینولین (lanoline)، اور ویسلین پر مشتمل ہو، پہلے پہل روزانہ اور پھر ہفتہ میں دو تین مرتبہ باقاعدہ تمریخات کرنی چاہئیں۔ غدہ درقیہ کو مناسب مقداروں میں باصرار طویل مدتوں تک آرام کے وقفوں کے ساتھ دینا چاہئے۔ شمسی غسل، غضبتی جلد پر ایک عجیب و غریب تاثیر رکھتا ہے، اور ممکن ہے عارضی طور پر اسکو طبعی سے ناقابل تمیز بنا دے۔ غضبتی تقریباً ہمیشہ دبلے پتلے ہوتے ہیں، اور ایک ایسے نظامِ غذا سے جو شحم حل پذیر حیاتینوں سے بھرپور ہو، انکو فائدہ پہنچتا ہے۔

جلد کی ذبولی اور سوء تغذیتی حالتیں

(ATROPHIC AND DYSTROPHIC CONDITIONS OF THE SKIN)

صلابت جلد

(sclerodermia)

صلابتِ جلد منتشر یا محدود ہو سکتی ہے۔ **منتشر صلابتِ جلد** (diffused sclerodermia) میں جلد کی عام سختی یا تصلب ہوتا ہے، جو نہایت عام طور پر چہرے، گردن، کندھوں، سینہ، اور بازوؤں کے قریب شروع ہو کر بتدریج جسم کے اسفل حصّے میں پھیل جاتا ہے۔ ایسی ہی حالت انگلیوں میں شروع ہو کر صلابتِ انگشت (sclerodactylia) یا صلابتِ جلد انگشت (acrosclerodermia) پیدا کر سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 810)۔ ابتداءً رنگ میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی، لیکن جلد سخت، اُستوار اور بے لچک ہوتی ہے، اور اُسے چٹکی میں لیکر شکن نہیں ڈالا جا سکتا۔ جیسے جیسے یہ حالت ترقی کرتی ہے جوارح کی حرکتوں میں مزاحمت ہوتی ہے، مفاصل کم و بیش مثبّت ہوتے جاتے ہیں، سینہ کی تنفسی حرکت محدود ہوتی جاتی ہے، اور اگر چہرہ ماؤف ہو تو اُسکی قوتِ اظہار جاتی رہتی ہے۔ منہ مشکل سے کھولا جا سکتا ہے، لیکن ہونٹوں کی حرکت پذیری

اکثر قائم رہتی ہے۔ بعد میں جلد چمکدار اور چکنی ہو جاتی ہے، لون کی بیقاعدہ چکتیاں نمودار ہو جاتی ہیں، اور جا بجا عروقی اتساع کے رقبے پیدا ہونے سے ایک گلابی یا بنفشئی رنگ پایا جاتا ہے۔ پسینے اور دُہن کے افرازات کم ہو جاتے ہیں۔ مرض کا عمر آہستہ ہوتا ہے اور وہ سالہا سال رہتا ہے، اور بالآخر بہت سی حالتوں میں بالکل رفع ہو جاتا ہے۔ اس دوران میں مریض کی صحت عملاً غیر متاثر رہتی ہے، لیکن کبھی کبھی رئیتہ اور عوارض قلب کی پیچیدگیاں دیکھی گئی ہیں۔ خود جلد میں اکزیما، احمرار اور تقرح واقع ہو سکتا ہے۔

بعض اصابتوں میں مرضِ جلد کی زیادہ دبازت یا اُذیما کے ساتھ شروع ہوتا ہے، اور کروکر (Crocker) کی رائے ہے کہ اس سے ایک ذبولی استواری اور تنگی کی حالت پیدا ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے، جسمیں سادہ متصلب قسموں کی نسبت خود بخود شفایابی کا امکان بہت کم ہوتا ہے۔

بحثِ اسباب۔ منتشر قسم عموماً مرضِ رینانڈ (Raynaud's disease) کے ساتھ موتلف ہوتی ہے۔ محدود المقام قسمیں کبھی کبھی تضرر کے بعد پیدا ہو گئی ہیں، اور زیادہ عمومی حالتیں سردی لگنے، افکار، اور فوعی تپوں سے منسوب کیگئی ہیں۔ حال ہی میں چند سال سے مختلف مصنفین خیال کرنے لگے ہیں کہ یہ حالت بالخصوص غدۂ درقیہ نیز سرگردوں اور جسم نخامی کے اندرونی افرازات کے عوارض، یعنے اُنکی زیادتی یا نقص، کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔

965

یہ مرض نوعمر بالغوں اور ادھیڑ عمر کے اشخاص میں، اور کم اکثر بچوں میں واقع ہوتا ہے، لیکن اب تک ۱۲ ماہ سے نیچے واقع نہیں ہوا (ملاحظہ ہو نومولودی صلابتِ جلد)۔ یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے، لیکن اسکے اسباب کے متعلق کچھ معلوم نہیں ہے (ملاحظہ ہو برص کے اسباب)۔

محدود صلابتِ جلد (circumscribed sclerodermia) یا قشعہ (morphoea) میں ۲، ۳، یا زائد انچوں کے قطر کی ایک غیر متشاکل چکتی ہوتی ہے، جو اکثر اوقات ایک عصب کی توزیع سے متناظر ہوتی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ ایک چکتی پیشانی پر فوق المحجری عصب کی توزیع پر ہو۔ پستان کے قریب

دھڑ اور جوارح بھی اِس ثوران کے عام مقامات ہیں۔ چکتیاں بیقاعدہ شکل کی ہوتی ہیں، یا ایک جارحہ کے گرد یا اُسکے طول میں بندوں کی شکل میں ہوسکتی ہیں۔ وہ پھیکے سفید ہاتھی دانت کے رنگ کی، اور متسع عروق کے ایک بنفشئی یا گلابی منطقہ سے گھری ہوئی ہوتی ہیں۔ جلد چکنی اور خشک ہوتی ہے اور اکثر چٹکی میں لیجا سکتی ہے۔ وہ تندرست جلد کے لیول میں، یا اُس سے نیچے یا اوپر ہوسکتی ہے۔ یہ مرض کئی سال تک جاری رہتا ہے اور پھر کم ہوکر غائب ہوجاتا ہے، یا ممکن ہے پھیلکر منتشر قسم کا ہوجائے، یا ایک ذبولی حالت میں باقی رہے۔ نیز محدود صلابتِ جلد مردوں کی نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہے، اور بعض اوقات مقامی خراش اُسکا سبب ہوسکتی ہے۔

تشریح۔ بَرجلد غیرماؤف ہوتی ہے بجز اسکے کہ شبکہ میں کسیقدر لون موجود ہوتا ہے۔ اَدمہ اور تحت الجلدی بافتوں میں اتصالی بافت کی حد سے زیادہ بالیدگی پائی جاتی ہے۔ عمیق تر عروق بیشمار سپید خلیتوں سے گھری ہوئی ہوتی ہیں، اور اوپری عروق اکثر سکڑی ہوئی اور خالی ہوتی ہیں۔ نیز سپید خلیتے پسینے کے غدد کی قناتوں کو گھیرے ہوئے ہوتے ہیں اور انکو مسدود کرسکتے ہیں، اور جلد کے عضلی ریشے بیش پروردہ ہوتے ہیں۔

علاج۔ اِس مرض میں علاج سے بہت کم فائدہ ہوسکتا ہے۔ مریض کو ہروقت گرم رکھنا چاہئے، اور مقوی ادویہ دینا چاہئے۔ مقامی طور پر منتظم لاسقات اور رگڑ، جلد کے دورانِ خون کو بحال کرنے کے لئے تدلک، اور گلوانیت کا استعمال کیا جاسکتا ہے۔ خلاصۂ درقیہ اور لاشعاعوں کے استعمال کے بعد اصلاح پائی گئی ہے۔

نومولودی صلابتِ جلد (scleroma neonatorum)

یہ جلد کا ایک مخصوص تصلّب ہے، جو یا تو پیدائشی ہوتا ہے یا کمزور اور ناقص دورانِ خون والے شیرخواروں میں پیدائش کے تھوڑے عرصہ بعد ہی نمودار ہوجاتا ہے۔ یہ جوارح اسفل سے شروع ہوکر باقی سارے جسم میں پھیل سکتا ہے، یا منتشر چکتیوں کی صورت میں رانوں، ٹریُوں، دھڑ، بازوؤں، اور گالوں پر ہوسکتا ہے

ماؤف حصے بالکل سخت اور کرخت محسوس ہوتے ہیں، جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ تحت الجلد بافت منجمد ہوگئی ہے۔ چکتیوں کی کوریں واضح الحدود، سطح سے قدرے اُبھری ہوئی، اور بعض اوقات نیلگوں سرخ رنگ کی ہوتی ہیں۔ انہیں محض زیادہ دیر تک دبانے کے بعد گڑھا پڑتا ہے۔ یہ بچے سرد اور غنودہ ہوتے ہیں، انکی نبض صغیر اور تنفس ضعیف ہوتا ہے۔ یہ اکثر ہبوط یا اسہال سے مرجاتے ہیں، لیکن کبھی کبھی شفایاب بھی ہوتے ہیں۔ اس تغیر کا سبب اچھی طرح سمجھ میں نہیں آیا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مرض حقیقی اُذیما کے ساتھ خلط ملط ہو جائے۔ جو ایسے ہی حالات میں پیدا ہوجاتا ہے۔ اُذیما زیادہ تر لٹکے ہوئے حصوں میں ہوتا ہے۔ اُسمیں جلد نیلی اور چتی دار ہو جاتی ہے، زیر افتادہ ساختوں سے چٹکی میں اوپر اٹھائی جاسکتی ہے، اور دبانے سے اُسمیں بہ آسانی گڑھا پڑجاتا ہے۔

علاج ۔ بچے کو گرم رکھنا چاہئے اور کافی غذا دینی چاہئے۔ جسکے لئے اگر ضرورت ہو تو انفی انبوبہ استعمال کرنا چاہئے۔

شیوخی ذبول (senile atrophy) کے علاوہ، جسمیں جلد خشک، بے لچک، جھری دار اور اکثر لونی ہو جاتی ہے، مندرجہ ذیل حالتیں ذبول جلد کے طور پر بیان کی جاسکتی ہیں۔

عصب التہابی ذبول جلد (atrophodermia neuritica)۔

یہ، جسے پیجیٹ (Paget) کی "چمکدار جلد" کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، التہاب عصب (neuritis) اور عصبی نظام کے دوسرے اضرار کے بعد پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ بالخصوص ہاتھ کی انگلیوں میں خوب دیکھنے میں آتا ہے، جنکی جلد چکنی، چمکدار، خشک، گلابی یا سرخ رنگ کی ہو جاتی ہے، اور ساری انگلی گاؤدم، اور ناخن طولاً اور عرضاً خمدار ہو جاتے ہیں۔ اسکے ساتھ شدید اور لگاتار جلن اور درد ہوتا ہے۔

ذبولی خطوط ولطخات

(striæ et maculæ atrophicæ)

مخطّط اور لطخے دار ذبولی جلد (atrophodermia striate et maculate)

ذبولی خطوط (striæ atrophicæ) جسم کے اُن حصّوں کی نیم شفاف، ندبہ نما لکیریں ہیں، جنہیں بیحد تمدد ہو چکا ہو، مثلاً حمل کے بعد شکم (خطوط الحمل = linæ gravidarum، خطوط ابیض = linæ albicantes)، رضاعت کے بعد پستانیں، انتہائی استسقائے لحمی (anasarca) کے بعد شکم، رانیں، ٹانگیں اور ہاتھ۔ اور فربہی کی وجہ سے یا زیادہ محدود المقام شحمی سلعات کی موجودگی کے باعث شانے، پستانیں، اور رانیں۔ یہ لکیریں ایک انچ سے لیکر تین یا چار انچ لمبی ہوتی ہیں، اور گاؤ دم ہوکر ہر سرے پر نوکدار ہو جاتی ہیں۔ یہ تندرست جلد کے نیچے کسیقدر دبی ہوئی ہوتی ہیں، لیکن اگر اُس حصّے میں اُذیما یا استسقائے لحمی پیدا ہو جائے تو جلد سے کسیقدر اوپر اُبھری ہوئی ہوتی ہیں۔ جلد میں ایسا ہی تغیر بلا کسی ماسبق تمدد کے بھی واقع ہو سکتا ہے، اور یہ نہایت عام طور پر کسی طویل اور انبطاح آفریں علالت، مثلاً تپ محرقہ، کے دوران میں ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں یہ حالت زیادہ تر سُرینوں، رانوں، گھٹنوں (خطوط ترضفی (linæ = patellares) اور ٹخنوں کے قرب وجوار میں دیکھی جاتی ہے۔ اور یہ ذبولی خطوط مدوّر ومبتوں، یا لطخوں کے ساتھ موتلف ہو سکتے ہیں، جنکا قطر ½ انچ سے لیکر ½ انچ تک مختلف ہوتا ہے۔ اِن تمام اصابتوں میں جلد درحقیقت مذبول ہو جاتی ہے، اور اُسکی لچکدار بافت غائب ہو جاتی ہے۔ بر جلد پتلی پڑجاتی ہے، حلیمات چھوٹے یا غائب ہوتے ہیں، اور تحت الجلد بافت اور غدد مذبول ہو جاتے لیکن اُن اصابتوں میں جو تمدد سے غیر متعلق ہوتی ہیں، ایک سریع الوقوع عروقی یا التہابی، بلا بیش پرورشی حالت بھی دیکھی گئی ہے۔ اور اِنمیں سموم کے فعل کو سببِ مرض تصور کیا گیا ہے۔

966

لونی جفاف الجلد (Xerodermia Pigmentosa) (مرضِ کپوسی)

(Kaposi's disease) ۔ یہ ایک عجیب اور شاذ مرض ہے، جسکی مجموعی خصوصیات جلد کا ذبول، لونیت کی زیادتی، صغیر عروقی اتساع اور انزال بعد ضعیف سلعاتی کی بالیدگی ہیں ۔ یہ ذکور اور اناث میں مساوی طور پر ہوتا ہے، اور حقیقتہً موروثی ہوئے بغیر اسی خاندان کے ارکین کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتا ہے اگرچہ اسکا نسلی حدوث وسیع ہے، یہ یہودیوں میں سب سے زیادہ عام ہوتا ہے، اور اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد میں والدین میں ہم خاندانی پائی جاتی ہے (54)۔ یہ بچپن میں، اور عموماً موسم گرما میں، کوئی دھبتوں کے ساتھ شروع ہوتا ہے یا احمراری دھبتوں کے ساتھ، جو جلد ہی کمطاکر لون ہوجاتے ہیں ۔ یہ چہرے، گردن، صدغی خطے میں، جلد الراس پر، بازوؤں ورجش زردکی کی بیرونی جانب، اور ہاتھ کی پشت پر بنتے ہیں ۔ کوئی دھبتے بعد میں زبونی ہوجاتے ہیں، اور انکے اندر سپید، منخفض، سکڑی ہوئی جلد کی چکتیاں بنجاتی ہیں ۔ یہ سپید دھبتے کسیقدر منقبض ہوتے ہیں، اور مشکل سے چٹکی میں اٹھائے جاسکتے ہیں ۔ اور بالآخر جلد میں اتنی کافی تنگی پیدا ہوسکتی ہے کہ پپوٹے نیچے کھنچ کر ملتحمی التہاب (conjunctivitis) پیدا ہوجاتا ہے ۔ ذبولی رقبہ پر متسع عروق کے گلابی دھبتے پیدا ہوجاتے ہیں، جو بتدریج بڑے ہوجاتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ عرصہ دراز تک مرض ٹھیرا ہوا رہے، اور جسم کے دوسرے حصوں میں کبھی نہ پھیلے ۔ لیکن بالآخر متسع عروق یا کوئی دھبتوں میں سے ثولولی بالیدیں پیدا ہوجاتی ہیں، اور یہ بالآخر سرطانی نوعیت کی رسولیاں بنجاتی ہیں ۔ یہ متقرح ہوکر مواد یا خون خارج کرتی ہیں، اور جسم کے بعید حصوں میں دوسری رسولیاں بنکر مریض خستگی کے باعث نشانۂ اجل بنجاتا ہے ۔

علاج سے اس مرض میں بہت کم فائدہ ہوتا ہے ۔ چونکہ خیال کیا جاتا ہے کہ اس مرض کے ٹوکا دھوپ تے تکشف کے ساتھ کچھ تعلق ہے، لہٰذا مناسب ہے کہ دبیز سرخ نقابوں یا مقامی لاسقات کے ذریعہ چہرے کی حفاظت کیجائے ۔ نو بالیدوں کو جب وہ پیدا ہوں قطع کرکے دور کردیا جائے، یا ان کا علاج ریڈیم یا لاشعاعوں (X-rays) سے کیا جائے ۔

کپوسی نے ایک بیض جفاف الجلد (xerodermia albidum) (کروکر کا ابیض ذبول جلد (Crocker's atrophodermia albida: بیان کیا ہے جو ٹانگوں کو رانوں سے نیچے کی طرف، اور بعض اوقات بازوؤں کو نیچے ہاتھوں تک ماؤف کر دیتا ہے اور جس میں جلد مذبول ہوتی ہے اور بھرتن جاتی ہے۔ یہ مرض بچپن میں شروع ہوتا ہے اور ٹھیرا ہوا رہتا ہے۔

لون کی تبدیلیاں

(ALTERATIONS OF PIGMENT)

لونیت کی زیادتی اکثر شدید یا طویل جوش دموّیت کا نتیجہ ہوتی ہے، جس سے بلاشبہ ہیموگلوبین عروق سے باہر نکل آتی ہے، لیکن اسکے اور بر جلد کی عمیق ترین ہو میں لون کی قدرتی زیادتی کے درمیان کی کڑیاں اب بھی نامعلوم ہیں۔ سورج یا تیز ہوا میں تکشف سب سے زیادہ معروف مثال ہے۔ لیکن گذشتہ بابوں میں یہ دیکھا گیا ہوگا کہ مختلف اقسام کے التہاب جلد، مثلاً اکزیما، احمرار (erythema)، داء الفقاع (pemphigus)، حزازہ (lichen)، اور صدفیہ (psoriasis) کے بعد لونیت کس قدر عام طور پر پیدا ہونا بیان کیگئی ہے، نیز سرخبادہ (erysipelas)، آتشکی ثورانات اور تقرحات، اور بالخصوص جوارح اسفل میں دوالی وریدوں کی وجہ سے پیدا ہونے والے پرانے قروح کا اضافہ کیا جا سکتا ہے۔ آبلہ آور ادویہ اور رائی کے پلستروں کے بعد بھی اکثر تلوین ہو جاتی ہے۔ یہ ایسا واقعہ ہے جسکی وجہ سے ہمیں خواتین کی گردن یا بازوؤں کے لئے جوابی خراش آور تجویز کرنے میں محتاط رہنا چاہیے۔ لونیت کی زیادتی کا ایک دوسرا عام ضربی سبب کھرچنا ہے، جو حکہ کی تخفیف کے لئے عمل میں لایا جاتا ہے، بالخصوص اس حکہ کے لئے جو شدید حکاک (prurigo) سے یا قمل (pediculi) کی موجودگی سے پیدا ہو جاتی ہے۔

لونیت جلد کے بعض ایسے عوارض میں بھی پائی جاتی ہے، جنمیں جوش دمویت کوئی نمایاں خاصہ نہیں ہوتی، مثلاً صلابت جلد (sclerodermia)، کپوسشی کا

967

جفاف الجلد (Kaposi's xerodermia)، اور بیاض الجلد (leucodermia) جسکا بیان آگے درج ہے۔ داخلی مرض کی وجہ سے انتہائی درجہ کی لونیت ہمیں مرض ایڈیسن (Addison's disease) میں، اور اس سے کم درجہ کی لونیت لمفی غدی سلعہ (lymphadenoma) کی بعض اصابتوں میں، سرطانی سلعہ کے ضعفہ (carcinomatous cachexia) میں، ملیریا میں، مرض گریو (Graves' disease) میں، رثیہ آسا مفصلی التہاب (rheumatoid arthritis) میں، اور تدرن، ذیابیطس، اور کبدیت جگر (cirrhosis of the liver) کی بعض اصابتوں میں ملتی ہے۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ لمفی غدی سلعہ میں اور مرض ایڈیسن میں، ضفیرۂ شمسیہ میں مداخلت ہوجانا اسکا سبب ہے، لیکن متذکرہ بالا بیشتر امراض میں اور بعض دیگر امراض، مثلاً برش رحمی (chloasma uterinum) میں سمی اسباب نہایت اغلب عامل معلوم ہوتے ہیں، اور سنکھیا کا داخلی استعمال لونیت پیدا ہوجانے کا ایک معروف سبب ہے۔ اسکے لئے عام طور پر کوئی خاص نام استعمال کرنے کا دستور نہیں ہے، لیکن مختلف مثالوں میں سیاہ جلدی (melanodermia) سواد جلد (melasma) (فوق الکلوی سواد جلد = melasma suprarenale) اور برش (chloasma) کے خطابات استعمال کئے گئے ہیں۔ ان تمام اصابتوں میں جو کسی قابل تدارک سبب کی وجہ سے پیدا ہوجاتی ہیں، اس سبب کی غیر موجودگی میں لونیت بالآخر غائب ہوجائیگی۔ اسکے برعکس وہ لاعلاج اصابتوں، مثلاً مرض ایڈیسن، میں قائم رہتی ہے، اور بلاشبہ لونیت کی اس زیادتی میں جو بڑھاپے میں پیدا ہوجاتی ہے، کوئی اصلاح نہیں ہوتی۔ لون کے محدود المقام اجتماعات، لونی خالیں (pigment moles) اور لونی تولولات (pigmented warts) کی طرح بھی ہوا کرتے ہیں۔ یہاں بعض اقسام، یعنے کلف یا جھائیوں (lentigo or ephelis)، برش رحمی، اور مرض اصفر (ochronosis) کا بیان درج کیا جائیگا۔

لونیت کی قلت انماق (albinism) اور بیاض الجلد (leucodermia) میں دیکھی جاتی ہے۔

کلف

(lentigo)

چھائیاں (freckles: ephelis)

بعض حالتوں کے تحت سورج میں تکشف سے چہرے، گردن، پیش بازوؤں اور ہاتھوں کی پشت پر زرد، نارنجی، یا زردی مائل بھورے نقطے نمودار ہوجاتے ہیں۔ یہ گرما میں سب سے زیادہ نمایاں ہوجاتے ہیں، اور سرما میں مرجھا جاتے یا بالکل غائب ہوجاتے ہیں۔ یہ ابتداً بچپن کے آخری زمانے میں اور شاذ حالتوں میں زیادہ عمر میں دیکھے جاتے ہیں، اور اجلے بالوں اور نیلی آنکھوں والے (اصفرالجلد قسم کے :xanthochroic type) لوگوں میں بالخصوص ہوتے ہیں۔

علاج۔ عموماً چھائیوں کو بلا علاج یوں ہی چھوڑ دینا بہتر ہے۔ تاہم ایک تیز کردہ دیاسلائی پر خالص کاربالک ایسڈ کے ذریعہ چھوکر ان کو دور کیا جاسکتا ہے۔

برشِ رحمی

(chloasma uterinum)

جیسا کہ اچھی طرح معلوم ہے، حالتِ حمل میں عام طور پر پستانوں اور بغلوں میں، اور ناف اور عانہ کے درمیان کے خط میں لونیت کی زیادتی ہوجاتی ہے۔ ان حالات میں بعض عورتوں میں پیشانی کی ہر جانب پر لون کی ایک چوڑی پٹی بن جاتی ہے جو جلدالراس کے حاشیہ سے عین نیچے واقع ہوتی ہے لیکن اس حاشیہ کو نہیں چھوتی۔ یہ خط درمیان میں زیادہ سکڑی ہوتی ہے، اگر جب کنپٹی پر پہنچتی ہے تو پھیلکر چوڑی ہوجاتی ہے، اور ممکن ہے کہ وجنہ پر سے پھیلتی ہوئی گال پر جا پہنچے۔ یا تو یہ مسلسل چلی جاتی ہے، یا منقطع ہوکر چھوٹی چھوٹی جداگانہ چکتیوں میں منقسم ہوجاتی ہے۔ اس کا رنگ زرد یا بھورا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اسکے ساتھ آنکھوں کے گرد سیاہ حلقہ بھی ہو، جس سے سب واقف ہیں۔ یہ بھی برش

بعض اوقات ہر متعاقب حمل کے ساتھ کرر ہوا کرتا ہے اور وضع حمل کے ساتھ غائب ہوجاتا ہے۔ یہ دوسرے رحمی اختلالات (مثلاً عسر الطمث : dysmenorrhœa) کے باعث بھی ہوسکتا ہے، اور بعض اوقات اسکے سبب کا پتہ نہیں چلتا۔

علاج ۔مقامی طور پر سب سے زیادہ کثیر الاستعمال چیز مرکیوری پرکلورائیڈ (mercury perchloride) ہے، جسے مستحلب بادام (almond emulsion) کے ایک اونس میں ایک یا دو گرین کی طاقت کے محلول میں، روزانہ دو بار لگایا جاتا ہے، یہاں تک کہ جلد سرخ ہوجائے۔ پھر زنک کا مرہم (zinc ointment) لگایا جاتا ہے۔ سائٹرک ایسڈ (citric acid)، کاربولک ایسڈ (carbolic acid)، اور دوسرے ہلکے کاویات کے محلولات بھی استعمال کیئے گئے ہیں، جن سے برجلد اور اس کے ساتھ لون بھی دور ہوجاتا ہے لیکن رنگ کے مکرر پیدا ہوجانیکا امکان ہوتا ہے۔ کروکر (Crocker) نے سیلی سلک ایسڈ کی لئی، یا لصقہ کو، یا الکحل کے اندر اس ترشے کے سیر شدہ محلول کو چند گھنٹے تک لگائے رکھنے کی سفارش کی ہے۔

968

مرض اصفر (ochronosis)۔ ورکو (Virchow) نے اس نام سے ایک شاذ حالت کو موسوم کیا، جسمیں جلد، کرّیوں، اور صلبیہ میں سیاہ لونیت پیدا ہوجاتی ہے۔ اگرچہ ان اصابتوں میں کرّیاں ہمیشہ لونی ہوجاتی ہیں مگر جلد صرف چند ہی مثالوں میں ماؤف ہوتی ہے۔ چہرہ کوئلہ جیسے سیاہ یا سیاہ بھورے رنگ کا ہوجاتا ہے، جو مرض ایڈیسن کے رنگ سے زیادہ سیاہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ہاتھوں میں نیلگوں سیاہ رقبے نظر آئیں، اور لبوں کی مخاطی جھلی پر بھی چکتیاں دیکھی گئی ہیں۔ قرنیہ کے ہر جانب صلبیہ میں بھی ایک سیاہ چکتی، قرنیہ اور ماق کے درمیان بیچوں بیچ دیکھنے میں آتی ہے۔ کرّیوں کا تغیر سر ریاتی طور پر کانوں میں دیکھا جاتا ہے، جنکا نیلگوں رمادی رنگ اس وجہ سے ہوتا ہے کہ سیاہ کرّی پتلی جلد کے اندر سے نظر آتی ہے۔ لیکن بعد الممات امتحان میں ضلعی کرّیاں اور بین فقراتی، قصبی ترقوی، حنجری، اور قصبی کرّیاں سنگ موسٰی یا سیاہی جیسے کالے رنگ کی پائی گئی ہیں۔

بعض اوتار، صفیلے بھورے رنگ کے ہوجاتے ہیں، اور صمامات قلب

اور احبال وتری، چکتیوں کی صورت پر بدرنگ پائے گئے ہیں۔ لون کا جماؤ کرتیلے کے قالب میں اور جلد کے اُدمہ کی لیفی بافت میں ہوتا ہے۔

بعض اصابتیں الکیپٹن بولیت (alkaptonuria) (ملاحظہ ہو صفحہ 510) کے ساتھ موتلف پائی گئی ہیں، اور چند اصابتیں کاربول بولیت کے ساتھ جو سالہا سال تک مزمن قروح پر کاربولک ایسڈ متواتر لگانے کے بعد پیدا ہوگئی ہیں۔

امہاق (albinism) یہ رنگ کی ایک پیدائشی قلت ہے، جو نہ صرف جلد میں بلکہ بالوں، قزحیہ اور مشیمیہ میں بھی پائی جاتی ہے۔ یہ سپید بالوں اور گلابی آنکھوں کی وجہ سے فوراً پہچان لیا جاتا ہے۔ اور عموماً اسمیں روشنی کا عدم تحمل (نور ترسی) ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ قعر چشم میں لون کی کمی کے باعث رقص مقلہ بھی ہو۔ یہ شاحب چہرے والی قوموں نیز سیاہ فام قوموں میں اور مختلف جانوروں (بلیوں، چوہیوں، اور دوسروں) میں پایا جاتا ہے۔

برص

(vitiligo)

(ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵۱۰، ج)

بیاض الجلد (leucodermia)

یہ جلد کا عارضہ ہے، جسکے ممیز خصائص یہ ہیں کہ بعض رقبوں میں لون لیودگی ہوجاتی ہے اور انکے بالکل آس پاس کے منطقوں میں لونیت کی زیادتی پائی جاتی ہے۔ یہ ایک اکتسابی عارضہ ہے، جسے پیدائشی ابیض سیاہ جلدی (congenital leuco-melanodermia) سے تمیز کرنا چاہئے، جو وجہ آسا مبداء کا ہوتا ہے۔ لون ربودہ رقبے دودھیا سپید رنگ کے بیضوی یا بیقاعدہ شکل کے اور مختلف الجسامت ہوتے ہیں۔ انکے حاشیے متصل بیش لونی رقبوں سے واضح طور پر ممتاز ہوتے ہیں، کیونکہ بیش لونی رقبوں کا رنگ ان سپید چکتیوں کی کوروں پر عموماً زیادہ گہرا ہوتا ہے، اگرچہ عیباً بتدریج مرجھا کر طبعی جلد میں مل جاتا ہے۔ سپید چکتیوں پر کے بال بھی لون ربودہ یا طبعی رنگ کے ہوسکتے ہیں۔ لونی تغیرات سے قبل

ایک عارضی احمرار واقع ہوتا ہے، جیسا کہ صلعہ رقبی (alopecia areata) اور محدود صلابت جلد (circumscribed sclerodermia) میں بھی دیکھا جاتا ہے۔

اس کی توزیع نمایاں طور پر تشاکل ہونے کا رجحان رکھتی ہے، اور علی الاکثر ہاتھوں کی پشت، کلائیاں، پیش بازو، چہرہ، گردن، کمر اور اعضائے تناسل ماؤف ہوتے ہیں۔ اس تقاءِ مرض مختلف اصابتوں میں مختلف معلوم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ آغاز ناگہانی یا تدریجی ہو، اور لونی تغیر آہستہ آہستہ پھیلتا جائے یا سالہا سال تک ایک جگہ ٹھیرا ہوا ہے۔ سورج کی روشنی سیاہ رقبوں میں زیادہ لونیت پیدا کرکے لونی تغیر کو زیادہ نمایاں کر دیتی ہے، اور اسطرح تضاد زیادہ نظر آتا ہے۔ جزئی شفا عام ہے، مگر جلد کا بحال ہو کر طبعی ہو جانا نادر ہے۔ بعض اوقات لون ربودگی تقریباً عمومی ہو جاتی ہے۔

اسباب۔ برص نہایت نوعمر بچوں میں شاذ ہے، اور بالخصوص جوانی اور ادھیڑ عمر میں دیکھا جاتا ہے، اور اناث میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ زیادہ فی صدی اصابتوں میں وہ مرض گریو (Graves' disease)، صلعہ رقبی (alopecia areata)، صلابت جلد (scleroderma) یا محدود المقام حکاک (circumscribed prurigo) کے ساتھ موتلف ہوتا ہے، نیز عصبی نظام کے عضوی امراض مثلاً ہزال ظہری (tabes)، آتشکی سحائی نخاعی التہاب (syphilitic meningo-myelitis) نخاع کے تحت الحاد مشترک اختلاط (subacute combined degeneration)، تدریجی بوسیدگی سے نخاع یا عصبی جڑوں کی ثانوی ماؤفیت فقراتی مفاصل کے عظمی مفصلی التہاب (osteoarthritis)، اور شوکۂ مشقوق (spina bifida) کے ساتھ۔ خاندانی حدوث غیر عام نہیں، مثلاً صلعہ رقبی میں۔ اس میں کوئی شک نہیں معلوم ہوتا کہ ان دونوں حالتوں اور صلابت جلد کا انحصار مشارکی عصبی نظام کی ماؤفیت پر ہوتا ہے۔ اس رائے سے، جسکی تائید تجربی شہادت سے ہوتی ہے، مرض گریو کے ساتھ انکے کثیر الوقوع ائتلاف کی توجیہ ہوتی ہے، نیز اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ صدمہ اور فکر و پریشانی کا اثر عاملات محرکہ (provoking factors) کے طور پر کیوں پڑتا ہے جو مشارکی عصبی

عضوی مرکزی عصبی مرض سے ماؤف ہوسکتا ہے یا زیادہ عام طور پر حاد یا مزمن سرایت سے۔ دورانِ جنگ میں راقم الحروف (28) نے کئی ایک اصابتیں دیکھیں جن میں برص کی تحریک بظاہر تنقل البدن سے ہوئی تھی۔ اور بیاض الجلدی چکتیاں پہلے پہل تنقل کے انتخابی مقامات پر نمودار ہونے کا رجحان رکھتی تھیں، یعنی شانوں، عجزی خط، اور رانوں پر۔ آیا جوؤں کا قشب یا طویل المدت سطحی خراش ان کا سبب تھی یہ غیر یقینی ہے۔ برص بالعموم ایسے اشخاص میں دیکھا جاتا ہے جن میں مختلف جسامت کے کئی ایک لوّن خال ہوتے ہیں۔ اکثر ان خالوں کے گرد لوّن ربودگی کا ایک ہالہ ہوتا ہے (بیاض الجلد اکتسابی مرکز گریز (leucoderma acquisatum centrifugum = (62)-.

تشریح نسیجیاتی امتحان سے سپید چکتیوں میں لون کی غیر موجودگی ظاہر ہوتی ہے، اگر گردو پیش کے سیاہ رقبوں کی بر جلد اور آدمہ میں لون کی زیادتی پائی جاتی ہے۔

علاج۔ اسکا انحصار لازما ہر انفرادی اصابت کی مکمل تفتیش پر ہونا چاہئیے۔ عضوی عصبی مرض، آتشک، اور مزمن ماسکی سرایت کا ثبوت تلاش کرنا چاہئیے۔ بتلایا گیا ہے کہ ماؤف جلد کو عرصۂ دراز تک سورج کی روشنی یا کاربن کے قوس کی روشنی (carbon arc light) کی شعاعوں میں بار بار کھلا رکھنے سے سپید رقبوں کا لون بتدریج بحال ہوجائیگا، بالخصوص اسوقت جبکہ بعض جوہری روغن، مثلاً روغن برگاماٹ (bergamot) جو جلد کو حساس بنا دیتے ہیں، پہلے سے لگا دئے جائیں۔

داء الشوکی مسوّد (acanthosis nigricans)۔ یہ شاذ حالت اس حقیقت کی وجہ سے اہمیت رکھتی ہے کہ اصابتوں کی اکثریت (تقریباً $\frac{1}{2}$ میں) میں یہ شکلی سرطان کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ اسکا ممیز خاصہ یہ ہے:- (۱) منتشر حلیمی سلعیت، خاص طور پر جلد کے قدرتی شکنوں کی۔ (۲) منتشر ثؤلولی اضرار کا وقوع، جو جدا جدا یا ملتقی ہوسکتے ہیں۔ (۳) بڑھی ہوئی لونیت جو شکنوں اور تفریجات میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ وہ مقامات

جو خاص طور پر ماؤف ہوتے ہیں لغلیں، گردن، جنگاسے اور بین سرینی درز، ناف، پیش مرفقی حفرہ اور مابعی فضائیں، بھٹنیوں کے بالیزے، زیرپستانی اور خلفی غلفن، چہرہ، اور ہاتھوں اور پاؤں کی پشت ہیں۔ منتشر تولولی اعراز ہونٹوں کے شنگرفی کناروں پر، پپوٹوں پر، بیرونی سمعی منفذوں میں، اور فرج اور مہبل میں پائے جاتے ہیں، اور منتشر حلیمی سلعات، جو معمولی تولولات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں، جلد کی سطح پر تقریباً کسی جگہ پر بھی واقع ہوسکتے ہیں۔ ہتھیلیوں اور تلووں کے حلیمات بھی بیش پرورده ہوتے ہیں، اور زبان مماثل تغیر سے ایک مخملی منظر رکھ سکتی ہے۔ جلد بحیثیت مجموعی بڑھی ہوئی لونیت کی وجہ سے سیاہ رنگ کی ہوتی ہے، لیکن یہ لونیت مفصلی تعریجات اور قدرتی شکنوں میں شدید ترین ہوتی ہے۔ ایڈیسن کے مرض (Addison's disease) کے برعکس، اغشیہ مخاطی ملون نہیں ہوتے۔ ناخنوں میں تغیر اور صلعہ (alopecia) واقع ہوسکتا ہے۔ مریض بالعموم کھجلی کی شکایت کرتے ہیں، جو شدید ہوسکتی ہے۔

مرضی تشریح نسیجیاتی طور پر حلیمی سلعیت وادالشوکی کے ساتھ، اور لون کی زیادتی دیکھی جاتی ہے، جو مقام کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔

بحث اسباب - اس فتور کی دو قسمیں تسلیم کی گئی ہیں:- بالغ اور طفولی۔ بالغوں میں کامل طور پر نمو یافتہ شکل غالباً ہمیشہ خبیث مرض کے باعث ہوتی ہے، لیکن راقم الحروف نے وہ حالت جسے ناتمام شکل (forme fruste) کے نام سے موسوم کیا جاسکتا ہے صدمہ یا طویل مدت کی پریشانی کے بعد دیکھی ہے۔ خبیث اصابتوں میں بالعموم شکمی احشا اور باریطون کی وسیع ماؤفیت پائی جاتی ہے۔ اوّلی بالید غالباً باقی جگہوں کی بہ نسبت زیادہ اکثر معدہ میں پائی جاتی ہے، اور راقم الحروف نے تین اصابتیں دیکھی ہیں جنہیں "مشکیزہ نما قسم" کی تھی۔ لیکن ممکن ہے یہ اصعاد، پستان، رحم یا دوسری جگہ واقع ہو۔ ایک اصابت میں حالت خبیث ریزنی سلعہ (deciduoma malignum) کا استیصال کرنے کے بعد غائب ہوگئی۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ یہ خبیث بالید سے شکمی مشارکی اور فوق الکلوی غدد کی براہ راست ماؤفیت ہی ہے جو جلد کے عجیب و غریب

تغیرات کا باعث ہوتی ہے، لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ سرطانی خلیات ایک سم پیدا کردیتے ہوں جو دروں افرازی مشار کی نظام پر فعل کرتا ہو۔ طفولی قسم میں علامات کم نمایاں ہوتی ہیں اور ٹھیری رہنے کا رجحان رکھتی ہیں۔ وہ فوق الکلوی فساد فعل کے باعث پیدا ہوتی معلوم ہوتی ہیں، اور دیگر دروں افرازی فتورات بھی موجود ہوسکتے ہیں۔ قربی کے ائتلاف میں اصابتیں بیان کیگئی ہیں، اور یہ ائتلاف خاندانی ہوسکتا ہے۔ دوسری خاندانی اصابتوں میں مستود داء الشوکی، شدید ذیابیطس، تصبی (infantilism)، سخافت (imbecility)، اور زغبی شعرانیت (hypertrichosis lanuginosa) اور تزریدی جلد القمہ (cutis verticis gyrata) کا علامئیہ پایا گیا ہے، جو کہ دروں افرازی غدد کی متعدد غیر طبعی حالتیں ظاہر کرتا ہے۔

علاج۔ بالغ اصابتوں کے لئے بالعموم کچھ نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ خبیث مرض بالعموم بہت ترقی یافتہ اور ناقابل عملیہ ہوتا ہے۔ بعض طفولی اصابتوں میں درقیہ کے دوائی استعمال سے اصلاح دیکھی گئی ہے۔

پسینہ کے غدد کے عوارض

افراز کی بیقاعدگیاں

کم عرقیت (anidrosis)، یعنے پسینہ کی قلت بیتوں میں، ذیابیطس میں اور بعض امراض جلد ـــــ مثلاً غضبیت (ichthyosis) اور سرخ نخیل (pityriasis rubra) میں دیکھنے میں آتی ہے۔

کثرت عرقی (hyperidrosis)، یعنے پسینہ کی زیادتی، عام ہوسکتی ہے یا مقامی۔ عمومی تعریق جلدی عروق دمویہ کے اتساع سے، مثلاً ورزش کے بعد، یا جذباتی اسباب سے پیدا ہوجاتی ہے۔ لیکن بعض اوقات اسکے برعکس، وہ منقبض عروق کے ساتھ بھی واقع ہوجاتی ہے، مثلاً ہبوط یا خوف کی

حالتوں میں۔ عمومی تعریق ملیریا، سلِ ریوی، تقیح الدم، اور حاد علالتوں کے بحران کے تعلق میں بیان کیگئی ہے۔ پسینہ کی مقامی زیادتی جذباتی اسباب سے اور کساحتہ میں واقع ہوتی ہے۔ بعض اشخاص میں ہاتھ پاؤں، بغلوں، اور اعضاء تناسل کے قرب و جوار میں پسینہ کی ایک نہایت تکلیف دہ زیادتی پائی جاتی ہے، جسکا کوئی معقول سبب نہیں معلوم ہوتا۔ ایسے بعض مریضوں میں عام صحت کی کمی پائی جاتی ہے، مگر بعض اشخاص بالکل اچھے ہوتے ہیں۔

مقامی طور پر مُروخِ لفاح لگانا چاہئے، یا داخلی طور پر ایٹروپین (atropine) یا لفاح کام میں لانا چاہئے۔ بعض اوقات لائکر ایٹروپین (liquor atropine) کے ایک قطرے کی مقدار سے سلِ ریوی کا پسینہ متواتر دو تین راتوں تک موقوف ہوجائیگا۔ بغلوں اور ہتھیلیوں کی مفرط مقامی تعریق کا کامیاب علاج رانجنی شعاعوں سے کیا گیا ہے۔ اسکا علاج اُن طریقوں سے بھی کیا جاسکتا ہے جو اسکے بعد بیان کی ہوئی شکایت کے لئے استعمال کئے جاتے ہیں۔

بخیر تعریق (bromidrosis)۔ یہ اکثر کثرتِ عرق کے ساتھ مؤتلف ہوتی ہے، یعنے پسینہ بدبودار بھی ہوتا ہے اور زیادہ بھی۔ بنینس (Benians) کے تجربات یہ ظاہر کرتے ہیں کہ یہ بو، جو کہ ذبولی التہاب الانف کی بو سے بہت مشابہ رکھتی ہے، قلوی پسینہ میں نبقاتِ عفنیہ سے کراٹین (keratin) کی تحلیل کے باعث ہوتی ہے۔ اسی طرح کی بُو فی الزجاج ایک قلوی اسطِرِ مِنگِس کی جھلی پر کیساتھ نبقاتِ عفنیہ کی حضانت کرکے پیدا کیجا سکتی ہے۔ یہ خانگی ملازم پیشہ نوجوان مردوں اور عورتوں میں غیر عام نہیں، اور عام صحت سے اسکا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ تھن (Thin) نے اسکا تعلق ایک جرثومہ (جرثومۂ بدبودار = bacterium fœtidum) کے ساتھ بیان کیا ہے۔ پاؤں کو اچھی طرح اور بار بار دھونا اور حابسات اور دافعاتِ عفونت استعمال کرنا ضروری ہے۔ موزوں کے اندر باریک پسا ہوا بورک ایسڈ چھڑکنا چاہئے، اور انھیں بار بار بدلتے رہنا چاہئے، یا ایک آمیزہ چھڑکنا چاہئے جسمیں سیلی سلک ایسڈ کے ۳ حصے، سفوف نشاستہ کے ۱۰ حصے اور ٹالک (talc) کے ۸۷ حصے شامل ہوں۔ یا پاؤں پر کرومک ایسڈ (chromic acid)

کا ۵ فیصدی محلول پھریری سے لگایا جائے' یا ۲ فیصدی طاقت کا سیلی سلک مرہم' یا ۵ فیصدی طاقت کا اکتھیال کا مرہم (ichthyol ointment) مسل لیا جائے۔ صبح کے وقت موزے پہننے سے پہلے تلووں پر اور انگلیوں پر گلیسرین یا محلول کو اچھی طرح پھیلا لینے کی سفارش بھی کیگئی ہے' اور جبتک ضرورت ہو اس عمل کو ہر صبح بار بار کرنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ تین دن میں شفا ہو جائے (Benians)۔ اس طریقہ کا لزیم یہ ہے کہ نبقات عفنیہ گلیسرین یا الکوحل میں اُگنے پر ترشے پیدا کرتے ہیں' اور ترشئی واسطہ جو اسطرح پیدا ہوتا ہے کہ امین کی تحلیل میں مانع ہوتا ہے۔

لون عرق (chromidrosis) (رنگ دار پسینہ)۔ درج شدہ اصابتوں میں بہت سی تو مشتبہ ہیں' اور بدرنگی کا بعض اوقات بہانہ کیا جاتا ہے' اور بعض اوقات وہ پسینہ کے ذریعہ کپڑے سے رنگ گھل کر نکل آنے کے باعث ہوتی ہے۔ تاہم بعض ایسی اصابتوں کا اندراج کیا گیا ہے جو بظاہر مستند ہیں۔ نیلے رنگ کو پایوسایانین (pyocyanine) کی طرف منسوب کیا گیا ہے' جو عصیہ ریم ازرق کی فعال بالیدگی سے ماخوذ ہوتی ہے' یا انڈیکین (indican) کی طرف۔ سرخ رنگ' جو خاص طور پر بغلوں میں دیکھا جاتا ہے' کم از کم بالعموم تحیف شعریہ (جو ملاحظہ ہو) کے باعث ہوتا ہے۔

خون عرق (hæmatidrosis)' یا پسینہ میں خون آنا' اس کا وقوع نہایت ہی مشکوک ہے۔ 971

یوریا عرق (uridrosis)۔ یہ نام بعض ایسی اصابتوں کو دیا گیا ہے جن میں پسینہ سطح پر منجمد ہو جاتا ہے' اور ان منجمد قلموں میں یوریا اور یورٹیٹ پائے جاتے ہیں۔

دخنیہ

(miliaria)

یہ نام اُن طفحات کو دیا گیا ہے' جو پسینہ کے ایسے وافر افراز سے پیدا ہو جاتے ہیں جو قناتوں سے باہر نہیں نکل سکتا' اور یا تو بر جلد میں چھوٹے چھوٹے

آبلے بنا دیتا ہے یا مقامی التہاب پیدا کر دیتا ہے۔

قلمی دخنیہ یا عرق دانہ (miliaria crystallina or sudamina) اس قسم میں چھوٹے چھوٹے شفاف آبلے پائے جاتے ہیں۔ یہ الپین کے سر سے بڑے نہیں ہوتے، اور جمع شدہ پسینہ سے بر جلد کی نہایت اوپری تہ کے ارتفاع کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ سینہ اور شکم پر نہایت کثرت سے پائے جاتے ہیں، لیکن چونکہ ان کی شفافیت نہایت کامل ہوتی ہے لہٰذا ممکن ہے کہ یہ دیکھنے کی نسبت ٹٹولنے سے بہتر محسوس کئے جا سکیں۔ یہ آبلے خشک ہو جاتے ہیں اور چند بھوسی نما چھلکے رہ جاتے ہیں، جو ازتری ہوئی بر جلد کے باقیات ہیں۔ یہ سل ریوی میں اور تپ معویہ میں سب سے زیادہ عام ہیں۔

سرخ دخنیہ (miliaria rubra) (جو ملاحظہ ہو)۔ یہ آبلے بھی اسی طرح پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن ان کے ساتھ التہاب ہوتا ہے۔ یہ ایک سرخ ہالہ سے محصور ہوتے ہیں، اور ان کے اندر ایک زرد، کدر قلوی سیال یا اصلی ریم بھری ہوئی ہوتی ہے۔

دہنی غدد کے عوارض

(affections of the sebaceous glands)

دخنیہ (milium)۔ یہ ایک چھوٹا چمکدار، سپید، گول سلعہ ہے، جس کی جسامت ایک الپین کے سر کے برابر یا کسیقدر بڑی ہوتی ہے، اور جو عرقی قناتوں یا شعری دہنی جرابوں کے اتساع سے پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسے چھوٹے چھوٹے سلعات پیشانی، پپوٹوں، گالوں، اور اعضاء تناسل پر دیکھے جاتے ہیں۔ بچوں میں ایسے سلعات کو پہلے سپیدی مائل حمریہ (strophulus albidus) کہتے تھے۔ بعض اوقات یہ چھلے ندبات، بالخصوص براوی ارخاء حبابی کے ندبات پر تعداد کثیر میں پائے جاتے ہیں۔ ان کا مافیہ

کولیسٹرین (cholestrin) اور شحمی مادّہ ہوتا ہے۔ جب وہ ندبات میں واقع ہوتے ہیں تو وہ احتباسی دویروں کی نوعیت رکھتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں دویری دھبے ہوتے ہیں۔ انکا علاج اِسطرح کیا جاسکتا ہے کہ جلد میں کچھ کاٹ کر مافیہ کو دباکر نکالدیا جائے۔

دُھنی غُدّی سلعہ (adenoma sebaceum)۔ یہ حقیقت میں ایک مخلوط سلعہ ہے، جو جزوً دہنی غدد کی بیش بالیدگی اور جزوً عروقی توبالیدگی (عروقی سلعہ) پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ سلعات چھوٹی جسامت کے ہوتے ہیں، اور شاذ ہی ایک مٹر کے دانے سے زیادہ بڑے ہوتے ہیں۔ خیاشکر ناک، اور خصوصاً اجنحہ، گالوں کے ہم پہلو حصّوں، پیشانی کے مرکز اور بالائی لب پر، اور نسبتہً شاذ حالتوں میں علیٰحدہ علیٰحدہ اضرار کے طور پر جلد الراس اور گردن پر ہوا کرتے ہیں۔ بالعموم انکی توزیع متشاکل ہوتی ہے۔ دہنی یا عروقی بیش بالیدگی کے غلبہ کے لحاظ سے اِنکا رنگ بھُورے سے لیکر بلکہ سُرخ تک ہوتا ہے۔ بعض اوقات دہنی غدّی سلعات کے ساتھ جسم کے دوسرے حصّوں پر کوئی ثولولات، صغیر عروقی اتساعات اور لون کی چکتیاں ہوتی ہیں، اور یہ بیشتر (ہمیشہ نہیں) ناقص ذہنی نمووالوں میں، مصروعین میں اور آبلہ اشخاص میں ہوتے ہیں۔ گو یہ پیدائشی مبداء کے ہوتے ہیں، تاہم یہ سلعات عموماً پیدائش کے بعد چند سال تک نمودار نہیں ہوتے۔

علاج۔ یہ سلعات کوات یا برقی پاشیدگی کے ذریعہ دور کئے جاسکتے ہیں، اور نسبتہً بڑے سلعات کو ضرورت ہو، تو قطع کر کے یا جرف کے ذریعہ نکالا جاسکتا ہے۔

دُہنی دُویرے

(sebaceous cysts)

رگومڑیاں (wens=

یہ احتباسی دویرے ہیں جو دُہنی جرابوں کی قناتوں کی سُدودی سے

پیدا ہو جاتے ہیں - یہ جلد الراس پر سب سے زیادہ عام ہوتے ہیں، لیکن بھووں، چہرے، یا گردن پر اور نسبتہً شاذ صورتوں میں دھڑ یا جوارح پر بھی ہوتے ہیں - ان کی جسامت ایک مٹر سے لیکر سپاری یا نارنگی کے برابر مختلف ہو سکتی ہے - یہ نیم کروی، یا زیادہ گول، ہموار اور چکنے ہوتے ہیں - جلد پتلی نظر آتی ہے، اور اکثر اُسپر نمایاں عروق متفرع ہوتے ہیں - اِنکا مافیہ نیم سیال یا لئی جیسا ہوتا ہے اور حیوانی شحوم، البیومین، برجلدی خلیات، کولیسٹرین اور ترابی طماسات (earthy salts) پر مشتمل ہوتا ہے، اور یہ سب ایک کیسہ میں ملفوف ہوتے ہیں، جو برطلمی خلیتوں اور لیفی بافت کی تہوں سے بنتا ہے -

972

علاج یہ ہے کہ ذویرے میں شگاف دیکر اُسکے مافیہ کو دبا کر نکالدیا جائے، اور ذویرے کی دیوار کو پھاڑ کر یا تقطیع کے ذریعہ بالکل نکالدیا جائے - یا اندرون ذویرہ میں خالص کاربولک ایسڈ سے پھاہا لگا دیا جائے -

بالوں اور شعری جرابوں کے عوارض

بالوں کی مفرط نمو یا بی (شعرانیت = hirsuties، کثرتِ شعر (hypertrichosis) عام ہے، اور بعض عورتوں میں بہت تکلیف کا باعث ہوتی ہے - ممکن ہے یہ پیدائشی یا خاندانی خاصہ ہو، لیکن عورتوں میں یہ فوق الکلوی قشرہ کے غدی سلعہ یا شخامیہ کے اساس پسند غدی سلعہ کا نتیجہ ہو سکتی ہے، یا اس ذکورت کی علامت ہو سکتی ہے جو برکلوی سلعہ (hypernephroma) سے پیدا ہو - آخرالذکر حالت میں سلعہ کا کامیاب استیصال شفا بخش ثابت ہوتا ہے - شعرانیت کے اسباب اور علاج کی پوری بحث کے لئے خاص نصابی کتب ملاحظہ کرنی چاہئیں - بالوں کی قلت یا بالوں کا گرنا، جسے صلعہ (alopecia) کہتے ہیں، نہایت عام ہے - مندرجۂ ذیل تین حالتیں نہایت شاذ ہیں: کرہی تقصف الشعر (trichorrhexis nodosa)، جسمیں بعض بال قشری ریشوں کے پھٹ جانے کی وجہ سے چھوٹی چھوٹی گرہیں یا دبازتیں ظاہر کرتے ہیں - بالعموم یہ قلوی اضبابوں

اور سپیرٹ کے دلوکات کے شحم زبافعل کے باعث پیدا ہوتا ہے۔ سبعت الشعر (monilethrix)، جسمیں بال اٹکنے دار ہوتا ہے اور ہین الکرائب کے مقام پر بآسانی ٹوٹ جاتا ہے، جسکی وجہ سے وہ سارے سر پر صرف ۲ یا ۳ انچ لمبا ہوتا ہے اور شعر فلسیت (lepothrix)، جسمیں بغل، صفن اور عجان کے بال خستہ ہوتے ہیں، اور اپنے گرد اوراپنے اوپر بے قاعدہ تودے پیش کرتے ہیں۔ یہ تودے جراثیم کے جھنڈوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو ایک ہم قوام لزج جرم کے اندر پھنسے ہوئے ہوتے ہیں۔

بالوں میں سب سے زیادہ عام تغیر لون وہ ہے جسے بیاض الشعر (canities) کہتے ہیں؛ یعنے بال پہلے بھورے رمادی اور پھر سفید ہوجاتے ہیں۔ یہ ایک شیوخی تغیر ہے جو ممکن ہے کہ قبل از وقت واقع ہوجائے۔ لیکن کبھی کبھی خوف یا شدید جذبات کے بعد یا وجع العصب کی وجہ سے بال یکایک سپید ہوجاتے ہیں۔ مقامی یا کم و بیش عمومی بیاض الشعر، برص کا جزو ہوسکتا ہے یا رقبی صلعہ کے بعد پیدا ہوسکتا ہے۔ بالوں کی رنگ ربودگی کو شعری ڈنڈی میں ہوائی بلبلوں کی موجودگی کی طرف منسوب کیا گیا ہے، لیکن غالباً یہ شعری جڑوں میں اس خمیر کی عدم موجودگی کے باعث ہوتی ہے جو کہ لون کو پیدا کرتا ہے۔ بعض اوقات رنگ خود بخود پھر پیدا ہوجاتا ہے، لیکن اس کا تدارک کچھ نہیں کیا جاسکتا۔

مندرجۂ بالا عوارض میں سے صلعہ کو زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کیا جائے گا۔

صلعہ

(alopecia)

جلدیات میں صلعہ کے لفظ کا استعمال بلا امتیاز، بالوں کے گرنے (معط = defluvium) پر خواہ وہ کسی سبب سے ہو، معط رقبوں پر جو اسکا نتیجہ ہوں، اور حتیٰ کہ بالوں کی پیدائشی عدم موجودگی پر کیا جاتا ہے۔ البیپشیا

یونانی لفظ ἀλώπηξ یعنی لومڑی سے ماخوذ ہے، غالباً اسلئے کہ اس جانور میں بالوں کی موسمی تبدیلی کے دوران میں بال چکتیوں کی صورت میں جھڑ جاتے ہیں۔

مندرجۂ ذیل جماعت بندی اسباب کی بنا پر ترتیب دیگئی ہے۔

صلعہ ہمہ گیر (alopecia universalis) (ا) پیدائشی۔

(ب) اکتسابی (رقبی صلعہ کی عمومی قسم)۔

خِلّی اور مُنتشر صلعہ

I. پیدائشی قسمیں

II. اکتسابی قسمیں

(۱) ضربی (traumatic)، مثلاً رگڑ سے، یا بال نوچنے سے (منتف الشعر مانیا = trichotillomania)۔

(۲) صلعہ علاماتی (alopecia symptomatica)۔

(ا) حاد مرایتوں کے بعد، مثلاً سرخباده، تپ محرقہ، ذات الریہ، انفلوئنزا، التہاب لوزتین، ثورانی تپیں وغیرہ۔ اور آتشک کے ثانوی درجہ میں۔

(ب) جراحی عملیوں، زچگی، شدید حادثات، صدمہ اور تشویش کے بعد۔

(ج) مزمن امراض کے ائتلاف میں، مثلاً عدم دمویت، ذیابیطس، سرطان، بعض دمویت، منتفطرفطر (mycosis fungoides)، تدرن، اور دوسری مزمن سرائتیں۔ 973

دروں فرازی فتورات، مثلاً مخاطی اُذیما (myxœdema)، مرض گریو (Grave's disease)، بعض امراض سن ایاس اور عورت میں مبیض برآری۔

(۵) کیمیائی زہروں کے استعمال کے بعد، بالخصوص تھیلیم

اسیٹیٹ (thallium acetate) اور دھاتی ملحات مثلاً سونے سنکھیا اور بزمتھ کے ملحات۔

(س) بعض جلدی امراض کے ایتلاف میں مثلاً عمومی تسلخی التہاب جلد (generalised exfoliative dermatitis)، اکزیما اور وسیع پھیلا ہوا قوباء۔

(ش) شیوخی صلعہ (senile alopecia)

(ص) لاشعاعوں کے اطلاق کے بعد۔

(۳) جرد (calvities) یا خودرو قبل از وقت صلعہ (alopecia prematura ideopathica) (صلعہ کی مذکر یا سیلان الدہنی قسم)۔

(۴) منتشر رقبی صلعہ (diffuse alopecia areata)-

محدود المقام صلعہ

(circumscribed alopecia)

I ۔ غیر ندبی (non-cicatricial)

(۱) رقبی صلعہ (alopecia areata)-

(۲) مقامی ضربی صلعہ (localised traumatic alopecia)-

(۳) وہ صلعہ جو ورم زا سرایت کے بعد ہو جائے (حمرہ، دمل، راج پھوڑا)۔

(۴) قوباء (غیر تقیحی)۔

II ۔ ندبی (cicatricial)-

(۱) تضررات، حرقات وغیرہ سے

(۲) شہدیہ (favus) اور متقیح قوباء (چھتہ دار داد = kerion)-

(۳) ذئبہ احمراری (lupus erythematosus)-

(۴) ذئبہ معمولی (lupus vulgaris)-

(۵) ثالثی آتشک۔
(۶) غلۂ نطاقی (herpes zoster)۔
(۷) صلابت جلد (scleroderma)۔
(۸) صلعہ اندالی (alopecia cicatrisata) (بروق کی قرعت کاذب = pseudo-pelade of Brocq)۔
(۹) متلف الشعر التہاب جرابی (folliculitis decalvans)۔ قونقوڈ کی متلف الشعر تفطیر (L'acne decalvante of Quinquaud)۔
(۱۰) وہ صلعہ جو جزازہ مسطح اور جزازہ شوکی کے ابتلاف میں ہو۔
(۱۱) شعری ذبولی قرنیت (keratosis pilaris atrophicans)۔

ضربی صلعہ (traumatic alopecia)۔ صلعہ رقبی، جو ضربیت (traumatism) سے واقع ہو، بعدازاں بیان کیا جائیگا۔

منتف الشعر ماینا (trichotillomania)۔ اس سے جلدالراس بھوؤں، داڑھی یا دوسری جگہ کے بالوں کو نوچنے کا مرضی شوق مراد ہے۔ بالوں کو سالم نوچ لیا جاتا ہے، جبکہ گنجے رقبے باقی رہ جاتے ہیں، یا بال اپنی ڈنڈیوں کے ساتھ ساتھ مختلف فاصلوں پر ٹوٹ جاتے ہیں۔ یہ ایک عصابیت ہے، اور بچوں اور دونوں صنفوں کے بالغوں میں پائی جاتی ہے۔ ہسٹریائی عورتوں میں یہ دوسری جگہ کے مصنوعی التہاب جلد (dermatitis artefacta) کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔ معرا یا جزوی طور پر معرا رقبوں پر صلعہ رقبی یا قوبا کا دھوکا ہوسکتا ہے، لیکن تفریقی تشخیص آسان ہوتی ہے۔ اسلئے بعض بھی ملتی ہیں جنہیں بالوں کو نوچنے کی بجائے انکو قینچی سے کتر لیا جاتا ہے۔ لازماً اس عصابیت سے شفا حاصل کرنے کے لئے نفسی تجزیہ اور نفسیاتی معالجہ کی ضرورت ہے۔

علاماتی صلعہ (alopecia symptomatica)۔ بالوں کا

ناگہانی اور منتشر معر اکثر اوقات ایک حاد حموی علالت کے باعث ہوتا ہے۔ بالخصوص سرخبادہ کے بعد خواہ اُسکے ساتھ جلدالراس ماؤف ہو یا نہ ہو۔ نہایت ہی شدید معر ہونے کا امکان ہے' جو بعض اوقات تقریباً مکمل' اگرچہ عارضی صلعہ کا موجب ہوتا ہے۔ انفلوئنزا کی بعض وباؤں میں' ایسا معر ایک نمایاں نتیجہ ہوتا ہے (انفلوئنزائی صلعہ = l'alopecie grippale)' اور ۱۹۱۸-۱۹۱۹ کی وبا میں اصابتوں کی بہت سی تعداد کا مطالعہ کیا گیا ہے۔

حاد سرایتوں کے علاوہ' زچگی' شدید حادثات' اور کبیر عملیات کے بعد بھی اسی طرح کا صلعہ واقع ہوجاتا ہے۔ مسبّب واقعہ اور صلعہ کے آغاز کے درمیان تقریباً ۲-½۲ ماہ (۵۶-۸۰ دن) کا وقفہ ہوتا ہے۔ سیبوراڈ (Sabouraud) اس پر زور دیتا ہے کہ بعد سرایتی صلعہ میں تپش کئی روز تک ۴۰-۳ درجہ فارن ہائٹ یا بلند تر درجہ تک گئی ہوگی' لیکن وہ یہ نہیں سمجھتا کہ تپ بجائے خود ماؤف بالوں کی موت کا براہ راست سبب ہے۔ اغلب یہ ہے کہ کافی شدت کی کوئی سرایت' مثلاً زچگی' صدمہ' شدید حادثات یا جراحی عملیات' بالوں کی مشارکی عصبی رسد کو متاثر کرتی ہے' اور بالوں کا گرنا اسی پر منحصر ہوتا ہے۔

974

سرخبادہ میں اگر جلدالراس براہ راست ماؤف ہو' تو ماؤف رقبہ کے بال تقریباً چودہ دن میں جھڑ جائینگے' لیکن دوسری جگہ بالوں کا گرنا ظاہر ہونے سے قبل تقریباً ۷۰ دن کا معمولی وقفہ گزر جاتا ہے۔

علاماتی صلعہ کی اس قسم میں انذار یکساں طور پر عمدہ ہوتا ہے' اور بالعموم بالوں کی مکمل باز بالیدگی واقع ہوجاتی ہے۔

آتشک (syphilis)۔ آتشکی صلعہ کو اس صلعہ کی ایک قسم تصور کیا جاسکتا ہے جو کہ حاد سرایتوں سے پیدا ہوتا ہے' لیکن اسمیں بعض خصوصیات ایسی پائی جاتی ہیں جو کہ دالالمرض ہیں۔ بالعموم یہ مرض کے تیسرے مہینے میں واقع ہوتا ہے' یعنی بلحاظ وقت کے یہ وردیہ (roseola) کے ظہور سے متناظر ہوتا ہے۔ اسکا آغاز چوتھے مہینے تک' بلکہ کہا جاتا ہے کہ چھٹے مہینے تک

تاثیر پذیر ہو سکتا ہے۔ بالوں کا گرنا ناگہانی اور پہلے پہل منتشر ہوتا ہے، لیکن
چھوٹے چھوٹے رقبہ جات جو مکمل طور پر معرّا ہوتے ہیں جلد پیدا ہو جاتے ہیں
بالخصوص کنپٹیوں اور قذالی خطوں پر، جس سے جلد الراس ایک کرم خوردہ منظر
پیش کرتی ہے۔ یہ فرانسیسیوں کا لیکھہ نما صلعہ (alopecie en clairieres)
ہے، اور آتشک کے لئے ممیّز ہے۔ اغلب ہے کہ یہ معرّا رقبے سابق الوجود
وردیتی لطخات کے مقام کے متناظر ہوں۔

صلعہ کی شدت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ شاذ طور پر یہ اسقدر شدید
ہوتا ہے کہ بادی النظر میں ایک سرعت سے پھیلنے والے صلعہ رقبی کے ساتھ
مشابہت پیدا ہو جاتی ہے، لیکن اس حالت میں معتدبہ جسامت کی پرانی
چکتیاں ہمیشہ موجود ہوتی ہیں، جو صاف طور پر واضح اور مکمل طور پر گنجی ہوتی ہیں،
جیسی کہ آتشکی صلعہ میں کبھی واقع نہیں ہوتیں۔

بالوں کا گرنا تین ہفتہ تک جاری رہتا ہے، اور پھر کم ہو جاتا ہے۔
خواہ مریض کا علاج نہ بھی کیا جائے، بالوں کی خود بخود باز بالیدگی ہمیشہ
واقع ہوتی ہے۔ جلد الراس کے صلعہ کے ہمراہ بالعموم اسی طرح کا اور ممیّز معر
ہونٹوں سے بھی دیکھا جاتا ہے۔ جیسا کہ سیبوراڈ (Sabouraud) نے کہا ہے،
منظر ایسا ہوتا ہے گویا قینچی کے ذریعہ بالوں کو بے قاعدہ طور پر کتر دیا گیا ہو۔ یہ
اس منظر سے بالکل الگ ہوتا ہے جو کہ بعد سرایتی صلعہ یا رقبی صلعہ میں
دیکھا جاتا ہے۔

جَرَد : (calvities) (سیلانُ الدھنی یا قبل از وقت صلعہ
(alopecia seborrhœica vel prematura =)۔ صلعہ کی یہ قسم مردوں کی
اکثریت کو جلد یا بدیر ماؤف کرتی ہے، اور اس سے کم درجہ تک اور کم عام طور پر
عورتوں میں واقع ہوتی ہے۔ اسکے اسباب کے متعلق ابھی تک بہت سا
غلط مبحث باقی ہے، اور پہلے ہم بنظر سہولت انہی پر غور کرینگے۔

بحث اسباب۔ جرد کو ایک ثانوی صنفی خصوصیت سمجھنا چاہیے۔
یہ کہہ سکتے ہیں کہ سب سے ذکوری قسم کے مرد میں صنفی پختگی کے موقعہ پر جلد الراس

کے قمہ پر بال گرنے کا رجحان ہوتا ہے، اور چہرہ اور جسم کے دوسرے حصوں اور جوارح کے بال شد و مد کے ساتھ بڑھتے ہیں۔ اس ضمن میں یہ امر باعث دلچسپی ہے کہ قدماء کثیر الشہوت مردوں (satyrs) کو سر سے گنجے اور جسم پر نہایت ہی بالدار بتاتے تھے۔ اسکے برعکس عورت کی ممیز خصوصیت یہ ہے کہ اسکی جلد الراس پر بالوں کی نہایت ہی گھنی بالیدگی ہوتی ہے، لیکن (لازماً قطع نظر زغب کے) نہ تو چہرہ پر اور نہ جسم یا جوارح پر ہوتی ہے، اِلّا بغلوں اور عانی خطہ میں۔ ان دو انتہائی قسموں یعنی نہایت ذکوری مرد اور نہایت انوثی عورت کے درمیان بہت سے برزخی درجے پائے جاتے ہیں۔ یہ امر خوب معلوم ہے کہ زنانی قسم کے مردوں میں بالعموم سر پر گھنے بال، چہرہ پر نسبتہً خفیف بالیدگی، اور جسم پر چکنی بے بال جلد ہوتی ہے۔ اسیطرح مردانی قسم کی عورتوں میں چہرہ اور جسم پر موٹے بال نمویاب ہونے کا، اور جلد الراس پر قلیل بالیدگی ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ مزید برآں سنِ ایاس پر جبکہ مبیضی افراز موقوف ہو جاتا ہے، بالعموم جلد الراس کے بال چھوٹے ہو جاتے ہیں اور مونچھوں اور داڑھی کے خطوں پر موٹے بال پیدا ہو جاتے ہیں۔

بالوں کی بالیدگی اور توزیع پر صنفی غدوں کے اس اثر کی مثال اس امر سے ملتی ہے کہ جیسا کہ سیبوراڈ کی تحقیقات سے ظاہر ہوا، خواجہ سراؤں میں جر د کبھی واقع نہیں ہوتا، اور یہ واقعہ ارسطو کو بھی معلوم تھا، نیز اسکی مثال فوق الکلوی سلعات والی عورتوں میں واقع شدہ ذکورت کی صابتوں سے بھی ملتی ہے۔ اس قسم کی ایک اصابت میں، جسکو راقم الحروف نے دیکھا عدم الطمث، داڑھی اور مونچھوں کی سریع بالیدگی، اور جلد الراس کے بالوں کا گر جانا، جو معمولی مردانہ قسم کے گنج سے بالکل ملتا جلتا تھا، واقع ہو گیا۔ سلعہ کے استیصال کے بعد طبعی حیض جاری ہو گیا، چہرے کے بال جھڑ گئے، اور جلد الراس کے بال مکمل طور پر دوبارہ اُگ آئے۔ بدقسمتی سے بالیدہ پھر عود کر آئی اور موت سے قبل ذکورت کے امارات پیدا ہو گئے۔

975

سیلان الدہن کے ساتھ ایتلاف۔ دونوں صنفوں میں قبل از وقت

گنج سیلان الدہن کے ہمراہ پایا جاتا ہے، اگرچہ اسکا عکس ضروری نہیں کہ صحیح ہو لہٰذا آغاز پذیر تجرد والے مریضوں میں جلد الراس کو تنخیلی بذوریہ سے شدت کے ساتھ سرایت زدہ اور اسی لئے بفا دار (scurfy) اور شعری دہنی جرابوں کو عصیہ تعظیر سے ماؤف پانا عام ہے۔ لیکن ان دونوں عضویات میں سے کوئی بھی صلعہ کا سبب نہیں۔ یہ سچ ہے کہ ان اصابتوں میں جلد الراس کے زور دار مقامی علاج سے بالوں کا گرنا کچھ مدت کے لئے کم ہو جائیگا، لیکن موقوف کبھی نہ ہوگا۔ ایک مرد جسمیں تجرد ۱۷ سال کی عمر میں شروع ہوا ہے تیس سال کی عمر تک ناگزیر طور پر کم و بیش "چوٹی پر گنجا" ہوگا، کیونکہ آغاز جتنا جلد ہو، گنج اتنا ہی زیادہ مکمل ہوتا ہے۔ تیس سال کی عمر کے بعد تجرد کی ترقی بہت کم سریع ہوتی ہے، لہٰذا ایک آدمی میں جسمیں ۳۰ سال کی عمر پر ہنوز سر پر بہت سے بال ہیں، مکمل تجرد نمویاب ہونے کا ہرگز کوئی امکان نہیں ہے۔

توارث۔ یہ امر کہ بہت سی اصابتوں میں سیلان الدہن اور تجرد دونوں کی موروثی استعداد پائی جاتی ہے، غیر مشکوک ہے۔ اسکے برعکس، بعض خاندان تقریباً منیع معلوم ہوتے ہیں۔ فینتھم (Fanthum) نے ایک خاندان کا نسب نامہ شائع کیا ہے، جسمیں تمام مردوں کو تجرد تھا جو انھوں نے اپنے تمام بیٹوں کو منتقل کیا۔ کاکین (Cockayne) یہ رائے دیتا ہے کہ سیلان الدہنی مظاہر کے رجحان میں ارثی عامل ایسا ہوتا ہے کہ جو بڑے اور فعال دہنی غدد پیدا کرنے کا موجب ہوتا ہے، اور غالباً وہ ایک سادہ غالب (dominant) ہے۔

علامات اور ارتقا۔ جیسا کہ پہلے بتایا گیا ہے، سیلان الدہنی صلعہ میں آغاز کی عمر مختلف ہوتی ہے، اور یہ دونوں جنسوں کے متعلق سچ ہے۔ مندرجہ ذیل بیان کا اطلاق ایک مرد پر ہوتا ہے، جسمیں یہ مقبادر اور شدید ہوتا ہے۔ ایسی اصابت میں سادہ خشک سبوسہ (dandruff) (سادہ تنخیل) بالعموم ۱۱ سال کی عمر میں موجود ہوتا ہے۔ ۱۳ یا ۱۴ سال میں سیلان الدہن نمودار ہو جاتا ہے اور اسوجہ سے بفا چربیلی ہو جاتی ہے (شحمی تنخیل = pityriasis steatoides)، اور ممکن ہے کہ تعظیر نمویاب ہو جائے۔ ۱۷ سال

میں جلد الراس پر کے بال گرنے شروع ہوتے ہیں، اور چہرے، جسم اور جوارح کے بال لمبے اور موٹے اُگنے کا رجحان ہوتا ہے۔ بالعموم صنفی تبادر موجود ہوتا ہے اور لڑکا اپنی عمر کا لحاظ کرتے ہوئے بڑا معلوم ہوتا ہے۔ جلد الراس پر بالوں کا گرنا قمہ تک محدود ہوتا ہے، خاص طور پر صدغی جبہی خطوں اور علاقہ پر۔ یہ ذوروں کی صورت میں واقع ہوتا ہے، بلکہ بعد ایسے وقفے ہوتے ہیں جنہیں یہ بہت کم ہوتا ہے، لیکن یہ ہمیشہ ترقی پذیر ہوتا ہے۔ کچھ مدت کے بعد یہ مشاہدہ کیا جائیگا کہ معرا صدغی جبہی رقبے پیچھے کی طرف وسعت پذیر ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، اسطرح کہ انکو ایک مرکزی منطقہ جدا کرتا ہے جہاں بال نسبتہً لمبے رہتے ہیں، اور انکے اور علاقہ کے درمیان ایسا ہی ایک اور منطقہ جلد الراس کو عرضی طور پر عبور کرتا ہے۔

جب لمبے بال گر جاتے ہیں تو نئے روئیں دار بالوں کی باز بالیدگی نمودار ہوتی ہے، لیکن یہ گر کر انکی بجائے اور بھی نازک تر اور خرد تر بال پیدا ہو جاتے ہیں، یہانتک کہ بالآخر متاثرہ رقبے مکمل طور پر گنجے ہو جاتے ہیں۔ بعد ازاں وہی عمل ان منطقوں میں بھی واقع ہوتا ہے جو پہلے پہل کسی حد تک بچ رہے تھے، چنانچہ ایک وقت ایسا آتا ہے کہ تجرد پورے طور پر قائم ہو جاتا ہے، اور پیشانی سے لیکر قذالی خط تک پورے کا پورا قمہ معرا ہو جاتا ہے۔

سیلان الدہنی صلعہ کی نمو یابی کے دوران میں یہ دیکھا جائے گا کہ جلد الراس کی شعری دہنی جرابیں بڑی ہو جاتی ہیں، اور خالی آنکھ کو نظر آتی ہیں، اور یہ کہ وہ متغلظ دہن سے اصمام یا فتہ ہوتی ہیں، جو سیلان الدہنی "کوئے" (cocoons) بناتا ہے جنہیں ہزاروں عصیات تعظیر ہوتے ہیں۔ جیسا کہ توقع کیجا سکتی ہے گنجے رقبوں پر فصلات اکثر پیدا ہو جاتے ہیں۔

جلد الراس کے شدید سیلان الدہن والی عورتوں میں بھی بال اسی طرز پر گر جاتے ہیں، لیکن ارتقا کا کسیقدر فرق موجود ہوتا ہے۔ بالوں کا گرنا زیادہ منتشر ہوتا ہے، اگرچہ جیسا کہ مردوں میں پایا جاتا ہے، وہ قمہ پر سب سے زیادہ عیاں ہوتا ہے۔ تاہم قذالی خط کبھی متاثر نہیں ہوتا۔ مزید براں بالوں کا

گرنا کیسا ہی شدید ہو، مکمل تجرد کبھی واقع نہیں ہوتا، اور کچھ لمبے بال جلد الراس پر ہر جگہ پائے جاتے ہیں۔ سیبوراڈ (Sabouraud) نے بتلایا ہے کہ آخری درجوں میں، مردوں سے زیادہ عورتوں میں، ایک جرابی صلابت واقع ہوسکتی ہے، جس سے بہت سی جرابیں مطموس ہوجاتی ہیں۔

976 یہ سمجھ میں آجائیگا کہ اوپر جو کچھ کہا گیا ہے وہ تجرد کے ایسے ارتقا کا بیان ہے جیسا کہ شدید اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے، اور یہ کہ فرد اور عمر کے لحاظ سے تمام درجے پائے جاسکتے ہیں۔ مثلاً بہت سے مردوں میں یہ آخری ادھیڑ عمر تک، اور عورتوں میں سن ایاس تک شروع نہیں ہوتا۔

علاج ۔ یہ دونوں صنفوں میں نہایت ناتسلی بخش ہے۔ یہ مؤلف سیلان الدہن کو روکنے کی کوشش پر مبنی ہے، لیکن نتائج زیادہ سے زیادہ جزئی ہوتے ہیں اور کبھی مستقل نہیں ہوتے۔ پہلے پہل ایسے مرہم جنہیں گندھک، آئیل آف کیڈ (oil of cade)، سیلی سلک ایسڈ، اور سیاہ بالوں والے اشخاص میں ریسارسن (resorcin) شامل ہو، استعمال کرنے چاہئیں، مثلاً بگیرند سلفر پریسپ (sulphur præcip.) ۱۰ گرین، ایسڈائی سیلی سلسائی ۵ اگرین، ویسلین البا (vaselini alb.) دو ڈرام، اولیم کوکائس نوسیفری (ol. cocois nuciferæ) تابحد ایک اونس، خوشبو بقدر کفایت (ریسارسن ۱۰ اگرین ملائی جاسکتی ہے)۔ یا بگیرند اولیائی کیڈنائی (olei cadini) دو ڈرام، سلفر پریسپ ۳۰ گرین، ایسڈائی سیلی سلسائی ۱۵ گرین، پیرافنائی ڈوری (paraffini duri) بقدر کفایت، اولیم کوکائس نوسیفری تابحد ایک اونس، خوشبو بقدر کفایت۔ مرہم کو ہفتہ میں تین راتیں پوری جلد الراس پر خوب ملنا چاہئے، اور ہر اگلی صبح دھوڈالنا چاہئے۔ ہر صبح ایک سیلی سلک غسول (salicylic lotion) برش کے ذریعہ اچھی طرح لگانا چاہئے۔ بگیرند ایسڈائی سیلی سلسائی ۱۰ گرین، اولیم لیونڈیولی (ol. lavendulæ) ۳ منم، روغن بید انجیر (ol. ricini) بقدر کفایت، ایسٹونائی (acetoni) ایک ڈرام، سپرٹ وائی نائی میتھائلیٹ تابحد ایک اونس۔ اسی میں سیاہ بالوں والے اشخاص میں ریسارسن ۱۰ اگرین،

اور دوسرے اشخاص میں یورسال پروکیپلس (euresol pro capillis) ملا یا جائے۔ ایک چھینے کے علاج کے بعد مرہم کا استعمال موقوف کر دیا جاتا ہے، اور ایک غسول جسمیں پرکلورائیڈ آف مرکری ہو، روزانہ استعمال کیا جاتا ہے۔ مثلاً ٹکچر نکس ہائڈرارج پرکلور (.hyderarg. perchlor) ۱/۲ گرین، ایسڈ ائی سیلی سلسائی، آگرین ایسارسن (یا یورسال)، ۱۰ گرین، اولیم لیونڈ ۳ منم، روغن بیدانجیر بقدر کفایت، اسپرٹ وائنائی ینفھ انڈسٹ تا بحد ایک اونس۔

جلد الراس پر ماورا بنفشی روشنی کے اطلاقات کا بھی معتد بہ رواج ہے اور ممکن ہے وہ نئی شعری بالیدگی کی تہییج کرنے میں ایک عارضی اثر رکھیں لیکن رقبی صلعہ میں انکا نفع یقیناً زیادہ ہے۔ راقم الحروف کی رائے میں کوئی علاج بھی، خواہ وہ کتنا ہی جانفشانی کے ساتھ کیوں نہ انجام دیا جائے، بُجرد کی سمت ترقی کو نہیں روک سکتا، خاص طور پر اگر وہ ابتدائی زندگی میں شروع ہو۔

صلعۂ رقبی (alopecia areata) (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۰۹۰ ج ، صفحہ 878) (مرتبۂ سیلسس = area Celsi)۔ صلعہ کی یہ قسم عموماً اس طرح شروع ہوتی ہے کہ جلد الراس پر یکایک گنج کی ایک چکنی نمودار ہو کر بتدریج جسامت میں بڑھتی جاتی ہے۔ اکثر اوقات اسکے بعد جلد ہی اِس ابتدائی چکنی سے قریب یا کچھ فاصلہ پر دوسری چکتیاں پائی جاتی ہیں، اور اِنکے باہم پیوستہ ہو جانے سے گنجے پن کے بڑے بڑے رقبے پیدا ہو سکتے ہیں، یا نسبتہً کم عام طور پر ساری جلد الراس کے بال غائب ہو جاتے ہیں۔ دوسرے بالدار حصے بھی ماؤف ہو سکتے ہیں، بالخصوص بھویں، اور مردوں میں داڑھی کا خطہ، لیکن یہ مرض ہمیشہ نہیں لیکن بالعموم جلد الراس پر پہلے حملہ آور ہوتا ہے۔ رقبی صلعہ کی تازہ چکتیاں گرداگرد کی جلد الراس کی نسبت زیادہ گلابی رنگ کی ہوتی ہیں، اور ان پر خالی جرابوں کے دہنے، جو اکثر دُہنی مادے سے بھرے ہوئے ہوتے ہیں، صاف طور پر دکھائی دیتے ہیں۔ پرانی چکتیاں پھیکے زرد رنگ کی بالکل چکنی اور ہموار، اور بالوں کے ذبول کی وجہ سے جلد الراس کے غیر ماؤف حصوں کے لیول سے نیچے دبی ہوئی ہوتی ہیں۔ چکنی کی کوروں پر، اور بعض اوقات ساری چکنی پر،

"علامت فجائیہ" کی صورت کے ممیز بال ("exelamation mark" hairs) نظر آتے ہیں۔ یہ ۱/۱۲ تا ۱/۴ انچ لمبے ہوتے ہیں، انکے بُعدی سرے گھسے ہوئے اور دیانرت یافتہ نظر آتے ہیں، اور قریبی سرے نہایت پتلے اور لون سے مُعرّا ہوتے ہیں۔ اگر ایسے ایک بال کو اُکھاڑا جائے تو وہ سالم باہر نکل آئیگا اور اُسکا بَصلہ نہ ہوگا، یعنے وہ اپنے حُلیمہ سے جدا ہوگیا ہے اور جھڑنے میں ہے۔ ایسے "علامت فجائیہ" کی صورت والے بال بعض اوقات جلدالراس کے داد کے لئے لاشعاعی علاج کے استعمال کے بعد یا اِسی مقصد کے لئے تھالیئم ایسیٹیٹ (thallium acetate) کے داخلی استعمال کے بعد دیکھنے میں آسکتے ہیں، مگر بصورتِ دیگر یہ رقبی صلعہ کے ممیز اور مخصوص خاصہ ہوتے ہیں۔ لیکن جب بالوں کا گرنا موقوف ہوگیا ہو تو ممکن ہے کہ یہ بالکل موجود نہ ہوں، اور جب یہ چکتیوں کی کوروں پر موجود ملیں تو یہ اِس امر کی شہادت ہے کہ مرض ہنوز ترقی پذیر ہے۔ کچھ عرصہ بعد نئے بال پھر نکلنا شروع ہوتے ہیں، اور بالعموم یہ چکتیوں کے مرکزی پرانے حصّوں میں نمودار ہوتے ہیں۔ ابتداءً یہ نئے بال اُجلے اور روئیں جیسے ہوتے ہیں، مگر تھوڑے عرصہ میں معمولی رنگ کے ہوجاتے ہیں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ بعض اصابتوں میں یہ پھر اُگنے پر بالکل سفید نکلیں اور غیر معین وقت تک سفید ہی رہیں۔ بالعموم بالآخر اِن چکتیوں پر بالوں کی بازبالیدگی پورے طور پر ہوجاتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ اُنکی واپسی جزئی ہو اور بعض رقبے مستقل طور پر گنجے رہ جائیں اور سالہا سال تک ایسے ہی رہیں۔ رقبی صلعہ کے متوالی حملے بدرجہا زیادہ عام ہیں، اور کبھی کبھی ساری جلدالراس پر یا اُسکے کچھ حصّے پر اور دوسرے بالدار مقامات کے بال دواماً ضائع ہوجاتے ہیں۔ یہ مرض اُن اصابتوں میں سب سے زیادہ قایم رہنے کا اِمکان رکھتا ہے، جن میں جلدالراس کے اسفل اور مؤخر حصّے کے گرد گنجے پن کی ایک پوری پٹی بنجاتی ہے (افعیت سیلسس (ophiasis of Celsus)۔

977

رقبی صلعہ ناخنوں کے سوء تغذیہ اور ذبول کے ساتھ، نیز سپید سیاہ جلدی

(leucomelanoderma) (برص = vitiligo) کے ساتھ مؤتلف ہوسکتا ہے۔ مرضِ گریو (Grave's disease) میں بھی یہ اسقدر زیادہ تواتر کے ساتھ ہوتا ہے کہ اسے محض اتفاقی ہمزمانی پر محمول نہیں کیا جاسکتا۔ حاد سرایتوں مثلاً انفلوئنزا، سرخباد (erysipelas)، حمّیٰ قرمزیہ، اور جرابی لوزی التہاب (follicular tonsillitis) کے بعد نہ صرف عمومی مُوریزی بلکہ تمثیلی رقبی صلعہ ہوجانا بھی ممکن ہے۔

بحثِ اسباب۔ ایک زمانہ میں رقبی صلعہ کو طفیلی اصل کا، بلکہ وبا کی طرح متعدی سمجھا جاتا تھا۔ جیکٹ (Jacquet) اس نظریہ کا پُرجوش مخالف تھا، اور اس نے اپنے آپ پر اور دوسروں پر بے شمار تجربی تطعیمات کرکے اسکو غلط ثابت کرنے کی کوشش کی، اور ان دوسروں میں وہ لوگ بھی شامل تھے جو مرض سے پہلے ہی ماؤف اور اسی واسطے قیاساً مستعد تھے۔ ایک بھی مثال میں تطعیم کامیاب نہیں ہوئی۔ اس نے پرورشی عصبانی نظریہ کی حمایت کی، اور سبب کو بہت سی اصابتوں میں ماؤف رقبہ کو رسد پہنچانے والے اعصاب کی معکوس خراش کی طرف منسوب کیا، جو اثغاری یا بوسیدہ دانتوں، التہابِ جوفیزہ، التہاب جوف، اور مزمن انفی بلعومی سرایت سے ایسے اشخاص میں واقع ہو جو اس مرض کے لئے موروثی یا بنیئتی استعداد رکھتے ہیں۔ مدرسوں اور اداروں میں درج شدہ وباؤں کی توجیہ جو بادی النظر میں طفیلی نظریہ کی موید نظر آتی تھیں، جزوی طور پر یہ ہوسکتی ہے کہ، جیسا کہ سیبوراڈ (Sabouraud) نے بتلایا ہے، جیصفہ متعدی کے بعد پیدا ہونے والی گنجی چکتیوں اور حقیقی رقبی صلعہ کے درمیان تشخیص میں غلطی ہوگئی، اور جزوی طور پر یہ کہ اداروں یا مدرسوں میں آخرالذکر کی ایک یا چند اصابتیں ہوئیں، اور دوسرے بچوں نے بال اکھاڑ کر غیر شعوری طور پر یا دانستہ گنجی چکتیاں پیدا کرلیں، تاکہ دلچسپی پیدا ہو، اور شاید وہ بھی کام سے وہ استثنا حاصل کرسکیں جو کہ سچی اصابتوں کو دی گئی تھی، جیسا کہ ہیلڈن ڈیوس (Haldane-Davis) کی درج کردہ وباؤں میں۔

صلعہ رقبی کے اسباب پر بحث کرتے وقت برص اور صلابت جلد کے ساتھ اس مرض کے تعلق پر زور دینا ضروری ہے۔ حقیقت میں یہ تینوں

حالتیں ایک قریبی طور پر مرابط ثلاثہ بناتی ہیں، کیونکہ نہ صرف وہ ایک ساتھ کسیقدر کثرت کے ساتھ واقع ہوتی ہیں، خاص طور پر رقبی صلعہ اور برص، بلکہ تینوں کی تینوں اکثر دروں افرازی مشارکی نظام کے اختلالات، مثلاً گریو کے مرض کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ مندرجۂ ذیل نکات مشترکہ بھی نوٹ کرنے چاہئیں۔ (۱) تینوں کی تینوں مقامی یا عمومی شکل میں واقع ہوسکتی ہیں۔ (۲) وہ سب کی سب نام نہاد "پٹی" کی توزیع کے ساتھ دیکھی جاسکتی ہیں۔ (۳) تینوں حالتوں کی تسبیب میں، تین عوامل جنکا دروں افرازی خود آئین نظام کو متاثر کرنا معلوم ہے (یعنی حاد یا مزمن سرایتیں، معکوس خراشیں، اور نفسی اختلالات) انمیں سے ایک یا زیادہ انتہائی اہمیت رکھتا ہے۔

اب مختلف تسبیبی عوامل پر جو رقبی صلعہ کی پیدائش میں کارفرما معلوم ہوتے ہیں بحث کیجائیگی۔

توارث۔ سیبوراڈ (Sabouraud) نے پایا کہ ۱۸۰ اصابتوں میں سے ۲۲ فیصدی نے یہ بیان کیا کہ انکے خاندانوں کے دیگر افراد متاثر ہیں، اور یقیناً اس مرض کے موروثی یا خاندانی رجحان کی سرگذشت حاصل کرنا بالکل عام ہے۔ ایک خاندان میں جسکو پائنٹن (Poynton) نے درج کیا ہے، دو بھائی، ایک بہن اور ایک پھوپھی سب کو مکمل صلعہ تھا۔ کاکین (Cockayne) کی رائے یہہے کہ دو عامل موجود ہوتے ہیں ایک موروثی اور ایک ماحولی رجحان اول الذکر بطور ایک غالب (dominant) کے ورثہ میں ملتا ہے۔ سیاہ بالوں والے اشخاص، اُجلے بالوں والے اشخاص کی نسبت زیادہ اکثر ماؤف ہوتے ہیں، اور بقول کاکین کے، مرض کے رجحان کا ارثی عامل اور بالوں کی سیاہ لونیت کا ارثی عامل غالباً اُسی لونی جسیم پر محمول ہوتے ہیں۔

عمرِ حدوث۔ یہ تین سال سے پہلے اور ساٹھ سال کے بعد شاذ ہے۔ سیبوراڈ بیان کرتا ہے کہ ۲۰ سال گزرے اسکا اعظم حدوث بارہ اور پندرہ سال کی عمروں کے درمیان تھا، لیکن یہ کہ یہ اب ۲۲ اور ۲۴ کے درمیان ہے۔ عورتوں میں ۴۰ اور ۵۰ کے درمیان حدوث بڑھ جاتا ہے (قربِ سن ایاس)

(pelade de la menopause =) اور بہت سی اصابتیں طیف برآری کے بعد اور مردوں میں انحصار کے بعد درج کیگئی ہیں - صنفی حدوث - اعداد وشمار سے ظاہر ہوتا ہے کہ خاندانی اصابتوں میں عورتوں کی نسبت مرد زیادہ اکثر ماؤف ہوتے ہیں، لیکن ان سے قطع نظر حدوث دونوں صنفوں میں تقریباً مساوی ہوتا ہے - آتشک - سیبوراڈ نے آتشک (اکتسابی سے زیادہ اکثر موروثی) کی اس اہمیت پر کہ یہ ایک تسبیبی عامل ہے خاص طور پر زور دیا ہے -
اس قسم میں جسے بچپن اور بالغ زندگی میں افیعیت (ophiasis) کے نام سے پہلے بیان کیا جاچکا ہے موروثی آتشکی لوث کا شبہ کرنا چاہئے - سیبوراڈ نے بہت سی اصابتیں شائع کی ہیں کہ جنہیں پیدائشی آتشک کے ناقابل تردید میاسم (stigmata) موجود تھے یا جنہیں خاندانی سرگذشت اسکی موجودگی ظاہر کرتی تھی انمیں سے بعض میں زوردار دافع آتشک علاج ایک طویل المدت صلعہ کو شفا دینے میں کامیاب ہوا - بلاشبہ آتشک خاندانی صلعہ کی بعض مثالوں کا سبب ہے، اور اس امر کے مدنظر کہ پیدائشی قسم دروں افرازی خود آئین نظام پر اور سرطلی ساختوں پر ایک گہری تاثیر ڈال سکتی ہے، اس امر کی توقع ہی کیجاتی ہے کہ یہ بعض اصابتوں میں ایک عامل ہوتی جاتی ہے -
فوری اسباب محرکہ - بر سبیل آزمائش انکو حسب ذیل جماعت بند کیا جاسکتا ہے - (۱) محیطی خراش - اس تعلق میں جیکیٹ (Jacquet) کے نظریات پہلے بیان کئے جاچکے ہیں - وہٹ فیلڈ (Whitfield) نے بہت سال گزرے بالغ اصابتوں کا ایک سلسلہ شائع کیا جو بار چشم (eyestrain) اور دردسر کے ہمراہ تھا، اور جنہیں خطائے انعطاف کو درست کرنے سے سرعت سے صحت ہوگئی - راقم الحروف باور کرتا ہے کہ یہ ایک شاذ لیکن ثابت شدہ سبب ہے - ڈور (Dore) نے اصابتوں کا ایک گروہ نوٹ کیا ہے جنہیں تقمل الراس (pediculosis capitus) سے شدید اور طویل المدت خراش، رقعی صلعہ کے آغاز کا پیش خیمہ تھی، اور غالباً یہ ان اصابتوں کے مشابہ ہیں جنہیں دوران جنگ میں بظاہر تقمل البدن سے بر ص کی تحریک ہوگئی - (۲) ضربیت - ایک

978

سبب جو گاہے گاہے پایا جاتا ہے، چہرہ یا سر کا تضرر ہے، جسکی بہت سی اصابتیں فرانس (France) میں درج کی گئی ہیں۔ صلعہ بالعموم تضرر کے بعد چند دن کے اندر نمودار ہوتا ہے، لیکن اِسکا آغاز دو مہینے بلکہ اس سے زیادہ تک تاخیر پذیر ہو سکتا ہے۔ راقم الحروف کی ایک اصابت میں ایک عورت میں جسکو جلد الراس کا شدید تضرر ہوا تھا، یہ وقفہ آٹھ روز کا تھا۔ بعد ضربی اصابتوں کا ایک دوسرا گروہ خاص طور پر دلچسپ ہے۔ صلعہ ایک زیادہ جوارح کے شدید اور اکثر متعدد تضررات کے بعد واقع ہوتا ہے، جنمیں کسور اور عضلات اور اعصاب کا نقصان، اور اِسکے بعد مشار کی عصبی رسد کی ماؤفیت کی وجہ سے مستقل تغیّرات واقع ہوتے ہیں، یعنی "چمکدار جلد" کثرت عرقی، اور عروقی اختلالات۔ ایسی اصابتوں میں صلعہ تضرر کے بعد اسوقت واقع ہوتا ہے جبکہ کئی ماہ یا سال گزر جاتے ہیں، اور اس طویل وقفہ کی توجیہ اسطرح کیجا سکتی ہے کہ صلعہ کو ایک صاعد عصبی انحطاط سے منسوب کیا جائے، جو بالآخر نخاع میں متعلقہ مشار کی عصبی مراکز تک پہنچ جاتا ہے۔ (۳) نفسی اختلالات۔ اس میں شک نہیں کہ صدمہ، یا حاد تشویش اور فکر کا زمانہ کثیر الوقوع معتدِ اسباب ہیں۔ راقم الحروف کے مریضوں میں سے ایک مریضہ کو صلعہ کے تین جدا جدا حملے ہوئے تھے، پہلا اسکی ماں کی موت کے بعد، دوسرا اس سے دو سال بعد جبکہ اسکا باپ مرگیا، اور تیسرا اِسکی بہن کی موت کے بعد۔ دورانِ جنگ میں صلعہ کے حدوث میں بہت زیادتی پائی گئی، فوجی خدمت پر مامور سپاہیوں کے درمیان اور ہوائی حملوں کے دوران میں (''ہوائی حملہ کرنے والا صلعہ'' جیسا کہ ایک مسخرہ نے اِسکا نام رکھا ہے) عوام کے درمیان۔ شدید صدمہ کے بعد پیدا ہونے والی بہت سی اصابتوں میں صلعہ عمومی قسم کا ہوتا ہے۔ مخفی زمانہ نہایت چھوٹا ہوتا ہے، بعض اوقات صرف چند دن ان مریضوں میں کہ جنہیں صدمہ یا طویل المدت فکر مسبب ہوں، صلعہ کے ہمراہ دروں افرازی مشار کی اختلال کے علامات پائے جاتے ہیں جو بیش درقیت کی دلیل ہیں (بیسڈوئیت'' (basedowiam)۔ لیوی فرینکل (Levy-Frankel)

اور جسٹر (Juster) رقبی صلعہ کی دو قسمیں تسلیم کرتے ہیں، ایک دروں افرازی مشارکی، جسمیں تبدیل شدہ اساسی تحول ہوتا ہے، اور دوسری عروقی مشارکی، جسمیں طبعی اساسی تحول ہوتا ہے۔ اول الذکر میں وہ اصابتیں شامل ہیں جن میں صلعہ مرض گریو (مخفی یا ظاہر) کے ساتھ واقع ہوتا ہے، اور وہ جو کہ صدمہ یا نفسی اختلالات کے بعد واقع ہوتی ہیں۔ آخرالذکر حقیقی بعد ضربی اصابتیں ہیں۔
(۴) حاد یا مأسکی سرایتیں۔ معمولی منتشر بعد سرایتی صلعہ کے علاوہ جو کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، رقبی صلعہ ایک حاد سرایت مثلاً سرخباد، انفلوئنزا ذات الریہ، التہاب حلمیہ (mastoiditis) وغیرہ کے بعد واقع ہو سکتا ہے۔ نیز بہت سی اصابتیں درج کیگئی ہیں کہ جنمیں ایک طویل المدت صلعہ رقبی، دانتوں، انفی بلعوم یا انفی اجواف میں سرایت کے مزمن ماسکے دور کرنے کے بعد اچھا ہوگیا ہے۔ خود آئین عصبی نظام اور دروں افرازی غدد (خاص طور پر برگردہ اور درقیہ) پر حاد یا مزمن سرایتوں کی تاثیر کے مدنظر یہ توقع کیجا سکتی ہے کہ وہ مرض کی تسبیب میں ایک کثیر الوقوع سبب ہونگی۔

اوپر جو کچھ کہا گیا ہے اس سے ظاہر ہے کہ صلعہ کو ایک غیر نوعی مرض تصور کرنا چاہئے جسکی تسبیب میں مختلف عوامل کارفرما ہوتے ہیں، راقم الحروف یہ سمجھتا ہے کہ اسکو امراض کے حساسیتی گروہ میں شمار کرنا چاہئے، جن میں حقیقتاً ایک نہ ایک کے ساتھ یہ اکثر موتلف ہوتا ہے۔ جیسا کہ صلعہ رقبی میں ہوتا ہے، خود آئین عصبی نظام کا مقامی یا عمومی اختلال ان سب کی پیدائش میں حصہ لیتا ہے، اور وہی موروثی یا خاندانی استعداد نظر آتی ہے۔

تشخیص۔ صلعہ رقبی کی چکتی کے خاص تشخیصی خصائص حسب ذیل ہیں:- (۱) اس کا ناگہانی ظہور۔ (۲) بالوں کی اکثریت کامل طور پر جھڑ جاتی ہے جس سے چکتی چکنی اور گنجی رہ جاتی ہے۔ (۳) "علامتِ فجائیہ" کی طرح کے بالوں کی موجودگی۔ (۴) ندبی ذبول کی عدم موجودگی۔

قوباء سے اسکو اس واقعہ سے تشخیص کیا جا سکتا ہے کہ جلد الراس کی عام خرد بذوری سرایت میں چکتی کی سطح چھلکے دار رہتی ہے، ماؤف بال ٹوٹ کر الگ

ہو جاتے ہیں لیکن جھڑتے نہیں، چنانچہ چکتی حقیقت میں گنجی نہیں ہوتی، اور بالوں کے ٹنڈ "علامت فجائیہ" کی طرح کے بالوں سے بالکل جداگانہ منظر رکھتے ہیں۔ انکے خوردبینی امتحان سے ممیز "کرم خوردہ" منظر گھسے ہوئے سرے، اور فطری عناصر منکشف ہونگے۔ مزید برآں اندھیرے کمرے میں وُڈ کی روشنی (Wood's light) سے سرایت زدہ بالوں کے چمکدار سبز تر زہر کا مظاہرہ ہوگا۔ جلدالراس کی دروں شعری سرایت ("سیاہ نقطہ" والا قوباء) (black-dot wringworm) میں تشخیص زیادہ مشکل ہوتی ہے۔ قلیست بالکل نہیں ہوتی اور بہت سی سرایت زدہ بال جراب کے منہ پر ٹوٹ جاتے ہیں اور سیاہ نقطوں کی طرح نظر آتے ہیں، جو ان سے مماثل ہوتے ہیں جو کہ بعض اوقات صلعہ رقبی میں دیکھے جاتے ہیں۔ تاہم اکھاڑے ہوئے ٹنڈوں کے خوردبینی امتحان سے بڑے بذرات یالی فطری کے اندر زنجیروں کی صورت میں مرتب نظر آئینگے۔ آتشکی صلعہ (syphilitic alopecia) سے تفریقی تشخیص کے نکات پہلے بتائے جا چکے ہیں۔ صلعہ کی ان چھوٹی چھوٹی چکتیوں میں جو کہ جلدالراس کی دمیلیت (furunculosis) کے مقام کے گرد عارضی طور پر واقع ہوتی ہیں مرکزی ندبہ کی موجودگی۔ جو کہ دمل کے بعد باقی رہ جاتا ہے کافی ہوتی ہے۔ ان عارضی چکتیوں میں جو کہ جلدالراس کے حصفہ کے بعد پیدا ہوتی ہیں، سرایت کی سرگذشت، یا قیماندہ چند پپڑیوں کی موجودگی، اور علامت فجائیہ کی طرح کے بالوں کی عدم موجودگی تشخیص میں ممد ہوگی۔ بعد ضربی ندبات، ذئبہ احمرار یہ، شہد بلا (favus) قرعت کاذب (pseudo-pelade)، اور متلف الشعر جرابی التہاب (folliculitis decalvans) میں ندبی ذبول صلعہ رقبی کو خارج از بحث کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔

انذار ۔ صلعہ رقبی کی اصابتوں کی اکثریت خود بخود اچھی ہو جاتی ہے، لیکن نکس نہایت عام ہے۔ وہ اصابتیں کہ جنمیں سریع پھیلاؤ یہاں تک واقع ہوتا ہے کہ جلدالراس پوری کی پوری یا اس کا بڑا حصہ، چہرہ، اور دوسرے بالدار حصے ماؤف ہو جاتے ہیں تشویشناک انذار رکھتی ہیں۔ تاہم

ایسے مریض جو کئی سال سے مکمل یا تقریباً مکمل صلعہ میں مبتلا رہے ہیں گاہے گاہے صحت یاب ہو جاتے ہیں۔

علاج - عمومی - صلعہ رقعی کی ایک اصابت میں کیا علاج اختیار کرنا چاہئے یہ لازماً مریض کی مکمل تفتیش، اور سب سے زیادہ اغلب علل یا عوامل پر غور و خوض کرنے پر منحصر ہے جو کہ مسبب ہے۔ موروثی بلکہ اکتسابی آتشکی سرایت کا امکان ہمیشہ ذہن نشین رکھنا چاہئے۔ بار چشم، اور دانتوں، انفی بلعوم اور انفی اجواف میں ماسکی سرایت کی موجودگی خارج از بحث کرنی چاہئے۔ بہت سی اصابتوں میں استفسار اور مریض کے امتحان سے صدمہ، تشویش، سابقہ حاد سرایت، بے خوابی، یا محنت شاقہ سے عصبی خستگی کی شہادت منکشف ہوگی۔ ان کے لئے ابتداءً مکمل آرام اور اس کے بعد کھلی ہوا میں تعطیل، کافی دوائی نظام غذائی زائد دودھ کے ساتھ، مسکنات اور بعض اوقات عاقلانہ نفسیاتی معالجہ کی ضرورت ہے۔ برومائیڈ کی چھوٹی خوراکیں گلسرو فاسفیٹز (glycerophosphates) کے ساتھ اکثر فائدہ مند ہوتی ہیں، مثلاً بگیرند سوڈیائی برومائیڈائی (sodii bromidi) ۵ - ۷ گرین، سرپ گلسرو فاسفِ کو (syr. glycerophos. co.) ۱ - ۲ ڈرام، ایکوا کلوروفارمائی (aq. chloroformi) تا سحد ½ اونس، دن میں تین مرتبہ بغیر پانی ملائے غذا کے بعد، یا برومائیڈ کی بجائے لیومینال (luminal) ½ گرین دن میں تین مرتبہ دیا جاسکتا ہے۔ بعض اصابتوں میں فاسفورک ایسڈ (phosphoric acid) اور سٹرکنین (strychnine) اس احساس خستگی کو دور کرنے میں کہ جس کی یہ مریض شکایت کرتے ہیں زیادہ موثر ثابت ہوتے ہیں۔ ان عورتوں میں کہ جنہیں سن ایاس کے وقت صلعہ نمودار ہو جاتا ہے، جیبضی خلاصہ کی فعّال تجہیزات براہ دہن یا بذریعہ انشراب آزمائش کے قابل ہیں۔

مقامی - یہ امر بہت مشکوک ہے کہ کوئی مقامی تدابیر صلعہ کی ایک چکتی کے پھیلاؤ کو روک سکتے ہیں، لیکن کچھ شہادت موجود ہے کہ وہ خراش آور جو بیش و سوزش پیدا کرتے ہیں بالوں کی بازبالیدگی کی تہییج کرتے ہیں۔ ایسے

بہت سے استعمال کئے جاتے ہیں، شلاً لائکر اپیسپیٹکس (liq. epispasticus) کاربالک ایسڈ، صبغیۂ آیوڈین (tincture of iodine)، صبغیۂ ذراریح (tincture of cantharides)، اور امونیا (ammonia)۔ مندرجۂ ذیل مفید ہے:- گلیسرینڈ لیکٹائی کاربالسائی ا حصہ، ایسڈائی لیکٹائی (acidi lactici) ۴ حصہ۔ اسکو چکتی پر ایک پھریری کے ذریعہ روزانہ لگا دینا چاہئے یہانتک کہ تعامل پیدا ہو، اور پھر جب تعامل زائل ہوتو اسے دوبارہ شروع کر دینا چاہئے۔ تاہم ماورا بنفشی روشنی سلعہ طور پر زیادہ موثر ہے، اور اسکے مقامی اطلاقات جو چکتیوں پر احراری تعاملات کی تحریک کرنے کے لئے کافی ہوں، کلی روشنی کے غسلوں (total light baths) کے ساتھ ممزوج کرنے چاہئیں۔ مدافع چکتیوں کے لئے لاشعاعوں کی چھوٹی ہیبج مقداریں بعض اوقات حیرت انگیز طور پر موثر ہوتی ہیں۔

جلد میں نوبالیدیں

(new growths in the skin)

یہاں انہیں سے صرف تھوڑی سی بیان کی جائیں گی۔ شامات (naevi)، سرطلی سلعات (epithelioma) اور لحمی سلعات (sarcoma) کے لئے قارئین علم الجراحت کی کتابیں ملاحظہ فرمائیں۔

لیفی سلعۂ رخوہ

(fibroma molluscum)

یہ ایک نرم، لجلجا، جھری دار، اکثر لٹکتا ہوا سلعہ ہے، جو ایک مشکل بٹے ہوئے ادمہ اور زیرجلد کی پوشش پر مشتمل ہوتا ہے، جسمیں ایک لیفی جال کے ساتھ گول خلیئے اور البیومینی سیال مختلف تناسب میں موجود ہوتے ہیں۔ یہ سلعات صرف چند ہی یا نہایت کثیر التعداد ہو سکتے ہیں۔ انکی جسامت ایک

الیمین کے سر سے لیکر آدمی کے سر کے برابر تک ہوتی ہے، اور یہ خاصکر دھڑ پر واقع ہوتے ہیں نا ممکن ہے کہ یہ صحیحاً پیدائشی ہوں، لیکن یہ اکثر ابتدائی طفلی میں پہلی بار دیکھنے میں آتے ہیں۔ فان ریک لنگ ہاؤسین (von Recklinghausen) کی رائے ہے کہ یہ در اصل عصبی لیفی سلعات (neuro-fibromas) ہوتے ہیں اور چھوٹے جلدی اعصاب کی لیفی پوششوں سے شروع ہو کر وہاں سے عروق پسینے کے غدد، اور شعری جرابوں کی لیفی ساختوں پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ ایک مماثل حالت میں جدا جدا سلعات نہیں ہوتے، بلکہ جلد دبازت یافتہ اور بیش بالیدہ ہوتی ہے، یا وہ بڑے بڑے ڈھیلے ڈھیلے متراکب شکنوں کی صورت میں ہوتی ہے (جلد شکنی = dermatolysis)۔ فان ریک لنگ ہاؤسین کے مرض میں متعدد عصبی لیفی سلعات ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ یہ منتشر لونیت اور لونی شامہ نما چکتیوں کے ساتھ مؤتلف ہوں، جنکی جسامت محض چھائیوں سے لیکر اور زیادہ بڑی ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ لونی چکتیاں تنہا موجود ہوں۔ نہایت اتفاقی طور پر یہ عصبی لیفی سلعات شوکی عصبی جڑوں سے پھوٹ نکلتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۹۶۵ الف اور ب صفحہ 968)۔

علاج ۔ نشتر کے ذریعہ دور کر دینا ہی ممکن علاج ہے۔ لیکن اگر سلعات نہایت کثیر التعداد ہوں تو صرف انھیں رسولیوں کو نکالدینا چاہئے جو خاص طور پر تکلیف دہ اور ناموزوں مقامات میں ہوں۔

خلبہ

(cheloid)

خلبہ جلد اور تحت الجلد بافت کی بالیدگی ہے، جو خاصکر لیفی بافت کی کثیف پٹیوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ اسمیں ابتدائی درجوں میں کثیر التعداد نکلے نما خلیے ہوتے ہیں۔ اسکے زیادہ عام مقامات وقوع یہ ہیں: سینہ پر، قص کے اوپر، پستانوں پر، گردن، پشت، بناگوش پر، اور جوارح پر۔ یہ بالعموم منفرد ہوتا ہے اور ایک چپٹی، چکنی، گلابی گرہک کی طرح شروع ہوتا ہے، جو جا بجا پھیل کر بہت

بڑی جسامت کو پہنچ جاتی اور مرکز میں نسبتہً شاحب ہوجاتی ہے، گرد اس پاس کی جلد کو ویش سرخ رہتی ہے ۔ کچھ عرصہ کے بعد پٹیاں اور جیود، جتنو نتوات ایک دوسرے سے جدا کرتے ہیں پیدا ہو جاتی ہیں، اور اس رسولی پر سے مختلف سمتوں میں جاکر آس پاس کی جلد کے اندر چلی جاتی ہیں ۔ ان پٹیوں کے بتدریج سکڑنے سے بہت تشوہ پیدا ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ ہم پہلو مفاصل کے حرکات میں سخت مزاحمت ہو جائے ۔ اس رسعولی کی بالیدگی کے ساتھ اکثر بہت درد اور الیمیت ہوتی ہے ۔

اکثر اوقات ایسی ہی بالیدیں سابقہ ندبات پر پیدا ہو جاتی ہیں، مثلاً چرکوں (cuts) حرقات (burns) کیلوں (acne) جدیری (varicella)، جُدیرن رسانی، یا چیچک کے ندبات پر ۔ انھیں کاذب خلیہ (false cheloid) کے نام سے یاد کیا گیا ہے، لیکن یہ معلوم نہیں ہوتا کہ یہ حقیقی طور پر مختلف ہیں ۔ خلیہ آہستہ آہستہ بڑھتا ہے اور شاذ ہی خود بخود غائب ہو جاتا ہے ۔ اگر اسے نشتر سے یا کسی کاوی دوا سے نکال دیا جائے تو تقریباً ہمیشہ پھر پیدا ہو جاتا ہے، لیکن ہمیشہ سختی کے ساتھ ایک مقامی مرض رہتا ہے، اور نہ تو لمفی غدد پر اور نہ احشار پر حملہ آور ہوتا ہے ۔

علاج ۔ رانجنی شعاعوں کے استعمال سے اور ریڈیم سے شفا حاصل ہوتی ہے ۔ چھوٹے چھوٹے خلیات کو کاربن ڈائی آکسائیڈ سنو (carbon dioxide snow) سے بار بار منجمد کرنے سے کامیابی کے ساتھ دور کیا جا سکتا ہے ۔

عضلی سلعہ، عصبی سلعہ، لمفی عروقی سلعہ

(myoma, neuroma, lymphangeioma)

گاہے گاہے یہ جلدی عوارض کے طور پر واقع ہوتے ہیں ۔

عضلی سلعہ (myoma) شاذ اصابتوں میں متعدد چھوٹی چھوٹی سخت گرہکوں کی صورت میں واقع ہوتا ہے، جو ایک الپین کے سر سے لیکر مٹر یا سیم کے دانہ کے برابر، چہرے، دھڑ یا جوارح پر ہوتی ہیں ۔ ہر گرہک ادمہ کے اندر ایک

چھوٹی رسولی ہوتی ہے۔ یہ املس عضلی ریشوں پر مشتمل ہوتی ہے (املس عضلی سلعہ = leiomyoma) کہ اور بعض اصابتوں میں بظاہر ناصب الشعر عضلات (arrectors pilorum) سے تعلق رکھتی ہے۔ 981

عصبی سلعہ (neuroma) دھڑ اور جوارح دونوں کے عصبی ریشوں کے سرے میں متعدد چھوٹی چھوٹی دردناک بالیدگیاں بناتا ہے۔

لمفی عروقی سلعہ (lymphangeioma) ایک شاذ بالیدہ ہے، جو لمفی عروق کے توسع ہوکر مرئی ڈویرے بنجانے اور درمیانی اتصالی بافت کی بیش بالیدگی ہونے سے پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ معمولی عروقی شامات کے ایتلاف میں کیا گیا ہے۔

سلعہ زرد

(xanthoma)

[صفرہ (xanthelasma)، برص نما (vitiligoidea)]

۱۸۳۶ء میں جس حالت کو ریئر (Rayer) نے پپوٹوں کے رقعات زردی مائل (plaques jaunatres des paupieres) کے نام سے پہلے پہل بیان کیا اُس مرض کو ایڈیسن (Addison) اور گل (Gull) نے برص نما، ایراسمس ولسن (Erasmus Wilson) نے صفرہ اور ڈبلیو ایف سمتھ (W. F. Smith) نے سلعہ زرد کا نام دیا۔ اب تین قسمیں تسلیم کیجاتی ہیں، بالفاظ دیگر، جفنی یا مسطح سلعہ زرد (xanthoma palpebrarum vel planum)، جسکے لئے بعض لوگ صفرہ کی اصطلاح محدود کردیتے ہیں، درنی متعدد سلعہ زرد (xanthoma tuberosum multiplex) اور ذیابیطیسی سلعہ زرد (xanthoma diabeticorum)۔

پہلی بدرجہا سب سے زیادہ عام ہے، اور بالعموم ادھیڑ عمر میں واقع ہوتی ہے۔ اطراف صاف طور پر واضح، زرد چکتیاں ہوتی ہیں جو شامی (chamois-leather) سے ملتی جلتی ہیں، اور زیادہ تر بالائی جفنوں پر اندرونی آنافات کے قریب واقع ہوتی ہیں۔ دوسری چکتیاں دونوں اجفان پر نمودار ہوسکتی ہیں، اور پھیلاؤ

سے شاذ طور پر آنکھوں کو ملتحمی چادروں کی صورت میں گھیر لیتی ہیں ۔ گما ہے ناک، وجنی خطے، کان، اور قفا (nucha) ماؤف ہوسکتی ہے ۔ پپوٹوں اور بعض دوسری جگہوں کی بڑھی ہوئی لونیت بالعموم ایک مؤتلف علامت ہوتی ہے ۔ ہے ہچنسن (Hutchinson) نے صفرہ کے مریضوں میں شقیقہ (migraine) کی کثرت وقوع ملاحظہ کی، اور حصاتیت صفراء (cholelithiasis) یا زیادہ شاذ طور پر کبدی کہبت موجود ہوسکتی ہے ۔

متعدد سلعہ زردہ میں اضرار اس سے بہت زیادہ وسیع طور پر پھیلے ہوتے ہیں، اور بثور، گرگوں، در ریختہ رقعات، خطوط، یا متعدد جسامت کے سلعات کے طور پر واقع ہوتے ہیں ۔ وہ رنگ میں زرد یا زردی مائل ہوتے ہیں ۔ انکی سطح چکنی، نجوہ دار، یا لنگ دار ہوتی ہے ۔ مقامات جو سب سے زیادہ عام طور پر ماؤف ہوتے ہیں مفاصل ہیں، خاص طور پر گھٹنوں اور کہنیوں کی باسط سطحوں پر اور اصبعی مفاصل کی ظہری اور جانبی سطحات پر ۔ تشاکل سلعات، اخیلی وترات کے غلافوں میں بھی واقع ہوسکتے ہیں ہتھیلیوں اور تلووں پر خطوط، جو قدرتی شکنوں اور منفصلی دوہراؤں کو ماؤف کرتے ہیں، اکثر دیکھے جاتے ہیں، اور سرینوں پر بڑے بڑے سلعات غیر عام نہیں ہیں ۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ توزیع ان حصوں سے تناظر ہے جن پر دباؤ یا رگڑ کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے، لیکن مختلف جسامت کے اضرار کی بہت بڑی تعداد، چہرہ، گردن، دھڑ اور جوارح پر وسیع طور پر پھیلی ہوئی ہوسکتی ہے ۔ جلد سے قطع نظر، زرد سلعیت (xanthomatosis) لمثہ، منہ، بلعوم، حنجرہ، قصبتہ الریہ، شعبتوں مری اور معدہ کے اغشیۂ مخاطی کو ماؤف کرسکتی ہے ۔ موت قصبتہ الریہ یا خاص شعبتوں کے تسدد سے واقع ہوسکتی ہے ۔ جگر ممکن ہے سلعات زرد کے نتیجہ کے طور پر کلانی یافتہ ہوجائے، اور ممکن ہے ثانوی کہبت موجود ہو اضرار باریطون، تاموریں، اور طحال، قلب اور بڑے عروق میں بھی پائے گئے ہیں ۔ دروں قلبی زرد سلعیت سے مطرانی اور اورطی عدم کفایت واقع ہوسکتی ہے، اور اسکی خاندانی مثالیں بیان کیگئی ہیں ۔ ذیابیطس لمیع بعض اصابتوں

میں موجود رہا ہے، اور غدۂ نخامیہ کی زرد سلعیت کی طرف منسوب کیا گیا ہے۔

ذیابیطسی سلعۂ زرد (xanthoma diabeticorum) ایک شاذ قسم ہے، جو اکثر اُن لوگوں میں ہوتی ہے جنکو شکر بولیت کی شکایت ہوتی ہے۔ یہ زرد مخروطی دستیوں کی طرح نمودار ہوتا ہے جو سرخ اُبھرے ہوئے رقبہ سے محصور ہوتے ہیں۔ یہ پہلے بازوؤں کی باسط سطحات پر، اور پشت اور شکم کے اسفل حصے پر، اور بعد ازاں دوسرے حصّوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ یہ اکثر جلد رفع ہو جاتے ہیں۔

بحث اسباب۔ زرد سلعیت کے موروثی اور خاندانی رجحان کی بے شمار مثالیں بیان کیگئی ہیں۔ جفنی زرد سلعہ ادھیڑ عمر سے پہلے شاذ ہی واقع ہوتا ہے، لیکن دوسری دو قسمیں نوعمر بچوں میں دیکھی جا سکتی ہیں۔ خون کا کولسٹرال مافیہا (cholesterol-content) بالعموم بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور متعدد سلعہ زرد میں اسکا عدد نہایت ہی بلند ہوتا ہے۔ تاہم یہ ثابت کیا جا چکا ہے (63) کہ زرد سلعی جماوؤں کی تکوین کا زیادہ تر انحصار آزاد کولسٹرین اور کولیسٹرین ایسٹر (cholestrin-ester) کے درمیان غیر طبعی نسبت پر یا فاسفاٹائڈ (phosphatides) کے انتکاز میں تبدیلی پر ہے۔ یہ اختلالات، کا شفات عمل سے منکشف ہوتے ہیں، جبکہ ایک کولسٹرین۔ شحم آمیزہ (۵ گرام کولسٹرین۔ ۱۰ گرام روغن زیتون میں) دیا جاتا ہے، اور آزاد کولسٹرین، کولسٹرین ایسٹر، فاسفاٹائڈز، اور کل شحم کی مقداروں کا تخمینہ بعد میں خون میں وقفوں سے کر لیا جاتا ہے۔

ذیابیطسی زرد سلعہ میں بالعموم شکر بولیت، بیش شکر دمویت اور بیش کولسٹرین دمویت کے ساتھ موجود ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ چپٹی چکتیوں میں اُدمہ کے اندر نو ساختہ اتصالی بافت پائی جاتی ہے اور اُسکے ساتھ بڑے گول یا تکلے نما خلیے ہوتے ہیں، جو اکثر کثیر النواۃ، اور شحمی ذرات سے اور گنجان طور پر مجتمع شحمی قطروں سے بھرے ہوئے ہوتے ہیں (زرد سلعی خلیات = xanthoma cells)۔ گرہوں کی ساخت بھی مماثل ہوتی ہے، لیکن انمیں اتصالی بافت زیادہ کثرت کے ساتھ ہوتی ہے۔

982

علاج ۔ جفنی سلعہ زرد کے خرد تر ابھار کا علاج برق پاشیدگی کے ذریعہ کامیابی کے ساتھ کیا جا سکتا ہے، لیکن بڑے جماؤوں کو قطع کرکے نکال لینا چاہئے ۔ اس حالت اور متعدد سلعہ زرد دونوں میں ایک پست شحم والا نظامِ غذا جس سے کولسٹرال پر مشتمل غذائیں خارج کردی گئیں، تجویز کیا گیا ہے، لیکن نتائج راقم الحروف کی رائے میں حوصلہ افزا ثابت نہیں ہوئے ۔ تاہم ذیابیطیسی سلعہ زرد میں ایک مناسب غذا اور انسولین کے اثرات کے اثر سے تمام ابھار غائب ہوگئے ہیں ۔

متفطر فطریت

(mycosis fungoides)

اِس شاذ مرض میں جلد کو متعدد سلعات ماؤف کر دیتے ہیں ۔ ان کے نمودار ہونے سے پہلے، بعض اوقات سالہا سال تک، احمراری، اکزیمائی یا شریِ چکتیاں موجود رہتی ہیں ۔ سلعات کی جسامت سیم کے دانہ سے لیکر نارنگی کے برابر تک یا اس سے بھی بڑی ہوتی ہے ۔ یہ سلعات گول، بیضوی، یا نخنک دار ہوتے ہیں ۔ اوپر کی جلد تنی ہوئی اور چمکدار ہوتی ہے ۔ انکے گرد کی جلد اکثر دریختہ ہوتی ہے ۔ عرصۂ دراز کے بعد ممکن ہے کہ اِنمیں سے بعض سکڑ کر غائب ہو جائیں ۔ بعض سطح پر متقرح ہو کر متفطر تودے بنا دیتے ہیں اور انکے اندر سے ایک صاف آبی مصل خارج ہوتا ہے ۔ اس درجہ میں عموماً انمیں درد، کھجلی یا حِس نہیں ہوتی ۔ یہ مرض مہینوں یا برسوں تک جاری رہتا ہے، لیکن بالآخر صحت جواب دیدیتی ہے، اور نتائج تقریباً ہمیشہ مہلک ہوتے ہیں ۔ خیال کیا گیا ہے کہ یہ مرض ایک لحمی سلعہ یا لمفی لحمی سلعہ ہونے کے بجائے ساری اریکی سلعہ ہے، مگر اسمیں کوئی عضویے نہیں پائے گئے ہیں، اور سلعات لمف آسا خلیوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو اتصالی بافت کے ایک باریک ہیکل میں جمے ہوئے ہوتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو پیش فطریتی احمرار جلد premycosic erythrodermia) ۔

علاج۔ رانجنی شعاعوں کے استعمال سے بڑی اصلاح درج کیگئی ہے
اگرچہ بعض اوقات یہ محض عارضی ہوتی ہے۔

حوالجات

REFERENCES

1 U. J. Wile and L. B. Kingery .. 1919 *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 970.

2 C. Levaditi, P. Harvier and S. Nicolau .. 1922 *Ann. Inst. Past.*, 36, 63, 105.

3 R. T. Brain .. 1936 *Brit. Journ. Derm. and Syph.* 48, 21.

4 R. T. Brain .. 1933 *Brit. Journ. Exper. Path.*, 14, 67.

5 H. Head and A. W. Campbell .. 1900 "Brain," 28, 253, 523.

6 T. Lewis .. 1927 "The Blood Vessels of the Human Skin and their Responses," London, 213.

7 R. Sabouraud .. 1913 *Entrietiens Dermatologiques*, Paris, 28.

8 H. Haxthausen .. 1927 *Ann de Derm. et de Syph.*, 8, 210.

9 J. V. Cooke .. 1926 *Arch. Derm. and Syph.*, 14, 539.

10 T. H. C. Benians .. 1915 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 27, 394.

11 T. H. C. Benians and B. H. Jones .. 1929 *The Lancet*, i., 174.

12 R. Sabouraud .. 1928 *Pyodermites of Eczemas*, Paris, 224.

13 H. Radcliffe-Crocker . 1888 "Diseases of the Skin," 1st Edition, London, p. 128.

14 H. W. Barber and J. W. H. Eyre .. 1927 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 39, 485.

15 D. Krestin .. 1927 *Quart. Journ. Med.*, 21, 177.

16 R. Sabouraud .. 1904 *Pityriasis et Alopecies Pelliculaires*, Paris.

17 J. M. H. MacLeod and G. B. Dowling .. 1928 *Brit. Journ. Derm. and Syph.* 40, 139.

18 W. N. Goldsmith .. 1925 *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 149, 575.

19 J. Darier .. 1928 *Precis de Dermatologie*, 4th Edition, Paris, p. 104.

20 A. Civatte .. 1924 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 36, 461.

21 H. W. Barber, G. L. Attwater and G. Marshall .. 1921 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 36, 515.

22 H. W. Barber and G. B. Dowling .. 1926 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 19, 33.

23 G. M. Mackee and M. B. Sulzberger .. 1935 *Arch. Derm. and Syph.*, 31, 159.

U. J. Wile and F. H. Graner .. 1935 *Ibid.*, 174.

24 J. Schaumann .. 1924 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 36, 515.

25 J. V. Klauder .. 1934 *Derm. Wchnschar.*, 98, 613.

26 E. Bruusgaard .. 1922 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 34, 150.

27 B. Shelmire .. 1925 *Arch. Derm. and Syph.*, 13, 788.

28 H. W. Barber .. 1929 *The Lancet*, ii., 591.

29 E. Ramel .. 1930 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 42, 1.

30 R. Hallam and J. W. Edington .. 1933 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 45, 133.

31 H. W. Barber .. 1921 *Guy's Hosp. Rep.*, 385.

32 L. Landouzy .. 1913 *Presse Med.*, 21, 1045.

33 H. W. Barber and L. Forman .. 1933 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 45, 4.
34 L. Forman and G. P. B. Whitwell .. 1934 *Guy's Hosp. Rep.*, 74, 213.
G. P. B. Whitwell .. 1934 *Ibid.*, 75, 227.
35 A. B. Cannon and G. G. Ornstein .. 1925 *Arch. Derm. and Syph.*, 12, 691.
36 H. W. Barber .. 1929 *The Lancet*, ii., 483.
37 S. Shone and G. P. B. Whitwell .. 1934 *The Lancet*, ii., 11.
38 T. Wingate Todd .. 1933 "Behaviour Patterns of the Alimentary Tract," Baltimore, p. 79.
39 T. Lewis .. 1927 "The Blood vessels of the Human Skin and their Responses," London, p. 81.
40 A. E. Boycott .. 1912-13 *Jour. Path. and Bact.*, 17, 110.
41 J. H. Stokes .. 1914 *Journ. Cut. Dis.*, 32, 751, 830.
42 B. Bloch .. 1929 *Arch. Derm. and Syph.*, 19, 175.
43 A. Civatte .. 1926 *Ann. de Derm. et de Syph.*, 7, 142.
44 J. V. Klauder and H. Brown .. 1927 *Arch. Derm. and Syph.*, 15, 1.
45 R. Hallam .. 1927 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 39, 95.
46 W. Brack .. 1926 *Zeitsch f. ges. experiment. Med.*, 51, 525; and *Klin. Woch.*, 1925, 4, 1109.
47 C. H. Rogerson .. 1934 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 46, 368.
984 48 H. W. Barber and G. H. Oriel .. 1928 *The Lancet*, ii., 1009, 1064.

49 H. G. Adamson .. 1906 *Brit. Journ. Derm.*, 18, 125.
50 H. W. Barber and F. D. Howitt .. 1926 *Guy's Hosp. Rep.*, 76, 314.
51 R. Cranston Low .. 1924 "Anaphylaxis and Sensitisation," Edinburgh, p. 74.
52 N. Walker .. 1925 "An Introduction to Dermatology," 8th Edition, Edinburgh, p. 83.
53 A. Garrod and G. Evans 1924 *Quart. Journ. Med.*, 17, 171.
54 E. A. Cockayne .. 1933 "Inherited Abnormalities of the Skin and its Appendages," London.
55 H. G. Adamson .. 1920 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 32, 183.
56 O. Grutz .. 1934 *Deutsche. Med. Wchnschr.*, 60, 1039.
57 H. W. Barber .. 1930 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 42, 500.
58 S. E. Dore .. 1928 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 40, 12.
59 G. C. Andrews, F. W. Birkman and R. J. Kelly .. 1934 *Arch. Derm. and Syph.*, 29, 548.
60 H. D. Rolleston .. 1924 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 36, 407.
61 H. W. Barber .. 1926 *Brit. Journ. Derm. and Syph.*, 38, 143.
62 R. L. Sutton .. 1916 *Journ. Cut. Dis.*, 34, 797.
63 J. C. Michael and H. O. Nicholas .. 1934 *Arch. Derm. and Syph.*, 29, 228.

985

مدارینی امراض

تمہید

بہت سے امراض مثلاً ٹرپینوسومیئیسس (trypanosomiasis) یعنی ترفانیت 'یاز' کالا آزار اور تپ زرد بلحاظ تقسیم لازماً مدارینی یا تحت مدارینی ہیں اور انکی مدارینی نوعیت پر کسی کو کوئی شدید اعتراض نہ کرنا چاہئے لیکن بعض دوسرے امراض ایسے ہیں جو اب صرف گرم ممالک ہی میں پائے جاتے ہیں مگر ایک زمانہ میں یہ معتدل منطقوں میں بہت کثرت سے پائے جاتے تھے ۔ انگلستان میں حمیٰ ناکسہ' ٹائیفس تپ' ملیریا' طاعون' جذام اور آب ترسی زمانہ سابقہ میں بکثرت پھیلے ہوئے تھے لیکن اب یہ امراض اس خطہ میں نہیں پائے جاتے جس کی وجہ زیادہ تر اطلاقی اصول صحت کا رواج اور قوم کے معیار معاشرت کی اصلاح ہے ۔سرکاری اعداد و شمار سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ۱۸۵۵ء سے لیکر ۱۸۶۵ء تک سینٹ تھامس ہاسپیٹل لندن میں ملیریا کی شرح وقوع ۱۲ تا ۱۶ فی ہزار رہی (۱)۔اس قسم کے امور کی اہمیت کما حقہٗ تسلیم نہیں کیجاتی اور ان سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ مدارینی اقوام میں جو امراض پائے جاتے ہیں ان میں سے بہت سے نام نہاد مدارینی امراض کی کثرت وقوع کا انحصار آب و ہوا کے مقابلہ میں زیادہ تر طبعی حالات پر ہے ۔

اس مسئلہ کا ایک اور اہم پہلو یہ ہے کہ مدارینی ممالک میں معمولی امراض کا حدوث مرمہ شکل میں ہوتا ہے ۔مثال کے طور پر کہبتِ جگر' ذلذبزی

جزائر شرق الہند کے اصلی باشندوں میں جو الکحل کے استعمال کے عادی نہیں ہیں، یورپ کے مقابلہ میں دس گنا زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ مزید برآں ایک قوم میں جس قسم کا سرطان واقع ہوتا ہے اسکی تعیین بعض اوقات مقامی رواج یا مرض سے ہوتی ہے۔ جنوبی ہندمیں سپاری چبانے کی عادت کی وجہ سے غذائی سرطان کثیر الوقوع ہے، اور مصرمیں مثانہ اور قضیب کا سرطانی سلعہ کثرت سے پایا جاتا ہے جو اس خراش کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے جو ان بافتوں میں فلیقی انڈوں (schistosome eggs) کے مطروح ہونے سے پیدا ہوتی ہے جگر کا اولی سرطانی سلعہ چین میں دنیا کے دوسرے ممالک کے مقابلہ میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ مزید برآں لونی حصیات صفرا مدارین میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں جسکی وجہ شاید شدیش بیلی روبن مومیت (hyperbilirubinæmia) ہے جو مزمن ملیریائی یا سیاہ بولی تپ کا نتیجہ ہوتی ہے، اور اس کے علاوہ ہندوستان کے بعض حصوں میں بولی حصاۃ بھی غیر معمولی کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ عام زہراوی امراض یعنی آتشک، سوزاک، اکولہ (شنکر ابیض) مدارین میں کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ دو اور زہراوی امراض مثلاً خارجی اعضائے تناسل کا متقرح اربیکی سلعہ اور کبۂ مدارینی بھی مدارینی خطہ میں عام ہیں۔ جن ملاحوں کو مدارینی بندرگاہوں پر جانے کا اتفاق ہوتا ہے انکو وہاں کی باشندہ عورتوں سے کبۂ مدارینی عارض ہوسکتا ہے، اور یہ مرض اب یورپ میں بتدریج پھیل رہا ہے۔

انفلوئنزا، تدرن اور کمسرا مدارینی ممالک میں فرنگستانیوں کی لائی ہوئی ہیں، اور انکی وجہ سے دیسی نسلوں کی شرح اموات بہت بڑھ گئی ہے جنھیں اِن امراض کے خلاف کوئی مناعت موجود نہ تھی اور اگر تھی بھی تو بہت کم اسکی مثال پالینیشیا کے باشندوں میں پائی جاتی ہے جنھیں ان امراض کی شدید تباہ کاریوں کی وجہ سے بحرالکاہل کے بعض جزائر کی شرح اموات ایک مہیب درجہ تک پہنچ گئی ہے۔ علیٰ ہٰذا آسٹریلیا کے اصلی باشندے جو ابھی پتھر کے زمانہ میں سے گزر رہے ہیں ان امراض پر غالب نہیں آسکے جو وہاں اہالیانِ فرنگ نے

ذریعہ سے داخل ہوئے ہیں' اور یہ اب تیزی سے فنا ہو رہے ہیں۔ تمدن کبھی ہندوستان میں اور خاصکر افریقہ میں ایک ایسا خطرہ ہے جو روز بروز بڑھتا جا رہا ہے (2)۔ "تاریک براعظم" کی قدیم نسلوں میں' جو پہلے تمدن کے معرض اثر میں نہیں آئی تھیں' اس سرائت کی صبیانی قسم کے پیدا ہونے کا رجحان پایا جاتا ہے جس میں غدد ماؤف ہو جاتے ہیں اور مرض کا عمومی انتشار پایا جاتا ہے جو اکثر جلد مہلک ثابت ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 87)۔ اہل فرنگ پر اس لحاظ سے ایک بہت بھاری ذمہ داری عائد ہوتی ہے کہ وہ اپنی ثقافت کے ساتھ اتفاقاً دیسی سرائتوں کے منتشر کرنے کا بھی باعث ہوتے ہیں جنکا اگر انسداد نہ کیا جائے تو ان سے نہ صرف وسیع رقبوں کی آبادی ہی تباہ ہو سکتی ہے بلکہ وہاں انقطاعِ نسل کا بھی خطرہ ہوتا ہے۔

فرنگستانی اور اس کا مداراینی ماحول

مداری ممالک میں مشرقی اور وہاں کی اصلی نسلیں آباد ہیں جنکی جسمانی ساخت اور سیرت مختلف ہے' اور انمیں فرنگی اور مخلوط فرنگی خون کے متعدد لوگ منتشر طور پر آباد ہیں جنمیں اُن سرائتوں کے خلاف جو مقامی باشندوں میں عموماً پائی جاتی ہیں اکثر بہت کم مناعت موجود ہوتی ہے۔ خون چوسنے والے حشرات' مفصل پایہ برندے (arthropod vectors)' مکھیاں' غذا اور پانی انتقالِ مرض کے عام ذرائع ہیں۔ مزمن حال خاصکر وہ جو طا زمین میں ہو مدارین میں اہل فرنگ کے لئے شدید ترین خطرہ کا باعث ہوتا ہے۔ جہاں سرائت زدہ دیسی آبادی کی تعداد بہت زیادہ نہ ہو جیسا کہ مشرقی مداریٰ آسٹریلیا میں ہے وہاں فرنگستانی بالغوں اور بچوں کی توقع حیات منطقہ جات معتدلہ کے مقابلہ میں کم نہیں ہے۔

مداری ماحول میں ایک نقص یہ بھی ہے کہ خالص پانی کی رسد اور متوازن غذا مشکل سے ممکن الحصول ہوتی ہے۔ دودھ عموماً نہایت زیادہ ملوث ہوتا ہے' اور اگر یہ براہِ راست بھینس سے حاصل کیا جائے تو اسمیں شحمی جز ضرورت سے زیادہ ہوتا ہے۔ سرخ گوشت بعض اوقات ناقص قسم کا ہوتا ہے اور سبزی اور پھلوں کا حاصل کرنا مشکل ہوتا ہے۔ ان صورتِ حالات میں اگر

986

قلتِ حیاتین کے اثرات سے احتراز مقصود ہو تو غذا میں حیاتین کی مقدار میں اضافہ کرنا لازمی ہے۔ یک رنگیٔ حیات، معاشرتی اختلاط کی کمی اور گرم یا گرم مرطوب آب و ہوا کے (جسمیں اختلاف بہت کم واقع ہوتا ہے) طویل المدت اثرات اہل فرنگ کے عصبی نظام کو بہت کمزور کر دیتے ہیں، اور ان سے انہیں تنک مزاجی، بیخوابی، اور ارتکاز توجہ کا فقدان پیدا ہوجاتا ہے، اور یہ ایک ایسا علائمیہ ہے کہ جسمیں الکحل کے استعمال سے تخفیف ہونے کی بجائے شدت پیدا ہوجاتی ہے۔

مدارینی مریض کا سریری امتحان

کسی مدارینی اصابہ کی تحقیقات کے لئے مریض کی محتاط سریری روئداد حاصل کرنا اور اس کا مکمل طبعی امتحان سب سے زیادہ عظیم الاہمیت ہے۔ سابقہ مقام سکونت سے تشخیص کے متعلق اکثر کوئی نہ کوئی اشارہ ملجاتا ہے۔ طحال، جگر، قولون، اور پھیپھڑوں کے قاعدوں کی طرف توجہ کرنا چاہئے۔ افریقہ کے تفرید کردہ جشیلیو میں سے جو تمدن کے مریض تھے، ۵۲ فیصدی میں صرف قاعدی اور وسط منطقی ضربات پائے گئے (2)۔ اہل فرنگ اور دیسی باشندوں میں دائیں پھیپھڑے کے قاعدہ کی طرف خاص توجہ کرنا چاہئے، کیونکہ اس محل پر ایسے امارات بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں جو ریوی انتلا، ہبوط اور تجدید یا پلورائی انصباب کی طرف اشارہ کرتے ہیں جو جگر کے ابتدائی خراج کی پیچیدگی کے طور پر واقع ہوتے ہیں۔ جگر کے کیسہ میں بھی اسی قسم کے خصائص پائے جاسکتے ہیں، لیکن دوریہ کا رجحان عموماً نیچے کی طرف تو پانے کی طرف ہوتا ہے، اور اس کے مقابلہ میں جگر کا خراج اکثر ڈایا فرام کی طرف بڑھتا ہے۔ یہ دونوں ضربات تقریباً ۸ فیصدی اصابات میں جگر کی دائیں جانب پر اثر انداز ہوتے ہیں۔

جن حالتوں میں کوئی واحد نظام ماؤف ہو ان میں تفریقی تشخیص کے لئے امراض کے کسی خاص گروہ پر غور کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ چنانچہ عصبیاتی مظاہر کو دماغی ملیریا، ترقانیت (ٹرپینوسومیئیسس)، انبان ذنبیت (سسٹی سرکوسس)،

دماغ کے بلہارزیائی اریکی سلعہ، اور مجلیانیت (لیتھی ارزم) کسی سے بھی منسوب
کیا جاسکتا ہے، اور اطرافی التہاب اعصاب جذام، بلاگرا، یا بیری بیری
سے پیدا ہوسکتا ہے۔ یہ ایک دلچسپ امر ہے کہ حبل کا تحت الحاد متعدد انحطاط
جو مسلف عدم دمویت کے ساتھ اس کثرت سے پایا جاتا ہے شاذ و نادر ہی اربی
اسپرو کے ساتھ پیچیدگی کے طور پر پایا جاتا ہے، اگرچہ کبیر خلوی عدم دمویت
(megalocytic anæmia) ان دونوں امراض میں موجود ہوتی ہے۔ دوسرے
نظامات کے متعلق بھی اسی قسم کی مثالیں بیان کی جاسکتی ہیں۔ مثال کے طور
پر جاپان کے خطی نفث الدم میں بساق میں تدرن کے عصیات نہیں پائے جاتے
بلکہ ریوی فلوک (پیراگونیمس ویسٹرمینی آئی (Paragonimus
westermanii: کے انڈے پائے جاتے ہیں۔ مصر اور آفریقہ کے دوسرے
حصوں میں بول الدم عموماً مثانہ کے بلہارزیائی مرض سے پیدا ہوتا ہے
(خون باش فلیقہ Schistosoma hæmatobium:)۔ بہرحال یہ ظاہر
کرنے کے لئے بہت کچھ کہا جاچکا ہے کہ مدارین سے آئے ہوئے مریضوں کے
امراض کی سریری شناخت کے لئے خاص معلومات کی ضرورت ہے۔

معملی تشخیص۔ مدارین میں ایسے کثیر التعداد عوامل ہیں جو مرض پیدا
کرتے ہیں۔ ان میں سے بعض مندرجہ ذیل ہیں۔ رکٹسیائی اجسام، جراثیم، فطرئے
پیچ مولیے (سپائروکیٹس)، نخز یوانات (پروٹوزوآ) اور دیدان (طفیلیے)
مسبب عضویہ کا مظاہرہ اکثر اوقات اس حد تک کیا جاسکتا ہے کہ سرد ممالک
کے امراض میں یہ اکثر غیر ممکن ہوتا ہے۔ خفا بہت سے مدارینی امراض کا ممیز
خاصہ ہے، جن میں سے نخز یوائی اور دیدانی اصل کے امراض خاص طور پر
قابلِ ذکر ہیں۔ مرائتِ متعددہ کا پایا جانا غیر معمولی امر نہیں ہے۔ جو مریض مدارین
سے آئیں ان میں سے ہر ایک کے خون اور اس کی اجابت کا امتحان، امتحانِ
بول کے علاوہ، روزمرہ کے دستور کے طور پر کرنا چاہیئے۔

مصلیاتی طریقوں سے سریری تشخیص کی توثیق ہوجاتی ہے، مثلاً ٹائیفس
میں ویل فیلکس کے تعاملات سے، معوی اور متموج تپوں میں التراقی تعاملات

987

سے، داء الفلیقہ (schistosomiasis) کیسہ (hydatid) اور لوآ لوآ کے عوارض میں متم تشخیصی تعاملات سے سیاہ بولی تپ اور اسپرو میں حیاتی کیمیائی تخمینات سے بہت مدملتی ہے۔ کبر خلوی عدم دمویت (میگیلو سٹک انیمیا) مداریتی کلاں خلوی عدم دمویت (ٹراپیکل میکرو سٹک انیمیا) تپ اوریا اور اسپرو میں پائی جاتی ہے اور ان کے لئے اور عدم دمویت کے دیگر اقسام کے لئے جو مدارین میں پائے جاتے ہیں جدید دمیاتی تحقیقات کی ضرورت ہوتی ہے۔

خاص تحقیقات۔ کبدی خراج کے مشتبہ اصابات میں شعاعیاتی شہادت بہت اہم ہوتی ہے۔ ڈایافرام کی حرکت ناپذیری اور اس کے ارتفاع سے یا اوپر کی طرف نمایاں طور پر اس کا منہ بننے سے ہنگامی تشخیص کی توثیق ہوجاتی ہے۔ ریوی امیبائیت اور جگر اور پھیپھڑوں کے کیسیتی مرض میں بھی اس قسم کی مدد مل سکتی ہے۔ پرانے کیسیتی دویرہ کے ظہارہ (ایڈونٹیشیا) یا امیبائی خراج کی دیوار میں تکلس کی موجودگی لاشعاعی امتحان سے منکشف کی جاسکتی ہے اور یہ جراحی مداخلت کے موانع میں سے ہے۔ دوسرے طفیلیوں میں بھی ہونے کے املاح کے اسی طرح مطروح ہونے سے مثالی سایہ پیدا ہوتا ہے، مثلاً متکلس فلاریائی کرمیچے، متکلس نارو (گنی ورم) کا تلفیف یا فتہ منکے دار خاکہ، عضلہ میں اتیانی ذنبیوں (cysticerci) سے پیدا شدہ متطول بیضوی سایے، یا مدید بیضوی نافین (umbilicated) سایے جو دملجی ہسامی الراس (Porocephalus armillatus) کے گابے گابے آدمی کی ماساریقا اور اس کے جگر اور پھیپھڑوں میں دویرہ بند ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ غذائی نظر میں فلیقۂ مینسنی (Schistosoma mansoni) سے پیدا شدہ لحمیاتی زبانیہ حلیمی سلعات کا مظاہرہ غیر شفاف حقنہ سے قولون میں کیا جاسکتا ہے۔ بولی داء الفلیقہ میں مختلف پیچیدگیاں جن میں حلیمی سلعات، حصیات حالب کا تضیق، استسقاء الکلیۃ و تعفیع الکلیہ شامل ہیں، صرف صعودی یا نزولی حوض نگاری (pyelography) ہی سے ظاہر ہوسکتی ہیں۔

اگر کسی مداریتی مرض میں اجابتوں میں خون اور مخاط آتا ہو تو سیفیہ بینی

(sigmoidoscopy) کی بہت اہمیت ہوتی ہے۔ سرطانی سلعہ اور تقرحی التہابِ قولون
کو مستثنیٰ قرار دینے اور قفیزۃ القولونی (Balantidium coli)، ایمبائی تقرح،
یا قولون کے بلہارزیائی عارضہ سے پیدا شدہ مداریی التہاب قولون کے مزمن
اقسام کی شناخت کے لئے یہ بہت اہم ہے۔ بہرحال حاد عصیوی زحیر میں اسکی
ضرورت شاذ و نادر ہی ہوتی ہے اور یہ قرینِ مصلحت بھی نہیں۔ موزوں ضرات
کا نرمی کے ساتھ جرف کرنے سے جو مادہ حاصل ہوتا ہے اس میں ہدبہ دار قفیزات
(ciliated balantidiæ)، حرکت پذیر نابت ایسے جن میں مدخول سرخ جسیمات ہوتے ہیں؛
یا فلیقۂ مینسن کے جانبی شوکہ دار بیضے پائے جا سکتے ہیں۔

مثانی داء الفلیقہ (vesical schistosomiasis) میں مثانہ بینی سے
مدد ملتی ہے۔ ابتدائی ضرات اتھلے قروح یا زردی مائل گول تحت مخاطی کرپچول
یا بلہارزیائی کاذب درنوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو بیضوں کے ہلاک ہوجانے پر
چینی کی طرح سفید ہو جاتے ہیں۔ بعد میں ریلی قطعات، مثانی حلیمی سلعہ یا
سرطانی سلعہ تک کا بھی مظاہرہ کیا جا سکتا ہے۔ فلاریائی بول کیلوسی (filarial
chyluria) میں مثانہ کے قاعدہ یا اسکی دیواروں کے اندر تشقق اور تمسع لمفی
دوالی (lymphatic varix) سے بعض اوقات دودھیا سیال رستا ہوا
دکھائی دیتا ہے، اور اگر یہ مرض گردہ میں ہو تو حالب بین سے قاساطیر گذارنے
سے ماؤف گردہ کے متعلق یقین کیا جا سکتا ہے۔

مداریی امراض میں خاص علاج

پیچ موئی (spirochætal)، نخز یوانی (protozoal) اور دیدانی
(helminthic) امراض میں خاص علاج کیا جا سکتا ہے۔ مناسب اصابات
میں صحیح تشخیص اور صحیح علاج کے بعد حیرت انگیز طریقہ سے شفا ہو جاتی تھی۔
مریض کو جو مدد دی جا سکتی ہے وہ اس امر کی مقتضی ہے اور یہ اس لئے بجا
بھی ہے کہ ہر ایسے مبہم مرض کے لئے جو مدارین یا تحت مدارین میں پیدا ہو
مفصل سریری اور معملی امتحان کیا جائے۔ جو پیچ موئی (سپائروکیٹل) امراض مداریی

میں پیدا ہوتے ہیں ان پر سالورسین کی تجہیزات کا، اور ایمیائیٹ میں اینٹمنی کا، ملیریا میں کونین اور ایٹبرین اور پلازموکین کا، کالا آزار میں اینٹمنی کے پنج گرفتہ مرکبات اور ترفانیت (trypanosomiasis) میں ٹرپارسیمائیڈ (tryparsamide) اور بیئر ۲۰۵ (Bayer 205) کا خاص اثر ہوتا ہے۔ اینٹمنی کے بعض سہ گرفتہ مرکبات کا اثر فلیقات (شسٹوسومس) پر نوعی طور پر ہلاک ہوتا ہے۔ کاربن ٹیٹرا کلورائیڈ اور دوسرے نامیاتی تجہیزات بعض معوی دیدانی عوارض کے لئے بہت مفید ہیں۔

جرثومی سرائتوں کے مرپر ادویہ کا کوئی اثر نہیں ہوتا اور اگرچہ ہوتا ہے تو بہت کم جیسا کہ معتدل ممالک میں بھی دیکھنے میں آتا ہے، لیکن شگاڑ زہر کے لئے ایک قابل قدر ضد زہر مصل ممکن الحصول ہے۔ بہت سے ممالک میں جنکی تعداد روز افزوں ہے زہریلے ملکی سانپوں کے لئے قوی یک گرفتہ یا بیش گرفتہ اینٹی وینین (antivenenes) حاصل ہوسکتے ہیں۔ بالائی مصر میں جو بچے بچھو کے کاٹنے سے ہلاک ہوتے ہیں انکی شرح اموات ضد عقرب مصل کے دروں وریدی اشراب سے بہت کم ہوگئی ہے۔

ضربۃ الحرارت اور اسکے متجانس امراض

988

ضربۃ الشمس (Sunstroke)، سکتۂ حرارتی (Heat Apoplexy)، تپ حرارتی (Thermic Fever)، خستگی حرارت (Heat Exhaustion)، جرحۃ الشمس (Sun Traumatism)

مدارین میں اور معتدل ممالک میں شدید گرمی کے موسم میں، اور ایسے حالات میں جن سے بعض اوقات بھٹی جھونکنے والوں اور کان کنوں کو سابقہ پڑتا ہے جب کرۂ ہوائی کی تپش اور مرطوبیت بے عد بڑھ جائے، عوارض کا ایک سلسلہ پیدا ہوجاتا ہے جس میں خستگی حرارت، حرارتی تپ مفرط (ضربۃ الحرارت ضربۃ الشمس)، اور حرارتی اعتقال (heat cramp) شامل ہیں۔ کلکتہ کے

بلیک ہول کا حادثہ فوج کی تاریخ میں ایک مستند مثال ہے جو ۱۸۵۷ء کے جون میں واقع ہوا۔ جب کہ خوب گرمی اور حبس تھا اور جس میں ۱۴۶ برطانوی قیدیوں میں سے ۱۲۳ ہلاک ہو گئے۔

بحث اسباب۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے (8) کہ ایسے موسم میں جب کہ سایہ میں تپش تقریباً وہی ہو جو جلد کی ہے سخت دستی کام کرنے والے کی جلد سے فی گھنٹہ ایک لیٹر پسینہ بخارات بنکر اڑنا چاہئے تاکہ اسکی تپش کا توازن قائم رہے۔ یہ ناممکن ہے جب تک کہ پہنے ہوئے کپڑے بہت باریک اور ترنہ ہو اور پانی کی متناظر مقدار نہ پی جائے۔ مزید برآں اگر برہنہ جسم دھوپ میں منکشف ہو تو ۲۰۔۴۳ چھوٹے حرارے فی منٹ جذب ہو سکتے ہیں۔ اور یہ حرارت کی اس مقدار کا تین گنا ہے جو حالت سکون میں پیدا ہوتی ہے۔ حرارت کی اتنی ہی مقدار اس حالت میں پیدا ہوتی ہے جبکہ انسان سطح میدان میں ساڑھے تین میل کی رفتار سے پیدل چل رہا ہو۔ مدارینی حالات میں معمولی یورپی لباس میں مشقت طلب کام کی انجام دہی، مدارینی سورج کی حرارتی شعاعوں میں راست تکشف، سایہ کی تپش تقریباً ۱۱۰ ف، بلند مرطوبیت، اور ہوا کا سکون ایسے اسباب ہیں جن سے حرارتی خستگی اور حرارتی تپ مفرط پیدا ہو جاتی ہے۔ کمزور یا الکحل کے عادی مریض یا وہ اشخاص جو ملیریا، محرقہ یا دوسری تپوں سے بیمار ہوں خاص طور پر اثرپذیر ہوتے ہیں۔

امراضیات۔ دماغ اور اسحیہ میں بیش دمویت اور تہیج پایا جاتا ہے اور دماغی شوکی سیال کی مقدار بہت بڑھ جاتی ہے۔ عصبی خلیوں میں بعض اوقات انحطاط پایا جاتا ہے۔ جلد اور غشائے مخاطی میں بالعموم نمشات (petechiæ) موجود ہوتے ہیں، خون سیال ہوتا ہے، اعضا ممتلی ہوتے ہیں اور قلب کی دائیں جانب متسع ہوتی ہے۔ عضلۂ قلب، جگر، اور گردوں میں سحابی ورم پایا جاتا ہے۔ معملی حیوانات میں جن کو پسینہ نہیں آتا (4) بیش تپشی (hyperthermia) کے ساتھ خون کے لیکٹک ایسڈ میں اضافہ اور پلازما کے بائی کاربونیٹ میں کمی پائی جاتی ہے، علاوہ ازیں آدمی میں

جیسے پسینہ آتا ہے خون کے کلورائیڈ میں کمی واقع ہو جاتی ہے ۔ یہ خیال پیش کیا جا چکا ہے (5) کہ خون میں کلورائیڈ کی قلت (hypochloræmia) ہی سے کم عرقیت (anhidrosis) پیدا ہوتی ہے جو صرف نمک اور پانی دینے سے زائل ہو سکتی ہے ۔

ایسے چار ذرائع ہیں (6) جن سے آدمی اور اس کے ماحول کے درمیان تپشی توازن انجام کار تباہ ہو جاتا ہے ۔ (۱) تپ مفرط جو مرکزی عصبی نظام کے فتور سے پیدا ہوا ور جس سے وہ میکانیہ متاثر ہو جائے جو حرارت کی پیدائش اور اس کے نقصان کو منضبط رکھتا ہے ۔ (۲) فشل دوران خون جو اطرافی عروق کے اتساع سے ثانوی طور پر پیدا ہوا ہو ۔ (۳) نقصان سیال کی وجہ سے نابیدگی ۔ (۴) کلورائیڈ کے افراغ (depletion) سے پیدا شدہ حرارتی اعتقال (heat cramp) ۔ بدقسمتی سے یہ پیش گوئی کرنا مشکل ہے کہ کسی شخص کا حرارت کی دی ہوئی جوتی حالتوں کے لئے کیا رد عمل ہوگا ، اور جو سریری نقشہ نتیجۃً پیدا ہوتا ہے وہ بعض اوقات پیچیدہ ہوتا ہے اور ہمیشہ مندرجہ ذیل سریری اقسام کے بالکل مطابق نہیں ہوتا ۔

علامات ۔ (۱) خستگی حرارت (Heat Exhaustion) ۔ اسکی ابتدا عام طور پر دوران سر ، ضعف اور غثیان سے دفعۃً ہو جاتی ہے ۔ قبض عموماً موجود ہوتا ہے ۔ شدید اصابات میں بعض اوقات عضلات میں ایتنٹھن پائی جاتی ہے تپش ۱۰۲° تا ۱۰۳° ف ہوتی ہے ، اور چند دن تک برقرار رہتی ہے ۔ نبض سریع اور کمزور ہوتی ہے اور فشل قلب پیدا ہو سکتا ہے ۔ اگر مناسب علاج نہ کیا جائے تو کم عرقیت ، انقطاع البول اور تپ مفرط پیدا ہو سکتی ہے اور اس لئے خستگی حرارت اور ضربۃ الحرارت میں کوئی واضح خط فاصل نہیں ۔ (۲) حرارتی تپ مفرط (Heat Hyperpyrexia) ۔ ابتدا اکثر فوری ہوتی ہے اور اس کے ساتھ ارتفاع تپش ، تشنجات اور کوما ہوتا ہے ۔ بعض اصابات میں مریض بے چین ہوتا ہے ، اور اسے دوران سر اور بہرے پن کی شکایت ہوتی ہے اور بعض اوقات متلی اور قے بھی ہونے لگتی ہے ۔ تواتر بول اکثر موجود ہوتا ہے

اور مبال میں بھی بعض اوقات تکلیف محسوس ہوتی ہے ۔ پسینہ کم آتا ہے یا بالکل نہیں آتا ۔ ان علامات منذرہ کے بعد مریض بیہوش ہوجاتا ہے تنفس دشوار اور شخیری ہوجاتا ہے اور نبض کی رفتار تیز ہوجاتی ہے ۔ ریشکی عضلی جھٹکے اور چین سٹوکس کا تنفس شروع ہوجاتا ہے ۔ جلد گرم محسوس ہوتی ہے اور بالکل خشک ہوجاتی ہے' اور اس میں بعض اوقات نمشی نزفات دیکھنے میں آتے ہیں ۔ چہرہ اور ملتحمات ممتلی معلوم ہوتے ہیں اور ازراق نمایاں ہوتا ہے ۔ پیشاب میں اکثر اوقات البیومن اور انڈیکین موجود ہوتا ہے اور بعض اوقات کیٹونی اجسام بھی پائے جاتے ہیں ۔ کبھی کبھی شدید تشنجات شروع ہوجاتے ہیں جو متواتر ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ سلس البول اور سلس البراز بھی پیدا ہوجاتا ہے یہ کبھی جھٹکے غائب ہوجاتے ہیں ۔ اگر مریض کا علاج نہ کیا جائے تو وہ کوما کے دوران ہی میں نبض کے مترقی ضعف اور فشل تنفس سے ہلاک ہوجاتا ہے ۔ اگر علاج کیا جائے تو اسے بعض اوقات فوراً ہوش آجاتا ہے اور تب چند دن برابر رہتی ہے ۔ نقیہیت بتدریج ترقی کرتی ہے لیکن چند ہفتہ کے لئے بلند تپش کی حالتوں میں تکشف واقع ہونے سے بہت احتیاط سے احتراز کرنا چاہئے ۔ پیچیدگیوں اور عواقب میں مستمر دردِ سر' فقدانِ تلفظ (anarthria) ' عصبی التہاب' مزمن ذہنی فتورات' اور اتساع قلب شامل ہیں ۔ (۳) معدی معوی قسم (Gastro - intestinal Type) ۔ ضربۃ الحرارت کی ایک معدی اور ایک ہیضی قسم کا بھی ذکر کیا گیا ہے جس میں ہبوط اور آبی اسہال پایا جاتا ہے اور جو انجام کار تین یا چار دن میں مہلک ثابت ہوتی ہے ۔ (۴) حرارتی اعتقالات (Heat Cramps) ۔ یہ حالت باقی سیال کی قلت تمن کا نتیجہ ہوتی ہے جو کلورائیڈ اور کلی اساس (total base) کے نقصان سے ثانوی طور پر پیدا ہوتی ہے ۔ اس سے اکثر ایسے بھٹی جھونکنے والے اور انجنیر متاثر ہوتے ہیں جو بہت گرم حوی حالات میں کام کرتے ہیں تشنجات بہت دردخیز ہوتے ہیں اور یہ جوارح اور شکم کے عضلات پر اثر انداز ہوتے ہیں اور چوبیس گھنٹے یا اس سے زیادہ مدت تک جاری رہتے ہیں ۔

انذار ۔ ضربۃ الحرارت کا انذار تقریباً تمام تر اس امر پر ہے کہ علاج کسقدر جلد شروع کیا گیا ہیجنی قسم اور کوما زدہ مریضوں میں جن میں تپش ۱۱۰° ف سے زیادہ ہوگئی ہو انذار ہمیشہ خطرناک ہوتا ہے۔ کمزور مریضوں میں تپش کو کم کر دینے کے بعد بھی ہبوط اور فشل قلب سے موت واقع ہو سکتی ہے۔

تحریز ۔ سورج کی حراری شعاعوں سے مناسب ٹوپیوں اور فقراتی گدیوں سے حفاظت، ہلکا لباس اور پانی اور نمک کی مناسب خوردنی مقدار، ۱۱۰° ف کے قریب کے درجہ ہائے تپش پر حد سے زیادہ مشقت سے احتراز، اور غروب آفتاب کے بعد الکحل سے پرہیز حفظ ماتقدم کے لئے اہم تدابیر ہیں۔ گرمی کے موسم میں حموی اصابات کا علاج ایسے وارڈوں میں کرنا چاہئیے جو مصنوعی طور پر سرد بنائے گئے ہوں اور ان مریضوں کو روزانہ کئی پائنٹ شربت آمیختہ لیموں دینا چاہئیے۔

علاج ۔ خستگی حرارت کے مریض کو سرد کمرے میں بستر پر لٹا دیا جاتا ہے اور مسہل دیا جاتا ہے اور جب ضرورت ہو صدمہ کے لئے علاج کیا جاتا ہے مشروبات میں سٹرکنس، سوڈیم بائی کاربونیٹ، سوڈیم کلورائیڈ اور گلوکوس کے ملانے سے فائدہ ہوتا ہے، لیکن اگر قے بار بار ہو تو طبعی محلول نمک (۰.۹ فیصدی) کی ۱ تا ۱½ پائنٹ مقدار کا، جس میں دو فیصدی بائی کاربونیٹ آف سوڈا بھی شامل ہو، درون وریدی اشراب کیا جاتا ہے اور جب مناسب سمجھا جائے اس کا تکرار کیا جاتا ہے۔ حراری تپ مفرط میں تپش میں تخفیف کرنا ضروری ہوتا ہے اور اس مقصد کیلئے دارین ہیں زمانہ حال میں ضربۃ الحرارۃ دار المرضا بنائے گئے ہیں جو مصنوعی طور پر سرد رکھے جاتے ہیں۔ علاج بالماء ضروری ہوتا ہے۔ مریض کے کپڑے اتار کر اسے برہنہ کر کے پنکھے کے نیچے گھاس یا تاروں کے گدیلے پر لٹا دیا جاتا ہے، اور اس پر برف جیسے ٹھنڈے پانی کا رشاش کیا جاتا ہے۔ سر اور گدی پر بھی برف لگائی جاتی ہے۔ علاج کے اثرات کو منضبط کرنے کے لئے مستقیمی تپش ہر چند منٹ کے بعد دیکھنی چاہئیے، اور جب تپش ۱۰۲° ف تک پہنچ جائے تو علاج بالماء بند کر دینا چاہئیے۔ اگر خصائص امتلایا تشنجات

موجود ہوں تو فصد کی ضرورت ہوتی ہے اور ا پائنٹ خون نکال دینا چاہیئے ۔ملحی حقنے جن میں بائی کاربونیٹ (ا پائنٹ میں ۲ ڈرام) اور برف ملی ہوئی ہوئے جائیں جب دورے شدید ہوں تو بارقیا یا کلورا فارم کے مشموبات (inhalations) کی ضرورت ہوتی ہے ۔جب فشل دوران نمودار ہوتا ہے تو خون کا حجم کم ہو جاتا ہے اور خون لزج دکھائی دیتا ہے ۔ اس حالت میں ہم تنشی ملحی محلول کے دروں وریدی اشرابات بائی کاربونیٹ کے ساتھ یا اس کے بغیر ضروری ہوتے ہیں ۔ ہبوط اور درجۂ تپش کی کمی کا علاج گرم پانی کی بوتلوں اور سٹرکنین سے اور فشل قلب کا علاج ڈیجی ٹیلین اور خلاصۂ نخامیہ (پچوئٹری ایکسٹریکٹ) سے کرنا چاہیئے ۔ خون کے آلودے ہمیشہ بنانے چاہئیں اور ملیریا کے طفیلیوں کے لئے اُن کا امتحان کرنا چاہیئے ' اور اگر کسی اصابہ کے متعلق شبہ پیدا ہو یا علاج بالمالا بلند تپش پر کوئی اثر نہ ہو تو کونین بائی ہائیڈرو کلورائیڈ (۱۰ گرین) کا دروں وریدی اشراب کر دینا چاہیئے اور بعد میں کونین یا ایٹبرین کھلائی جائے ۔حرارتی اعتقال (heat cramp) پر بیش تنشی ملحی محلول (سوڈیم کلورائیڈ ۱۲۰ گرین پوٹاشیم کلورائیڈ ۶ گرین' کیلسیئم کلورائیڈ ۴ گرین' پانی ا پائنٹ) یا طبعی محلول نمک کے جس میں ۵ فیصدی گلوکوس ہو' دروں وریدی اشرابات کا مفید اثر ہوتا ہے ۔ اس سے بچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ نمک کی جو مقدار روزانہ استعمال کی جاتی ہو اسے بڑھا دیا جائے ۔

990

غذائی مسمومیت اور غذا کی قلتیں

سالمونیلا (salmonella) گروہ کے عضویات یا کثیر الاشکال عمومی عصیلہ (Proteus vulgaris) سے غذا کے سرائت زدہ ہو جانے سے' غذائی مسمومیت گرم ممالک میں سرد ممالک کی نسبت زیادہ کثرت سے واقع ہوتی ہے ۔ گوشت جو پکنے میں کچا رہ گیا ہو' مچھلی' کچا دودھ' اور بالائی کی برف (آئسکریم) سرائت کے عام منابع ہیں ۔ اس سوال پر صفحہ 867

پر بحث کیجا چکی ہے۔ زہریلے فطرات بعض اوقات غلطی سے خوردنی سماروغ (mushrooms) تصور کر لئے جاتے ہیں، اور ان کے زہریلے اجزا سے شدید معدی معوی التہاب، ہبوط، کبدی فشل اور کلوی فشل اور موت تک بھی واقع ہو سکتی ہے۔ ان میں سے صرف تضیب شکل مانٹا (Amanita phalloides) ہی ایسا ہے جو یقینی طور پر مہلک ہے۔ یہ معمولی سماروغ (mushroom) کے مشابہ ہوتا ہے، لیکن کلاہ کی چوٹی پر اس کا رنگ زیتونی سبز ہوتا ہے اور نیچے کی طرف اس کے سفید گلپھڑے ہوتے ہیں اور تنے کے قاعدہ پر ایک پیالہ ہوتا ہے۔ یہ حاد قولنجی درد، قے، اسہال، اور ہبوط پیدا کرتا ہے جس کے بعد حالت میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے، اور بعد میں یرقان اور جگر کا حاد زرد ذبول واقع ہو جاتا ہے۔ مگسی امانٹا (Amanita muscaria) سے جس کا رنگ نارنجی یا شوخ سرخ ہوتا ہے خطرناک معدی معوی خصائص پیدا ہوتے ہیں لیکن اس سے شاذ و نادر ہی موت واقع ہوتی ہے۔ شیلمیت (ergotism) تسمم غذا کی ایک مثال ہے جو ایک فطر سے پیدا ہوتا ہے جس سے جودرہ (rye) ملوث ہوتا ہے۔ ٹیٹروڈان (Tetrodon) جنس کی زہریلی مچھلی کے مولدات (gonads) میں زہر ہوتا ہے، اور اگر اس قسم کی مچھلی کے انڈے کھا لئے جائیں تو کھانے کے چند گھنٹہ بعد موت واقع ہو جاتی ہے۔ مداریئی پانیوں میں زہریلی مچھلی کے بہت سے دوسرے انواع پائے جاتے ہیں۔ بیسراکوڈا (barracuda) کی طرح کی مچھلیاں جو عام طور پر کھائی جاتی ہیں سال کے بعض حصوں میں زہریلی ہو جاتی ہیں جس کی وجہ شاید یہ ہوتی ہے کہ اس زمانہ میں یہ مچھلیاں جو نباتی یا حیوانی غذا کھاتی ہیں وہ زہریلی ہوتی ہے۔ اب بعض نوعی غذائی تسممات کا، جو مدارین میں زیادہ اہمیت رکھتے ہیں ذکر زیادہ تفصیل کیساتھ کیا جائے گا۔

جلبانیت (Lathyrism) ۔ جلبانیت (تسمم جلبان) ایک قسم کا تشنجی یا فالج (spastic paraplegia) ہے جو ویشیا سیٹائیوا (Vicia sativa) کے بیج یا اسی قسم کے دوسرے ویشز (vetches) کے کھانے سے،

جو اس سے قریبی تعلق رکھتے ہیں، پیدا ہوتا ہے۔

بحث اسباب - یہ مرض ہندوستان میں خاص طور پر کثیر الوقوع ہے، اور یہ بیشتر وسطی سطح مرتفع، شمالی بہار اور صوبجات متحدہ میں پایا جاتا ہے لیکن یہ فرانس، اٹلی، الجیریا اور ایران میں بھی دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ مرض قحط کے زمانہ میں خاص کر نوجوان مردوں کو عارض ہوتا ہے جب کہ روٹی چک پی (chick pea) اور گیہوں کا آٹا ملا کر طیار کی جاتی ہے۔ ویشیا سیٹائیوا یا "اکٹا" ("akta") (جو اس کا ہندوستانی نام ہے) میں ایک سمی گلوکوسائیڈ اساس ویشین (vicine) ہوتا ہے اور جب یہ بطخوں اور بندروں کو کھلایا جاتا ہے تو ایک علامتیہ رونما ہوتا ہے جو جلبا نیت (lathyrism) کو ظاہر کرتا ہے (7)۔ لیتھرس سیٹائیوس (Lathyrus sativus) یا "کھیسار دال" ("khesardal") بے ضرر ہے، لیکن اس میں بعض اوقات ویشیا سیٹائیوا (Vicia sativa) کی ملاوٹ موجود ہوتی ہے۔ یہ امر معلوم ہونے سے پہلے غلطی سے اسی کو شلل کا سبب سمجھا جاتا تھا۔

امراضیات - جبل شوکی کے جانبی موخر ستونوں کا تصلب پایا جاتا ہے جو ان شریانوں کے سمی تشنج اور علقیت کا نتیجہ ہوتا ہے جو اس کے ظہری خطہ کو رسد پہنچاتی ہیں۔

علامات - ابتدائی علامات کمر کا درد اور جوارح اسفل کا سوزشی درد ہیں۔ پاؤں اور ٹانگیں اکڑ جاتی ہیں اور ان میں ضعف پیدا ہو جاتا ہے اور یہ کانپنے لگتی ہیں۔ اس کے بعد جلد ہی رانیں ماؤف ہو جاتی ہیں اور دس دن کے اندر اندر لکڑی کی مدد کے بغیر چلنا ناممکن ہو جاتا ہے۔ ایک خاص قسم کی تشنجی رفتار پیدا ہو جاتی ہے جس میں مقربی تشنج (adductor spasm) موجود ہوتا ہے، اور ہندوستان میں یہ بدقسمت لوگ دونوں ہاتھوں سے لکڑی پکڑ کر بہت تکلیف سے چلتے ہوئے دیکھنے میں آتے ہیں۔ لیٹنے کی حالت میں رانیں ایک دوسری سے الگ کی جا سکتی ہیں، اور مقربی تشنج رفع ہو جاتا ہے۔ حس متاثر نہیں ہوتی، اس لئے ربکی جھٹکوں میں ٹانیال

اضافہ پایا جاتا ہے اور کبھی رجفہ موجود ہوتا ہے۔ عننی عنانت اور سلس البول اور سلس التبرز بھی بعض اوقات پائے جاتے ہیں۔ گاہے گاہے صاحب فراش مریضوں میں التہاب مثانہ واقع ہو جاتا ہے۔

تشخیص۔ مرض پھوٹنے کے ابتدائی زمانہ میں خفیف اصابات کی شناخت نہیں کی جا سکتی، لیکن بعد میں متعدد اصابات کے رونما ہونے سے جن میں شوکی خصائص پائے جاتے ہیں اور چک پی (chick peas) سے طیار کردہ روٹی کھانے کی روئداد سے تشخیص کی توثیق ہو جاتی ہے۔ فردی وبا کے اصابات کو یا فالج کی آتشکی اور دوسری قسموں سے تمیز کرنا چاہئے۔

انذار۔ مرض عموماً مہلک نہیں ہوتا لیکن مریض کی حالت میں بہتری کی توقع صرف ابتدائی مدارج ہی میں ہو سکتی ہے جبکہ حبل کو مستقل ضرر نہ پہنچا ہو۔

علاج۔ چک پی کی قسموں کو جن میں "کھیساری دال" بھی شامل ہے غذا سے خارج کر دینا چاہئے اور اس میں پروٹینوں اور حیاتینوں کی کثیر مقدار ہونی چاہئے۔ مرطوب اور سرد حالات سے احتراز کرنا چاہئے۔ یا فالج کا علاج دلک، برقا اور وضعی تدابیر سے کرنے سے خاصکر ابتدائی اصابات میں فائدہ ہوتا ہے۔

ایکی کی مسمومیت (Ackee Poisoning) (جمیکا کا مرض قے)۔ یہ مرض کچے ایکی پھل (بلیگیا سیپیڈا: Blighia sapida) کا غلافچہ (arilla) کھانے سے پیدا ہوتا ہے (8)۔ یہ عموماً بچوں کو لاحق ہوتا ہے، اور اکثر مہلک ثابت ہوتا ہے، اور اس کے امتیازی خصائص معدی معوی اور عصبی علامات ہیں۔ ایکی (ackee) جزائر غرب الہند اور افریقہ کے مغربی ساحل میں پایا جاتا ہے۔ پختہ پھل بے ضرر ہوتا ہے، لیکن کچے پھلوں سے طیار کیا ہوا شوربہ خاصکر زہریلا ہوتا ہے۔

991

امراضیات۔ احشائی نزفات، امتلائے اسحیہ، اور جگر کا شحمی انحطاط ممیز خصائص ہیں۔ قلب، گردوں اور دماغی خلیات میں انحطاط واقع ہونے کا ذکر بھی کیا جا چکا ہے۔

علامات۔ ابتدا فوری ہوتی ہے۔ جب بچہ کچا پھل کھا لیتا ہے تو اسکے

تقریباً دو گھنٹہ بعد متلی اور قے اور شکم میں تکلیف کا احساس شروع ہوجاتا ہے۔ یہ صورت تین یا چار گھنٹہ تک جاری رہتی ہے، اور اس کے بعد ایک مانہ کون آتا ہے جس کے بعد عضلی جھٹکے، دماغی قے، تشنجات اور کوما پیدا ہوجاتا ہے۔

انذار۔ اگر عصبی خصائص نمودار ہوجائیں تو مرض ہمیشہ مہلک ثابت ہوتا ہے، اور موت تقریباً بارہ گھنٹہ میں واقع ہوجاتی ہے۔

علاج۔ سکاٹ نے رم یا ایتھر اور امونیا کا فوری استعمال کرانے سے مدراس کے بچوں میں شرح اموات ۹۰ فیصدی سے ۲۷ فیصدی تک کم کر دی تھی۔ الکحل معدہ میں اور فی الزجاج (in vitro) زہر کی ترسیب کر دیتا ہے۔

قطفی سمیت (Atriplicism) ۔ یہ مرض شمالی چین کے ان مفلس باشندوں میں پایا جاتا ہے جو قحط کے زمانہ میں ایک پودے ایٹری پلکس لٹوریلس (Atriplex littoralis) کی کونپلیں کھاتے ہیں۔ بعض کا یہ خیال ہے کہ یہ مرض ان چھوٹے چھوٹے کیڑوں سے پیدا ہوتا ہے جو ان پودوں پر موجود ہوتے ہیں۔ کونپلیں کھانے کے بارہ سے لیکر اٹھارہ گھنٹہ کے بعد انگلیوں میں جھنجھناہٹ شروع ہوجاتی ہے۔ جس کے بعد مقامی تہیج پیدا ہوجاتا ہے، اور ہاتھوں کلائیوں اور چہرے پر کھجلی ہونے لگتی ہے جو ایک ہفتہ یا اس سے زاید عرصہ تک جاری رہتی ہے۔ اصابع میں بعض اوقات عدم حسیت پیدا ہوجاتی ہے اور احساس حرارت بڑھ جاتا ہے۔ اس کے بعد آبلے پیدا ہوجاتے ہیں اور جلد متقرح ہوجاتی ہے۔ یہ مرض بعض اوقات رینا ڈ کے مرض (Raynaud's disease) یا حمرتی وجع الجوارح (erythromelalgia) سے خلط ملط ہوسکتا ہے۔ علاج مسہلات کے استعمال پر مشتمل ہے۔

مسمومیت لوبیا (Favism) ۔ اس مرض کے متعلق ابھی تک مکمل معلومات حاصل نہیں کی جاسکیں، لیکن کہا یہ جاتا ہے کہ یہ ویشیا فیوا (Vicia fava) کے سیم کھانے سے یا ایسے پودے کے تکشف میں آنے سے جس میں پھول نکل رہے ہوں پیدا ہوتا ہے۔ یہ مرض صرف اسی حالت میں پیدا ہوتا ہے جبکہ سیم پک رہے ہوں۔ مریض میں خاصہ ذاتی نمایاں طور پر پایا جاتا ہے

کیونکہ کشنف سے ہر شخص متاثر نہیں ہوتا۔ اٹلی، یونان، عراق عرب اور دوسرے ممالک سے بھی اس مرض کے وقوع کی اطلاع آئی ہے۔

علامات سیم کھانے کے کچھ عرصہ بعد تپ شروع ہو جاتی ہے اور ساتھ ہی خون پاش عدم دمویت، یرقان، ہیموگلوبین دمویت، اور ہیموگلوبین بولیت پیدا ہو جاتی ہے۔ خون کے سرخ جسیمات کی تعداد بہت جلد کم ہو کر ۲۰،۰۰۰،۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر تک پہنچ جاتی ہے، اور ہیموگلوبین میں اس سے بھی زیادہ کمی واقع ہو جاتی ہے۔ گردہ بھی بعض اوقات متاثر ہو جاتا ہے۔ بالغ مریض قاعدۃً شفایاب ہو جاتے ہیں، مگر بچوں میں یہ مرض بعض اوقات جلد مہلک ثابت ہوتا ہے۔

علاج ۔مناسب علاج یہ معلوم ہوتا ہے کہ اگر سیم کھانے کو تھوڑا سا وقت گذرا ہو تو مسہل دیا جائے، منہ اور معائے مستقیم کے راستے سے سیال کی بہت سی مقدار دی جائے، اور اگر کم ہوا دمویت (anoxaemia) کے آثار پیدا ہو جائیں تو سٹرٹش اور سوڈیم بائی کاربونیٹ براستہ دہن دیئے جائیں اور نقل الدم کیا جائے۔

حیاتین کی قلت سے جو مختلف امراض پیدا ہوتے ہیں اور مدارین اور تحت مدارین میں پائے جاتے ہیں، مثلاً پلاگرا، بیری بیری، اور وبائی استسقاء، ان کا ذکر صفحہ 569 اور بعد کے صفحات پر کیا جا چکا ہے۔

مدارینی کلاں خلوی عدم دمویت

(TROPICAL MACROCYTIC ANÆMIA)

مدارینی کبیر خلوی عدم دمویت (Tropical megalocytic Anaemia)، مدارینی عدم دمویت حمل (Tropical Anaemia of Pregnancy)

یہ تغذیتی اصل کی ایک شدید کبیر خلوی، بیش کرومی عدم دمویت ہے جو مدارین میں خاصکر حاملہ عورتوں کو عارض ہوتی ہے۔ مارمائیٹ (marmite)

اور جگر کا خلاصہ دینے کا اس پر نوعی اثر ہوتا ہے، مشبک خلیوں میں مجیبیت پیدا ہوجاتی ہے اور خون سرعت سے پیدا ہونے لگتا ہے۔

بحث اسباب۔ اگرچہ یہ مرض مردوں کو بہت ہی شاذ و نادر عارض ہوتا ہے لیکن یہ حاملہ عورتوں میں بکثرت پایا جاتا ہے، اور ہندوستان، ریاستہائے ملایا، چین اور افریقہ کے مغربی ساحل کے دیسی باشندوں میں اس کے پائے جانے کی اطلاع مل چکی ہے، اور ہمیں یہ معلوم ہے کہ ان ممالک میں غذا تسلی بخش نہیں ہے۔ سِن حدوث پندرہ اور تیس سال کے درمیان ہے، اور یورپ کے باشندے اس مرض میں شاذ و نادر ہی مبتلا ہوتے ہیں۔ مارمائٹ سے جو بوزہ گروں کے لہن (brewer's yeast) کا خود پاشیدہ خلاصہ ہے اس مرض کو شفا ہوجاتی ہے، اور یہ حال ہی میں ثابت کیا گیا ہے کہ معالجاتی مجیبیت کا انحصار حیاتین ب۱، ب۲ اور ب۱۲ پر نہیں ہے اور شافی عامل غالباً خود پاشیدگی کے دوران میں پروٹین کی شکست سے پیدا ہوتا ہے۔ مرضی تشریح کی اطمینان بخش طریقہ سے ابھی تک تحقیقات نہیں کی گئی۔

992

علامات۔ امارات اور علامات جو بیشتر عدم دمویت سے پیدا ہوتے ہیں ضعف، اختلاج، قصرِ تنفس، شحوب (pallor)، خون کے دباؤ کی کمی اور خریراتِ قلب پر مشتمل ہیں۔ تپ، پاؤں کا تہیج، اور چہرے کی پھولن کثیر الوقوع ہیں۔ خراشِ زبان، قے، اسہال، اور جگر اور طحال کی کلانی بھی پائی جاتی ہے لیکن ان خصائص میں سے بعض کا سبب ملیریا، امیبائیت، اور مرضِ کج دہنہ (ankylostomiasis) کی بین رو سرایت ہوسکتی ہے۔

سرخ خلیات کی تصویر اور پرائس جونز (Price-Jones) کے منحنی متلف عدم دمویت کے مشابہ ہیں۔ خلیاتِ احمر کی تعداد اکثر ......۱۰ فی مکعب ملی میٹر سے بھی کم ہوتی ہے، لیکن ہیموگلوبین میں متناظر کمی نہیں پائی جاتی، اس لئے لونی اشاریہ عموماً اکائی سے متجاوز ہوتا ہے۔ خلوی لاتساوی (anisocytosis) اور کبیر خلویت (megalocytosis) نمایاں ہوتی ہے، اور ناہضاتِ طبعی (normoblasts) اور ناہضاتِ کبیر (megaloblasts) بعض اوقات دونوں

موجود ہوتے ہیں۔ بہرکیف غیر پیچیدہ اصابات میں معلی بائیلی روبن میں اضافہ نہیں پایا جاتا۔ معدی رس میں آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ عموماً موجود ہوتا ہے۔

تشخیص۔ حاملہ فرنگستانی عورتوں میں کبیر خلوی دمویت کی موجودگی عموماً اسپرو یا متلف عدم دمویت پر دلالت کرتی ہے، لیکن زیر بیان دیسی باشندوں میں یہ امراض شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں۔

انذار۔ جگر سے علاج کرنے سے مرض کی شرح اموات ۴۰ فیصدی سے کم ہوکر ۲۲ فیصدی تک پہنچ گئی ہے، اور مارمائیٹ کے استعمال سے، جو حال ہی میں رائج ہوا ہے، اس میں اور کمی واقع ہوگئی ہے۔

علاج۔ تجربہ کا انحصار متوازن غذا دینے پر ہے، جس میں حیاتینوں کی مقدار مناسب ہو۔ اگر مرض شروع ہوجائے تو بستر میں آرام کرانا چاہئے اور مارمائیٹ کی چائے کا چمچہ بھر مقدار دن میں چار مرتبہ دینی چاہئے۔ مساعد اصابات میں پانچویں دن سے لیکر ساتویں دن تک کے عرصہ میں ایک سریع مشبک خلوی تجمیت پیدا ہوجاتی ہے اور خون کی تولید سرعت سے ہونے لگتی ہے۔ بین و سرایتوں کا متناسب علاج کرنا چاہئے۔

معدی معوی خطہ کا مدارینی فسادِ فعل

مدارینی اسپرو

(TROPICAL SPRUE)

سیلوسس (Psilosis)، کوچین چینی اسہال (Cochin-China Diarrhoea)، اسہال ابیض (Diarrhoea alba)۔

مدارینی اسپرو عموماً فرنگستانی یا مخلوط فرنگستانی نسل کے لوگوں کو ایسے رقبہ جات میں چند سال رہنے کے بعد عارض ہوتا ہے جن میں یہ مرض مقامی ہو۔ گرم مرطوب ساحلی آب و ہوا اس مرض کے نمو کے لئے مساعد ہے، اور یہ

ہندوستان، لنکا، وفاق ریاستہائے ملایا، جاوا، کوچین چینی اور پورٹوریکا
میں خاص طور پر کثرت سے پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ اسہال کوہی کے بعد براہ راست
پیدا ہوجاتا ہے اور اس کے عارض ہونے سے پہلے اکثر زحیر، یا مزمن ملیریا کی
روئداد موجود ہوتی ہے جس کے لئے طویل عرصہ تک کونین کھانے کی ضرورت
ہوتی ہے۔ عمر کے پہلے عشرہ میں یہ مرض بچوں کو عارض نہیں ہوتا، اور سوائے
پورٹوریکا کے دیسی آبادی میں یہ شاذ و نادر ہی پایا جاتا ہے۔ اس مرض کے
عجیب خصائص یہ ہیں کہ اس کی جغرافیائی تقسیم قطعات میں پائی جاتی ہے۔
یہ افریقہ میں نہیں پایا جاتا، اور گاہے گاہے یہ ایسے مداریتی مریضوں میں پایا جاتا
ہے جو یورپ میں کئی سال سے سکونت پذیر ہوں۔ ایشفورڈ (Ashford) (۱۹۱۵ء)
اسے خطۂ ہضم کی سمیت (moniliasis) تصور کرتا ہے جس کا غیر متوازن غذا
پر اضافہ ہوگیا ہو۔ سکاٹ (Scott) (۱۹۲۳ء) نے ترد و درقی قلت کا نظریہ
پیش کیا ہے، اور ایلڈرس (Elders) (۱۹۱۹ء) نے اسے اولی قلتی مرض
تصور کیا تھا جو حیاتین ا، اور ب اور امینو ترشہ کی کمی سے پیدا ہوتا ہے۔
کیسل (Castle) اور سٹراس (Strauss) (۱۹۳۳ء) نے حال ہی میں حوالی
قلت (conditional deficiency) کے طور پر اسکی جماعت بندی متلف
عدم دمویت کے ساتھ کرنے کی رائے پیش کی ہے، اور انکا یہ خیال ہے کہ
حیاتین ب۲ درونی سبب کا منبع ہے۔

اسپرو معدہ اور معا کے تحولی انہدام کے طور پر پیدا ہوتا ہے جس میں
کیسل کے درونی جزو کا افراز عموماً قلیل ہوتا ہے، اور معائے صغیر میں
چربی، کیلسیئم اور گلوکوس کا سوء انجذاب موجود ہوتا ہے۔ اس شکست کے
ممکنہ اسباب مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) غیر متوازن غذا۔ (۲) سابقہ مداریتی
مرضیتیں، جن میں سے بعض کے متعلق ثابت کیا جا چکا ہے کہ وہ معدی افراز میں
کمی پیدا کرتی ہیں۔ (۳) مرطوب آب و ہوا میں طویل المدت رہائش جسکی وجہ سے
خون کی تقسیم غذائی خطہ کے صرفہ پر جلد کی طرف زیادہ رہتی ہے۔ یہ معلوم ہوا
ہے کہ جس غذا میں چربی اور کاربوہائیڈریٹ کی مقدار بہت زیادہ ہو، اعلیٰ

993

اول درجہ کی پروٹین کم ہو جو بروتی جزو کا ایک اہم ماخذ ہے اس لئے اسپیرو میں نکسات جلد جلد واقع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ابتدائے مرض کے لئے یہی قوی ترین واحد سبب ثابت ہو۔

امراضیات ۔ معدہ اور معائے صغیر میں کوئی اولی امراضیاتی ضررات نہیں پائے جاتے ۔ ممیز انکشافات مندرجہ ذیل ہیں۔ زیر جلدی چربی غائب ہو جاتی ہے، عضلات لاغر ہو جاتے ہیں، زبان ہموار اور مدلول ہوتی ہے، معا پتلی ہو جاتی ہے، قلب صغیر الجسم ہوتا ہے جس میں بھورا ڈبول پایا جاتا ہے، طحال، جگر اور دوسرے احشاء کی جسامت کم ہو جاتی ہے اور سرخ مغز کی کبیر الخلیتی پرورش پائی جاتی ہے جو مختلف عدم دمویت کی بیش پرورش کے مشابہ ہوتی ہے، مگر عموماً اتنی وسیع نہیں ہوتی ۔ پیچیدگیوں کے طور پر معوی تقرح اور تشقب مع التہاب باریطون پائے جاتے ہیں ۔ موخر الذکر پیچیدگی گاہے گاہے دیکھنے میں آتی ہے ۔

علامات ۔ جب مرض کی ابتدا ہوتی ہے تو اول اول مندرجہ ذیل خصائص پائے جاتے ہیں۔ (۱) خراش زبان اور دہنی قلاعات (buccal aphthæ)، (۲) سوئے ہضم، تمدد شکم، اور انتفاخ امعاء، (۳) اسہال صبحی، جس کا خاصہ یہ ہے کہ دو پہر سے پہلے کئی ایک زردی مائل، بڑے بڑے دست آجاتے ہیں جن میں چربی اور ہوا ہوتی ہے۔ اسکے بعد مریض نسبتاً آرام سے رہتا ہے خصائص زبان بعض اوقات امعاء کی اس حالت سے پہلے پیدا ہوتے ہیں اور بعض اوقات اس کے بعد، لیکن ناکس اسپیرو کے بعض اصابات میں یہ خصائص کبھی کبھی کئی سال تک پیدا ہی نہیں ہوتے ۔ جوں جوں مرض ترقی کرتا جاتا ہے وزن کم ہوتا جاتا ہے، ضعف بڑھتا جاتا ہے اور کبیر خلوی قسم کی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے ۔ ارتفاع تپش قاعدۃً نہیں ہوتا ۔ عدم تپ عموماً پایا جاتا ہے اور تپش اکثر زیر طبعی ہوتی ہے ۔ بہر کیف ابتدائی حملہ میں تپ بعض اوقات پہلے ایک یا دو دن موجود ہوتی ہے، لیکن بعد میں یا نکسات کے دوران میں اسکے عود کر آنے سے کسی بین زو مرض یا کسی پیچیدگی مثلاً

معوی تقرح کا شبہ ہونا چاہئے۔

اسپرو کے ایک مکمل اصابہ کی ایک خاص سریری تصویر ہوتی ہے۔ لاغری نمایاں ہوتی ہے' جلد خشک ہوتی ہے اور اس پر جھریاں پائی جاتی ہیں اور اسکی بشکی اکثر رق (پارچمنٹ) کی طرح کی ہوتی ہے' اور پیشانی' خدی ارتفاعات' سرینوں اور دوسرے مقامات پر بعض اوقات لونت کی چکتیاں پائی جاتی ہیں مخاطی غشائیں زردی مائل ہوتی ہیں' اور ناخن سخت اور کرکیلے ہوتے ہیں۔ زبان کا منظر وقتاً فوقتاً بدلتا رہتا ہے۔ یہ ہمیشہ صاف ہوتی ہے' اور ابتدائی مدارج میں اس پر نمایاں حلیمات' درد خیز' سرخ' ملتہب قطعات' تشقاقات اور قلاعی قروح پائے جاتے ہیں۔ متاخر مدارج میں حلیمات غائب ہوجاتے ہیں' اور زبان ہموار زردی مائل اور مذبول ہوجاتی ہے شکم کا تمدد ایک نمایاں ترین خاصہ ہے' اور اسکی دیواریں اکثر اتنی پتلی ہوجاتی ہیں کہ امعا کی متعدد کنڈلیوں کے حرکات دود یہ معائنہ پر دکھائی دیتے ہیں۔ متلف علام دموبت کے بخلاف غیر پیچیدہ اسپرو میں طحال جس پذیر نہیں ہوتی' اور جگر کی جسامت میں قرع پر عموماً تخفیف پائی جاتی ہے۔ خون کا انجماشی دباؤ کم ہوجاتا ہے' اور یہ اکثر ۱۰۰ ملی میٹر پارہ سے کم ہوتا ہے۔ بعض اوقات دموی خرخرات (hæmic murmurs) پیدا ہوجاتے ہیں۔ رکبی جھٹکے اور دوسرے وتری معکوسات بعض اوقات تخفیف یافتہ ہوتے ہیں اور بعض اوقات غائب بھی ہوتے ہیں محیطی اعصاب میں تغیرات واقع ہوجانے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حسی فساد (paraesthesia) پیدا ہوجاتا ہے اور احساس کند ہوجاتا ہے۔ جو اصابات کزاز (tetany) سے پیچیدہ ہوتے ہیں انہیں تروسو (Trousseau) اور شووسٹک (Chvostek) کے امارات سے مفرط عضلی خراش پذیری کا انکشاف کیا جاسکتا ہے۔

کل برازی شحم کی مقدار ۲۵ فیصدی سے لیکر ۷۰ فیصدی تک بڑھ جاتی ہے' لیکن چربی خود طبعی طور پر پاشیدہ ہوتی ہے' اور گلوکوس کے تحمل کے کاشفہ سے اکثر چپٹا اور کم اونچا منحنی حاصل ہوتا ہے' یا اس کا ارتفاع آجل ہوتا ہے جو ناقص انجذاب پر دلالت کرتا ہے۔ اسپرو میں اجابت کی

مفرط جسامت کا انحصار عظیم الجسامت شحمی تفل پر ہوتا ہے، اور اس کے ترشئی اور گیسی خواص کو گلوکوس کی تخمیر سے منسوب کیا جا سکتا ہے جس کا انجذاب مناسب طور پر نہیں ہوتا۔ زردی مائل رنگت کا انحصار شحمی جز کے زیادہ ہونے اور طبعی برازی لون (سٹرکوبائیلن) کے ایک بیرنگ مشتق (لیوکو بائیلن) میں تبدیل ہو جانے پر ہوتا ہے۔ قلت ترشہ نمک (hypochlorhydria) اور بے نمک ترشگی (achlorhydria) عام طور پر پائے جاتے ہیں، لیکن ہسٹیمین (histamine) کا اشراب کرنے پر کم سے کم ۰ ۔ فیصدی اصابات میں ترشئی افراز پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ ایک ایسا کاشفہ ہے جو اسپرو کو متلف عدم دمویت سے تمیز کرنے کے لئے مفید ثابت ہو سکتا ہے۔ بیشش بائیلی روبن دمویت بھی اسپرو میں کم نمایاں ہوتی ہے۔ ناقص دموی کلسیت (hypocalcæmia) اکثر مشاہدہ میں آتی ہے اور جب خون کا کیلسیئم ۷ ملی گرام فی ۱۰۰ مکعب سنٹی میٹر سے نیچے گر جاتا ہے تو تکز پیدا ہو جاتا ہے۔ اسپروئی عدم دمویت اپنی نوع میں کبیر خلوی ہوتی ہے، اور اگرچہ اولی حملہ میں اتنی شدید نہیں ہوتی جتنی کہ یہ متلف عدم دمویت میں ہوتی ہے لیکن بعد میں دوران نکسات میں یہ شدید ہو جاتی ہے۔ پرائس جونز (Price-Jones) کا منحنی غیر تشاکل ہوتا ہے، غیر وضعیت دائیں طرف کو ہوتی ہے اور قاعدہ زیادہ عریض ہوتا ہے۔ جسیمہ کا اوسط قطر بڑھا ہوا ہوتا ہے۔

994

مم۔ اگرچہ اسپرو گاہے گاہے اپنی ابتدا سے چھ ماہ بعد تک کے عرصہ میں مہلک ثابت ہوتا ہے، لیکن اس کا مم عموماً بہت مزمن ہوتا ہے، اور خود رو فرات اور نکسات واقع ہوتے رہتے ہیں، جو بد پرہیزی سے ایسی غذا کھانے سے جو چربی، کاربوہائیڈریٹ یا مسالہ کی مفرط مقدار پر مشتمل ہو، یا سردی لگنے سے یا تنفسی سرائت یا کسی دوسرے بین رو مرض سے پیدا ہوتے ہیں اگر مریض مدارین کی سکونت کو چھوڑ دے تو اس کے قدرتاً شفایاب ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، اور یہ یاد رکھنا مناسب ہے کہ جگر کے خلاصہ سے علاج کئے رواج سے پہلے اسپرو کے بہت سے اصابات میں سرد آب و ہوا میں غذائی خطہ کو آرام دینے سے شفایابی ہوتی۔ اس لحاظ سے بھی اسپرو متلف عدم دمویت سے اساسی اختلاف

رکھتاہے۔

پیچیدگیاں۔ مبرزی شقاق، بواسیر، فخذی اور دیگر علقیتوں (thromboses)، التہاب عصب، اکزیما، معوی تقرح اور معائے صغیر یا معائے کبیر کے تضیق پر مشتمل ہیں اور موخر الذکر پیچیدگی شاذ و نادر ہی واقع ہوتی ہے۔

تشخیص۔ دوسری عدم دمویتوں سے اور خاص کر ان سے جو مدارینی کبیر خلوی عدم دمویت، متلف عدم دمویت، معدی صائمی قولونی ناسور، معوی تقرح مع تضییق اور تدرنی تقرح مع ناسورات کے ساتھ پائی جاتی ہیں مغالطہ پیدا ہوسکتا ہے۔ جن امراض سے شحمی اسہال پیدا ہوتا ہے مثلاً ذاتی سیلان شحم (idiopathic steatorrhœa)، شکمی لمفی غدی سلعۂ اور تدرنی غدی التہاب جس سے ماساریقی غدد ماؤف ہوں اور عروق لمف میں تسدد واقع ہوگیا ہو اور معوی التہاب لبلبہ، ان سے بھی گاہے گاہے اس مرض کی تفریق کی ضرورت ہوتی ہے۔ غیر تمثیلی اسپرو کی تشخیص میں سریری تجربہ مرض کی متناظر روئداد طبیعی امتحان، اور مفصل معملی اور لاشعاعی تحقیقات کے ساتھ بعض اوقات لازمی ثابت ہوتا ہے۔

انذار۔ جدید علاج سے مریض کو عموماً صحت ہونے لگتی ہے، اور خون دو ماہ کے عرصہ میں پھر طبعی ہوجاتا ہے۔ جن مریضوں کی عمر پچپن سال سے کم ہو ان میں اگر چھ ماہ تک کوئی علامت عود نہ کرے تو ان کو مدارینی میں کسی غیر مناسب خطرہ کے بغیر واپس بھیجا جاسکتا ہے۔ بہرکیف کئی سال تک صحت کے عمدہ رہنے کے بعد بھی نکسات واقع ہوسکتے ہیں۔

علاج۔ اسپرو کے مریض کو بستر پر لٹا کر پانچ سے لیکر آٹھ ہفتہ تک مناسب غذا پر رکھنا چاہئے، اور اگر وہ عدیم الدم ہو تو اسے جگر کا خلاصہ پورے معتادات میں دینا چاہئے۔ شفاخانہ میں شریک ہونے پر روغن بیدانجیر (oleum ricini) (۲ ڈرام) دیا جاتا ہے، اور اگر اسہال شدید ہو تو پلوس بیٹیوی مرکب (Pulv. bataviæ Co.) کو (½ تا ۱ ڈرام دن میں تین مرتبہ) تجویز

کیا جا سکتا ہے بستر پر آرام کرنا لازم ہے، کیونکہ اس سے مریض کو جو حرارے درکار ہوتے ہیں ان کی تعداد نصف رہ جاتی ہے، اور غذائی خطہ کو آرام ملتا ہے جو شفایابی کے لئے اساسی اہمیت رکھتا ہے۔ بہت سی مختلف غذائیں تجربی طور پر تجویز کی گئی ہیں جن میں وان ڈر برگ (van der Burg) کی پھلوں کی غذا، مینسن (Manson) کی دودھ کی غذا اور کینٹلی (Cantlie) کی سرخ گوشت کی غذا شامل ہے۔ حیاتی کیمیائی انکشافات کی بنا پر ایسی غذاؤں کا ایک درجہ وار سلسلہ تیار کیا گیا ہے جن میں پروٹین کی مقدار زیادہ اور چربی اور کاربوہائیڈریٹ کی مقدار کم ہے اور اس کے استعمال سے کامیابی ہوئی ہے۔ ان اجزا کا تناسب معمولی تناسب ۱٫۰ پروٹین : ۱٫۰ چربی : ۴٫۰ کاربوہائیڈریٹ کی بجائے ۱٫۰ : ۰٫۳۵ : ۳٫۱ ہے (10)۔ پہلی غذا کی قدر توانائی ۳۰۰۰ حرارے ہے اور دوسری کی ۶۰۰۔ جب اسہال اور غذائی خطہ سے متعلق دوسرے خصائص میں اصلاح ہو جاتی ہے تو غذا بتدریج بڑھا دی جاتی ہے۔ بے چربی کا سرخ گوشت پروٹین کا سب سے بڑا ماخذ ہے لیکن دودھ کا ایک سفوف (اسپرولیک sprulac) (11) بھی ممکن الحصول ہے جو شحم ربودہ ہے اور جس میں پروٹین کی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔ عموماً پانچویں ہفتہ کے قریب تقییدی غذا دی جا سکتی ہے جس میں پروٹین کی مقدار زیادہ ہوتی ہے اور سبزی بھی ہوتی ہے، اور اس کے بعد چربی اور کاربوہائیڈریٹ کی مقدار میں بتدریج اضافہ کر دیا جاتا ہے۔

لوفی

عدم دمویت تقریباً ہمیشہ کبیر خلوی قسم کی ہوتی ہے، اور یہ عموماً بیش لونی (hyperchromic) ہوتی ہے۔ اگر مذکورۂ بالا مناسب غذا سے اسہال رک جائے تو جگر کا خلاصہ جو کھلایا جاتا ہے مناسب طور پر جذب ہوتا ہے اور مشبک خلویت (reticulocytosis) اور خون کی سریع تولید از سر نو اسی طرح ہوتی ہے جیسی کہ تلف عدم دمویت میں ہوتی ہے۔ جگر کا خلاصہ پہلے مہینہ میں روزانہ اتنی مقدار میں دینا چاہئے جو ½ ا پونڈ سالم جگر کے مساوی ہو

دوسرے مہینہ میں اس کا معتاد اتنا ہونا چاہئے جو ۱ پونڈ سالم جگر کے مساوی ہو اور تیسرے مہینہ میں یا اسوقت تک جبکہ خون کی تصویر مکمل طور پر طبعی حالت اختیار نہ کرلے اس کی مقدار اتنی ہونی چاہئے جو ½ پونڈ سالم جگر کے مساوی ہو۔ گاہے گاہے شدید مزمن اصابات میں ایک متعین معتاد کا کئی ماہ یا ایک سال تک جاری رکھنا مناسب ہوتا ہے۔ گاہے گاہے عسیر العلاج اصابات بھی دیکھنے میں آتے ہیں، جن میں مشبک خلویت (reticulocytosis) تحت الاعظم (submaximal) ہوتی ہے، اور اصلاح مناسب حد تک نہیں ہوتی۔ ایسی حالت میں فمی علاج کے معتادات میں اضافہ کردینا چاہئے یا اس کی جگہ کبدی تجہیزات کے بڑے بڑے معتادات تحت جلدی یا درون وریدی راستہ سے دینے چاہئیں، مثلاً کیمپولون (Campolon) ۲ مکعب سنٹی میٹر روزانہ چودہ دن تک۔ ایسے اصابات میں جو زیادہ شاذ ہوتے ہیں اور جن میں قلت لونیت (hypochromia) موجود ہوتی ہے اور لونی اشاریہ (colour index) کم ہوتا ہے، یا جن میں جگر کے خلاصہ سے علاج کرنے کے بعد ہیموگلوبین کی پیدائش غیر مناسب طور پر کم رہتی ہے پیچیدگیوں یا بین رو مرض کا شبہ کرنا چاہئے۔ لوہا تازہ طیار کی ہوئی بلاڈ کی گولیوں (Blaud's pills) (۵ گرین) کی شکل میں تجویز کرنا چاہئے۔ پہلے دو گولیاں روزانہ تین مرتبہ بعد غذا دیجاتی ہیں اور پھر یہ تعداد چار گولی روزانہ تین مرتبہ تک بتدریج بڑھادی جاتی ہے یا اسکی جگہ فرائی ایمونیائی سٹراس (۳۰ گرین) روزانہ تین مرتبہ غذا کے بعد دیا جاسکتا ہے۔ جب ہائیڈروکلورک ایسڈ (HCL) کا افراز ناقص ہو تو ایسڈ ہائیڈروکلورڈل (acid hydrochlor. dil) (بی پی) اڈرام کے معتاد میں رنگترہ کے رس میں ملاکر روزانہ غذا کے بعد دینا چاہئے۔

تکزز جس میں ناقص دموی کلسیت (hypocalcæmia) پائی جاتی ہے کیلسیئم کے املاح کے استعمال پر دلالت کرتا ہے، مثلاً کیلسیئم لیکٹیٹ ۴۰ گرین روزانہ تین مرتبہ، اور اس کے علاوہ یہ بھی ضروری ہے کہ غذا میں چربی کی مقدار کم ہو کیونکہ جس حالت میں اجابتوں میں چربی بافراط موجود ہوتی ہے اس میں کیلسیئم کا انجذاب اطمینان بخش طریقہ سے نہیں ہوتا۔

جب سپرو کے مریض کو ایک مرتبہ صحت ہوجائے تو اس کے لئے یہ ضروری ہے کہ وہ ایسی غذا کا استعمال رکھے جو بخوبی متوازن ہو اور اس میں حیاتینوں اور اول درجہ کی پروٹین کی مناسب مقدار موجود ہو' اور مرغن مسالہ دار' اور شکروار غذاؤں اور چکنیوں وغیرہ سے پرہیز کرے ۔ لبنیات کا استعمال با احتیاط ہونا چاہئے' اور سردی لگنے اور تنفسی سرائتوں کے خلاف تحفظ کا حتی الامکان خیال رکھنا چاہئے ۔

اسہال کوہی ۔ یہ بلند مقامات کا مرض ہے اور اُن یورپینوں کو عارض ہوتا ہے جو گرمی کے موسم میں پہاڑی مقامات کو جاتے ہیں ۔

بحث اسباب ۔ یہ مرض برسات کے موسم میں ہندوستان' لنکا' اور جنوبی امریکہ میں ان پہاڑی مقامات میں واقع ہوتا ہے جن کی بلندی ۶۰۰۰ فٹ سے زیادہ ہے ۔ یہ بار ہا کم دباؤ اور بلند مرطوبیت کی حالتوں میں غالباً معدی معوی خطہ کے فعلیاتی انہدام سے پیدا ہوتا ہے ۔ تمام عمروں اور دونوں صنفوں کے یورپین اثر پذیر ہیں' اور خاصکر برسات کے موسم میں ایسی وبائیں دیکھی گئی ہیں جن میں یہ مرض کوہی آبادی کے ایک بڑے حصہ کو عارض ہوا۔ اس کی امراضیات اور سریری حیاتی کیمیا کے متعلق ابھی تک کوئی مستند معلومات حاصل نہیں ہوئیں ۔

علامات ۔ اسہال صبح ۴ اور ۶ بجے کے درمیان شروع ہوتا ہے اور دوپہر سے پہلے تین سے لیکر چھ تک دست آجاتے ہیں' اور اس کے بعد مریض کو عموماً آرام رہتا ہے ۔ اجابتیں مقدار میں زیادہ ہوتی ہیں اور ان کی رنگت پائپ کی مٹی کی رنگت کی طرح زردی مائل ہوتی ہے ۔ ان میں جھاگ موجود ہوتی ہے اور ان کی بستگی سیال ہوتی ہے ۔ بعض کا یہ بیان ہے کہ ان میں شحمی ترشے' صابون' غیر منہضم غذا اور دُھن مفرط مقداروں میں پائے جاتے ہیں ۔ نفخ' قراقر' اور تمدد شکم تکلیف دہ ہوتے ہیں اور اگر مرض جاری رہے تو عدم اشتہا (anorexia) اور سوء ہضم پیدا ہوجاتا ہے اور وزن میں معتدبہ کمی ہوجاتی ہے ۔ خصائص زبان موجود نہیں ہوتے ۔

انذار۔ یہ مرض کبھی مہلک ثابت نہیں ہوتا، لیکن تکلیف دہ بہت ہے اور کم بلند مقامات کی طرف واپس آنا ضروری ہوتا ہے۔ میدانوں میں واپس آنے کے بعد چند اصابات میں مثالی سپرو عارض ہو جاتا ہے۔

علاج۔ بستر پر آرام کرنے، گرم کپڑوں کے استعمال، سردی سے بچنے اور دودھ کی غذا کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ ابتدا میں اولیم ریسائی نائی (oleum ricini) (½ اونس) دینا چاہئے اور ایسڈ ہائیڈرو کلورڈل (acid hydrochlor. dil.) (بی۔پی) (ا ڈرام) غذا کے بعد دینا چاہئے۔ چونکہ یہ مرض سپرو کے مشابہ ہے اس لئے اسپرولیک (sprulac) کی طرح کی غذا کو جس میں پروٹین کی مقدار زیادہ اور چربی اور کاربوہائیڈریٹ کی مقدار کم ہوتی ہے دودھ کی غذا پر ترجیح دینی چاہئے جس میں چربی کی بہت زیادہ مقدار کے موجود ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

مدارین کے امراضِ ساریہ

تقطیر پذیر قشبات سے پیدا شدہ امراض

(Diseases due to Filterable Viruses)

اس گروہ میں کئی ایک امراض ہیں جو بیشتر مدارینی ہیں مثلاً آبِ ترسی (hydrophobia)، تپ زرد (yellow fever)، ڈینگو (dengue)، ریگ مکسی تپ (sand-fly fever)، تپ وادی شقاق (Rift Valley fever) اور کیلۂ مدارینی (climatic bubo)۔ ان قشبات کے نمایاں خواص یہ ہیں۔ اول، یہ ماورائے خوردبین ہیں، اور ان کی جسامت کی پیمائش ۲۵۰ ملی میٹر سے بھی کم ہے، اور اس لئے معمولی خوردبین سے ان کا مشاہدہ نہیں کیا جا سکتا، دوم، یہ ان مقطارات سے گذر جاتے ہیں جن میں سے جراثیم عموماً نہیں گذرتے۔ ان میں سے بعض امراض حشرات سے پیدا

ہوتے ہیں، مثلاً تپ زرد، ڈینگو اور ریگ مگسی تپ اور بعض براہ راست منتقل ہوتے ہیں، مثلاً کبۂ مداریی جو دوران مجامعت میں عارض ہوتا ہے، اور آب ترسی جو کسی سرایت زدہ حیوان کلبی (canine) کے کاٹنے سے پیدا ہوتی ہے۔ تثبیتِ متمم اور محافظِ ضد اجسام بعض اوقات مصل میں پائے جاتے ہیں۔ جانحہ (distemper) اور تپ زرد میں قشب اور ضد مصل سے مناعت پیدا کرنے کا رواج ہو چکا ہے۔ بہر حال داء الکلب (rabies) کے علاوہ مردہ قشب کے ذریعہ سے مناعت پیدا نہیں ہوتی اور اگر ہوتی ہے تو بہت کم۔ چیچک کے لئے دیکھو صفحہ 28-

996

آب ترسی

(HYDROPHOBIA)

داء الکلب (Rabies)، سعار (Lyssa)-

یہ ایک ساری مرض ہے جو کلبی حیوانات (canines) میں ایک تقطیر پذیر قشب کی وجہ سے وبائے حیوانی کے طور پر پیدا ہوتا ہے، اور یہ قشب ان کے ریقی غدد اور مرکزی عصبی نظام میں موجود ہوتا ہے۔ یہ مرض عموماً سرایت زدہ کتے کے کاٹنے یا جلد کی تازہ خراشیدہ سطح کو اس کے چاٹنے سے انسان اور دوسرے گرم خون کے حیوانات میں منتقل ہوتا ہے، اور مشرق میں یہ مرض گیدڑوں اور بھیڑیوں کے ذریعہ سے بھی منتقل ہوتا ہے۔ مرکزی اور جنوبی امریکہ میں اس امر کا حال ہی میں مظاہرہ کیا جا چکا ہے کہ یہ مرض انسان اور مویشی کو سرایت زدہ خون چاٹنے والے چمگادڑوں کے ذریعہ سے بھی منتقل ہوتا ہے۔ اس مرض کا علم زمانۂ قدیم سے چلا آتا ہے اور ارسطو اور سلسوس کی تصنیفات میں اس کے حوالے موجود ہیں۔

کتوں میں دو قسمیں پائی جاتی ہیں، "ہیجانی" داء الکلب ("furious" rabies) اور "صامت" داء الکلب ("dumb" rabies)، لیکن ان میں سے کسی ایک میں بھی آب ترسی کا علامیہ موجود نہیں ہوتا جیسا کہ انسان میں

دیکھنے میں آتا ہے۔ مرض کی پہلی علامت عام طور پر کاٹے جانے کے تقریباً تین سے لیکر چار ہفتہ بعد نمودار ہوتی ہے اور وہ یہ ہے کہ کتے کی طبیعت میں ایک یقینی تغیر واقع ہوجاتا ہے اور بعد میں اشتعال اور شدید غصہ کے امارات پیدا ہوجاتے ہیں بال کھڑے ہوجاتے ہیں' اور اس میں صرف جاندار اجسام ہی کو نہیں بلکہ بے جان اجسام تک کو بھی وحشیانہ کاٹنے کا رجحان پایا جاتا ہے۔ کتا معمولی غذا نہیں کھاتا' اور مٹی، پرال اور کپڑا وغیرہ کو بہت اشتہا سے کھاتا ہے۔ یہ درجہ چند گھنٹوں سے لیکر دو یا تین دن تک برقرار رہتا ہے۔ بعد ازاں نگلنے میں دقت پیدا ہوجاتی ہے' جسکی وجہ سے لعاب دہن ٹپکنے لگتا ہے اور بھونکنے کی آواز میں ایک عجیب تغیر واقع ہوجاتا ہے جس کی وجہ غلطی سے یہ تصور کی جاتی ہے کہ اس کے "حلق میں ہڈی اٹکی ہوئی ہے"' اور بعض اوقات اس کو دور کرنیکے لئے ناکام اور خطرناک کوششیں کی جاتی ہیں۔ جب مرض ترقی کر جاتا ہے تو نیچے کا جبڑا گر جاتا ہے' پیچھے کے جوارح اور دم مشلول ہوجاتے ہیں' چلنے میں لڑکھڑانے لگتا ہے' اور انجام کار اس پر ہبوط طاری ہوجاتا ہے اور علامات نمودار ہونے کے دو سے لیکر پانچ دن بعد اختناق سے ہلاک ہوجاتا ہے۔ "صامت" داء الکلب میں ہیجان یا اشتعال کا درجہ نہیں ہوتا' اور شلل جلد واقع ہوجاتا ہے۔

بحث اسباب۔ پاسچر (Pasteur) نے ۱۸۸۱ء میں یہ معلوم کیا کہ داء الکلب کا قشب ایک حیوان سے دوسرے حیوان میں سلسلہ وار دماغ کی بلا واسطہ تطعیم سے منتقل کیا جاسکتا ہے۔ اس عمل کے دوران میں خرگوشوں میں یہ معلوم کیا گیا کہ تقریباً بیس مرور (passages) کے بعد قشب شوارع (street virus) کا زمانہ حضانت' جو آٹھ سے لیکر ساٹھ دن تک ہے' کم ہوکر سات دن رہ گیا۔ یہ قشب ثابت (virus fixé or fixed virus) کے نام سے موسوم ہے' اور اگرچہ خرگوشوں کے لئے اس حالت میں اس کی قشبیت بہت زیادہ ہوتی ہے جبکہ براہ راست دماغ اس کی بلا واسطہ تطعیم

کی جائے، لیکن زیر جلدی اشراب کرنے پر نہ تو اس سے تجربی حیوانات ہی میں
مرض پیدا ہوتا ہے اور نہ انسان میں۔ قشب شوارع (street virus) اطرافی
اعصاب کے راستہ سے مرکزی عصبی نظام تک پہنچتا ہے اور یہ لعابی اور تحت
فکی غدد کے مستحلبات اور دودھ پلانے والی عورتوں کے دودھ میں موجود
ہوتا ہے۔ دماغی مستحلبات تقطیر پذیر نہیں ہوتے لیکن ریقی قشب چیمبر لینڈ
ایف (F.) مقطارات میں سے آسانی سے گذر جاتا ہے۔ ریق کی ساریت
دماغ یا حبل شوکی کے مقابلہ میں بہت زیادہ ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ امتحان بعد الموت سے حنونی عنکبی غشا (pia arachnoid)
کا اشراب، چند منتشر نزفات اور دماغی شوکی سیال کی افراط پائی جاتی ہے
اور خوردبینی امتحان سے گرد عرقی لمفی فضاؤں کی سفید خلوی دررریزش اور
عصبی خلیات کے خلیہ مایہ میں اجسام نیگری (Negri bodies) پائے جاتے ہیں۔
ان اہم ساختوں کی شکل گلوبجی یا بیضوی ہوتی ہے، ان کا قطر بہت اختلاف
پذیر ہوتا ہے (۵،۰ م تا ۲۵ م)، اور یہ عموماً فرس البحر (hippocampus)
اور دماغ کے پرکنجی کے خلیات میں پائے جاتے ہیں۔ اگرچہ شارعی دای الکلب
(street rabies) سے مریض کتوں کی ۹۰ فیصدی تعداد میں انکا مظاہرہ
کیا جا سکتا ہے، لیکن یہ ریقی غدد میں کبھی نہیں پائے جاتے ہیں بعض محققین کا
یہ خیال ہے کہ ان کی اصل تخریوانی ہے، لیکن اغلب یہ ہے کہ یہ امراضیاتی
انحطاطات یا خلوی شمولات کے طور پر پیدا ہوتے ہیں۔

علامات۔ زمانہ حضانت عموماً چار سے آٹھ ہفتہ تک ہوتا ہے
اور اس کے حدود گیارہ دن سے لیکر ایک سال یا اس سے زیادہ مدت
تک ہیں۔ چونکہ قشب اعصاب کے راستہ سے سفر کرتا ہے اس لئے
کاٹنے کے جو زخم چہرہ، سر اور گردن پر ہوں ان میں زمانہ حضانت ان
زخموں کی نسبت کم ہوتا ہے جو بازو پر ہوں، اور بازو کے زخم کا زمانہ حضانت
ان زخموں سے کم ہوتا ہے جو ٹانگ پر ہوں۔

997

ابتداء عموماً دفعۃً ہوتی ہے لیکن خصائص منذرہ پہلے ایک یا دو دن

میں دیکھنے میں آتے ہیں، اور یہ ندیہ میں مقامی درد، تپ، اضطراب، بے چینی، سہر (بے خوابی)، بے قاعدہ اور آہنی تنفس اور سرعت تکلم کے دوروں پر مشتمل ہوتے ہیں۔

آب ترسی علامیہ بذات خود تشنجی حلوں پر مشتمل ہوتا ہے جو بالعموم حنجرہ کے عضلات اور درحقیقت تمام تنفسی خطہ میں واقع ہوتے ہیں۔ ابتدائی مدارج میں اس قسم کے حملہ کی ابتدا مریض کو کچھ پینے کے لئے دینے سے ہوتی ہے۔ جونہی گلاس منہ سے لگایا جاتا ہے، سر تشنجی جھٹکوں سے جو سلسلہ وار واقع ہوتے ہیں پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور ساتھ ہی مریض ہانپنے لگتا ہے، اور جو پانی منہ میں چلا جائے وہ باہر نکل جاتا ہے۔ حملہ کے دوران میں کندھے اوپر اٹھ جاتے ہیں، چھاتی پھیل جاتی ہے، اور قصبیہ حلمیہ (sternomastoid) اور عضلہ خشترہ (platysma) منقبض ہو جاتے ہیں۔ بعد میں مریض کو پینے کا خیال دلانے یا اس کے یہ خیال کرنے ہی سے دورہ شروع ہو جاتا ہے، اور خارجی تہیجات مثلاً آواز کے دفعتہً بلند ہونے، سرد ہوا کے جھونکے، روشنی کے چمکارے اور نامانوس بُو سے بھی یہی تریدا ہوتا ہے۔ آواز میں تبدیلی پیدا ہو جاتی ہے اور یہ بیٹھ جاتی ہے اور عسر البلع کی وجہ سے لزج مخاط اور جھاگ دار ریق حلق میں اور لبوں پر جمع ہو جاتا ہے اور دوروں میں کرہ میں تمام سمتوں میں گرتا ہے۔ حلوں میں بعض اوقات انتہائی خوف کا احساس یا شدید غصہ کا اظہار پایا جاتا ہے، لیکن وقفوں میں مریض عموماً سکون کے ساتھ آرام سے لیٹا رہتا ہے اور اس کی ذہنی حالت صاف ہوتی ہے۔ عمومی عضلی نظام تک توسیع ہو جانے سے اس میں زخنگی پیدا ہو جاتی ہے اور جسم محراب کی طرح خمیدہ ہو جاتا ہے، اور تنفسی تشنج سے قلب کے دائیں حصہ کے بیش تمدد کی وجہ سے موت بعض اوقات فوراً واقع ہو جاتی ہے۔ تحریک کے اس درجہ میں تپش مرتفع ہو جاتی ہے، چہرہ متورّد ہو جاتا ہے، قے عموماً آنے لگتی ہے، اور خستگی اور لاغری نمایاں حد کو پہنچ جاتی ہے۔ معکوسات بڑھ جاتے ہیں اور شکر بولیت قلیل الوقوع

نہیں۔ اختتام کے قریب تشنجات میں تخفیف ہو جاتی ہے اور بعض اوقات یہ بالکل رک جاتے ہیں۔ اگر مریض ہیجان کے اس درجہ میں زندہ بچ جائے تو بعض شاذ صورتوں میں انخفاض پیدا ہو جاتا ہے اور مختلف اقسام کے شللات واقع ہو جاتے ہیں جن میں پا فالج (paraplegia) فالج نصفی (hemiplegia) اور لینڈری کا صعودی شلل (Landry's ascending paralysis) شامل ہیں اور اس کے بعد مہلک سبات کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ اس میں عموماً زیادہ دقت پیش نہیں آتی خاصکر جب کہ کتے میں مرض کی توثیق ہو جائے۔ ٹائیفس تپ میں بعض اوقات ہچکی، بلعومی تشنج، عسر البلع، عصبی عضلی تہیج پذیری، لمف خلویت اور دماغی نخاعی سیال میں گلوبولن کی زیادتی پائی جاتی ہے، لیکن اس حالت میں سریری روئداد طفح کی عدم موجودگی اور وائیل فیلکس کے منفی تعامل سے مدد ملتی ہے۔ بعار کاؤ (lyssaphobia) جو ایک ہسٹیریائی مظہر ہے اور جس میں تپ موجود نہیں ہوتی کتے کے کاٹنے کے عموماً دس دن بعد بخوبی نمایاں ہو جاتا ہے، اور کزاز سے داء الکلب کی تفریق فک بستگی (trismus) کی عدم موجودگی اور عسر البلع کی موجودگی سے کی جا سکتی ہے۔ بصلی شلل سے (bulbar paralysis) جو کسی سبب سے بھی پیدا ہوا ہو، اور ہندوستان میں دھتورا اور دوسری قسموں کی سمومیت کے اصابات سے کبھی کبھی دقت پیش آئیگی ہے۔ برنادہ (vector) میں مرض کی توثیق اجسام نیگری کے مظاہرہ سے یا خرگوشوں میں دماغی مستحلب کی تطعیم کرنے سے کی جا سکتی ہے۔

انذار۔ جن مریضوں کا علاج نہ کیا جائے ان میں شرح اموات کا اندازہ ۵ سے لیکر ۳۳ فیصدی تک کیا گیا ہے، لیکن جن اصابات میں ابتدا میں مانع داء الکلب تطعیم کی جا چکی ہو ان میں اس میں معتدبہ کمی پائی جاتی ہے اور یہ تقریباً ۱ فیصدی ہے۔ شرح اموات کاٹنے کے مقام کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے مثلاً اگر کاٹنے کا زخم چہرہ پر ہو تو یہ سب سے زیادہ ہوتی ہے۔ مزید برآں اس کا انحصار دانتوں کے نشانات کی تعداد،

یا فتوں کی دریدگی کے درجہ اور اس کی گہرائی کپڑوں کے حائل ہونے، اور مقامی علاج کی نوعیت اور اس کو شروع کرنے کی عجلت پر بھی ہے (12)- مانع داء الکلب جدرین کی جسقدر جلد تطعیم کی جائے (لہذا) اتنا ہی بہتر ہوتا ہے۔

تجویز - انگلستان میں داء الکلب کی روک تھام مندرجہ ذیل احکام سے کی گئی ہے۔ (۱) حکم دہن بستگی (muzzling order) - (۲) کتوں کی نقل و حرکت پر پابندی - (۳) تمام درآمد کتوں کے لئے سخت قرنطینہ۔ مرض سے متاثرہ خطوں میں ان تمام زخموں کا جو حیوانات کلبی کے کاٹنے سے پہنچیں فوراً مقامی علاج کرنا چاہئے۔ مشتبہ کتے کو ہرگز تلف نہ کرنا چاہئے، بلکہ اس کا منہ بند کرکے اسے دس دن تک زیر مشاہدہ رکھنا چاہئے۔ اگر اس مدت کے اختتام پر کتا زندہ اور تندرست رہے تو اس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ جس شخص کو کتے نے کاٹا تھا وہ مرض سے سرایت زدہ نہیں ہوا اور اس کے لئے علاج کی ضرورت نہیں۔ یہ قاعدہ جو تمام ادارات پاسچر (Pasteur Institutes) میں اختیار کیا گیا ہے اس مشاہدہ پر مبنی ہے کہ باؤلے کتے کا لعاب دہن مرض کی ابتدا سے پہلے چار دن سے زیادہ ساری نہیں ہوتا، اور سرایت زدہ حیوان علامات کے ظاہر ہونے کے بعد چھ دن سے زیادہ ہرگز زندہ نہیں رہتا۔ جن اشخاص کو کاٹنے سے واضح زخم آئے ہوں انکا علاج فوراً شروع کر دینے سے خطرہ کا انسداد کیا جا سکتا ہے خاصکر جب کہ یہ زخم چہرہ یا گردن پر ہوں، اور اگر کتا زندہ رہے تو علاج بند کیا جا سکتا ہے۔ داء الکلب کا قشب سالم جلد میں سے نہیں گذر سکتا لہذا کسی ایسے آدمی میں تطعیم کرنے کا سوال جس کو مشتبہ کتے نے چاٹا ہو صرف اسی حالت میں پیدا ہوتا ہے جب کہ خراشیدگیاں تازہ ہوں۔ اگر اس وقت آدمی شاہد میں آجائے تو خراشیدگی کو پرمینگنیٹ کے محلول سے دھوکر اس کی کیّ کر دینا چاہئے۔ ان صورت حالات میں مانع داء الکلب تطعیم صرف اسی وقت ضروری ہوتی ہے جبکہ خراشیدگیاں چہرہ یا گردن پر ہوں یا حیوان میں

علامات رونما ہوجائیں، یا یہ مرجائے یا مفقود الخبر ہوجائے۔

علاج ۔ (۱) مقامی ۔ اگر کتے کے کاٹنے کے بعد آدھ گھنٹہ کے اندر مریض کو دیکھا جائے تو ایک بند لگا دینا چاہئے جس سے وریدی خون کی واپسی میں کاوٹ واقع ہونے سے خون آسانی سے بہتا رہے اور حصوں کو پرمینگنیٹ کے محلول سے دھو دینا یا دانت کے ہر نشان میں سلائی ڈالکر دیکھنا چاہئے اور اسکی تک کردینا چاہئے۔ زخموں کو اور خاص کران کو جو چہرہ پر ہوں کم سے کم تین دن کے لئے ٹانکے نہ لگانے چاہئیں ۔ (۲) مانع داء الکلب جدرین (Anti- Rabic Vaccine)۔ اس سے علاج کرنے کا اصول یہ ہے کہ قبل اس کے کہ زخم میں داخل شدہ قشب مرکزی عصبی نظام تک پہنچے مریض میں مرض کے لئے مناعت پیدا کردی جائے۔ قشب شوارع (street virus) کے طویل زمانہ حضانت کی وجہ سے یہ ممکن العمل ہے۔ پانچ قسم کی جدرینیں استعمال کی جاتی ہیں تطعیم کے زمانہ کے دوران میں مریض کو آرام کرنے اور الکحل سے پرہیز کرنے کی ہدایت کی جاتی ہے۔ پاسچر کی جدرین (Pasteur vaccine) قشب مخففہ ہوتی ہے جو ایسے خرگوشوں کے احبال شوکی کو پوٹاش کے زیر اثر ۲۲ م پر مختلف مدتوں کے لئے خشک کرنے سے طیار کی جاتی ہے جن میں سرایت زدہ دماغی مستحلبات کی زیر جافی تطعیم کی گئی ہو۔ چودہ دن سے لیکر تین دن تک خشک کئے ہوئے احبال کے مستحلبات کے اٹھارہ اشراب کئے جاتے ہیں۔ ہوگی (Högye) کے طریقہ میں قشب کی تخفیف ترقیق سے کی جاتی ہے۔ تازہ نخاع کی ملحی تعلیق (saline suspension) $\frac{1}{1000}$ پہلے استعمال کی جاتی ہے، اور اسے بتدریج $\frac{1}{100}$ تک بڑھا دیا جاتا ہے۔ سیمپل (Semple) کی کاربول زدہ جدرین (carbolised vaccine) $\frac{1}{200}$ دماغی تعلیق پر مشتمل ہے جو ۰ء۲۵ فیصدی فینال اور ۰ء۸۵ فی صدی ملحی محلول میں بنی ہوتی ہے۔ علاج کا مکمل نصاب ۵ مکعب سمر کے چودہ زیر جلدی اشرابات ہیں جو روزانہ کئے جاتے ہیں۔ ایتھر زدہ جدرینوں (etherised vaccines) سے زیادہ شدید مقامی تعاملات پیدا ہوتے ہیں اگرچہ ان کے شللی عواقب ان عواقب کی نسبت قلیل الوقوع ہیں جو کاربول زدہ جدرینوں کے

بعد پیدا ہوتے ہیں - قوی ترین جدرین جو اب ہندوستان میں استعمال کیجاتی ہے بھیڑ کے دماغ کے، جو قشب پیرس (Paris virus) سے سرایت زدہ ہوتا ہے، ۵ فیصدی کاربول زدہ مستحلب پر مشتمل ہوتی ہے - خفیف اصابات میں ۲ مکعب سمر جدرین سات دن تک روزانہ دی جاتی ہے، اور اوسط اصابہ میں ۵ مکعب سمر مقدار چودہ دن تک دینی چاہئے اور شدید اصابات مثلاً بچوں میں جن کو برہنہ جلد پر زخم آئے ہوں اور چہرہ اور گردن کے زخموں کی حالت میں اور گیدڑ اور بھیڑیئے کے کاٹنے کی حالت میں ۱۰ مکعب سمر کے چودہ روزانہ اشرابات کے شدید نصاب کا مشورہ دیا جاتا ہے - جلدی تعاملات مقام تطعیم کے گرد کھجلی اور الیم اورام کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں، اور تقریباً گیارہویں دن نمودار ہوتے ہیں - اشللی حادثات خوش قسمتی سے قلیل الوقوع ہیں، اگرچہ زندہ اور مردہ دونوں قسم کی جدرینوں کے بعد یہ مساوی طور پر واقع ہوتے ہیں - وجہی عصبی التہاب، ظہری قطنی عضلی التہاب اور لینڈری کی قسم کا صعودی شلل بھی پیدا ہوجاتا ہے، موخرالذکر کی شرح اموات ۲۰ فی صدی ہے (18).

دوروں کا علاج - نہ تو کیمیائی علاج (chemotherapy) ہی سے کسی قسم کا فائدہ ہوتا ہے اور نہ نوعی مانع داء الکلب مصل سے، اور جو کچھ کیا جاسکتا ہے وہ صرف یہ ہے کہ مریض کی تکلیف میں عمدہ تیمارداری اور مسکن علاج سے تخفیف کی جائے - مارفیا (morphia)، ہائیوسین (hyosine)، کلورل، اور کلوروفارم کے استنشاقات، ایٹروپین (atropine) اور کرائے (curare) تک کا بھی استعمال کیا جاچکا ہے - باربیٹوریٹس (barbiturates) کے دروں وریدی اشرابات بعض اوقات کسی قدر مفید ثابت ہوتے ہیں - تشنجات کو رفع کرنے کے لئے ہندوستان میں ٹیٹراڈوٹاکسین (tetrado-toxin) $\frac{1}{2}$ تا ۱ مکعب سمر ہر چار گھنٹہ کے بعد بہت کثرت سے استعمال کی جاچکی ہے -

تپ زرد

(YELLOW FEVER)

ییلوجیک (Yellow Jack) قے سیاہ (Black Vomit)،
ٹائیفس اکٹرائیڈینر (Typhus Icteroides) وغیرہ۔
یہ ایک حاد ساری مرض ہے جو بیشتر مغربی امریکہ اور مداریتی امریکہ کے بعض حصوں میں واقع ہوتا ہے اور ایک تقطیر پذیر قشب سے پیدا ہوتا ہے جو شیر سی دھاری والے مچھر ایڈینر ایجپٹائی (Aedes ægypti) (سٹیگومائیا فیشی ایٹا: stegomyia fasciata) سے منتقل ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ مرض مغربی امریکہ میں ایک خطی مرض کے طور پر وسیع علاقوں میں پایا جاتا ہے اور معوی داء الفلیقہ (schistosomiasis) (فلیقۂ مینسن :S. mansoni) کی طرح یہ امریکی باشندوں میں شاید غلاموں کی تجارت سے منتقل ہوا۔ ملاحوں میں یہ مرض ییلوجیک کے نام سے مشہور تھا اور اسی دہشت ناک اور پر اسرار مرض سے ان جہازوں کے بہت سے ملاح ہلاک ہوتے تھے جو اس مرض سے متاثر ممالک کے حصوں کو جاتے تھے۔ کوئی نسل مامون نہیں، اور یہ ہر عمر میں عارض ہوسکتا ہے اور دونوں صنفوں کو متاثر کرتا ہے، لیکن بچوں میں اس کا حملہ زیادہ شدید نہیں ہوتا۔ کیرل (Carroll) نے ۱۹۰۰ء میں یہ ثابت کیا ہے کہ بندہ مچھر ایڈینر ایجپٹائی ہے اور یہ آدمی کے لئے بارہ دن کے عرصہ کے بعد ساری ہو جاتا ہے بشرطیکہ یہ تپ کے پہلے تین دنوں میں مریض کو کاٹ کر غذا حاصل کرے۔ اس زمانہ میں مریض کے خون کی تھوڑی سی مقدار کا اشراب کرنے سے دوسرے آدمی میں سرایت پیدا ہو جاتی ہے، اور تقطیر کے بعد بھی مصل ساری رہتا ہے۔ جنوبی افریقہ کے زرد تپ کے کمیشن نے ۱۹۲۸ء میں یہ دریافت کیا کہ ریسس (Rhesus) بندر (میکا کا مولیٹا :Macaca mulatta)، زرد تپ کے لئے بہت اثر پذیر ہیں، اور ایسے مریضوں سے حاصل کردہ مصلات جنکو تپ زرد

999

ہو چکا ہو بندروں کو محفوظ کر دیتے ہیں۔ اور یہ کہ قشب سالم جلد میں سے نفوذ کر جاتا ہے۔ قشب برک فلڈ کے متقاطرات وی (V) اور این (N) میں سے گذر جاتا ہے لیکن ڈبلیو (W) میں سے نہیں گذرتا۔ سرایت زدہ خون بہت خطرناک ہوتا ہے۔ اور سٹوکس (Stokes)، نوگوچی (Noguchi)، ینگ (Young) اور دوسروں نے اس طریقہ سے مہلک سرایتیں حاصل کیں۔ تجربات سے یہ ثابت ہوا ہے کہ ایڈیز ایجپٹائی کے علاوہ مچھر کے بہت سے انواع مرض کو منتقل کر سکتے ہیں۔

یہ ثابت کیا جا چکا ہے (14) کہ معمولی حشائی پرورشی قشب (vicerotrophic virus) تطبیقات سے اور بعد میں چوہیوں کے دماغ میں گذار نے سے عصبی پرورشی قشب (neurotrophic virus) میں تبدیل ہو جاتا ہے جس کے خواص معین ہیں اور یہ حشائی پرورشی قشب کے خلاف زرد تپ پیدا کرنے کے بغیر مناعت پیدا کر سکتا ہے۔ تبیع مصل کا زیر جلدی اشراب عصبی پرورشی قشب سے پہلے آدمی میں حفظ ماتقدمی تمنیع کے لئے دیا جاتا ہے۔ یہ بے خطر سمجھا جاتا ہے اور بہت سے تبیع بنائے جا چکے ہیں۔ اس امر سے کہ زرد تپ سے شفایاب اصابات میں فعال تبیع اجسام مستقلاً موجود رہتے ہیں مرض کا مقامی حدوث معلوم کرنے میں استفادہ کیا جا چکا ہے۔ چوہیوں کا استعمال اس لئے کیا جاتا ہے کہ ریسس بندروں پر بہت خرچ آتا ہے۔ حفاظتی کا شغف (protection test) (15) یہ ہے کہ چوہیا میں پہلے نشاستہ کے محلول کی دروں دماغی تطعیم کی جاتی ہے اور اس کے بعد مصل اور قشب کا ایک دروں باریطونی اشراب کیا جاتا ہے۔ اگر مصل میں تبیع اجسام موجود نہ ہوں تو قشب دماغ میں مختص المقام ہو جاتا ہے اور التہاب دماغ (encephalitis) پیدا کر دیتا ہے اور موت چودہ دن کے اندر واقع ہو جاتی ہے اور اگر یہ موجود ہوں تو ایسا نہیں ہوتا۔ حفاظتی کا شغفات نہ صرف پہلی وباؤں کا اشاریہ بلکہ تطعیم کے بعد اکتسابی مناعت کا بھی اشاریہ (index) ہیں۔

امراضیات۔ جلد اور مصلی غشاؤں میں بعض اوقات نزفات اور

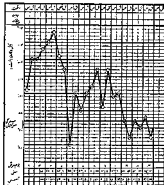
یرقان پایا جاتا ہے ۔صلابت موت (rigor mortis) بخوبی نمایاں ہوتی ہے۔
جگر کی تراش زرد اور دہنی ہوتی ہے اور مرارہ میں تاریک اور گاڑھا صفرا موجود
ہوتا ہے۔ وسط منطقی تنخمی انحطاط اور نزفات کثرت سے پائے جاتے ہیں اور
ترشدیسند ذروں نواتی شمولی اجسام بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔گردوں
میں امتلا اور سحابی ورم پایا جاتا ہے ۔عضلہ قلب زردی مائل اور پلپلا ہوتا ہے۔
عضلی عناصر کا ترجاجی اور ذرات دار انحطاط عام طور پر موجود ہوتا ہے اور ذیجی
بطینی بنڈل کے متاثر ہونے سے بطوء القلب (bradycardia) واقع ہو جاتا
ہے ۔ تاکلات اور مشی نزفات معدہ اور اثنا عشری میں اکثر پائے جاتے
ہیں ۔موت عموماً مرض کے پانچویں یا چھٹے دن واقع ہو جاتی ہے اور اس
اثنا میں خون کی بواسطہ جلد سرایت پہنچانے کی قوت غائب ہو جاتی ہے
تپ زرد میں جو حیاتی کیمیائی تغیرات پیدا ہوتے ہیں ان کو جگر کے فعل کے
نقصان کا نتیجہ قرار دیا جا سکتا ہے اور جیسا کہ مرض کے نام سے ظاہر ہے
یرقان عموماً موجود ہوتا ہے اور لازمی طور پر شدید نہیں ہوتا ۔کلوی فساد فعل
کم نمایاں ہوتا ہے ۔ وان ڈنبرگ کا بلاواسطہ تعامل آجل یا ذوہیئتی ہوتا ہے
اور مثبت بالواسطہ عموماً ۲ سے لیکر ۶ اکائیوں تک پایا جاتا ہے ۔موت سے
پہلے بعض اوقات انتہائی قلت شکر دمویت (hypoglycæmia) دیکھنے میں
آتی ہے ۔ لون صفرا اور املاح صفرا بعض اوقات پیشاب میں آنے لگتے ہیں
جس کا تعامل ترشئی ہوتا ہے اور جس میں البیومن موجود ہوتی ہے اور افراط
سے سرخ خلیات اور سائک پائے جاتے ہیں ۔متاخر مدارج میں خون کے
یوریا میں اضافہ ہو جاتا ہے اور گاہے گاہے انقطاع بول (anuria) پیدا
ہو جاتا ہے ۔ دماغی نخاعی سیال کا دباؤ بڑھ جاتا ہے اور کہا جاتا ہے کہ
اس میں گلوبولن اور کلورائیڈس کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے۔

علامات ۔ زمانۂ حضانت تین سے پانچ دن تک ہے اگرچہ
گاہے گاہے اور جلد میں سے تماسی سرایت واقع ہونے کی حالت میں
یہ بعض اوقات دس دن تک بڑھ جاتا ہے ۔ تین سریری اقسام دیکھنے میں

آتے ہیں۔ (۱) خفیف یا سروی قسم۔ یہ باؤں میں یا مقامی مرض کے رقبہ جات کے سکونی زمانہ میں دیکھنے میں آتی ہے اور اس کے خواص درد سر قے اور عارضی تپ ہیں جو ایک سے لیکر چار دن تک رہتی ہے۔ البیومن بول بالعموم موجود ہوتی ہے اور خفیف سا یرقان پیدا ہو جاتا ہے۔ (۲) معمولی قسم۔ اسکی تین حیثیتیں پائی جاتی ہیں۔ قوی درجہ۔ ابتدا سردی لگنے کے احساس اور قشعریرہ کے ساتھ دفعتہً ہو جاتی ہے اور تپش ۱۰۳° یا ۱۰۴° ف تک تیزی سے بڑھ جاتی ہے۔ مریض جبھی درد، درد کمر، درد جوارح اور تونری کی شکایت کرتا ہے۔ چہرہ متورد ہوتا ہے، ملتحمات مشروب ہوتے ہیں، زبان پر موٹی فرو موجود ہوتی ہے اور اس کے کنارے شوخ سرخ ہوتے ہیں، بر معدی درد موجود ہوتا ہے، اور متلی اور قے اکثر دیکھنے میں آتی ہے۔ انبطاح (prostration) اکثر شدید ہوتا ہے۔ البیومن بولیت دوسرے دن واقع ہوتی ہے اور بتدریج بڑھتی جاتی ہے، لیکن الوان صفرا اس درجہ تک نہیں پائے جاتے۔ اول اول نبض سریع ہوتی ہے اور اس کا تناؤ بڑھا ہوا ہوتا ہے، لیکن جب اذینی بطینی بنڈل ماؤف ہو جاتا ہے تو اس کی رفتار تیسرے دن سست ہو کر ۶۰ تا ۷۰ فی منٹ رہ جاتی ہے باوجودیکہ تپش مرتفع ہوتی ہے (فیجٹ کی امارت : Faget's sign)۔ تپ کے ثانوی ارتفاع میں بھی یہ سست رہتی ہے۔ فترہ کا درجہ۔ یہ درجہ دیر تک نہیں رہتا اور ہمیشہ موجود بھی نہیں ہوتا۔ یہ تیسرے یا چوتھے دن دیکھنے میں آتا ہے، اور تپش کے ۱۰۰° ف تک گرنے یا اس سے بھی کم ہو جانے اور علامات کی تخفیف سے ظاہر ہوتا ہے۔ اس کے اختتام پر کبھی شفا ہو جاتی ہے، اور کبھی تپ پھر زیادہ ہو جاتی ہے۔ ہلاکت کا درجہ۔ تپش پھر بڑھ جاتی ہے لیکن یہ تین دن سے زیادہ نہیں رہتی۔ کبھی کبھی بر معدی تکلیف اور ہچکی پیدا ہو جاتی ہے۔ جگر کلانی یافتہ اور الیم ہوتا ہے اور یرقان پیدا ہو جاتا ہے۔ نشانات، سیاہ خونی براز (melæna) اور سیاہ قے (black vomit) بھی کم کثرت سے دیکھنے میں نہیں آتے۔ تناؤ کی کمی اور بطوء القلب بھی موجود ہوتا ہے۔

1000

قلتِ بول (cliguria) قاعدۃً موجود ہوتی ہے لیکن مہلک اصابات میں انقطاعِ بول پیدا ہوجاتا ہے۔ (۳) خاطف قسم (Fulminating-Type) - یہ جلد مہلک ثابت ہوتی ہے، اور جن علامات سے یہ ممیز ہے وہ یہ ہیں۔ بلند تپش، متلی یا بیوپرائی جلدی نزفات، مسوڑوں میں سے رساؤ، رعاف، سیاہ قے، سیاہ خونی براز، یرقان اور انقطاعِ بول۔ شدید ہچکی، عضلی رعاش اور ہذیان نمایاں ہوتے ہیں اور مریض تیسرے یا چوتھے دن انتہائی تسمم الدم سے ہلاک ہوجاتا ہے۔



شکل ۴۳ - تپ زرد کا نقشۂ تپش جو ابتدائی ارتفاعِ تپش، فترہ، اور ثانوی ارتفاع کو ظاہر کرتا ہے

نکسات شاذ و نادر ہی ہوتے ہیں، اور مرض قاعدۃً دس دن سے زیادہ نہیں رہتا۔ جب تپش ایک دفعہ طبعی ہوجاتی ہے تو مریض آہستہ آہستہ شفایاب ہونے لگتا ہے۔ پیچیدگیاں عموماً واقع نہیں ہوتیں، لیکن دبل، خراج، اور یرقان نقیہیت کے دوران میں پیدا ہوسکتے ہیں۔

تشخیص خفیف اصابات کی شناخت مشکل ہوتی ہے۔ کسی اثر پذیر حیوان میں ایسے خون کی تلقیح کرنے سے جو مرض کے پہلے تین دن میں لیا گیا ہو یا زمانہ نقیہیت میں مصل میں چوہیا کے حفاظتی کاشف سے منیع اجسام کا مظاہرہ کرنے سے تشخیص کی جاسکتی ہے۔ اوسط شدت کے اصابات میں ابتدائی البیومن بولیت، مفرط انبطاح، بطوء القلب اور یرقان سے، جو تقریباً چوتھے دن

ظاہر ہوتا ہے اور جس کے ساتھ جگر میں البمیت اور کلانی بھی پائی جاتی ہے تشخیص کی طرف رہنمائی ہوتی ہے۔ صفراوی فترہ دار تپ اور سیاہ بولی تپ دونوں میں یرقان اوائل مرض ہی میں نمودار ہوتا ہے، کبر طحال نمایاں ہوتا ہے اور ملیریا کے طفیلیے بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔ ہیموگلوبین بولیت بلاشبہ سیاہ بولی تپ کا ایک ممیز خاصہ ہے۔ وائل کا مرض (Weil's disease) تپ زرد سے بہت مشابہ ہوتا ہے۔ سریری نقطۂ نظر سے درد اور عضلی البمیت زیادہ نمایاں ہوتی ہے، قیحیت کی امارت غائب ہوتی ہے، یرقان بہت شدید ہوتا ہے اور چوہوں کے ساتھ پیشہ ورانہ یا کسی دوسرے تعلق کی روئداد موجود ہوتی ہے۔ وائل کے مرض کے تپ زرد کے ساتھ خلط ملط ہو جانے ہی سے ۱۹۱۸ء میں نوگوچی نے غلطی سے موخرالذکر مرض کے سبب کو کسی نحیف مرغولہ (Leptospira) سے منسوب کیا۔ حتیٰ کہ معہ یرقان میں کبر طحال موجود ہوتا ہے اور اطرافی خون میں پیچ مویئے (spirochaetes) باسانی دریافت کئے جا سکتے ہیں۔ ڈینگی میں البیومن بولیت نہیں ہوتی، قلت خلیات ابیض باضعف خلویت کے ساتھ ممیز ہوتی ہے اور ثوران بھی امتیازی خاصہ ہے جو تیسرے دن نمودار ہوتا ہے، اور یرقان شاذونادر ہی دیکھنے میں آیا ہے۔

انذار۔ اوسط شدت کے اصابات میں شرح اموات ۵ فیصدی کے قریب ہے۔ بہرکیف ہر ایک وبا میں بہت سے ایسے خفیف اصابات ہوتے ہیں جو شناخت نہیں کئے جاتے، اور ان سے ظاہری شرح اموات کم ہو جاتی ہے۔ گہرا یرقان، شدید نزف، انقطاع بول، دشوار علاج ہچکی اور شدید عصبی مظاہر خطرناک ہوتے ہیں۔

تجویز۔ مریضوں کو علاج کے لئے ایسے وارڈوں میں رکھنا چاہئے جن میں مچھر داخل نہ ہو سکیں، اور مچھروں کے خلاف تمام تدبیریں اختیار کرنی چاہئیں۔ چونکہ بلاواسطہ جلدی سرایت کے وقوع کا خطرہ ہوتا ہے اس لئے اطبا اور ممرضات کو وبائی رقبہ جات میں تمام حموی اصابات سے خون لیتے وقت ربڑ کے دستانے استعمال کرنے چاہئیں۔ عصبی پرورشی قشب

اور فیج مصل سے جدرین زنی کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ خون میں بلند عیار کے منبع اجسام پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ بظاہر بے خطر معلوم ہوتی ہے، اگرچہ شدید تعاملات پیدا ہوسکتے ہیں۔ تقنیہ مصل سے صرف عارضی حفاظت پیدا ہوتی ہے۔

علاج مطلق آرام اور باہرانہ تیمارداری ضروری ہے۔ سیالات بافراط دئے جائیں لیکن حاد ہفتوں میں کوئی غذا نہیں دی جاتی۔ مشروبات میں گلوکوس اور سوڈیم کاربونیٹ شامل کر دئے جاتے ہیں یا یہ براستہ معاء مستقیم دئے جاتے ہیں۔ شدید اصابات میں ۱ تا ۲ پائنٹ دروں وریدی گلوکوس (۵ فیصدی) روزانہ دینے سے فائدہ ہوتا ہے۔ اگر ایک مرتبہ تپ شروع ہو جائے تو فیج مصل کا مرض کے ممر پر کوئی اثر نہیں ہوتا۔ علاماتی علاج اکثر ضروری ہوتا ہے۔ جب تپ ۱۰۳ ف سے اوپر ہو تو سرد اسفنج پھیرنے کی ضرورت ہوتی ہے، قے کے لئے شیمپین یا ٹنکچر آف آیوڈین براستہ دہن دی جاسکتی ہے، ہچکی بر معدہ پر رائی کا پلستر لگانے سے رفع کی جاسکتی ہے اور انقطاع بول کا علاج صلب پر پیالے لگانے، اور دروں وریدی اشرابات سے کیا جاتا ہے۔

ڈینگی

(DENGUE)

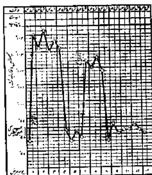
ہڈی توڑ بخار (Break-bone Fever)، ڈینڈی تپ (Dandy Fever)-

یہ ایک نوعی مرض ہے جو سات دن سے زیادہ نہیں رہتا اور ایک تقطیر پذیر قشب سے پیدا ہوتا ہے جو ایڈیز ایجپٹائی (Aëdes ægypti) مچھر سے منتقل ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ ڈینگی عموماً مدارینی ممالک میں واقع ہوتا ہے اور یہ معتدل ممالک میں بھی کسی حد تک دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ اکثر وبائی شکل میں نمودار ہوتا ہے، لیکن انفرادی اصابات بھی پائے جاتے ہیں۔ عمر کا ہر ایک حصہ اور دونوں صنفیں اثر پذیر ہیں۔ تپ کے پہلے تین دنوں میں قشب دورانی خون میں موجود ہوتا ہے، اور جو ایڈیز ایجپٹائی اس قسم کے خون سے

غذا حاصل کریں وہ عمر بھر کے لئے سرایت زدہ ہوجاتے ہیں۔ اگرچہ قبل اس کے کہ ان کے کاٹنے سے سرایت منتقل ہو سات سے لیکر گیارہ دن کا عرصہ گذرنا ضروری ہے۔ ایک حملہ سے ہمیشہ مناعت پیدا نہیں ہوتی۔

علامات ۔ زمانہ حضانت تین سے لیکر سات دن تک ہے۔ ابتدا فوری ہوتی ہے اور اس کے ساتھ سردی کا احساس، اور سر اور کرات چشم میں درد ہوتا ہے اور تپ بہت جلد بڑھ جاتی ہے (۱۰۳° تا ۱۰۴° ف) ۔ کمر میں اور جوڑوں کے گرد اکثر نہایت ہی شدید درد محسوس ہوتا ہے، لیکن گرد مفصلی التہاب کے امارات مثلاً سرخی اور ورم قلیل الوقوع ہیں زبان فرودار ہوتی ہے، اس کے حاشیے سرخ ہوتے ہیں، اور حلق اور ملتحمات ممتلی پائے جاتے ہیں، چوبیس گھنٹے سے لیکر اڑتالیس گھنٹے تک کے عرصہ میں چہرہ گردن اور سینہ پر کی جلد اکثر متورم اور سرخ ہوجاتی ہے، اور یہی نام نہاد اولی طفح ہے۔ بےچینی اور سہر (بے خوابی) ممیز خواص ہیں، اور عدم اشتہا قے اور قبض بھی بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔ بعض وباؤں میں عنقی اور فوق الکبری غدد کلانی یافتہ پائے جاتے ہیں۔



شکل ۹۴۔ ڈینگی کا نقشۂ تپش جس سے تپ کی دوہیئتی قسم ظاہر ہوتی ہے۔

نبض جو پہلے تیز ہوتی ہے جلد ہی سست ہوجاتی ہے، اور تیسرے یا چوتھے دن تپش بحران سے ۱۰۰° ف تک گرجاتی ہے یا اس سے بھی نیچے

چلی جاتی ہے، اور ساتھ ہی پسینہ بھی آتا ہے اور گاہے گاہے اسہال یا رعاف بھی موجود ہوتا ہے۔ مریض اکثر اپنے آپ کو صحت مند تصور کرتا ہے لیکن چند گھنٹہ سے لیکر تین دن تک کے عرصہ میں تپش پھر بلند ہو جاتی ہے اور شالی زین نما نقشۂ تپش اسی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جوارح میں درد اور ذہنی انخفاض پھر نمودار ہو جاتا ہے اور بعض اوقات جوارح اور دھڑ پر حصبہ نما یا قرمزیہ نما طفح پیدا ہو جاتا ہے جو دبانے پر غائب ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد تقشر واقع ہوتا ہے اور کبھی کبھی کھجلی بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ تام نہاد ثانوی طفح عموماً چوتھے دن سے لیکر چھٹے دن کے درمیانی عرصہ میں یا اس سے پہلے نمودار ہوتا ہے اور چند گھنٹہ سے لیکر تین دن تک موجود رہتا ہے۔ قلت خلیات ابیض جس کے ساتھ اضافی لمف خلویت پائی جاتی ہے اس مرض کے بہت ممیز خواص میں سے ہے تپ کا ثانوی حملہ عموماً دو یا تین دن تک رہتا ہے اور نقیہیت عموماً بغیر کسی قابل ذکر امر کے شروع ہو جاتی ہے۔ پیچیدگیاں شاذ و نادر ہی نمودار ہوتی ہیں، لیکن بہت گرم موسم میں بعض اوقات تپ مفرط عارض ہو جاتی ہے جو ضربۃ الحرارت کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ ذہنی انخفاض، بھر اور جوڑوں کا گرد مفصلی درد جو تکلیف دہ ہوتا ہے گاہے گاہے عواقب کے طور پر رونما ہوتا ہے۔ وباؤں میں سریری مظاہر کے لحاظ سے معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے اور اس طرح ایک ہی وبا میں انفرادی اصابات میں بھی اختلاف پایا جاتا ہے۔ ثورانات ہمیشہ موجود نہیں ہوتے، جوارح کا درد بعض اوقات نمایاں ہوتا ہے اور تپ کے اقسام میں معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ گاہے گاہے تپ قلیل المدت ہوتی ہے اور صرف تین دن تک رہتی ہے (ایک ہیئتی قسم)، اور بعض اوقات یہ چھ سات دن تک جاری رہتی ہے لیکن اختتام کے قریب اس میں عموماً اضافہ ہو جاتا ہے۔ دو ہیئتی قسم میں تپ میں ایک مکمل وقفہ پایا جاتا ہے، اور اس لحاظ سے یہ شالی زین نما نقشہ سے مختلف ہے جس میں غیر حموی زمانہ نہیں پایا جاتا (16) بچوں میں رعاف اختلاجات زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں اور ان میں شرح اموات

زیادہ ہے۔

تشخیص ۔ وبا کے دوران میں تشخیص عموماً آسان ہوتی ہے، لیکن انفرادی ڈینگہ کو ریگ مگسی تپ اور انفلوئنزا سے تمیز کرنے میں بعض اوقات معتدبہ دقت پیش آتی ہے۔ تپوں کے ٹائیفسی گروہ اور ثورانی تپوں کو بھی ذہن نشین رکھنا چاہئے، اور تپ زرد کی شناخت ابتدائی البیومن بولیت مفرط انبطاع، اور یرقان اور قلت خلیات ابیض کی عدم موجودگی سے کیجاتی ہے۔

انذار ۔ شرح اموات بہت کم ہے، اور یہ مختلف وباؤں میں ۱ء۰تا ۵ء۰ فیصدی رہی ہے۔ اموات صرف کمزور اور معمر اشخاص اور کم عمر بچوں میں واقع ہوتی ہیں۔

تحریز ۔ اس مرض کی تحریز مچھر دفع کرنے کی تدابیر اختیار کرنے پر مشتمل ہے۔

علاج ۔ مریض کو بستر میں رکھا جاتا ہے اور سیال غذا دیجاتی ہے۔ ابتدائے مرض میں ملین کا استعمال کرانا چاہئے اور دوران مرض میں معرق آمیزہ (diaphoretic mixture) دینا چاہئے۔ جب تپش ۱۰۳° ف سے متجاوز ہوجائے تو سرد اسفنج پھیرنے سے فائدہ ہوتا ہے۔ ایسپرین (aspirin) فیناسی ٹین (phenacetin) اور کیفین سٹریٹ سے اکثر جوڑوں کے درد کو تسکین ہوجاتی ہے، لیکن شدید اصابات میں مورفیا (morphia) کی ضرورت ہوتی ہے۔ دوران نقیہیت میں آب و ہوا کی تبدیلی، غذا کی فراوانی اور مقوی علاج مناسب ہوتا ہے۔

ریگ مگسی تپ

(SAND-FLY FEVER)

فلیباٹومی تپ (Phlebotomus Fever)، بر غشی تپ (Papataci Fever)۔

ریگ مگسی تپ ایک تقطیر پذیر قشب سے پیدا ہوتی ہے اور بر غش

(Phlebotomus papataci) سے منتقل ہوتی ہے۔

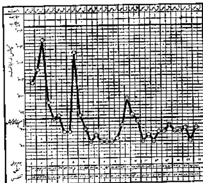
بحث اسباب - تشب خون میں مرض کے صرف پہلے دو دنوں میں موجود ہوتا ہے، اور بخش ایسے خون سے غذا حاصل کرنے کے بعد سات دن یا اس سے زیادہ عرصہ گزرنے سے پہلے مرض منتقل نہیں کر سکتی۔ اس زمانہ میں تشب ریگ مکھی برندہ میں پختہ ہوتا ہے اور یہ مکھی شائد اپنے بچوں میں بھی تشب منتقل کر دیتی ہے۔ ریگ مکس اپنی افزائش نسل زیادہ تر درختوں کی چھال کے نیچے، لکڑی کی درزوں یا پتھر کی دیوار کی دراڑوں میں، اور چٹانی تختوں (rockeries) میں یا سکونتی مکانات کے اردگرد کے کوڑا کرکٹ یا کنکر پتھر میں کرتی ہے۔ یہ مرض مداریئی یا تحت مداریئی ممالک میں انفرادی شکل میں یا شدید وباؤں کی شکل میں نمودار ہوتا ہے، اور معتدل ممالک مثلاً وسطی یورپ میں بھی موسم گرما میں اس کے پھیلنے کا اندراج کیا جا چکا ہے بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ اس سے ۹۰ فیصدی آبادی متاثر ہو جاتی ہے، اور ہر عمر اور ہر دو صنف کے افراد اثر پذیر ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ اس تپ کے ایک حملہ کے بعد مناعت ڈینگہ کے مقابلہ میں زیادہ دیر تک رہتی ہے۔

1003

علامات - زمانۂ حضانت دو سے سات دن تک ہے، اور یہ عموماً تین سے لیکر پانچ دن تک ہوتا ہے۔ ابتدا فوری ہوتی ہے اور اس کے ساتھ سردی کا احساس، دردسر، تپ اور کمر اور جوارح میں درد ہوتا ہے۔ چہرہ اور گردن متورد اور ملتحمات مشرب ہوتے ہیں، اور بعض اوقات قےء، بطوء القلب (bradycardia) اور قلتِ خلیات ابیض (leucopenia) بھی پائی جاتی ہے جس کے ساتھ اضافی لمف خلویت موجود ہوتی ہے۔ سریری تصویر فی الحقیقت ڈینگہ کے ابتدائی ارتفاع تپش سے ناقابل تمیز ہوتی ہے لیکن تپش کا ثانوی ارتفاع اور طفحات بہت قلیل الوقوع ہیں۔ پیچیدگیاں نادر الوقوع ہیں، نقاہت سریع ہوتی ہے، لیکن ذہنی انحفاض تپ کے اتر جانے کے بعد بعض اوقات کئی دن تک برقرار رہتا ہے۔

تحریز - اس مرض کو روکنے کی بہترین ترکیب یہ ہے کہ برندہ حشرہ کو

ان مقامات پر تباہ کر دیا جائے۔ جہاں اس کی افزائش نسل ہوتی ہے۔ اور نیچے کی منزل کے کمروں میں فارسلین یا "فلٹ" ("Flit") کا رشاش کیا جائے اور رات کو بہت باریک جالی کی مسہری کا استعمال کیا جائے معمولی مسہری کافی نہیں ہے۔ **علاج** ڈینگی کے علاج کے متماثل ہے جو بہت سے اعتبارات سے رنگ گسی تپ سے قریبی تعلق رکھتا ہے۔



شکل ۹۵۔ تپِ وادیِ شقاق (Rift Valley fever) کا نقشۂ تپش جو ابتدائی ارتفاعِ تپش اور دو نکسات ظاہر کرتا ہے۔

تپِ وادیِ شقاق (Rift Valley fever) (مقامی حیوانی وبائی التہابِ کبد Enzootic Hepatitis:)۔ ایک قلیل المدت نوعی تپ ہے جو ایک تقطیر پذیر قشب سے پیدا ہوتا ہے اور کینیا کی نوآبادی میں بیشتر میں واقع ہوتا ہے (17) اور شاید افریقہ کے دوسرے حصوں میں بھی پایا جاتا ہے۔ انسانوں کو یہ مرض سرایت زدہ حیوانات کے بلا واسطہ تماس سے

یا معمل میں قشب کو چھونے سے عارض ہوجاتا ہے - آدمی میں یرقان ظاہر نہیں ہوتا
تپ ایک دن سے لیکر تین دن تک رہتی ہے، لیکن نکسات واقع ہوسکتے ہیں
صرف ایک ہی مہلک انسانی اصابہ کا اندراج موجود ہے جس میں موت متعدد
وریدی علقیتوں سے واقع ہوئی -

کبۂ مناخی

(CLIMATIC BUBO)

کبۂ مداریی (Tropical Bubo)، لمفی اربیکی
سلعۂ اربی (Lymphogranuloma Inguinale) -
یہ ایک زہراوی مرض ہے جو ایک تقطیر پذیر قشب سے پیدا ہوتا ہے
بحث اسباب - اس مرض سے خاصکر بالغ مرد متاثر ہوتے
ہیں اور یہ مدارین میں دیسی عورتوں سے عارض ہوتا ہے - ان اصابات پر
عملیہ کرنے کے دوران میں انگلیوں کے سرایت زدہ ہوجانے سے جراحوں
کو بغلی کبے ہوچکے ہیں - یہ مرض افریقہ کے مشرقی اور مغربی ساحل پر اور چین
اور جاپان میں پایا جاتا ہے، اور اب انگلستان اور براعظم (یورپ) میں بھی
اس کے اصابات شناخت کئے جاچکے ہیں جن کی تعداد روز افزوں ہے،
اور یہاں یہ مرض سفید فام عورتوں سے منتقل ہوتا ہے - پیپ میں جراثیم
نہیں ہوتے، لیکن گنی پگوں میں اس کا زیرجلدی اشراب کرنے سے بڑے
بڑے کبے پیدا ہوجاتے ہیں - قشب برکفلڈ کے مقطار میں سے گزرجاتا ہے
اور چوہیوں اور بندروں میں دروں دماغی اشراب سے منتقل کیا جاسکتا ہے -

1004

امراضیات - غدد آپس میں جڑجاتے ہیں اور تراشش کاٹنے پر
سرخی مائل رنگت دکھائی دیتی ہے - ان میں اکثر لینت اور تقیح واقع ہوجاتا
ہے، اور کہفہ جات بعض اوقات سبزی مائل یا رمادی رنگ کی مخاطی پیپ
سے پُر ہوتے ہیں - خردبین سے امتحان کرنے پر یہ ظاہر ہوتا ہے کہ اریکی نسیج
بافت لیفی ناہضات (fibroblasts) سرطلہ نما خلیات جن کی ترتیب اکثر

سیاحی ہوتی ہے، اور کثیرالاشکال نواتی خلیات ابیض سے مرکب ہے اور بعض اوقات اس میں عفرتی خلیات بھی پائے جاتے ہیں۔

علامات - زمانۂ حضانت چند دن سے لیکر تین ہفتہ تک ہوتا ہے، اور اولی ضرر قضیب پر چھوٹے چھوٹے نملۂ شکل قروح کی شکل میں نمودار ہوتا ہے۔ اربی غدد کے وسطی گروہ کا یک جانبی یا دوجانبی ورم ایک ہفتہ سے لیکر چھ ہفتہ میں واقع ہوتا ہے۔ اس عارضہ کی طرف توجہ اول اول کنج ران میں تکلیف اور الیمیت کے احساس سے ہوتی ہے جو ممکن ہے کہ درد کی شکل اختیار کرلے اور تپ کی موجودگی سے منعطف ہوتی ہے۔ مجتمع غدد چھونے پر کیسقدر الیم اور بہت سخت ہوتے ہیں، اور یہ جلد سے پوشیدہ ہوتے ہیں جو پہلے سرخ ہوتی ہے اور بعد میں نیلگوں بنفشئی ہو جاتی ہے۔ جب تقیح ترقی کرجاتا ہے تو تموج کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے، اور تقریباً ۵۰ فی صدی اصابات میں اجواف پیدا ہو جاتے ہیں۔ حرقفی غدد اکثر پوپارٹ کے رباط سے اوپر ایک سخت تودہ کی شکل میں حس پذیر ہوتے ہیں، لیکن یہاں وسیع تقیح کبھی واقع نہیں ہوتا۔

عمومی خصائص یہ ہیں۔ تپ جو عموماً متفرقہ قسم کی ہوتی ہے، عدم اشتہا اور وزن کی کمی۔ جلدی نورانات کا بھی ذکر کیا گیا ہے جو کرییۂ حمار (erythema nodosum) کے مشابہ ہوتے ہیں تپش بعض اوقات کئی ہفتہ تک جاری رہتی ہے اور کبھی کبھی یہ صرف چند دن تک ہی رہتی ہے غدد کا اندمال کبھی تو دو ماہ میں مکمل ہو جاتا ہے اور کبھی ڈیڑھ سال تک ملتوی رہتا ہے۔ دوسرے عوارض جو عورتوں میں شاذ ونادر پائے جاتے ہیں، مثلاً مزمن داءالفیل اور فرج کا تقرح اور معائے مستقیم کا التہابی تضیق اسی قسم کی سرایت سے منسوب کئے جاتے ہیں۔ فرائی کا درون ادمی کاشفہ (Frei's intradermal test) ان اصابات میں مثبت ہوتا ہے (18)۔

تشخیص - دیسی عورتوں کے ساتھ مجامعت کی روئداد اہم ہے۔ تناسلی نملہ (herpes genitalis) اولی ضرر کے مشابہ ہوتا ہے، اور اس مرض کو

فلاریائی، عفونتی اور تدرنی التہاب غدہ، اور اکولہ نما (chancroid)، سوزاک اور آتشک سے پیدا شدہ زہراوی کبوں اور ان کبوں سے جو طاعون، تپ موش گزیدگی اور ٹولاردمویت سے پیدا ہوئے ہوں، تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ معملی تحقیقات سے جو کاشت اور حیوی معائنہ (biopsy) سے حاصل کردہ مادہ کی تراش اور قرائی کے درون ادمی کا شفہ پر مشتمل ہے، بہت مددطلب ہے۔ موخرالذکر ایک نوعی حساسیتی تعامل تصور کیا جاتا ہے، اور اس کے انجام دینے کا طریقہ یہ ہے کہ عقیم کردہ مرقق پیپ کا اشراب ادمہ میں کردیا جاتا ہے اور ۴۸ گھنٹے مشاہدات کئے جاتے ہیں۔ مثبت تعامل کے لئے ایک سرخی مائل دررینحتہ بثرہ ضروری ہوتا ہے جس کا قطر ۵ء ۰ تا ۲۰ مم ہوتا ہے، اور یہ کبۂ مدارینی کے تشنج کی سرایت پر دلالت کرتا ہے۔

انذار ۔ موت شاذونادر ہی واقع ہوتی ہے، اور بعض مثالوں میں مرض کا مزمن ہوتا ہے اور ضرات کا اندمال بعض اوقات اٹھارہ مہینوں میں ہوتا ہے۔

علاج ۔ مریض کو بستر پر آرام کرایا جاتا ہے، اسے مغذی غذا دی جاتی ہے اور مقوی علاج کیا جاتا ہے۔ مقامی طور پر کبہ کی تشعیع لاشعاعوں سے کی جا سکتی ہے۔ غیرنوعی پروٹین سے صدمہ پہنچانے کا علاج آزمائش کا مستحق ہے اور ٹی ۔ اے ۔ بی ویکسین سے بہترین طور پر پیدا کیا جا سکتا ہے۔ پہلے ۵ ملین عصیات کا اشراب کیا جاتا ہے اور پھر چھ درجہ وار دلدوں وریدی اشرابات سے جو تین یا چار دن کے وقفوں پر کئے جاتے ہیں اس تعداد کو ۸۰۰ ملین تک بڑھا دیا جاتا ہے ۔ ابتدائے مرض میں استیصال سے بہت عمدہ نتائج پیدا ہوتے ہیں، لیکن غدد کے فخذی سلسلہ کو علیٰ حالہٖ چھوڑ دینا چاہئے ۔ جہاں تموج کا مظاہرہ کیا جا سکے وہاں عدیم العفونت حالات کے تحت پیپ کا استفصاص کردینا چاہئے ۔ سوئی کبہ سے کچھ فاصلہ پر تندرست جلد میں داخل کی جاتی ہے ۔ اس درجہ پر استیصال کرنے سے ثانوی سرایت کے پیدا ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے ۔

رکٹسیا (Rickettsia) سے پیدا شدہ امراض

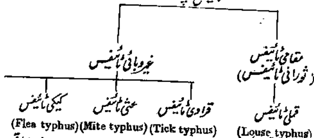
رکٹسیائی سرایتیں صرف انہی امراض میں پائی جاتی ہیں جن میں برندہ (vector) مفصل پایہ (arthropod) ہوتا ہے' اور ان کا ذکر اول اول رکٹس (Rickets) نے ۱۹۱۰ء میں کوہستان راکی کے دھبے دار تپ میں کیا تھا۔ اب تک یہ وبائی ٹائیفس' تپ خندقی' جاپانی تپ دریائی' مرض برل (Brill's disease) ' اور مداریچی ٹائیفس میں جو انسان کو عارض ہوتا ہے اور مویشیوں میں ہارٹ واٹر (heart-water) میں شناخت کئے جا چکے ہیں۔

رکٹسیا اجسام (Rickettsia bodies) گرام منفی اور جراثیم کی طرح کے صغیر الجسامت عضویات ہیں (۰٫۳ µ — ۰٫۵ µ × ۰٫۳ µ) اور ان میں کثیر الاشکالی (pleomorphism) کی طرف ایک نمایاں رجحان پایا جاتا ہے۔ یہ مفصل پائی برندوں کے رودہ کے مرحلہ اور براز دونوں میں پائے جاتے ہیں' اور نیز انسان کے خون اور انسانی بافت کے درحلمی اور دوسرے خلیات میں موجود ہوتے ہیں اور ان کا مقام دروں خلوی ہوتا ہے۔

1005

رکٹسیا اجسام تپوں کے ٹائیفسی گروہ کے تسبیبی تعلق کی وجہ سے عظیم الاہمیت ہیں' اور اس گروہ کی تعداد تیزی سے بڑھ رہی ہے۔ معمولی ٹائیفس انسان سے انسان کو قمل (جوں) کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے اور غیر وبائی اقسام ابتداءً قوارض (rodents) کے امراض ہیں اور انسان کو پسوؤں' قراد' اور عثات (mites) سے منتقل ہوتے ہیں۔

اس گروہ کی جماعت بندی فی الحال حشراتی برندوں کے لحاظ سے میگا (Megaw) کی رائے کے مطابق بہترین طور پر کی گئی (19)۔



وائیل فیلکس کا تعامل (Weil-Felix Reaction) (20)۔ یہ مصلیاتی تعامل ٹائیفس کی وبائی اور غیر وبائی دونوں قسموں کو شناخت کرنے کے لئے معتدبہ اہمیت رکھتا ہے، اور اس کا انحصار اس امر پر ہے کہ پروٹیس گروہ کے بعض قولون نما عضویات ٹائیفس کے مریضوں کے مصلوں سے ملتزق ہوجاتے ہیں۔ عضویات کی اب دو نسلیں استعمال کی جارہی ہیں کثیر الاشکال عصیہ ایکس ۱۹ (B. proteus X19) اور کثیر الاشکال عصیہ ایکس کے (B. proteus XK)۔ $\frac{1}{100}$ کے الزاقی تعاملات تشخیصی اہمیت رکھتے ہیں اور یہ عموماً مرض کے دوسرے ہفتہ میں ظاہر ہوتے ہیں۔ زمانہ نقاہت میں عیار (titre) بعض اوقات $\frac{1}{30,000}$ تک بلند ہوجاتا ہے اور یہ تعامل کئی مہینوں تک مثبت رہتا ہے۔ ایکس ۱۹ (X 19) کے لئے قوی مثبت تعامل قملی یا کیکی ٹائیفس کو ظاہر کرتا ہے، اور ایکس کے (XK) کے لئے قوی مثبت تعامل عثی ٹائیفس (mite typhus) کو۔ اگر ٹائیفس کی طرح کی تپ میں ابتدا سے چودھویں دن منفی تعامل حاصل ہو یا دونوں نسلوں کے لئے مجیبیت کمزور ہو تو اس سے قرادی ٹائیفس (tick typhus) کی تشخیص کی تائید ہوتی ہے

قملی ٹائیفس

(LOUS TYPHUS)

مقامی وبائی ٹائیفس (Endemic Typhus)،
ثورانی ٹائیفس (Typhus Exanthematicus) تپ
زندانی (Jail Fever)۔

ٹائیفس تپ جو جوؤں سے منتقل ہوتا ہے وبائی شکل میں پھیلتا ہے اور غالباً رکٹسیا پرووزیکی (Rickettsia prowazeki) سے پیدا ہوتا ہے۔

بحث اسباب ۔ ٹائیفس کی صرف یہی ایک قسم ہے جو وبائی شکل میں نمودار ہوتی ہے، اور ۱۸۳۷ء تک یہ تپ محرقہ سے تمیز نہیں کیجاتی تھی۔ گذشتہ صدی میں یہ مرض انگلستان، سکاٹ لینڈ اور ویلز میں قلیل الوقوع نہیں تھا، لیکن اب یہاں یہ نہیں پایا جاتا۔ جنگِ عظیم کے دوران میں روس اور جرمنی میں اس مرض کے وسیع حملے ہوئے۔ یورپ کی سرد آب وہوا میں یا گرم ممالک مثلاً مصر اور فلسطین کے موسم سرما میں یہ کسی وقت بھی پھیل سکتا ہے۔ ہندوستان میں یہ صرف ہمالیہ اور شمال مغربی میدانوں میں پایا جاتا ہے، لیکن جنوب کی طرف اور آگے مدارینی خطہ میں نہیں پایا جاتا کیونکہ جوں اتنی حرارت میں زندہ نہیں رہتی۔ مناعت کسی نسل میں نہیں پائی جاتی، ہر عمر کے اشخاص پر حملہ ہوتا ہے اور ایک حملہ سے عموماً مناعت پیدا ہو جاتی ہے۔ غلیظ ماحول، آبادی کی گنجانی، غذا کی قلت اور قحط سے اس مرض کے پھیلنے میں مدد ملتی ہے۔ حموی زمانہ میں لیا ہوا انسانی خون بندروں کے لئے ساری ہوتا ہے، لیکن ساری عامل برکفلڈ کے مقطارات میں سے نہیں گذرتا۔ نکولی (Nicolle) اور کونسائل (Conseil) نے ٹائیفس کے سرایت زدہ جوں کے ذریعہ سے منتقل ہونے کا مظاہرہ کیا ہے، لیکن یہ اغلب ہے کہ انسانی سرایت گزیدگی سے براہ راست

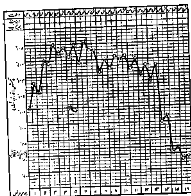
واقع ہونے کی بجائے جسم کی خراشیدگیوں میں سے ان پر براز کے مل جانے سے
واقع ہوتی ہو۔ جوئیں ٹائیفسی خون پر غذا حاصل کرنے کے پانچ سے لیکر
دس دن بعد سرایت زدہ ہوتی ہیں' اور ایک دفعہ سرایت زدہ ہونیکے
بعد عمر بھر سرایت زدہ رہتی ہیں' اور رکٹسیا پرووزیکی ان کے غذائی
خطہ کے سرحلمی خلیات میں پایا جاتا ہے جن سے اس کا استر بنتا ہے انسانی
اصابات میں رکٹسیا کا مظاہرہ چھوٹے عروقِ خون کے درحلمی خلیات میں بھی
کیا جاسکتا ہے۔

امراضیات۔ ابتدائی مدارج میں طحال نرم اور بعض اوقات
کلانی یافتہ ہوتی ہے' اور جگر اور گردوں میں ورم سحابی پایا جاتا ہے اور
عضلۂ قلب انحطاط یافتہ ہوتا ہے۔ شعبتی ذات الریہ سے بیشتر خاتمہ ہوتا
ہے۔ فرنکل نے ۱۹۱۴ء میں جو ممیز ضررات بیان کئے تھے وہ شریانی اور
شعری دیواروں کے درحلمی استر کے تکاثر پر مشتمل ہیں جس کے بعد تخثر رونما
ہوتا ہے اور شاید لمفی خلیات اور مصلی خلیات سے گرد عرقی دریزش بھی
واقع ہوجاتی ہے۔ اس طرح ٹائیفسی کا ذب درنے پیدا ہوجاتے ہیں جو جلد،
احشاء اور دماغ میں پائے جاسکتے ہیں' اور موخر الذکر مقام میں قاعدی عقد
لُب اور قشرہ ان سے خاص طور پر متاثر ہوتے ہیں۔ جلد کے چھوٹے چھوٹے
عروق میں علقیت واقع ہونے سے تشنی ثوران پیدا ہوتا ہے۔

1006

علامات۔ زمانۂ حضانت عموماً آٹھ سے لیکر بارہ دن تک ہوتا ہے
اور اس کے حدود پانچ سے لیکر بیس دن تک ہیں۔ منذرات عمومی کسلمندی
متلی اور عدم اشتہا پر مشتمل ہیں۔ ابتدا اکثر فوری ہوتی ہے اور اس کے
ساتھ سردی کا احساس یا لرزہ' تپ' جبہی درد' کمر اور جوارح میں درد اور
شاذ طور پر قے اور برمعدی درد پایا جاتا ہے۔ غنودگی اور غفلت ابتدائے
مرض ہی سے نمایاں ہوتی ہے۔ ذہن کند اور چہرہ سرخ ہوتا ہے۔ ملتحمات
محتقن ہوتے ہیں اور زبان پر تہ جمی ہوتی ہے۔ قبض نمایاں ہوتا ہے۔ تپش عام طور پر تقریباً
تیسرے دن اوج پر پہنچ جاتی ہے اور بعد میں تپ آٹھ سے لیکر بارہ دن تک

قاعدۃً مسلسل رہتی ہے (نقشہ ۴) ما زاں بعد فترات واقع ہوتے ہیں اور تپش انجام کار ابتدا سے بارہ یا سولہ دن بعد سریع تحلل یا بحران سے طبعی حالت کو پہنچ جاتی ہے۔ لگا ہے گا ہے تپش مرض کے ابتدائی درجہ ہی سے متفرقسم کی ہوتی ہے۔ چوتھے یا پانچویں دن طفح گلابی بلغمی یا بثری ثوران کی شکل میں نمودار ہوتا ہے جو پہلے دباؤ سے غائب ہوجاتا ہے لیکن بعد میں گزشتی



شکل ۹۶۔ قملی ٹائیفس کا نقشۂ تپش جس سے مسلسل تپ ظاہر ہوتی ہے جو تیرھویں دن بحران سے نیچے آئی ہے۔

ہوجاتا ہے۔ یہ اول اول اکثر بغلوں میں اور صلب پر دیکھنے میں آتا ہے لیکن بعد میں تمام دھڑ اور عموماً ٹانگیں اور بازو اس سے متاثر ہوجاتے ہیں، مگر چہرہ اس سے متاثر نہیں ہوتا۔ خاطف اصابات میں پر پوُرائی چکتیاں نمودار ہوجاتی ہیں۔ طفح خود ایک اختلاف پذیر عرصہ کے لئے موجود رہتا ہے جو کئی

دن سے لیکر دو ہفتہ تک ہوتا ہے - سمی مظاہر ابتدائے مرض ہی میں نمودار ہوجاتے ہیں اور ذہول (stupor) بعض اوقات ہذیان کے ساتھ یا اس کے بغیر پانچویں دن ہی محرقی حالت میں تبدیل ہوجاتا ہے - علاوہ ازیں سحائیت (meningismus) کے علامات گردن کی بازگشتی کے ساتھ نمودار ہوجاتے ہیں اورالتہاب سحایا (meningitis) کی سی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے - جب مرض ترقی کرجاتا ہے تو زبان خشک ہوجاتی ہے اور بعض اوقات اس کی رنگت سیاہ ہوجاتی ہے' دانتوں پر وسخ پیدا ہوجاتا ہے' نبض زیادہ تیز اور کمزور ہوجاتی ہے' اصواتِ قلب بعید ہوجاتے ہیں اور خون کا دباؤ کم ہوجاتا ہے - اس پر بعض اوقات عضلۂ قلب کے فشل کا اضافہ ہوجاتا ہے' اور دوسرے ہفتہ کے دوران میں اکثر کھانسی پائی جاتی ہے جس کے ساتھ پھیپھڑوں کے قاعدوں پر مرطوب آوازیں موجود ہوتی ہیں - قبض مرض کا ایک نمایاں خاصہ ہے' لیکن شدید اصابات میں گا ہے گا ہے اس کی جگہ اسہال پایا جاتا ہے

1007

معملی تحقیقات سے بعض اوقات مدد ملتی ہے - سرخ خلوی شمار میں بہت کم تبدیلی پائی جاتی ہے لیکن خفیف سی کثرت خلیات ابیض معہ کثرت ملیات تعدیل پسند (neutrophilia) قلیل الوقوع نہیں - دماغی نخاعی سیال کا دباؤ بڑھ جاتا ہے اور اس میں لمفی خلیات اور گلوبولن بافراط پائے جاتے ہیں - سب سے اہم امر یہ ہے کہ دوسرے ہفتہ میں مصل تقریباً ہمیشہ بی - پروٹیئس ایکس ۱۹ (B. proteus X19) کو ملزق کردیتا ہے -

پیچیدگیاں قلیل الوقوع نہیں' اور یہ مندرجہ ذیل ہیں! التہاب الشعب شعبتی ذات الریہ' فخذی اور دوسری وریدوں کا علقی وریدی التہاب (thrombophlebitis)' شریانی علقیت جس کے ساتھ جوارح اور خاصکر پاؤں کی انگلیوں اور پاؤں کی گنگرین ہوتی ہے' التہاب نکفیہ (parotitis) التہاب اذن وسطی' بہرا پن' اور بستری قروح -

تشخیص - وباؤں کے دوران میں کوئی دقت پیش نہیں آتی لیکن

انفرادی اصابات میں قسم کے مباسم (stigmata) ' نقشہ دِتپش اور طبع سے تشخیص کی طرف رہنمائی ہوجاتی ہے اور بعد میں اس کی مصلیاتی توثیق کرلینی چاہئے۔

انذار۔ شرح اموات جو مختلف وباؤں میں مختلف رہتی ہے ۱۰ سے لیکر ۳۰ فیصدی تک ہے اور یہ معمر اشخاص میں خاص طور پر زیادہ اور بچوں میں کم ہوتی ہے۔ ابتداہی میں محرقی حالت کا ظہور، ریکورائی تطلیع ' اور شعبتی ذات الریہ اور علقیت کی طرح کی پیچیدگیاں خطرناک ہوتی ہیں۔

تحریز جسم کی جوں کو تباہ کرنے اور ان سرایت زدہ مفصل پایوں سے جلدی تماس کو روکنے پر مشتمل ہے۔

علاج۔ مریض کی تیمار داری لازمی طور پر لیٹے رہنے ہی کی حالت میں کرنی چاہئے اور اسے تازہ ہوا اور سیالات بافراط ملنے چاہئیں۔ صحیات دہن کی طرف خاص طور پر توجہ دینی چاہئے ' قبض کو حقنوں سے رفع کرنا چاہئے اور بستری قروح کو روکنا چاہئے۔ سیال غذا دینی چاہئے جو پھلوں کے رس ' گلوکوس ' دودھ اور یخنیوں پر مشتمل ہو ' اور جہاں ضرورت ہو سیال کی بہم رسانی کو مغذی حقنہ جات اور گلوکوس کے دروں وریدی محلول (۵ فیصدی) سے بڑھا دینا چاہئے۔ سرد اسفنج پھیرنا تپش کو کم کرنے ' اور بے خوابی کو رفع کرنے اور دورانِ عصبی مظاہر کے لئے بھی مفید ہوتا ہے۔ برانڈی اور مسکنات مثلاً مارفیا ' کلورل اور ہائیوسین کا استعمال بھی بعض اوقات ضروری ہوتا ہے۔ قطنی کچوکے سے دماغی شوکی سیال کھینچ لینے سے سحائیت (meningismus) رفع ہوجاتی ہے اور یہ ایک مقبول تدبیر ہے ' اور بالغوں میں نقیہ مصل دینا چاہئے اگر یہ مل سکے۔

قرادی ٹائیفس (Tick Typhus)

قرادی ٹائیفس کی سب سے زیادہ مشہور و معروف قسم تپ کوہ راکی یا دھبے دار تپ ہے جو شمالی امریکہ میں پائی جاتی ہے ' لیکن ٹائیفس کی طرح کی دوسری تپیں جو قراد (چیچڑیوں) سے منتقل ہوتی ہیں ہندوستان ' جنوبی افریقہ ' کینیا ' نائیجیریا اور بحرِ روم کے ساحل پر پائی جاتی ہیں۔ امراض کے اس گروہ میں وائیل فیلکس کے التراقی تعامل

کی ویسی اہمیت نہیں کیونکہ یہ اکثر منفی ہوتا ہے اور صرف کم عیار ہی میں ثبت ہوتا ہے۔

تپ کوہ راکی

(ROCKY MOUNTAIN FEVER)

دھبے دار تپ (Spotted fever)' تپ سیاہ (Black fever)' نیلا مرض (Blue disease)-

شمالی امریکہ میں اس مرض کی جغرافیائی تقسیم محدود ہے اور یہ بیشتر کوہستان راکی کے ان خطوں میں پایا جاتا ہے جن کی بلندی ۳۰۰۰ تا ۴۰۰۰ فٹ ہے۔ ساری عامل ایک رکٹسیائی عضویہ ہے (ڈرما سینٹروکسینس رکٹسیائی: Dermacentroxenus rickettsi) ہے جو ڈرما سینٹر اینڈرسنائی (Dermacentor andersoni) یا وینسٹس (venustus) کے انواع کے سرایت زدہ قرادات اور سرایت زدہ انسانوں میں پایا جاتا ہے قدرتی میزبان جنگلی قوارض ہیں جن میں زمینی اور پہاڑی گلہریاں اور چپ منک (Chipmunks) شامل ہیں۔ گنی پگوں میں اس مرض کی تجربۃً تطعیم کی جاسکتی ہے اور ان میں ایک ثبت پنکرٹن موزر تعامل (Pinkerton-Mooser reaction) پیدا ہوجاتا ہے جس کے میز خواص عفونت الدم' التہاب خصیہ اور پردۂ غمدیہ میں انصباب کا اجتماع ہیں جس میں رکٹسیائی اجسام موجود ہوتے ہیں۔ مرض کے ایک حملہ سے مناعت پیدا ہوجاتی ہے' لیکن یہ قملی ٹائیفس کے لئے نہیں ہوتی۔

امراضیات۔ مرضی تشریح قملی ٹائیفس کے مشابہ ہے' لیکن عرقی مرحلہ کے تکاثر سے علقیت اور گنگرین اکثر پیدا ہوجاتی ہے۔

علامات۔ زمانۂ حضانت چار سے بارہ دن تک ہے' اور عمومی اور سریری تصویر قملی ٹائیفس کے مشابہ ہیں۔ مگر طفح زیادہ نمایاں ہوتا ہے اور دوسرے دن سے لے کر پانچویں دن تک کے عرصہ میں پہنچوں (کلائیوں)' ٹخنوں اور کمر پر نمودار ہوتا ہے اور بعد میں چہرہ' ہتھیلیوں اور تلووں پر پھیل جاتا ہے 1008

اور قملی ٹائیفس میں ایسا نہیں ہوتا۔ طحال عموماً کلانی یافتہ ہوتی ہے اور رعاف اور یرقان قلیل الوقوع نہیں۔ تپ کا رجحان طویل المدت ہونے کی طرف ہوتا ہے اور اوج (fastigium) کے دوران میں زیادہ نمایاں فترات پائے جاتے ہیں تحلل (lysis) سے چند روز پہلے تپ اکثر متوقف قسم کی ہوجاتی ہے۔ الیوسن نولیت اوائل مرض ہی میں پیدا ہوجاتی ہے، اور کثرت خلیات ابیض یک نواتی خلیات (monocytes) کی تعداد کے اضافہ کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ صفن، غلفہ، ہاتھوں اور پاؤں کی انگلیوں اور لوزتین کی تموّت پن خفیف سے اصابات میں بھی واقع ہوسکتی ہے شبعبتی ذات الریہ قملی ٹائیفس کی نسبت کم کثرت سے واقع ہوتا ہے، لیکن دوسرے اعتبارات سے دونوں قسم کے تپوں کی پیچیدگیاں ایک ہی سی ہیں۔

تشخیص۔ تشخیص کی توثیق تطعیم کردہ گنی پگ میں قبیت پکڑتی موثر تعامل کے نمودار ہونے سے کی جاسکتی ہے۔ ایکس ۱۹ (X19) اور ایکس کے (XK) کے لئے وائیل فیلکس کا تعامل زیادہ سے زیادہ صرف خفیف سا قبیت ہوتا ہے۔ دماغی نخاعی تپ کی تفریقی تشخیص نخاعی سیال سے کی جاتی ہے۔

انذار۔ شرح اموات میں مختلف خطوں میں نمایاں اختلاف پایا جاتا ہے۔

علاج۔ بہترین حفظ ما تقدمی تدابیر یہ ہیں کہ سرایت زدہ خطوں میں قرادات کے کاٹنے سے بچنا چاہئے اور اگر وہ کاٹیں تو کاربالک ایسڈ سے نکو یہ عمل میں لایا جائے۔ دوائی علاج انہی اصولوں پر کیا جاتا ہے جن پر قملی ٹائیفس کا کیا جاتا ہے۔

ہندوستان میں قرادی ٹائیفس

(TICK TYPHUS IN INDIA)

ٹائیفس گروہ کی یہ تپ بہت سے اعتبارات سے تپ کوہ راکی کے مشابہ ہے اور یہ شاید جنگلی نوارض سے قرادات کے ذریعہ سے منتقل ہوئی ہے۔

بحث الاسباب۔ یہ مرض وسطی منطقہ مرتفع ہند میں سردی کے

موسم میں ۵۰۰۰ فٹ کی بلندی پر، اور کوہستان ہمالیہ میں گرمی اور خزاں کے موسم میں ۴۰۰۰ فٹ کی بلندی پر مقامی طور پر رونما ہوتا ہے۔ اکثر مندرجہ اصابات یورپینوں ہی کے متعلق ہیں۔ معمولی برندہ رائیپی کیفیلس سینگوئینیئس (Rhipicephalus sanguineus) معلوم ہوتا ہے (21) لیکن یہ ابھی ثابت نہیں ہوا۔

علامات ۔ زمانۂ حضانت عموماً سات سے لیکر بارہ دن تک ہوتا ہے ابتدا حسب معمول فوری ہوتی ہے، تپش کا ارتفاع زینہ نما ہوتا ہے، اور تپ دس سے لیکر سولہ دن تک رہتی ہے۔ **طفح** تیسرے دن سے لیکر پانچویں دن تک کی مدت میں نمودار ہوتا ہے اور یہ گلابی لکھنات یا بثور پر مشتمل ہوتا ہے جو دبانے سے غائب ہوجاتے ہیں۔ ٹائیفس کی دوسری قسموں کی طرح طفح پہلے تاریک سرخ اور پھر بھورا ہوجاتا ہے اور پھر دبانے سے غائب نہیں ہوتا۔ بھوری تلوین بعض اوقات چند ہفتوں تک برقرار رہتی ہے۔ پہلے بازو اور ٹانگیں متاثر ہوتی ہیں اور بعد میں یہ ہتھیلیوں اور تلووں اور دھڑ اور چہرہ پر پھیل جاتا ہے۔ نمشات اور پیٹوائی ثوراتات بھی بعض اوقات دیکھنے میں آتے ہیں۔ عصبی انبطاح نمایاں ہوتا ہے، لیکن یرقان نادرالوقوع ہے۔ وائیل فیلکس یا تو منفی ہوتا ہے، یا پروٹیئس ایکس ۱۹ (proteus X 19) کے لئے صرف خفیف سا مثبت ہوتا ہے (۱/۸۰ تا ۱/۱۰۰)۔ کثرتِ خلیات ابیض متوسط درجہ کی ہوتی ہے اور یک نواتی خلیات میں اضافہ پایا جاتا ہے، گر تپ کوہ راکی کے خلاف گینی پگ تجربی تطعیم کے لئے اثر پذیر معلوم نہیں ہوتے۔

تشخیص ۔ مقامی مرض کے رقبہ جات میں ٹائیفس کی طرح کی تپوں کے عارض ہونے سے تشخیص کی طرف رہنمائی ہوتی ہے۔

انذار ۔ یہ مرض تپ کوہ راکی کے مقابلہ میں کم شدید ہے، اور شرح اموات غالباً ۵ فیصدی ہے۔

علاج ۔ اس مرض کا علاج قملی ٹائیفس کے علاج کے مشابہ ہے جسکا مختصر ذکر اس کے بیان میں کیا جاچکا ہے۔

عُثّی ٹائیفس (Mite Typhus) ۔ٹائیفسی تپ کی اس قسم کے متعلق جو ابتدا میں سوسوگیموشی (tsutsugamushi) یا جاپانی تپ دریائی کے نام سے مشہور تھی اور جو سروی عثوں (larval mites) کے کاٹنے سے منتقل ہوتی ہے 'پہلے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ اس کی تقسیم شمالی جاپان کے بعض دریاؤں تک محدود ہے لیکن بعد میں یہ معلوم ہوا کہ یہ فارموسا اور کوریا میں بھی پائی جاتی ہے ۔ اب یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ مرض مشرق بعید کے دیگر حصوں میں بھی رونما ہوتا ہے جن میں وفاقی ریاستہائے ملایا' سماٹرا' اور شائد چین اور آسٹریلیا بھی شامل ہیں ۔عُثّی ٹائیفس کے تمام اصابات سے جاپانی تپ دریائی کی سریری تصویر کی توثیق نہیں ہوتی' اور یہ اغلب ہے کہ اس گروہ میں کئی ایک مختلف مگر متجانس امراض موجود ہوں۔ مثال کے طور پر ملایا کے کناسی ٹائیفس (scrub typhus) میں کوئی ابتدائی قرحہ یا التہاب عروق لمف نہیں پایا جاتا' اور سماٹرا کے کاذب ٹائیفس (pseudo-typhus) کی شرح اموات بہت کم ہے۔ علاوہ ازیں یہ دونوں امراض ٹرومبی کیولا ڈیلی ئینسس (Trombicula deliensis) سے منتقل ہوتے ہیں' اور جاپانی تپ دریائی کا مفصل پائی بُرندہ ٹرومبی کیولا ایکوموشی (Trombicula akumushi) ہے ۔

1009

جاپانی تپ دریائی

(JAPANESE RIVER FEVER)

سوسوگیموشی (Tsutsugamushi) 'کیڈانی کا عُثّی مرض (Kedani Mite disease) 'تپ سیلاب (Flood fever) 'مرض ایکوموشی (Akumushi disease)۔

یہ مرض ہر دو اصناف کے اشخاص پر ہر عمر میں حملہ آور ہوتا ہے' اور یہ نپن کے جزیرہ میں سن کی فصل کاٹنے والوں میں' اور جاپان' کوریا اور فارموسا میں خاص طور پر کثیر الوقوع ہے ۔ اس کا سبب غالباً رکٹسیا نپونیسکا

(Rickettsia nipponica) ہے اور یہ سروی محنۃ ٹروبیکولا ایکوموشی (Trobiculla akumushi) سے منتقل ہوتا ہے جو جلد سے اکثر دو یا تین دن تک چپکا رہتا ہے۔ اس سے مقامی تنخز اور تقرح پیدا ہوجاتا ہے جس کے بعد متعلقہ غدد لمف میں الیم کلانی واقع ہوجاتی ہے۔

امراضیات۔ مقامی قروح اور التہاب غدد کے علاوہ عضلۂ قلب کی لینت، ریوی امتلا، التہاب الشعب اور کبر لطحال کا ذکر بھی کیا جاچکا ہے۔

علامات۔ محنۃ کے کاٹنے کے پانچ دن سے لیکر چودہ دن تک کے عرصہ کے بعد مریض کو لرزہ ہوتا ہے جس کے ساتھ دردِ سر، دورانِ سر اور تپ ہوتی ہے جو پہلے مسلسل قسم کی ہوتی ہے اور پھر متفرق ہوجاتی ہے اور دو یا تین ہفتہ تک رہتی ہے۔ مقامی طور پر ایک چھوٹا سا قرحہ پایا جاتا ہے جس کے گرد ایک تاریک ہالہ ہوتا ہے اور ساتھ ہی التہاب عروق لمف اور متناظر لمفی غدد کی الیم کلانی پائی جاتی ہے۔ طفح پانچویں یا ساتویں دن کے درمیان پیدا ہوتا ہے اور سرخ لطخات اور بثور پر مشتمل ہوتا ہے جن کا قطر تقریباً ۵ء۰ سنٹی میٹر ہوتا ہے۔ بازو، ٹانگیں، دھڑ، چہرہ، ہتھیلیاں اور تلوے بھی بعض اوقات متاثر ہوجاتے ہیں۔ نشانات شاذ و نادر ہی ظاہر ہوتے ہیں طحال کلانی یافتہ ہوجاتی ہے، اور معمولی قلبی، ریوی اور عصبی مظاہر بھی پیدا ہوجاتے ہیں جو تپوں کے ٹائیفسی گروہ میں عام طور پر پائے جاتے ہیں قلتِ خلیات ابیض موجود ہوتی ہے جس کے ساتھ تعدیل پسند خلیات میں بھی کمی پائی جاتی ہے، اور وائیل فیلکس تعامل بی پیروٹیئس ایکس کے (B. proteus XK) کے لئے شدت سے مثبت ہوتا ہے مگر ایکس ۱۹ (X 19) کے لئے نہیں ہوتا۔

انذار۔ شرح اموات مختلف رقبہ جات میں ۵ تا ۶۰ فی صدی پائی جاتی ہے۔

علاج۔ اہم تحریزی تدابیر یہ ہیں کہ میدانی قوارض کو تباہ کردیا جائے اور مناسب لباس پہنا جائے، روزانہ غسل کیا جائے اور محنات کو دفع کیا جائے

تاکہ یہ کاٹنے نہ پائیں۔ طبی علاج انہی اصولوں پر کیا جاتا ہے جن کا خاکہ قملی ٹائیفس کے بیان میں دیا جا چکا ہے۔

کیکی ٹائیفس (Flea Typhus) ۔ جو ٹائیفس پسوؤں سے منتقل ہوتا ہے اس کے دو بڑے اقسام ہیں یعنی مرض برلس (Brills' disease) جو ریاستہائے متحدہ امریکہ میں پایا جاتا ہے، اور مداریتی ٹائیفس کی شہری قسم جو ملایا میں ہوتی ہے، اور ان لوگوں کو عارض ہوتی ہے جو گوداموں میں کام کرتے ہیں۔ سرایت کا خزینہ دونوں اقسام میں غالباً چوہا ہے اور چوہے کا پسو زینوپسلا چیئوپس (Xenopsylla cheopis) بردندہ ہے۔ ان دونوں امراض میں امصال کا وائیل فیلکس التزاقی تعامل بی پروٹیئس ایکس ۱۹ (B. proteus X19) کے لئے شدت سے مثبت ہوتا ہے۔

دونوں امراض غیر وبائی قسم سے ہیں اور سریری نقطۂ نظر سے یہ قملی ٹائیفس کے متجانس ہیں۔ شرح اموات کم ہے اور ۲ فیصدی سے زیادہ نہیں بڑھتی۔ مرض برلس میں مسلسل تپ دفعتاً عارض ہوجاتی ہے اور تقریباً پانچویں دن کلفی بثوری طفح نمودار ہوجاتا ہے اور یہ شاذ و نادر ہی پیپ دار بنتا ہے۔ تپ تقریباً چودھویں دن بحران سے ختم ہوجاتی ہے۔ جیسی دردِ سر، غفلت اور انبطاح قملی ٹائیفس کی طرح نمایاں ہوتے ہیں۔

نکولی (Nicolle) کا یہ خیال ہے کہ جو بحری ٹائیفس فرانسیسی جنگی جہازوں کے ملاحوں کو عارض ہوتا ہے وہ سرایت زدہ چوہوں کے پسوؤں سے منتقل ہوتا ہے، اور میگا (Megaw) اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ ممکن ہے کہ ٹائیفس کی طرح کی ان بعض تپوں کے متعلق جو بحیرہ روم کے ساحل پر اور مشرق بعید اور آسٹریلیا میں پائی جاتی ہیں انجام کار یہی ثابت ہو کہ یہ اسی گروہ سے تعلق رکھتی ہیں۔

جراثیمی امراض

ایسے کئی ایک جراثیمی امراض ہیں جو عموماً مدارین میں ہوتے ہیں لیکن یورپ میں بھی پائے جاتے ہیں، اور ایک اہم گروہ یعنی معائی حمیات کا ذکر

جس میں محرقہ اور محرقہ نما حمیات شامل ہیں کسی اور باب میں کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 71)۔

عُصیَوی زحیر

(BACILLARY DYSENTERY)

بیسلری ڈسنٹری (bacillary dysentery) یعنی عصیوی زحیر ایک حادنوعی التہابِ قولون ہے جو مختلف اقسام کے عصیاتِ زحیر سے پیدا ہوتا ہے جن کی اجابتوں سے تجرید کی جا سکتی ہے۔

بحث اسباب۔ جن عضویوں سے زحیر پیدا ہوتا ہے وہ یہ ہیں، شیگا کروسی عصیہ (Shiga - Kruse bacillus) جس کی تجرید ۱۸۹۸ء میں کی گئی تھی، اور جو بینائٹ کی تخمیر نہیں کرتا، اور فلیکسنر کے وائی (Y) عصیات جن کی پانچ مصلیاتی قسمیں ہیں جو وی (V)، ڈبلیو (W)، ایکس (X)، وائی (Y) اور زیڈ (Z) سے تعبیر کی جاتی ہیں۔ ان کے علاوہ ایک اور عصیہ بھی ہے جو سونؔ کا عصیہ (Sonne's bacillus) کہلاتا ہے اور یہ لیکٹوس میں دیر سے تخمیر پیدا کرتا ہے۔ 1010

یہ مرض عمر کے تمام حصوں میں اور تمام قوموں اور دونوں صنفوں کو عارض ہو سکتا ہے، لیکن معتدل آب وہوا کے ممالک کی نسبت مدارینی اور تحت مدارینی خطوں میں یہ زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ بہر حال زحیر فلیکسنر کے حملے یورپ میں فوجی بارکوں، محبسوں اور مامنوں (asylums) میں وقتاً فوقتاً ہوتے رہتے ہیں، اور اسی قسم کے عصیات بچوں کے اسہال گرما کے بہت سے اصابات کے ذمہ دار ہیں۔ یہ مرض سرایت زدہ افراد یا گھریلو مکھیوں کے ذریعہ سے غذا اور پانی کے برازی تلوث سے پھیلتا ہے۔ آبادی کی گنجانی، غذا کی قلت اور سوءِ تغذیہ اس سرایت کے اسباب معدہ میں سے ہیں۔ مدارین میں یہ مرض ابتدائے موسم گرما، خزاں اور برسات میں زیادہ کثرت سے پھیلتا ہے۔ جنوبی افریقہ کی جنگ میں افواج کا دسواں حصہ ان سے

تباہ ہوگیا تھا اور گذشتہ جنگِ عظیم میں معرکے کے مشرقی میدانوں شملاً گیلی پولی میں زحیر وبا کی شکل میں نمودار رہا اور اس کے نتائج خطرناک رہے۔

امراضیات۔ عصیوی زحیر میں حاد فائبرینی قولونی التہاب پیدا ہوجاتا ہے، معائے مستقیم، عوجِ سینی، اور اعور نہایت شدت سے ماؤف ہوجاتے ہیں، اور شدید ترین اصابات میں لفائفی (ileum) کا زیرین ۲ یا ۳ فٹ حصہ بھی متاثر ہوجاتا ہے۔ جگر ممتلی اور کلانی یافتہ ہوجاتا ہے، ماساریقی غدد سرخ اور متورم ہوجاتے ہیں اور نمایاں لاغری پیدا ہوجاتی ہے۔ بہت نمایاں خواص یہ ہیں کہ التہاب سطحی قسم کا ہوتا ہے، اور غشائے مخاطی یکساں طور پر ماؤف ہوتی ہے۔ اول اول غشائے مخاطی سرخ اور ممتلی دکھائی دیتی ہے، اور بعض اوقات اس میں نمشی نزفات پیدا ہوجاتے ہیں، اور یہ اکثر مخاطی دموی رشحہ سے پوشیدہ پائی جاتی ہے۔ حاد خاطف شیگائی سرایتوں میں قولونی مخاطیہ کے بڑے بڑے رقبہ جات بعض اوقات سبز گنگرینی غشا میں تبدیل ہوجاتے ہیں۔ جوں جوں التہاب میں ترقی ہوتی ہے مخاطیہ فائبرین سے دررنختہ ہوتا جاتا ہے اور حلقی وار تدریجی تنخر پیدا ہوجاتا ہے۔ تسلخ سے مشعرمن یا بے ڈول دبیبی قروح پیدا ہوجاتے ہیں جو بیشتر مخاطیہ کے متورم شکنوں پر واقع ہوتے ہیں اور موخرالذکر دبازت یافتہ، متہیج اور ممتلی غشائے مخاطی سے ایک دوسرے سے علٰحدہ ہوتے ہیں۔ شفایابی کی حالت میں اندمال بغیر انداب کے واقع ہوجاتا ہے۔ گاہے گاہے مزمن زحیر کے ایسے اصابات بھی بیان کئے جاچکے ہیں جن میں رودہ کی دیوار میں دبازت اور استواری موجود تھی اور مخاطیہ اریکی تھا جس سے جریانِ خون ہوتا تھا اور اس پر منفرد قروح تھے۔ اس قسم کی حالت معتدل ممالک کے مزمن تقرحی التہابِ قولون سے ناقابلِ تمیز ہوتی ہے، اور بعض اربابِ سند جن کی تعداد قلیل ہے اسے بھی عصیاتِ زحیر ہی کی سرایت سے منسوب کرتے ہیں۔

علامات۔ سریری خصائص میں مریض کی قوتِ مزاحمت اور سبب عضویہ کی قشبیت اور قسم کے لحاظ سے وسیع اختلافات پائے جاتے ہیں

بعض سرایتیں اکثر خفیف ہوتی ہیں، فلیکسنر وائی (Y) کی متوسط درجہ کی شدید ہوتی ہے، اور شیگائی سرایت نہایت خطرناک ہوتی ہے۔ ہیضہ کی طرح اس مرض میں بھی تسمم الدم اور نابیدگی فوراً فوراً آسریری خاکہ کے پیدا کرنے میں بعض اوقات ایک اہم حصہ لیتے ہیں۔

مثالی اصابہ میں ابتدا فوراً ہوتی ہے اور ساتھ ہی تپ بھی ہوتی ہے اور اس سے پہلے بعض اوقات سردی کا احساس بھی ہوتا ہے۔ بعد میں عموماً دردِ سر، متلی اور قے پیدا ہوجاتی ہے۔ قولنجی دردِ شکم، مخاطی دموی اجابتوں کا تھوڑی تھوڑی مقدار میں بار بار ہونا، اور تزحر (tenesmus) جو عضلہ عاصرہ کے تشنج سے پیدا ہوتا ہے امتیازی خواص ہیں۔ چوبیس گھنٹہ میں چار سے لیکر پچاس تک اجابتیں ہوجاتی ہیں، اور مینسن (Manson) کا یہ فقرہ کہ "مریض کموڈ سے رکش ہوجاتا ہے" اس حالت کو ظاہر کرنے کے لئے ناموزوں نہیں ہے۔ جب تسمم الدم بڑھ جاتا ہے تو رخسار متورّد ہوجاتے ہیں، اور چہرہ سے اضطراب ظاہر ہوتا ہے، اور تپ میں زیادتی ہوجاتی ہے۔ نبض زیادہ تیز ہوجاتی ہے، اور زبان پر میل کی تہ جم جاتی ہے اور زرد نظر آتی ہے۔ بے چینی ذہنی اختلاط، بے خوابی اور ہذیان بھی بعض اوقات پیدا ہوجاتے ہیں نابیدگی کے ساتھ ساتھ ان دماغی علامات میں اضافہ ہوجاتا ہے، اور ساتھ ہی پیاس بھی محسوس ہوتی ہے، چہرہ پچک جاتا ہے، زبان بھوری اور خشک ہوجاتی ہے، اور قلتِ بول، یوریا کا احتباس، اطرافی وریدوں کا ہبوط، عضلی اینٹھن، نبض میں کمزوری اور تیزی، اور خون کے دباؤ کی کمی پائی جاتی ہے، اور شیر خوار بچوں میں یا فوخات (fontanelles) منخفض ہوجاتے ہیں جن حالتوں میں ترشہ سمیت پیدا ہوجاتی ہے، ان میں تنفس گہرا اور سریع اور بیقاعدہ بھی ہوجاتا ہے۔ شدید ترین اصابات بعض اوقات ہیضہ کے مشابہ ہوتے ہیں، اور ہبوط کی حالت میں موت واقع ہوجاتی ہے جبکہ تپش زیر طبعی ہوتی ہے، جلد سکڑی ہوئی اور سرد ہوتی ہے، اور جوارح نیلے ہوتے ہیں۔ بخلاف اسکے خفیف نازلتی اصابات میں بعض اوقات تپ نہیں پائی جاتی، اور غلطی سے

ان کو سادہ اسہال کے مریض تصور کرلیا جاتا ہے۔ سرایت کی صحیح نوعیت کا مظاہرہ کرنے کے لئے کاشت ضروری ہوتی ہے۔

1011

اجابتوں کا منظر مرض کا درجہ اور شدت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ ابتدا میں ان کی بستگی سیال ہوتی ہے' ان کی رنگت بھوری یا بھوری سرخ ہوتی ہے' اور جلد ہی ان کے ساتھ سفید اور چمکدار مخاط آنے لگتا ہے بعض اوقات یہ ابتدا ہی سے نمایاں طور پر مخاطی دموی ہوتی ہیں۔ بعد ازاں یہ مخاطی قیحی ہوجاتی ہیں' اور یہ صرف اسی حالت میں برازی نہیں ہیں جبکہ التہاب زائل ہوجاتا ہے۔ اخیر میں اجابتیں ٹھوس ہوتی ہیں اور ان پر مخاط کی ایک تہ ہوتی ہے۔ خردبینی امتحان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ رشحہ میں خون کے سرخ جسیمات' کثیر التعداد کثیر الاشکال نواتی خلیات ابیض' متقشر ستونی سرخلمی خلیات اور بڑے بڑے کبیر اکال خلیات (macrophage cells) پائے جاتے ہیں جو حرکت ناپذیر امیباؤں کے مشابہ ہوتے ہیں اور اکثر ان کو غلطی سے نسیجے پاش دروں امیبا (E. histolytica) تصور کرلیا جاتا ہے۔

کاشتوں میں کامیابی حاصل کرنے کے لئے نمونوں کو حتی الامکان تپ شروع ہونے سے پہلے جمع کرنا ضروری ہے۔ مارٹن (Martin) اور ولیمس (Williams) (22) نے یہ دریافت کیا ہے کہ جب نمونوں کا امتحان مرض کے پہلے پانچ دنوں میں کیا گیا تو ۶۸ فیصدی مثبت تھے' اور جب یہ مرض کے دوسرے پانچ دنوں میں کیا گیا تو ۱۷٫۴ فیصدی مثبت تھے اور تیسرے پانچ دنوں میں صرف ۳٫۶ فیصدی مثبت تھے۔ مزید براں جو اجابتیں معمل میں تحقیقات کے لئے بھیجی جائیں ان میں مخاط لازمی طور پر موجود ہونا چاہئے کیونکہ عصیات کی کاشت اسی قسم کے رشحہ سے کی جاسکتی ہے۔ آخر میں یہ کہا جاسکتا ہے کہ نمونہ بالکل تازہ ہونا چاہئے اور یہ پیشاب یا کسی دافع عفونت سے ملوث نہ ہو ورنہ عصیات کی بالیدگی میں رکاوٹ واقع ہوجائیگی یا یہ غیر ممکن ہوجائیگی۔

ابتدائی مدارج میں مریض کا امتحان کرنے سے عضلات شکم میں بعض اوقات استواری پائی جاتی ہے' لیکن منتقل المقام درد اور الیمیت اکثر نہیں پائی جاتی

کیونکہ باریطون ماؤف نہیں ہوتا - بعد میں منقبض سینیہ حس پذیر ہوجاتا ہے - تپش ابتدا میں متغیر ہوتی ہے اور بعد میں بعض اوقات متوقف ہوجاتی ہے' لیکن اگر مناسب علاج کیا جائے تو یہ سات سے لیکر چودہ دن تک کے عرصہ میں رفع ہوجاتی ہے - اگر تپ مسلسل رہے تو اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ زحیری عضویات یا ثانوی حملہ آوروں کی سرایت برقرار ہے -

معوی زحیر (entero - dysentery) میں جس میں معائے صغیر ماؤف ہوجاتی ہے معائے مستقیم اور سینیہ پر حملہ نہیں ہوتا - اس صورت حالات میں تزحر (tenesmus) نہیں پایا جاتا' اور اجابتیں مثالی طور پر اتنی قولونی نہیں ہوتیں - اسکی ابتدا فوری ہوتی ہے سمی خصائص جن میں قے بھی شامل ہے نمایاں ہوتے ہیں تپش بلند ہوتی ہے' منہ میں وسیع کی تہ پائی جاتی ہے' اور اس کے بعد محرقی حالت بعض اوقات جلد پیدا ہوجاتی ہے - شدید ترین اصابات میں ہیضہ کی طرح کی اجابتیں ہوتی ہیں اور مریض بالکل ابتدائے مرض ہی میں ہبوط کے علامات سے ہلاک ہوجاتا ہے -

پیچیدگیاں - چونکہ عصیات زحیر رودہ کے صرف سطحی استر پر ہی حملہ آور ہوتے ہیں اس لئے تثقب اور تضییق کی طرح کی مقامی پیچیدگیاں نہیں پائی جاتیں - عفونت الدم شاذ ونادر ہی واقع ہوتی ہے' اور دموی کاشت منفی ہوتی ہے - سمی التہاب مفصل جس سے بڑے جوڑ مثلاً گھٹنے' ٹخنے' کہنیاں' کندھے اور پہنچے ماؤف ہوجاتے ہیں قلیل الوقوع نہیں' یہ جوڑوں میں انصبابات اور گرد مفصلی التہاب کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے اور شیگائی سرایتوں کے بعد کے زمانۂ نقیہیت کے دوران میں پیدا ہوتا ہے - اسکی ابتدا جو عموماً پہلے تین یا چار ہفتوں میں ہوجاتی ہے بعض اوقات زیادہ دیر سے ہوتی ہے - جس مدت تک یہ جاری رہتا ہے وہ اختلاف پذیر ہے' لیکن مستقل بدشکلی اس سے شاذ ونادر ہی پیدا ہوتی ہے - ممصوقی سیال کا شت پر تقریباً ہمیشہ عقیم پایا جاتا ہے اگرچہ بہت ہی شاذ اصابات میں شیگائی عصیات کی تفریق کی جاچکی ہے - حاد التہاب ملتحمہ' التہاب قزحیہ

جسم ہدبی اور التہاب قرحیہ بھی عموماً واقع ہوجاتے ہیں۔ ان کی اصل سمی ہوتی ہے اور یہ کوئی مستقل نقصان کرنے کے بغیر غائب ہوجاتے ہیں۔ التہاب ملتحمہ شبکی، ذات الریہ، التہاب اعصاب متعدد نادر الوقوع پیچیدگیاں ہیں اور نہائی انغماد معوی (terminal intussusception) کا اندراج بچوں میں کیا جا چکا ہے۔

مہم۔ خاطف اصابات میں موت تسمم الدم اور نابیدگی سے واقع ہوتی ہے، لیکن اگر پیچیدگیاں واقع نہ ہوں اور مناسب طریقہ سے علاج کیا جائے تو معمولی اصابات میں تپ دو ہفتوں میں غائب ہوجاتی ہے۔ تاہم گا ہے گا ہے بعض اصابات میں متفتر یا متوقف تپ دو یا تین مہینہ تک بھی جاری رہتی ہے، اور اس کے ساتھ تعرق اور نمایاں قولونی تمدد بھی پایا جاتا ہے، اور مخاطی قیحی اجابتیں بار بار ہوتی ہیں۔ شدید کمزوری اور لاغری پیدا ہوجاتی ہے، اور موت تسمم الدم اور کسی بین رو مرض سے واقع ہوجاتی ہے۔ دوسری مثالوں میں مرض مزمن ہوجاتا ہے لیکن عام قاعدہ یہ ہے کہ عصیوی زحیر کے تمام اقسام میں، مناسب علاج کئے جانے پر، قولون میں کسی ساختی تغیر کے واقع ہونے کے بغیر مکمل شفایابی کا رجحان پایا جاتا ہے۔ خراش پذیر قولون عصیوی زحیر کا قلیل الوقوع عاقبہ نہیں، اور اس مغالطہ کی کہ مزمن زحیر ایک عام مرض ہے بڑی وجہ یہی ہے۔

1012　**مزمن زحیر**۔ عصیوی زحیر کے مزمن ہوجانے کی صورت میں مریض کی بے پرواہی یا مناسب علاج اختیار نہ کرنے کی روئداد تقریباً ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ اس صورتِ حالات میں اجابتوں کی تعداد معمولی تعداد کی نسبت زیادہ ہوتی ہے، اور یہ بدبودار ہوتی ہیں، اور ان میں مخاط اور پیپ عموماً پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات خون بھی موجود ہوتا ہے۔ بعض وقفہ غیر عموی وقفے پائے جاتے ہیں جن میں اجابتوں کی حالت طبعی ہوتی ہے لیکن عام طور پر ایسا ہوتا ہے کہ مخاط نما اجابتیں جاری رہتی ہیں، اور مریض کو مکمل طور پر شفایاب ہوجانے کا احساس نہیں ہوتا۔ حموی اشتدادات عود کرآتے ہیں جن میں زحیری اجابتیں بکثرت ہوتی ہیں، اور بعد کے مدارج میں

لاغری، عدم دموبت، اور جلد کے اندر پرورشی تغیرات پیدا ہوجاتے ہیں، اور پاؤں میں تہیج واقع ہوجاتا ہے بشکل زورقی (سکیفائڈ) ہوجاتا ہے اور قولون جس کرنے پر دبازت یافتہ اور الیم پایا جاتا ہے۔ بستری قروح اور بین روبرابیتوں مثلاً ذات الریہ کے واقع ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے۔
زحیری عصبیات کی تفرید مشکل ہی سے کی جا سکتی ہے، اور کننگھم (23) کو صرف ۷ ء ۲ فیصدی ہندوستانی اصابات میں کامیابی ہوئی۔ متفرق قسم بہت سے اعتبارات سے معتدل ممالک کے مزمن تقرحی التہاب قولون سے مشابہت رکھتی ہے، لیکن موخرالذکر کے تسبیبی تعلق کو عضویات کے فلیکسنر وائی (Y) گروہ سے ابھی تک بالکل ثابت شدہ تصور نہیں کیا جا سکتا، اور ان دونوں امراض کو متماثل سمجھنے سے پہلے بہت سی تحقیقات کی ضرورت ہے۔
تشخیص۔ شدید شیگائی اصابات کی تشخیص کرنے میں کوئی دقت پیش نہیں آتی اگرچہ ایک قسم بعض اوقات ہیضہ سے مشابہت رکھتی ہے فلیکسنر وائی (Y) اور سون کی سرایتوں کے سلسلہ میں دقت پیش آ سکتی ہے، اور ان کو معملی طریقوں سے ایبائی، بلہا زبائی اور ہر بہ وار زحیر سے تفریق کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، اگرچہ تپ کی حاد ابتدا، معوی علامات کی نمایاں شدت اور مخاط نما اجابتوں کے بار بار آنے سے جن میں چکدار خون شامل ہوتا ہے عصبوی زحیر ہی کی تائید ہوتی ہے۔ مزمن اصابات میں جوفی قولون کے سرطانی سلعہ کا مغالطہ ہو سکتا ہے، اور ان میں تفریقی تشخیص کے لئے بعض اوقات سینیہ بینی کی یا بیریئیم کا حقنہ دیکر لاشعاعوں سے امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔
حاد مدارج میں جن میں رودہ میں یکساں طور پر منتشر سرخی اور بیش دموت پائی جاتی ہے اور ساتھ ہی سفید یا سبزی مائل تنخری غشا اور مخاطی دموی رشحہ بھی موجود ہوتا ہے سینیہ بینی کی شاذ و نادر ہی ضرورت ہوتی ہے۔ بعد میں جب یہ غشا الگ ہوجاتی ہے تو سطحی دبیبی قروح کا مشاہدہ کیا جا سکتا ہے جو مخاطیہ کے شکنوں پر کم و بیش مستعرض واقع ہوتے ہیں اور حاد طور پر ملتہب غشائے مخاطی

سے محصور ہوتے ہیں - مزمن زحیر میں، ان قروح کے متعلق یہ کہا جاتا ہے کہ یہ برقرار رہتے ہیں اور گہرے ہوجاتے ہیں اور مخاطیہ کے بیشتر حصہ کی جگہ اریکی بافت پیدا ہوجاتی ہے جس کی سطح سرخ اور بخش دموی ہوتی ہے اور آلات کے استعمال پر اس سے خون بہنا شروع ہوجاتا ہے - اس کے بعد رودہ کی دیوار استوار اور تشنجی ہوجاتی ہے اور سینیہ بین سے جو تصویر نظر آتی ہے وہ معتدل ممالک کے ذاتی تقرحی التہاب قولون کے مشابہ ہوتی ہے - وبا کے دوران میں مرض کے عارض ہونے سے تشخیص کی طرف رہنمائی ہوجاتی ہے، اور حاد اور متاخر مدارج میں مخاط نما اجابتوں سے زحیر کے عضویات کی تفرید کرلینے سے تشخیص متعین ہوجاتی ہے۔

انذار - شیگائی زحیر بہت خطرناک مرض ہے، اور زندگی کو بچانے کے لئے یہ ضروری ہے کہ دافع زحیر مصل سے علاج کیا جائے اور نابیدگی کے اثر کو زائل کرنے کے لئے ذرائع اختیار کئے جائیں - اگر تندرست نوجوانوں کو فلیکسنر زحیر عارض ہو تو ان کو عموماً شفا ہوجاتی ہے لیکن بچوں ورناقص التغذیہ مریضوں اور بوڑھوں میں موت قلیل الوقوع نہیں۔

تحرز - چونکہ یہ مرض سرایت زدہ اشخاص اور مکھیوں کے ذریعہ سے غذا اور پانی کے ملوث ہوجانے سے پیدا ہوتا ہے اس لئے اسی قسم کے ذرائع اختیار کرنے چاہئیں جس قسم کے معوی تپ کے لئے استعمال کئے جاتے ہیں - بدقسمتی سے حفظ ماتقدم کے لئے جدرین رسانی کامیاب ثابت نہیں ہوئی۔

علاج - علاج کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ رودہ کو ایسی غذا دینے سے آرام دیا جائے جس سے فضلہ کم بچے اور تسمم الدم اور نابیدگی کے اثرات کا مقابلہ کیا جائے - عمدہ تیمارداری اور بستر میں آرام کرنا اور سرد ممالک میں مریض کو گرم رکھنا لازمی امور میں سے ہیں - ابتدا میں اولیم ریسانی نائی (½ اونس) ٹنکچورا اوپیائی (۱۵ قطرے) سے ملاکر دینا چاہئے، اور اسکے بعد سوڈیئم سلفیٹ (۱ ڈرام) اول اول دو دو گھنٹہ کے بعد اور پھر تین تین

گھنٹہ کے بعد دینا چاہئے اور انجام کار چار چار گھنٹہ کے بعد دینا چاہئے حتیٰ کہ اجابتوں میں اصلاح ہو جائے اور یہ برازی ہو جائیں۔ پہلے چوبیس گھنٹہ سے لیکر اڑتالیس گھنٹہ تک کے عرصہ میں صرف ابلا ہوا پانی دینا چاہئے۔ اس کے بعد لیکٹوس، گلوکوس اور البیومن واٹر اور آش جو دیجا سکتی ہے۔ بعد میں عصارۂ لحم (meat juice)، صاف شوربہ، فالودہ اور سپرولیک (sprulac) دیا جا سکتا ہے۔ ارارروٹ اور ساگودانہ دیر بعد دئے جاتے ہیں لیکن دودھ کبھی موافق نہیں آتا اور اس لئے اس کا استعمال ممنوع ہے۔ نوعی دافع زحیر مصل بالخصوص شیگائی سرایتوں میں ۸۰ تا ۱۲۰ مکعب سنٹی میٹر مقدار میں فوراً دینا چاہئے، اور اس کا فیصلہ اصابہ کے سریری اعتبارات اور اجابتوں کے ان خصائص سے کرلینا چاہئے جو خالی آنکھ اور خردبین سے نظر آتے ہیں۔ جب صورتِ حالات اجازت دے تو مریض میں گھوڑے کے مصل کے لئے بیش حساسیت کے موجود ہونے کا امتحان کرلینا چاہئے، اور اگر یہ موجود ہو تو تقلیل القدر ابتدائی معتادات سے حساسیت ربائی عمل میں لے آنا چاہئے۔ سمی اصابات میں ۱ تا ۲ پائنٹ ملحی محلول (۰.۸۵ فیصدی) اور بائی کاربونیٹ (۵ تا ۱ فیصدی) سے قولونی تغسیل نرمی سے کرنی چاہئے تاکہ اس سے معوی تسمم الدم کو رفع کرنے میں سوڈیئم سلفیٹ کے فعل کو مدد ملے۔ سیال کے نقصان کی تلافی گلوکوس (۵ فیصدی) یا بیش تنشی ملحی محلول کے دروں وریدی اشرابات سے کرنا چاہئے جیسا کہ ہیضہ میں کی جاتی ہے۔ علاماتی علاج شکم پر تارپین کے کمادات (stupes) اور گرم تکمیدات لگانے، مروڑ کے لئے مارفین (⅙ گرین) اور شنکھورا اوپی آئی (۱۵ قطرے) کا استعمال کرنے اور تزحر (tenesmus) کے لئے افیون اور نشاستہ کے حقنے کرنے پر مشتمل ہے۔ شکم کے گیسی تمدد کو حیوانی کوئلہ اور کیئولن (kaolin) کی طرح کے جاذبات کا براستہ دہن استعمال کرنے سے رفع کیا جا سکتا ہے۔

مزمن زحیر۔ ایسی غذا دینی چاہئے جس کی حراری قیمت اور جس میں حیاتین کی مقدار زیادہ ہو اور جس کا فضلہ کم بچے۔ معائے مستقیم کی

1013

تخلیل کے لئے مندرجۂ ذیل محلولات کی آزمائش کی جاسکتی ہے۔ لحمی محلول (۸۵ء۰ فیصدی)، بائی کاربونیٹ (۱۵ء۰ فیصدی)، یاٹرن (yatren) (۴۰ میں ۱) ٹینک ایسڈ (۱ فیصدی)، پوٹاشیم پرمنگینیٹ (۵۰۰۰ میں ۱) وغیرہ وغیرہ۔ بسمتھ سب گیلیٹ کی روغن زیتون میں ۵ فیصدی تعلیق کی ۴ تا ۸ اونس مقدار کے اخراجات روزانہ کرنے سے بعض اوقات فائدہ ہوتا ہے بشرطیکہ یہ برداشت کئے جاسکیں۔ دافع زحیر مصل کی شکل میں نوعی علاج اتنا موثر ثابت نہیں ہوتا جتنا کہ یہ حاد زحیر میں ثابت ہوتا ہے۔ زائدی تفویہ (appendicostomy) کے ذریعہ سے اعور میں سے قولونی تغسیل کی جاسکتی ہے اور اعوری تفویہ (caecostomy) یا لفائفی تفویہ (ileostomy) سے رودۂ کبیر کو آرام دیا جاسکتا ہے۔ عملیہ صرف دشوار علاج مریضوں ہی میں انجام دینا چاہئے جن میں تمام دیگر ذرائع ناکام ثابت ہوئے ہوں۔ اگر عدم دموبت موجود ہو تو لوہے کا استعمال مناسب مقداروں میں کرنے اور نقل الدم سے بہت فائدہ ہوتا ہے، اور جب ترشہ کا افراز ناقص ہو تو ایسڈ ہائیڈروکلورڈل بی۔پی (۱ ڈرام) غذا کے بعد تین مرتبہ دیا جاسکتا ہے۔

ہیضہ

(CHOLERA)

ہیضہ معائے صغیر کا ایک حاد نوعی مرض ہے جو کاخ کے کوما نما عُصَیّہ (Koch's comma vibrio) سے پیدا ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ ہیضہ کئی صدیوں سے ہندوستان میں مقامی مرض کے طور پر چلا آتا ہے موسم بہار اور گرما میں اس کی وبا پھیلتی ہے جس کی سب سے بڑی وجہ جاتریوں کی نقل و حرکت ہے۔ ایشیا، یورپ و امریکہ میں ۱۸۱۷ء کے بعد گاہے گاہے اس مرض کے حملے ہوئے ہیں کوما نما رعیشہ (Vibrio comma) یا رعیشۂ ہیضہ (Vibrio choleræ) جس کا کاخ نے ۱۸۸۳ء میں مصر میں انکشاف کیا تھا (24)، حاملین کی اجابتوں

میں خارج ہوتا ہے اور اس طرح اس سے غذا اور پانی سرایت زدہ ہوجاتے ہیں۔ مکھیاں بھی مٹھائی اور دودھ کی طرح کی غذا کو سرایت زدہ برازسے ملوث کردینے سے اس مرض کو پھیلاتی ہیں۔ تمام نسلیں، دونوں صنفیں اور ہرعمر کے افراد اس سے متاثر ہوتے ہیں۔ نقیہہ مریضوں کی اجابتوں سے رعیشۂ ہیضہ عموماً پانچ دن میں غائب ہوجاتا ہے، اور حملے کے بعد صرف ۲ فیصدی مریض دس دن سے زیادہ عرصہ تک حامل مرض رہتے ہیں۔ دائمی حامل بہت نادر ہیں، لیکن کبھی کبھی تندرست متماسین کسی اختلال رودہ سے مریض ہونے کے بغیر حامل بن جاتے ہیں۔ اگرچہ رعیشات امعائے صغیر میں بہت بڑی تعداد میں پائے جاتے ہیں لیکن خون کی کاشتوں میں ان کا مظاہرہ نہیں کیا جاسکتا۔ یہ پھیپھڑوں کے منجمد رقبہ جات اور دوسرے اندرونی اعضا میں محدود تعداد میں پائے جاچکے ہیں، اور مرارہ کے لئے یہ خاص میلان رکھتے ہیں جس میں بعض اوقات التہاب پیدا ہوجاتا ہے۔ رعیشات حل پذیر داخلی سم اور خارجی سم پیدا کرتے ہیں لیکن حیوانی تطعیمات سے اب تک صرف کم عیار کے ضد مصلات (low titre anti-sera) ہی پیدا کئے جاسکے ہیں۔

امراضیات۔ صلابت موت (rigor mortis) جلد ہی پیدا ہوجاتی ہے۔ شکم کو کھولنے پر امعائے صغیر سکڑی ہوئی اور مرطوبیافتہ پائی جاتی ہیں۔ غشائے مخاطی شدت سے ممتلی ہوتی ہے، اور بعض اوقات اس میں نمشی نزفات پائے جاتے ہیں۔ لمفائی لمف کے اجزاء میں بعض اوقات کلائی پائی جاتی ہے۔ جگر ممتلی ہوتا ہے اور مرارہ لزج اور غلیظ صفرا سے متمدد پایا جاتا ہے۔ طحال سکڑی ہوئی ہوتی ہے اور پھیپھڑے مرطوبیافتہ اور خشک ہوتے ہیں۔ گردے متورم اور ممتلی ہوتے ہیں، اور بعض اوقات ان میں بہت چھوٹے چھوٹے نزفات پائے جاتے ہیں، اور خون لزج اور قیری ہوجاتا ہے۔ اجابتیں جلد ہی بیچھ کی طرح کی ہوجاتی ہیں اور چند گھنٹوں میں ان کی مقدار کئی کوارٹس تک پہنچ جاتی ہے۔ بیچھ کی طرح کے اس سیال کا تعامل تعدیلی یا خفیف سا قلوی ہوتا ہے، اس کی کثافت نوعی ۱۰۰۶ تا ۱۰۱۳ ہوتی ہے، اور اس میں

سوڈیم کلورائیڈ، البیومن اور میوسن ہوتی ہے۔ ٹھہرا رہنے پر ایک باریک دانہ دار خاکستری مائل سفید ثفل مطروح ہوجاتا ہے جو بر حلمہ، خلیاتِ ابیض یافتوں کے چیتھڑوں، امونیم میگنیشیم فاسفیٹ کی قلموں، خون کے جسیمات اور ریعیشات پر مشتمل ہوتا ہے۔ اجابتوں کی رنگت کے غائب ہوجانے کی وجہ ایک تو ترقیق ہے اور دوسری وجہ یہ ہے کہ صفرا شیرہ کی طرح لزج ہوجاتا ہے اور یہ مرارہ سے خارج نہیں ہوسکتا۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ صفرادی لون اثنا عشری میں نہیں پہنچتا، اور طبعی برازی لون یعنی سٹرکوبائیلن معائیں پیدا نہیں ہوتا۔ خون کی لزوجت بڑھ جاتی ہے اور اس کی کثافت، نوعی میں جو طبعی حالت میں ۱۰۵۶ تا ۱۰۵۸ ہوتی ہے، ۱۰۶۳ تک یا اس سے زیادہ اضافہ ہوجاتا ہے۔ حیاتی کیمیائی تجزیہ سے دموی کلورائیڈ میں کمی، پلازما کی CO_2 میں تخفیف اور یوریا اور فاسفیٹ کا احتباس پایا جاتا ہے۔ خارق الدم (hæmatocrit) سے تحقیقات کرنے پر خفیف اصابات میں پلازما کا ۲۵ فیصدی سے زیادہ نقصان، اور شدید اصابات میں ۶۴ فیصدی نقصان پایا جاتا ہے اور اس کا نتیجہ کثرتِ خلیاتِ احمر ہوتی ہے جو فی مکعب ملی میٹر ۶ تا ۸ ملین تک ہوتی ہے۔ نمایاں کثرتِ خلیاتِ ابیض بھی عام طور پر پائی جاتی ہے اور شمارات فی مکعب ملی میٹر ۱۵،۰۰۰ تا ۵۰،۰۰۰ کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ پیشاب کی مقدار نمایاں طور پر کم ہوجاتی ہے، اور اس میں البیومن اور سانچے ہوتے ہیں۔ انقطاع البول کے جلد پیدا ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے کیونکہ خون کے حجم میں کمی پیدا ہوجانے اور اس کی لزوجت کے بڑھ جانے کی وجہ سے قلب کلوی دورانِ خون کو برقرار نہیں رکھ سکتا۔

علامات - ابتلاء انزمانۂ حضانت عموماً دو سے لیکر پانچ دن تک ہوتا ہے۔ وبا کے دوران میں انفرادی اصابات میں مرض کی شدت اور سریری مظاہر کے اعتبار سے معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے، اگرچہ انکی اکثر (۹۵ فیصدی) اس قسم کے مشابہ ہوتی ہے جو ہیضۂ مخدوش (cholera gravis) کہلاتی ہے۔ اس حالت میں ابتدا عموماً فوری ہوتی ہے اور اجابتو

کا برازی خاصہ چند گھنٹوں ہی میں زائل ہو جاتا ہے اور یہ پیچھے کی طرح کی ہو جاتی ہیں بعض ارباب سند نے ایک ابتدائی حالت کا ذکر کیا ہے جو چوبیس گھنٹہ تک رہتی ہے اور جس میں اجابتیں پتلی ہوتی ہیں اور قولنج، دردسر، قے اور ذہنی انخفاض موجود ہوتا ہے، لیکن ہندوستان میں جو وبا پائی جاتی ہے اس کا یہ امتیازی خاصہ نہیں۔

ہبوط یا حالتِ بارد (Algid Stage)۔ ابتدائی دستوں کے بعد جن کے ساتھ قراقر پایا جاتا ہے اور درد قولنج کم ہوتا ہے، قے شروع ہو جاتی ہے جو پہلے غذائی مادہ پر مشتمل ہوتی ہے اور پھر جو سیال نکلتا ہے وہ "ماء الجبن کے مشابہ" ہوتا ہے۔ مریض کو شدت کی پیاس محسوس ہوتی ہے اور زبان جس پر پہلے میل کی تہ جمی ہوتی ہے خشک ہو جاتی ہے اور بر معدہ الیم ہو جاتا ہے۔ ٹانگوں کے عضلات میں درد کے ساتھ اینٹھن محسوس ہوتی ہے، تپش نمایاں طور پر زیر طبعی ہوتی ہے اور ہبوط یا حالت بارد طاری ہو جاتی ہے جو سیال اور کلورائیڈ کے نقصان اور با فتوں کی نابیدگی سے پیدا ہوتی ہے۔ چہرہ پچک جاتا ہے، جلد سرد اور نیلی ہو کر سکڑ جاتی ہے، آنکھیں اندر دھنس جاتی ہیں اور سانس سرد ہو جاتی ہے۔ بغل کی تپش طبعی کی نسبت ۴° یا ۵° ف نیچے گر جاتی ہے۔ نبض کی رفتار فی منٹ ۹۰ سے لیکر ۱۰۰ تک ہوتی ہے اور یہ صغیر، خیطی اور تقریباً غیر محسوس ہوتی ہے۔ تنفس قصیر اور سریع ہوتا ہے اور اس کی رفتار فی منٹ ۳۵ سے لیکر ۴۰ تک ہوتی ہے۔ شدید عضلی انبطاح (muscular prostration) موجود ہوتا ہے، اور مریض بے چین ہوتا ہے اور بے فائدہ ادھر اُدھر ہاتھ پاؤں مارتا ہے۔ آواز بیٹھ جاتی ہے اور یا یہ دب کر سرگوشی تک پہنچ جاتی ہے (صوتِ ہیضہ vox cholerica) یا بولنے کی کوشش میں صرف لب ہی ہلتے ہیں۔ خون کا انکماشی دباؤ ۵۰ تا ۷۰ ملی میٹر تک گر جاتا ہے، اطرافی وریدیں ہبوط ہو جاتی ہیں اور افراز بول چھتیس سے لے کر اڑتالیس گھنٹہ تک کے لئے یا تو کم ہو جاتا ہے یا بالکل بند ہو جاتا ہے۔ مریض کے ہوش و حواس عموماً مکمل طور پر قائم رہتے ہیں،

اگرچہ وہ غافل اور بے پروا پڑا رہتا ہے سوائے اس حالت کے جبکہ عضلات میں اینٹھن کے درد کے احساس سے وہ بیدار ہوجاتا ہے ۔ مرض کا یہ درجہ جو ابتدائی علامات کے چھ یا سات گھنٹہ بعد شروع ہوتا ہے عموماً بارہ سے لیکر چوبیس گھنٹہ تک جاری رہتا ہے ' اور اس کے بعد اگر مریض بغیر سنبھلنے کے ہلاک نہ ہوجائے تو ردعمل کا درجہ شروع ہوتا ہے ۔

ردعمل کا درجہ (Stage of Reaction) ۔ جلد اور دہن کی تپشوں میں بتدریج اضافہ ہوجاتا ہے ' اور دوران خون میں عمومی اصلاح ہوجاتی ہے اور اس کے ساتھ خون کا دباؤ اور بولی اخراج بڑھ جاتا ہے ۔ بے چینی اور اینٹھن غائب ہوجاتی ہے ' جلد کی قدرتی رنگت پھر واپس آجاتی ہے اور اب یہ سکڑی ہوئی نہیں رہتی ۔ ملتحمات مشروب دکھائی دیتے ہیں اور دھندلی سی سرخی کے مبتلی نشانات چہرہ پر ظاہر ہوجاتے ہیں ۔ اگر دوران خون از سرنو قائم ہوجائے تو اس سے صرف ایک ہی خطرہ ہوتا ہے اور وہ یہ ہے کہ سم ہیضہ کے انجذاب سے تپ مفرط اور موت واقع ہوسکتی ہے ۔ بخلاف اس کے اگر دوران خون کلوی فعل کو دوبارہ قائم کرنے کے لئے ناکافی ہو تو انقطاع البول برقرار رہتا ہے اور یوریا دمویت (uræmia) پیدا ہوجاتی ہے ۔ ردعمل کے درجہ کے بعد شفا حاصل ہونے کی صورت میں نقاہت کی رفتار سست ہوتی ہے اور پیچیدگیوں سے اس میں اکثر رکاوٹ پیدا ہوجاتی ہے ۔

1015 سریری اقسام ۔ بعض اوقات خفیف یا اتفاقی (ambulatory) اصابات دیکھنے میں آتے ہیں جن میں مرض اسہال کے درجہ سے آگے نہیں بڑھتا ' لیکن ریعشات (vibrios) ضرور موجود ہوتے ہیں اور اس قسم کے مریض وبا کے دوران میں حاملین مرض کا کام دیتے ہیں ۔ ایک زیادہ شدید قسم ہیضی اسہال (choleraic diarrhœa) ہے جس کی ابتدا زردی مائل بھوری سیال اور کثیر المقدار اجابتوں سے دفعۃً ہوتی ہے ۔ اجابتوں میں سر حلہ ہوتا ہے اور ساتھ ہی امعاء میں قراقر اور پنڈلیوں میں اینٹھن پائی جاتی ہے ۔ یہ اسہال

چند دن سے لیکر ایک یا دو ہفتہ تک جاری رہتے ہیں۔ هیضہ (cholerine)
هیضۂ مخفی (cholera gravis) سے زیادہ قریب ہے۔ اسکی ابتدا دفعتۃً ہوتی ہے۔ دستوں کے ساتھ قے بھی ہوتی ہے' اور برازی جابتیں بتدریج بے رنگ ہوجاتی ہیں۔ عضلات میں اینٹھن محسوس ہوتی ہے اور جوارح سرد ہوجاتے ہیں۔ پیشاب کی مقدار کم ہوجاتی ہے اور اس میں البیومن اور سیانک پائے جاتے ہیں۔ شفا دیر سے حاصل ہوتی ہے۔
هیضۂ یابس (cholera sicca) میں ہبوط کا درجہ فوراً نمودار ہوجاتا ہے' اور مریض دست آنے سے پہلے ہی ہلاک ہوجاتا ہے' اگرچہ امتحانِ نعش پر غذائی قنال میں بہت سا سیال پایا جاتا ہے۔
پیچیدگیاں اور عواقب۔ نقیہیت کے دوران میں تھوڑی سی جد و جہد سے کبھی تشنّج قلب (cardiac failure) واقع ہوسکتا ہے' اور التہابِ نکفیہ (parotitis)' التہاب کلیہ (nephritis)' شعبتی ذات الریہ (broncho-pneumonia)' اور التہابِ امعاء (enteritis) کے لئے خاص علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ دروں وریدی اشرابات کے رواج سے پہلے جو نابیدگی کے لئے کئے جاتے ہیں' قرنیہ کا اغتاث اور ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں اور اعضائے تناسل کی گنگرین کافی کثرت سے دیکھنے میں آتی تھی۔ شدید اصابات میں اسقاط اور قبل از وقت وضع حمل قلیل الوقوع نہیں۔
تشخیص۔ وبا کے دوران میں کوئی دقت پیش نہیں آتی' لیکن غیر تمثیلی یا منتشر اصابات میں رعیشۃٌ هیضہ کی تفرید لازمی ہے۔ تفریقی تشخیص میں ضربۃ الحرارت' ملیریا' اور عصیوی زحیر کے ہیضی اقسام' ملکی ہیضہ (cholera nostras)' ٹومین' سم الفار' اور پرکلورائیڈ آف مرکری سے مسمومیت' موکیمی ابتلا (trichiniasis infestation) کے ابتدائی مدارج اور بعض عرہون نما فطرات (mushroom-like fungi) سے مسمومیت شامل ہیں۔ هیضۂ یابس التہاب سحایا سے بعض اوقات ناقابلِ تمیز ہوتا ہے۔

جب تک کہ قطعی کچھ کا عمل میں نہ لایا جائے عضلی استواری، شکم کی بازکشی اور کرنگ (Kernig) کی مثبت امارت بعض اوقات دونوں امراض میں موجود ہوتی ہے۔

انذار - بہت کم عمر کے بچوں، بوڑھوں، حاملہ عورتوں کمزور یا الکحل کے عادی مریضوں میں ہیضہ نہایت مہلک ثابت ہوتا ہے نا موافق خصائص یہ ہیں، طویل المدت ہبوط جس میں پسینہ کثرت سے آتا ہو انبطاح (prostration)، زراق (cyanosis) ساعد پر نبض کی عدم موجودگی اور نمایاں طور پر تحت طبیعی تپش، قلبی و عروقی فشل، یوریا دمویت (یوریمیا) اور نپ مفرط خطرناک ہوتے ہیں۔ ہبوط کے درجہ کے بعد قلت بول (oliguria) غیر منافع ہوتا ہے، خاص کر جب کہ اس کے ساتھ البیومین کی کثرت، سیانک اور یوریا کے افراز کی کمی پائی جائے، لہٰذا بولی تخمین ہمیشہ احتیاط سے کرنی چاہئے۔ جن حالتوں میں جدید علاج نہیں کیا جا سکتا ان میں شرح اموات ۳۰ تا ۹۰ فیصدی ہے، اور یہ وبا کی ابتدا میں اس کے اختتام کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ بخلاف اس کے اگر مریض کا علاج شفاخانہ میں جدید طریقوں سے کیا جائے تو شرح اموات کم ہو کر تقریباً ۱۱ فیصدی رہ جاتی ہے (25)۔

تحریز - وبا کے دوران میں جدید ین ہیضہ (cholera vaccine) کے انشراب دینے چاہئیں، کیونکہ ان سے تقریباً چھ ماہ کے عرصہ کے لئے عارضی مناعت پیدا ہو جاتی ہے۔ کچے دودھ، کچی غذا، سلادوں، کچے پھلوں اور نہ اُبلے ہوئے پانی کے استعمال سے سختی سے احتراز کرنا چاہئے۔ گھر ایسا ہونا چاہئے کہ اس میں مکھیوں کا دخل نہ ہو سکے، اور تمام غذا کو ڈھک کر رکھنا چاہئے۔ کھانے اور پینے کے برتنوں کو کھولتے ہوئے پانی سے دھو کر انھیں گرم کر کے سکھانا چاہئے۔ وبا کے دوران میں مسہلات کے استعمال سے پرہیز کرنا چاہئے کیونکہ اس سے سرایت کے لئے تحریض پیدا ہوتی ہے، اور خواہ کوئی معدی معوی اختلال کتنا ہی خفیف کیوں نہ ہو اسکی طرف

احتیاط سے توجہ کرنا چاہئے۔

علاج ۔ مریض کو پہلے چند دن تقریباً فاقہ کرایا جاتا ہے، اور اسے بستر پر لازمی طور پر آرام سے رکھا جاتا ہے، اور جوشیدہ پانی آتش جو اور گلوکوس کے علاوہ کچھ نہیں دیا جاتا۔ کیؤلن (kaolin) ۳ حصہ پانی میں ا حصہ کی طاقت میں سم ہیضہ کو جذب کرنے کے لئے تقریباً غیر محدود مقداروں میں دی جاتی تھی۔ اس سم کو تباہ کرنے کے لئے کیلسیم پرمینگنیٹ کی گولیاں، ۲ گرین، ہر پندرہ منٹ کے بعد آٹھ خوراکوں تک۔ دی جا سکتی ہیں اور پھر آدھ آدھ گھنٹہ کے وقفہ سے دیجاتی ہیں۔ بلند عیار کے ہیضی ضد مصلات کی عدم موجودگی میں علاج کا دارومدار اس امر پر ہے کہ جسم سے جو سیال اور املاح شدید اسہال اور قے سے خارج ہوجاتے ہیں ان کی تلافی کیجائے۔ جب خون کی کثافت نوعی ۱۰۶۳ یا اس سے زیادہ ہوجائے تو درون وریدی اشرابات کرنے چاہئیں۔ خون کا ۷۰ ملی میٹر انکماشی دباؤ خاص کر جبکہ اسکے ساتھ اینٹھن، برد اطراف بے چینی اور زراق بھی موجود ہو نقل سیال پر دلالت کرتا ہے۔ راجرس (Rogers)(25) نے دو محلولات کے استعمال کرنے کا مشورہ دیا ہے۔ پہلا بیش تنشی ملحی محلول ہے جو ایک پائنٹ عقیم اور کشید کئے ہوئے پانی میں سوڈیئم کلورائیڈ ۱۲۰ گرین، اور کیلسیم کلورائیڈ ۴ گرین پر مشتمل ہے، اور اس سے سیال اور کلورائیڈ کے نقصان کی تلافی ہوجاتی ہے۔ دوسرا ایک قلوی محلول ہے جو ایک پائنٹ کشید کئے ہوئے پانی میں سوڈیئم کلورائیڈ ۹۰ گرین اور سوڈیئم بائی کاربونیٹ ۱۶۰ گرین پر مشتمل ہے۔ اس محلول کا میلان ترشہ سمیت اور یوریا دمویت (یوریمیا) کو زائل کرنے کی طرف ہوتا ہے۔ بائی کاربونیٹ کے نیم کاربونیٹ میں تبدیل ہونے کو روکنے کے لئے اس محلول کی، سیٹز (Seitz) کے اسبسٹاس کے متقطار میں سے تقطیر کرنے سے تعقیم کرلیجاتی ہے یا عقیم طبعی ملحی محلول میں اس کو استعمال کرنے سے عین پہلے خاص طور پر خالص بنائے ہوئے بائی کاربونیٹ کا اضافہ کردیا جاتا ہے۔ مرض کے جس درجہ میں دست بکثرت آتے ہیں اس میں جب کبھی مریض کو ضرورت ہوتی

1916

ہے اسے قلوی محلول ا پائنٹ کا اشراب دیا جاتا ہے اور اس کے بعد ہی بیش تنشی طبی محلول ا تا ۳ پائنٹ کا اشراب کیا جاتا ہے۔ اگر کثافت نوعی ۱۰۶۲ ہو تو ۲ پائنٹ کی ضرورت ہوتی ہے، اور اگر یہ ۱۰۶۳ ہو تو ۳ پائنٹ کی اور اگر یہ ۱۰۶۴ ہو تو ۴ پائنٹ کی۔ اور اشراب کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ کثافت نوعی کو ۱۰۶۰ سے نیچے رکھا جائے۔ اشرابات کا تکرار کرنے کی بھی بعض اوقات ضرورت ہوتی ہے۔ مستقیمی تپش اور خون کی کثافت نوعی کا ضرور خیال رکھنا چاہئے کیونکہ جب کسی بیہوش مریض کو جس کی تپش بلند ہو گرم اشرابات دئے جاتے ہیں تو مہلک تپ مفرط پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ مہلک پیچیدگی اس حالت میں واقع ہوتی ہے جبکہ مستقیمی تپش ۱۰۲°ف یا اس سے بلند ہو۔ اگر یہ ۱۰۱°ف ہو تو دروں وریدی اشراب کا محلول ۸۰°ف سے زیادہ گرم نہ ہونا چاہئے اور یہ تپش وہی ہے جو مدارین میں کمرہ کی ہوتی ہے۔

ردِ عمل کے درجہ میں جبکہ تپش بڑھ جاتی ہے اور دورانِ خون از سر نو قائم ہوتا ہے، تپ مفرط کے لئے مریض کی بخوبی نگہداشت کرنا چاہئے اور جونہی تپش ۵ء۱۰۳°ف تک پہنچے، سرد اسفنج کا استعمال شروع کر دینا چاہئے۔

مختلور یوریا دمویت (یوریمیا) کا علاج صلب پر گرم الساقات اور خشک پیالے لگانے سے، اور قلوی محلولات براستہ معائے مستقیم اور دروں وریدی طور پر دینے سے بہترین طور پر کیا جاتا ہے۔ ان کا تکرار حسب ضرورت ہر چند گھنٹہ کے بعد کیا جاتا ہے حتیٰ کہ چوبیس گھنٹہ میں پیشاب کی مقدار ۴۰ اونس تک پہنچ جائے۔ ۵ فیصدی گلوکوس کے دروں وریدی اشرابات بھی مفید ثابت ہوتے ہیں۔ مریضوں کو ضرور بستر پر لٹائے رکھنا چاہئے تاکہ فشلِ قلب دفعۃً واقع نہ ہو جائے اور جب تک گردے اپنا فعل بخوبی نہ کرنے لگیں صرف راشب (جنکٹ) اور نشاستی غذائیں مثلاً کارن فلاور اور اراروٹ دیجائیں مبادا مرض عود کر آئے۔ ہیضہ کی تحریز اور اس کے علاج کے لئے جراثیم خوار (bacteriophage) کا استعمال کیا جا چکا ہے، لیکن ابھی تک اس کا فائدہ یقینی ثابت نہیں ہوا۔

جذام

(LEPROSY)

(لیپرا (Lepra)، داء الفیل یونانی (Elephantiasis Græcorum)-

یہ ادنیٰ ساریت کا ایک مزمن مرض ہے جو انسان کے لئے مخصوص ہے اور فطر جرثومۂ جذامی (Mycobacterium lepræ) یا عصیۂ جذام (Bacillus lepræ) سے پیدا ہوتا ہے، اور جلد اور غشائے مخاطی کے کرنبچی ضرات (کرنبچی قسم)، اور اعصاب کے ماؤف ہونے (عدیم الحس قسم) سے متمیز ہے۔

بحث اسباب۔ جذام کی جغرافیائی تقسیم بہت وسیع ہے اور یہ مرض دوسرے مقامات کے علاوہ ہندوستان، برما، سیام، چین، جاپان، افریقہ کے بعض حصوں، جنوبی امریکہ، جزائر غرب الہند، میکسیکو اور اوشیلیا میں پایا جاتا ہے۔ یورپ میں یہ صرف ناروے ہی میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ ہر صنف، ہر نسل اور ہر عمر کے اشخاص اس سے سرایت زدہ ہو سکتے ہیں۔ بچے سب سے زیادہ اثر پذیر ہوتے ہیں، لیکن یہ مرض شاذ و نادر ہی سن طفولیت میں عارض ہوتا ہے اور یہ یقیناً موروثی نہیں۔ فطر جرثومۂ جذامی (مائیکو بیکٹیریئم لپری) کا انکشاف ہینسن (Hansen) نے ۱۸۷۴ء میں کیا تھا (26)۔ یہ غیر متحرک اور ترشہ قائم ہوتا ہے، لیکن نہ تو طبعی وسیطوں پر اس کی کبھی کاشت کی گئی ہے اور نہ حیوانات میں اسکی کامیابی سے تطعیم کی جا سکی ہے۔ جلدی جذامی سلعات (skin lepromata)، عفونتی قروح اور انفی غشائے مخاطی میں یہ عصیات بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں اور ماؤف اعصاب میں ان کی تعداد اتنی زیادہ نہیں ہوتی۔ مرض کے انتشار کا طریقہ معلوم نہیں، لیکن سرایت زدہ اصابات کے ساتھ قریبی خلا ملا ضروری معلوم ہوتا ہے۔

امراضیات۔ عصیات جذام ادمہ (corium) اور زیر جلدی بافت

کے لمفی عروق کے ذریعہ سے منتشر ہوتے ہیں اور ان سے جلدی ارکی سلعات پیدا ہوتے ہیں اور غدد لمف ماؤف ہوجاتے ہیں۔ تین درجے بیان کئے گئے ہیں۔ (۱) حالتِ سکون (quiescent phase) جس میں خلیمی لمفی فضاؤں میں عصیات کی افزائش ہوتی ہے اور ان سے ایک گلوئینی شئے خارج ہوتی ہے جس سے لونِ جلد غائب ہوجاتا ہے۔ (۲) ردعمل کی حالت (reactionary phase) جس کے ممیز خواص یہ ہیں کہ جلد میں التہاب اور ورم نمودار ہوجاتا ہے، گلوئینی قالب غائب ہوجاتا ہے اور عصیات اور سموم جوئے خون کے ذریعہ سے منتشر ہوجاتے ہیں جس سے ادمہ اور نیز اعصاب بھی زیادہ عمومی طور پر ماؤف ہوجاتے ہیں۔ خردبین سے بڑے بڑے کثیر نواتی جذامی خلیات دیکھنے میں آتے ہیں۔ (۳) درجۂ انحلال (stage of resolution) جس میں احمرار غائب ہوجاتا ہے، لیقیت واقع ہوجاتی ہے اور جلد پتلی اور شکن دار نظر آتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابات میں ناک، منہ اور حنجرہ کی غشائے مخاطی، آنکھ، اندرونی اعضا مثلاً جگر، پھیپھڑے اور خصیے ماؤف ہوجاتے ہیں، اور احشا میں بے شمار عصیات پائے جاتے ہیں اور ان میں چربی انحطاط (lardaceous degeneration) واقع ہوجاتا ہے۔ جب اعصاب پر حملہ ہوتا ہے تو یہ غلاف میں خلیات کے متکاثر ہوجانے سے متورم ہوجاتے ہیں، انکی رنگت سرخی مائل رمادی ہوجاتی ہے اور ان میں ایک محوریتی انحطاط واقع ہوجاتا ہے جس کے ساتھ مقدم قرنی خلیات بھی بعض اوقات ماؤف ہوجاتے ہیں۔ دروں عصبہ (endoneurium) اور گردعصبہ (perineurium) میں عصیات کی قلیل تعداد کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ بعد میں عدم حسیت، استرخاء، شلل، عضلی لاغری، بدشکلی اور پرورشی قروح واقع ہوجاتے ہیں۔

1017

علامات ۔ زمانۂ حضانت چھ ماہ سے لیکر پانچ سال تک ہے، اور عصیات اکثر طویل زمانہ تک مخفی رہتے ہیں حتیٰ کہ کسی سبب مثلاً بین رو مرض سے سریری مظاہر کے نمودار ہونے میں تعجیل ہوجاتی ہے۔ مرض کے تین اہم اقسام ہیں۔ (۱) کرتیجی جذام (nodular leprosy)، (۲) عدیم الحس یا عصبی جذام،

(۳) مخلوط جذام ۔

(ا) کرنیجی جذام ۔ علامات منذرہ جذامی تپ، تعرق، کپکپی، عضلی ضعف، معدی معوی اختلالات خاصکر اسہال، انفی مخاطی کی تبادل خشکی اور مفرط افراز اور رعاف پر مشتمل ہیں ۔ پہلے جلدی ضرات خفیف سے مرتفع احمراری لطخات (erythematous macules) کی شکل میں نمودار ہوتے ہیں (جذامِ لطخی : lepra maculosa)، جن میں بعد میں حس مفترق ہوجاتی ہے اور ان پر پسینہ نہیں آتا ۔ چہرہ، سرین، ٹانگیں اور بازو خاص طور پر ماؤف ہوجاتے ہیں، اور ادمی ثوران کے غائب ہوجانے کے بعد جلد کی رنگت بدل کر بھوری ہوجاتی ہے ۔ اس کے بعد ایک تازہ طفح نمودار ہوتا ہے اور عصیات خون میں پائے جا سکتے ہیں ۔ ثوران کے ساتھ ہی اور اکثر اس کے ایک یا دو متوالی حملوں کے بعد سرخی مائل بھورے لچکدار کرنیجے پیدا ہوجاتے ہیں (درنی جذام :lepra tuberculosa) جن کا رجحان زیادہ عمومی ہوجانے کی طرف ہوتا ہے ۔ ہاتھ اور پاؤں کی ظہری سطحیں ماؤف ہوجاتی ہیں لیکن راحی سطحیں ماؤف نہیں ہوتیں ۔ ان کرنیجوں کی جسامت ایک چھوٹے مٹر سے لیکر فندق (hazel nut) تک ہوتی ہے ۔ ان کی وجہ چہرہ پر پیشانی اور ناک کی بافتوں میں اور رخساروں اور کانوں کی لوؤں میں بہت دبازت پیدا ہوجاتی ہے، اور اس سے چہرہ شیر ببر کے چہرہ کے مشابہ ہوجاتا ہے (شیر چہرگی : leontiasis)۔ بال گرنے شروع ہوجاتے ہیں اور یہ خاصکر ابروؤں کے بیرونی ایک تہائی حصہ سے غائب ہوجاتے ہیں ۔ بھٹنیاں بیش پروردہ ہوجاتی ہیں، اور منہ، مسوڑوں، ناک، بلعوم اور حنجرہ کی غشائے مخاطی بھی کرنیجوں سے ماؤف ہوجاتی ہے جو کبھی غائب ہوجاتے ہیں، کبھی ساکن رہتے ہیں اور کبھی متقرح ہوجاتے ہیں ۔ کورنی، عسر البلع (dysphagia) اور صوتی تغیرات نتیجۃً پیدا ہوسکتے ہیں، اور اوتار اور ہڈیاں بھی بعض اوقات متآکل ہوجاتی ہیں اور جوڑ بھی کھل جاتے ہیں ۔ مترقی اصابات میں ثانوی عدم دمویت اور لاغری بھی پائی جاتی ہے ۔

(۲) عدیم الحس جذام ۔ علامات مندرجہ ذہنی انخفاض، سردی کے احساس، کسلمندی، وجع العصبی (درد) اور فساد حسیت مثلاً جلن یا جھنجھناہٹ پر مشتمل ہیں، اور ان سے خاصکر وہی، زندی اور شظلی اعصاب ہی ماؤف ہوتے ہیں۔ ہاتھوں اور پاؤں کا سن پن، زندی قسم کی عدم حسیت، اور عدیم الحس قطعات جو کسیقدر داد کے مشابہ ہوتے ہیں ابتدائی خصائص میں سے ہیں۔ یہ عدیم الحس قطعات جن کی ابتدا احمراری یا ملون یا غیر ملون رقبہ جات کے طور پر ہوتی ہے اکثر ہموار، خشک اور عدیم الشعر ہو جاتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد زندی، شظلی اور عظیم اذنی اعصاب اسقدر دبیز ہو جاتے ہیں کہ ان کا جس کیا جا سکتا ہے، اور فراز خنصر (hypothenar eminence) لاغر ہو جاتا ہے، اور ساتھ ہی تیسری اور چوتھی انگلیوں میں انقباض واقع ہو جاتا ہے۔ عضلات میں خلل اور ذبول پیدا ہو جاتا ہے اور یہ خاصکر ہاتھوں اور پاؤں کے بین العظام عضلات اور پیش بازو کے عضلات میں واقع ہوتا ہے جس کا نتیجہ مخلبی ہاتھ (claw hand) اور سقوط الیدا اور سقوط القدم ہوتا ہے۔ تا ثب قروح عموماً پیدا ہو جاتے ہیں اور چھوٹی ہڈیوں میں تنخر واقع ہو جاتا ہے اور یہ جذب ہو جاتی ہیں اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہاتھوں اور پاؤں کی انگلیاں غائب ہو جاتی ہیں، اور زخم حیرت ناک طریقہ سے مکمل طور پر مندمل ہو جاتے ہیں (جذام جادع lepra mutilans)۔ بعض اوقات پانچویں اور ساتویں جمجمی اعصاب ماؤف ہو جاتے ہیں اور نچلے پپوٹے کا شتر، خارجی پیدا ہو جاتا ہے جس کے ساتھ قرنیتی تقرح بھی بطور پیچیدگی کے موجود ہوتا ہے۔

(۳) مخلوط جذام (Mixed Leprosy) ۔ ایسے اصابات عام طور پر پائے جاتے ہیں جن میں عصبی اور جلدی ضررات اکٹھے موجود ہوتے ہیں لیکن عصبی ضررات میں اسوقت ظاہر ہونے کا رجحان پایا جاتا ہے جبکہ جلدی ضررات غائب ہو رہے ہوں، اور اسی طرح جلدی ضررات میں بھی اسوقت نمودار ہونے کا رجحان پایا جاتا ہے جبکہ عصبی ضررات غائب

ہو رہے ہوں۔

علامات کا انحصار درجۂ مرض پر ہے۔ ساکن درجہ میں مریض کو مکمل صحت کا احساس ہوتا ہے اور اپنے مشاغل کو تشفی بخش طریقہ سے انجام دیتا ہے۔ ردِ عمل کے درجہ میں کسلمندی اور تپ ہوتی ہے اور درجۂ انحلال میں اندمال واقع ہو جاتا ہے جس کے یہ معنی ہیں کہ کسی قدر مناعت پیدا ہو گئی ہے۔

1018

عمر اور پیچیدگیاں ۔ مرض کا عمر بالعموم مزمن ہوتا ہے اور اس میں اشتدادات (exacerbations) اور فترات (remissions) پائے جاتے ہیں، اور یہ حالت سالہا سال تک جاری رہتی ہے، مگر جن مریضوں میں قوت مزاحمت کم ہوتی ہے ان میں کرنبچی جذام کا عمر سریع اور جموی ہوتا ہے اور جلدی ضررات بہت وسیع ہوتے ہیں۔ اصابات کی اکثریت میں موت بین بروز مرایتوں سے واقع ہوتی ہے جن کی مثالیں یہ ہیں، ریوی تدرن، کلوی التہاب زحیر، ذات الریہ، عفونت مع تقیح الدم و گنگرین، یا حنجرہ کا مقامی تضرر جس کے ساتھ اس کا تسدد اور ریوی پیچیدگیاں پائی جاتی ہیں۔

تشخیص ۔ کرنبچی جذام میں تفریقی تشخیص معمولی ذئبہ (lupus vulgaris)، جلدی تدرن، آتشک، یاز (yaws)، جلدی لیشمانیست (dermal leishmaniasis)، لیفی رخوت (molluscum fibrosum) اور لحمی سلعیت (sarcomatosis) پر مشتمل ہے۔ عصبی جذام میں جس میں عصبِ زندی ماؤف ہو نخاعی جوفیت (syringomyelia)، مرضِ موروین (Morvan's disease) (فاقد الحس داحس (analgesic whitlow)، مترقی عضلی ذبول، اطرافی التہابِ اعصاب، اور بختی پسلی پر غور کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ بعض اصابات میں برص (leucoderma)، صدفیہ (psoriasis)، صلابتِ جلد (scleroderma)، رینا ڈ کے مرض (Raynaud's disease) حتیٰ کہ انہم (ainhum) سے بھی مغالطہ پیدا ہو جاتا ہے۔ کرنبچی جذام میں ترشہ قائم عصیات کے گچھے انفی غشائے مخاطی میں اور انفی قروح کی کھرچنوں میں جو منظار کی مدد سے راست مشاہدہ سے حاصل کی جائیں پائے جاتے ہیں، اور یہ ان معلی

رشحات میں بھی موجود ہوتے ہیں جو کہ بچوں اور جلد کے اریکی سلعات کو نشتر سے کھرچنے سے حاصل ہوتے ہیں ۔ کان کی لو سے خمیدہ کلاب کے ذریعہ سے جلد کا ایک چھوٹا ٹکڑا کاٹ کر اس کی زیرین سطح سے جو آلود (smears) لیا کر لئے جاتے ہیں وہ تشخیص کے لئے کارآمد ہوتے ہیں' اور غدی کچھ کے سے بھی عصیات کا انکشاف ہوتا ہے ۔

عصبی جذام میں اولین جلدی ضررات برص کے قطعات سے ان لحاظات سے مختلف ہوتے ہیں کہ یہ ہلکے لمس کے لئے عدیم الحس ہوتے ہیں اور کم وسیع اور کم متشاکل طور پر منقسم ہوتے ہیں (27) ۔ ہم پہلو اعصاب میں بعض اوقات دبازت پائی جاتی ہے اور جب تک ماؤف عصب کو قطع کرکے اس کا امتحان نہ کیا جائے عصیات جذام کا عام طور پر مظاہرہ نہیں کیا جا سکتا۔ انفی مخاط میں عصیات موجود نہیں ہوتے' اور ایسی حالتوں میں تشخیص عموماً سریری بنا پر کی جاتی ہے ۔

انذار ۔ اس کا انحصار بیشتر مرض کی قسم پر اور اس کے اس درجہ پر ہے جس میں مریض اسوقت ہو جبکہ علاج شروع کیا جائے ۔ کربیجی جذام عموماً عدیم الحس جذام سے زیادہ خطرناک ہوتا ہے' اور ایسے حمونی اصابات میں جن میں وسیع اور سریع الانتشار ضررات موجود ہوں' یا کربیجوں کی فصلیں یکے بعد دیگرے پیدا ہوتی ہوں' علاج کے باوجود مرض بڑھتا جاتا ہے اور موت جلد واقع ہو جاتی ہے ۔ نکسات عام طور پر واقع ہوتے ہیں' اور شفا حقیقی ہونے کی نسبت اکثر ظاہری ہوتی ہے ۔ لہٰذا مرض کی ابتدائی حالتوں میں بھی انذار کے متعلق بہت احتیاط کرنا چاہئے ۔ ان تمام مریضوں کو جن میں عصیات غائب ہو گئے ہوں اور فعال علامات موجود نہ ہوں کم سے کم دو سال کے لئے زیر مشاہدہ رکھنا بہت ضروری ہے ۔

تجویز ۔ جبری علیحدگی ایک بڑی حد تک ناکام ثابت ہوئی ہے کیونکہ ابتدائی اصابات پوشیدہ رہتے ہیں' اور یہ ایک خاص بدقسمتی ہے کہ جدید علاج سے اسی درجہ میں بہترین نتائج حاصل ہوتے ہیں ۔ راجرس یہ

مشورہ دیتا ہے کہ ان ابتدائی اصابات کا علاج جن میں عصیات کا اخراج ابھی شروع نہ ہوا ہو شفاخانوں اور دواخانوں میں خارجی مریضوں کے طور پر کرنا چاہئے، اور ترقی یافتہ سرایتی مریضوں کو انکی رضامندی سے جسقدر دور ممکن ہو علیحدہ کر دینا چاہئے' اور اس کے لئے یہ ضروری ہے کہ مجذومین کے مستعمرات کو دلکش اور موثر بنایا جائے۔ جب مریض عصیات سے مبرا ہوجائیں تو ان کو واپس بھیج دینا چاہئے اور کچھ عرصہ کے بعد ان کا امتحان بھی کرتے رہنا چاہئے تاکہ یہ معلوم ہو کہ یہ عصیات سے ابھی تک مبرا ہیں۔ جذامیوں کے بچوں کو والدین سے پیدائش کے وقت ہی سے علیحدہ کر لینا چاہئے اور انکی الگ پرورش کرنا چاہئے' اور جو متماسین انہی گھروں میں رہے ہوں جس میں جذامی رہتے ہوں ان کا جرثومیاتی امتحان ہر چند ماہ کے بعد پانچ سال تک کرتے رہنا چاہئے۔

علاج ۔ عمومی قوت مزاحمت کو مغذی غذا، تازہ ہوا، باقاعدہ ورزش اور فرحت افزا ماحول سے ضرور بڑھانا چاہئے۔ اگر کوئی بین رو مرض عارض ہوجائے تو اس کا علاج ضرور کرنا چاہئے تثفلی کا (sedimentation test) کو علاج کے رہنما کے طور پر عموماً استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر تثفل آہستہ ہو تو یہ مساعد ہوتا ہے لیکن تثفل کی بلند شرح فعال سرایت پر دلالت کرتی ہے اور علاج بالادویہ کے موانع میں سے ہے۔ خاص دواؤں کا استعمال صرف اسی صورت میں کرنا چاہئے جبکہ عام صحت اطمینان بخش ہو اور قوت مزاحمت زیادہ ہو، ورنہ جذامی تعاملات کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے جن میں مقامی ضررات میں اضافہ ہوجاتا ہے' اور یہاں تک بھی ہوتا ہے کہ کبھی کبھی اصابی میں عصبیہ دمویت اور عدیم الحس جذام میں جانکاہ درد پیدا ہوجاتا ہے۔

مختلف دوائیں استعمال کی جاتی ہیں جن میں چال موگرا (chaulmoogra) اور ہڈنوکارپس (hydnocarpus) کے روغنوں کی تجہیزات اور ان کے ایتھل ایسٹرس اور سوڈیئم کے املاح شامل ہیں۔ مرض کے فعال دوئم درجہ میں جبکہ جلد ریختہ اور دبازت یافتہ باقیتیں عصیات جذام سے پُر ہوتی ہیں انکا استعمال

1019

نہ کرنا چاہئے۔ اوائل مرض میں تین یا چار ماہ میں بہتری کی ابتدا کی جا سکتی ہے، اور تغیرات چھ سے لیکر بارہ ماہ تک کے عرصہ میں رفع ہوتے ہیں، گر ترقی یافتہ اصابات میں ایک یا دو سال کی مدت درکار ہوتی ہے (27)

چال موگرا کا روغن ۲۰ قطرہ کی مقدار میں دن میں تین مرتبہ کھلایا جاتا ہے اور یہ مقدار بتدریج بڑھائی جاتی ہے حتیٰ کہ چوبیس گھنٹہ میں ۱ تا ۲ ڈرام مقدار دی جاتی ہے۔ ہڈنوکارپس کا نافہ روغن براستہ دہن معوی غلافی کیپسول (enteric-coated capsules) میں دیا جاتا ہے تاکہ متلی واقع نہ ہو، اور اگر یہ بذریعہ اشراب دیا جائے تو درد کو روکنے کے لئے اس کے ساتھ ۴ فیصدی کریوزوٹ (creosote) ملا لیا جاتا ہے۔ اینٹی لیپرال (antileprol) جو چال موگرا کے روغن کے اسیر شدہ ترشوں کا ایتھل ایسٹر ہے کھانے کے بعد اگرام کے کیپسول میں دیا جاتا ہے، اور اس کی مقدار خوراک ۱ تا ۳ گرام روزانہ ہے۔

موگرال (moogrol) (ایتھل چال موگریٹ :ethyl chaulmoograte) کا اشراب عضلات میں ہر ہفتہ کیا جاتا ہے، اور اس کی ابتدا ۱ مکعب سمر سے کی جاتی ہے اور مقدار کو ہر تیسرے ہفتہ بڑھایا جاتا ہے حتیٰ کہ یہ ۶ مکعب سمر کی اعظم مقدار تک پہنچ جاتا ہے۔

سوڈیئم گائینو کارڈیٹ (sodium gynocardate) براستہ دہن دیا جاتا ہے (۲ گرین تین مرتبہ روزانہ) یا اس کے دروں عضلی یا دروں وریدی اشرابات بھی کئے جا سکتے ہیں۔ سوڈیئم ہڈنوکارپیٹ (sodium hydnocarpate) (ایلیپال :alepol) زیادہ فعال تجویز ہے۔ "ایلیپال" کے ۳ فیصدی محلول کی ۱ تا ۵ مکعب سمر مقدار سے درد تقریباً نہیں ہوتا، اور یہ آسانی سے جذب ہو جاتی ہے اور اس کے زیر جلدی یا دروں عضلی اشرابات موثر ثابت ہوتے ہیں۔ دروں وریدی اشرابات کے لئے ۱ فیصدی محلول کا استعمال کیا جاتا ہے۔

حال ہی میں میور (Muir) نے ہڈنوکارپس کے ایتھل ایسٹرول کی ایک خاص تجویز کا استعمال کیا ہے جس کے ساتھ ۴ فیصدی کریوزوٹ بھی

شامل ہے، اور اس کے دروں جلدی انترابات کئے جاتے ہیں۔ ہر کچوکے پر ۳۔۰ ۔ مکعب سم سے لیکر ۲۔۰ مکعب سم تک انتراب کیا جاتا ہے، اور ۵ مکعب سم کا انتراب کرنے کے لئے تقریباً ۱۰۰ کچوکے درکار ہوتے ہیں۔ یہ عمل درد تیز ہے، اور اس میں وقت بہت صرف ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ تمام سرایت زدہ جلد کو درریختہ کرنے کے لئے چھ ماہ کا عرصہ درکار ہو۔

جب تعاملات جذام واقع ہوں تو گرم مشروبات، ایسپرین۔فینا سیٹین۔ کیفین نائیٹریٹ کے آمیزہ، قلیوں اور کیلسیئم کے املاح کے بڑے بڑے مقادات کا استعمال کرانا چاہیئے۔ پروٹین کے صدمہ اور ٹارٹار ایمیٹک (tartar emetic) کے چھوٹے چھوٹے مقادات (۲۔۰ تا ۴۔۰ گرام روزانہ) سے بھی فائدہ ہوتا ہے۔ عصبی جذام میں نہایت تکلیف دہ درد ایفیڈرین سلفیٹ (ephedrine sulphate) ($\frac{1}{2}$ گرین) کھلانے سے رفع کیا جا سکتا ہے یا ایڈرینالین کے انترابات کئے جا سکتے ہیں۔

عصبی اصابات میں برقی حرارت رسانی (diathermy) یا اعصاب کا جراحی اطناب (surgical stretching) بھی مفید ثابت ہوتا ہے، اور پاؤں کے پرورشی قروح کے اندمال میں گرد شریانی مشارکہ برآری (periarterial sympathectomy) سے مدد مل سکتی ہے۔ جلدی ضررات کا علاج کرنے کے لئے مختلف ادویہ مستعمل ہیں جن میں الکتھیال، پائیروگیلک ایسڈ، ریسارسین، اور کرائی سیروبن شامل ہیں، اور عمومی مزاحمت کو بڑھانے کے لئے ورائے بنفشی روشنی مفید ہوتی ہے۔

سراجیا نا مرض (Melioidosis) ۔ یہ بہت ہی مہلک مرض فائیفیر للا وٹمورائی (Pffeifferella whitmori) سے پیدا ہوتا ہے، اور برما، برطانوی ملایا، لنکا اور کوچین چینی میں پایا جاتا ہے۔ یہ سراجہ (glanders) کے مشابہ ہے اور آدمی میں اس مرض کے واقع ہونے کا ذکر اول اول وٹمور (Whitmore) نے ۱۹۱۳ء میں کیا تھا (28)۔ اور سٹینٹن (Stanton) اور فلیچر (Fletcher) نے ۱۹۲۱ء میں اس مرض کا نام میلی آئیڈوسس

(melioidosis) یعنی سراجہ نما مرض رکھا (29) ۔ سراجہ نما مرض قرض اثر (rodents) کا مرض ہے لیکن جس طریقہ سے یہ انسان کو عارض ہوتا ہے وہ ابھی تک سمجھ میں نہیں آیا ۔ وٹمور کے عصیہ (B.whitmore) کی جو دو قطبی تلوینی عضویہ ہے خون اور کریہوں سے بآسانی کاشت کی جا سکتی ہے لیکن پیپ میں اس کا مظاہرہ کرنا مشکل ہے ۔

امراضیات ۔ داخلی اعضاء میں، جن میں جگر، طحال، شش، رودہ اور گردے شامل ہیں، چھوٹے چھوٹے جبنی کریہچے پیدا ہو جاتے ہیں جو بعض اوقات متضام ہو کر شہد کے چھتے کی طرح کے بڑے بڑے خراجات پیدا کر دیتے ہیں۔ قائحے (pustules) اور آبلے بھی بعض اوقات جلد پر پیدا ہو جاتے ہیں ۔

علامات ۔ سریری تصویر میں متعدد اختلافات پائے جاتے ہیں، عفونت الدم کے حاد ترین اصابات میں تپ کا ایک قصیر المدت حملہ ہوتا ہے جس کے ساتھ شدید قے، اسہال اور ہبوط ہوتا ہے جو اپنی شدت کے اعتبار سے بعض اوقات ہیضہ کے مشابہ ہوتا ہے اور چند ہی دن میں مہلک ثابت ہوتا ہے ۔ بعض اصابات میں موت واقع ہونے سے پہلے متفرق یا متقوف تپ ہفتوں یا مہینوں تک جاری رہتی ہے ۔

تشخیص ۔ سریری اقسام بعض اوقات طاعون، شعبتی ذات الریہ (برانکو نمونیا)، محرقہ، ملیریا، کبدی خراج، سرایتی دروں قلبی التہاب، عمومی تدرن اور التہاب حوض گردہ (pyelitis) کے مشابہ ہوتے ہیں (30) ۔ اگر سریری اعتبار سے سراجہ نما مرض (melioidosis) کا شبہ پیدا ہو جائے تو خون، پیشاب، دماغی نخاعی سیال اور طحال یا جگر سے ممتص پیپ میں عضویات کی تلاش کرنی چاہیئے ۔

علاج ۔ یہ مرض انسان میں تقریباً ہمیشہ مہلک ثابت ہوتا ہے لیکن خود زاد جدرینوں (autogenous vaccines) کی آزمائش کرنی چاہئے ۔

1020

طاعون

(PLAGUE)

طاعون شرقی (Oriental Plague)؛ سیاہ موت (Black Death)؛ پیسٹس (Pestis) -

ازمنۂ وسطیٰ میں طاعون کی اصطلاح کسی شدید یا مہلک وبا کو موسوم کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، لیکن اب اس کا مفہوم ایک خاص مرض تک محدود ہے جو عصیۂ طاعون (Bacillus pestis) سے پیدا ہوتا ہے اور اول اول قوارض کو عارض ہوتا ہے (81) اور آدمیوں کو چوہوں کے پسوؤں کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ یورپ میں سب سے پہلی بڑی وبا چھٹی صدی عیسوی میں پھیلی جو جسٹی نین کے عہد کا طاعون (plague of Justinian) کہلاتی ہے، لیکن ۱۶۶۵ء سے جبکہ لندن تباہ ہوا یہ وبائیں یورپ میں بتدریج کم ہوتی گئیں۔ یہ مرض ۱۸۹۴ء میں ہانگ کانگ اور جنوب مشرقی چین میں رونما ہوا، بمبئی اور ہندوستان کے دوسرے حصوں میں یہ ۱۸۹۶ء میں پھیلا اور بعد کے پندرہ سال کے عرصہ میں اس سے ۱۰ لاکھ اموات واقع ہوئیں۔ اسی وقت سے یہ مرض گاہے گاہے یورپ کے مختلف حصوں، جنوبی افریقہ اور وسطی اور جنوبی امریکہ میں نمودار ہوا ہے۔ اب یہ مرض ہندوستان، تبت، یوگنڈا اور عراق عرب میں نہایت کثیر الوقوع ہے۔ سائبیریا، کیلی فورنیا، جنوبی اور مدارینی افریقہ اس مرض کے کم اہم مراکز ہیں۔ جب ہوا خشک ہو اور تپش بلند ہو، یعنی بلند سیری کی قلت کی حالت موجود ہو، تو برندہ پسو ہلاک ہو جاتا ہے، اور اسی لئے ہندوستان کی طرح کے ممالک میں موسم گرما میں صرف چند اصابات ہی دیکھنے میں آتے ہیں۔ ہر شخص پر اس مرض کا حملہ ہو سکتا ہے۔

طاعون کے عصیہ (Bacillus pestis) یا باستولیۂ طاعونی

(Pasteurella pestis) کی تفرید طاعون کے ایک کیس (گلٹی) سے ۱۸۹۴ء میں ہانگ کانگ میں کی گئی تھی۔ یہ ایک چھوٹا سا سوط دار گرام منفی ڈنڈا ہے جس کی تلوین دو قطبی ہوتی ہے۔ اس کا طول ۱.۰ مائکرو سے لیکر ۱.۵ مائکرو تک ہوتا ہے اور مصنوعی وسیطوں پر آسانی سے اس کی کاشت کی جاسکتی ہے۔ گنی پگ اور محل کے دوسرے حیوانات اثر پذیر ہیں۔ چوہوں میں حاد اور مزمن دونوں قسم کا طاعون پایا جاتا ہے، اور بڑا خاکستری یا گندمی رنگ کا چوہا (ریٹس ناروجیکس :Rattus norvegicus)، یا چھوٹی اور زیادہ گھریلو سیاہ نوع کا چوہا (فار الفار Rattus rattus:) اس سے متاثر ہو سکتا ہے۔ میدانی چوہوں اور دوسرے قوارض، مثلاً زمینی گلہریوں، کرم خوار چھچھوندروں (shrews)، جربلوں (gerbilles) اور چوہیوں سے بھی بعض اوقات اس مرض کی ابتدا ہوتی ہے۔ منچوریا میں ذات الریوی طاعون کی جو وبا ۱۹۱۰ء اور ۱۹۱۱ء کے موسم سرما میں پھیلی تھی اس کا سبب مارمٹ (marmot) کی ایک نوع "تاراباگن" ("tarabagan") (آرکٹومس بوبیک Arctomys bobac:) تھی۔

چوہے کا پسو زینوپسلا چیوپس (Xenopsylla cheopis) طاعون کے عصیات کے لئے بہت عمدہ محضن کا کام دیتا ہے، اور جب یہ سرایت زدہ خون چوس لیتا ہے تو عصیات میں بہت سرعت سے تکاثر شروع ہو جاتا ہے اور یہ عصیات آگے کی طرف کو بڑھتے چلے جاتے ہیں اور پیش معدہ (proventriculus) کو میکانی طور پر مسدود کر دیتے ہیں جس کی وجہ سے خون معدہ میں نہیں پہنچ سکتا۔ بیکٹ (Bacot) اور مارٹن (Martin) (82) نے یہ دریافت کیا ہے کہ پسو کا مفصل پایہ دوسرے میزبان کو کاٹتے وقت عصیات کو، اس زخم میں جو اس کے جبڑوں سے بنتے ہیں، استفراغ سے داخل کر دیتا ہے، اور اس طرح یہ سرایت کو پھیلاتا ہے۔ ذات الریوی طاعون کئی قسم کے خلاف نہایت ساری ہوتا ہے، اور یہ ایک آدمی سے دوسرے کو قطیری رشاشی سرایت سے منتقل ہوتا ہے۔ منچوریا کی وبا میں نرسوں اور ڈاکٹروں کو یہ مرض اکثر عارض ہوا۔

مرضی تشریح ۔ جس مقام پر عصیات طاعون داخل ہوتے ہیں وہاں اوّلی آبلہ مرق گاہے گاہے پایا جاتا ہے اور غدد لمف کا ہم پہلو سلسلہ جالو طور پر ملتہب ہوجاتا ہے (اوّلی کُبّہ primary bubo)۔ قریب کے غدد میں شدید امتلا اور نزف پایا جاتا ہے اور ساتھ ہی گرد غدی جلائی تہیج موجود ہوتا ہے اور بیرشبک ہوجاتے ہیں ۔ جو غدد زیادہ دور واقع ہوتے ہیں انکی رنگت خاکستری سرخ ہوتی ہے اور یہ ممتلی پائے جاتے ہیں ۔ شدید اصابات میں عفونت الدم تقریباً ہمیشہ پائی جاتی ہے اور نہایت ہی خاطف قسم میں اوّلی کُبّہ کی شہادت بعض اوقات غائب ہوتی ہے ۔ عصیات طاعون کے سموم شعری درجلہ کو نقصان پہنچاتے ہیں اور مخاطی اور مصلی غشاؤں اور جلد میں امتلا اور نزفات پیدا کردیتے ہیں ۔ عضلۂ قلب، جگر اور گردے ممتلی ہوتے ہیں اور ان میں سحابی ورم اور شحمی تغیر پایا جاتا ہے، اور طحال کلانی یافتہ، بیش دموی اور نزیفی ہوتی ہے ۔ دماغ اور اسحیہ میں امتلا اور نشات پائے جاتے ہیں ۔

ذات الریوی طاعون کے متعلق یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ شعبتی ذات الریہ کے طور پر شروع ہوتا ہے، لیکن بعد میں سالم لختہ ماؤف ہوجاتا ہے ۔ شعبتی مخاطیہ کا استلا، پلورائی کدمات (pleural ecchymoses) اور شعبتی غدد کا التہاب عام اکتشافات ہیں ۔

علامات ۔ زمانۂ حضانت عموماً دو سے لیکر پانچ دن تک ہوتا ہے لیکن بعض اوقات یہ بڑھکر دس دن بھی ہوجاتا ہے ۔ سریری طور پر مختلف قسمیں پائی جاتی ہیں ۔ (۱) کُبّی طاعون (Bubonic Plague) ۔ یہ مرض کسل، دردِ سر، دردِ کمر، دوران سر اور لرزہ سے شروع ہوتا ہے، اور بعد میں تپش جلد ہی بڑھ جاتی ہے ۔ مریض پر عموماً ایک ناقابل توضیح خوف کی حالت طاری ہوجاتی ہے اور وہ کھویا سا دکھائی دیتا ہے، چلنے پر لڑکھڑاتا ہے اور تکلم میں ارتعاش پایا جاتا ہے ۔ علاوہ ازیں متلی، قے اور اسہال بھی موجود ہوتا ہے ۔ نبض کی رفتار ۱۰۰ سے لیکر ۱۲۰ تک اور تپش ۱۰۳° یا ۱۰۴° ف تک

بڑھ جاتی ہے ۔ موخرالذکر شدید اصابات میں گا ہے گا ہے ۱۰۷ ف تک پہنچ جاتی ہے ۔ زبان جو پہلے تر اور سفید ہوتی ہے جلد ہی خشک اور بھوری ہو جاتی ہے اور ایک محرقی حالت پیدا ہو جاتی ہے جس میں ہذیان اور کوما پایا جاتا ہے ۔ لبوں اور دانتوں پر میل جم جاتا ہے، نبض ڈوبنے لگتی ہے اور جوارح سرد ہو جاتے ہیں، پیشاب قلیل المقدار، ترشئی، اور گہرے رنگ کا ہوتا ہے اور اس میں البیومن ہوتی ہے ۔ مہلک اصابات میں قلت بول کی جگہ انقطاع بول پیدا ہو جاتا ہے ۔ دوسرے یا تیسرے دن اوّلی گٹھے کے علامات ان غدد میں نمودار ہو جاتے ہیں جو سرایت زدہ گزیدگی کی مسیلیت کرتے ہیں ۔ فخذی اور اربی غدد ۷۰ فیصدی اصابات میں، بغلی گروہ کے غدد ۲۰ فیصدی میں اور تحت الفکی اور عنقی ۱۰ فیصدی میں ماؤف پائے جاتے ہیں ۔ یہ غدد جلد ہی متورم ہو کر مرغی کے انڈے کے برابر یا اس سے بھی بڑے ہو جاتے ہیں ۔ یہ نہایت الیم اور دردخیز ہوتے ہیں اور اگر مریض پہلے ہفتہ تک زندہ رہے تو ان میں تقیح بھی واقع ہو جاتا ہے ۔ موت عموماً تین سے لیکر چھ دن میں واقع ہو جاتی ہے، اور اس سے پہلے بعض اوقات نمشی یا تحت جلدی نزفات، رعاف، نفث الدم، قے الدم اور براز دم الاسود (melæna) بھی پائے جاتے ہیں ۔ دوسرے ہفتہ میں نقیہیت بخوبی شروع ہو جاتی ہے، لیکن بعض اوقات تقیحی التہاب غدد یا سریتوں، جوارح اسفل اور گردن کے دملوں اور شب چراغوں سے اس میں تاخیر ہو جاتی ہے ۔ گا ہے گا ہے تپ ہفتوں بلکہ مہینوں تک جاری رہتی ہے ۔ (۲) عفونت الدمی طاعون (Septicæmic Plague) ۔ مریض نہایت سرعت سے مرض میں مبتلا ہو جاتا ہے ۔ جیسی درد سر، تپ، قے، ہذیان کہے پائے جاتے ہیں اور ساتھ ہی کبر طحال اور غدد لمف کی خفیف سی عمومی کلانی بھی موجود ہوتی ہے ۔ ارتفاع تپش بعض اوقات صرف خفیف سا ہوتا ہے، اور جلد اور اغشیۂ مخاطی میں جریان خون واقع ہو جاتا ہے اور موت جلد واقع ہو جاتی ہے یعنی ابتدائے مرض سے چوبیس گھنٹے سے لیکر اڑتالیس گھنٹے میں ۔ تشخیص مثبت خونی کاشت سے کی جاتی ہے ۔ خاطف اصابات

(طاعون صعقی (Pestis siderans) اسی قسم میں شامل ہیں۔ (۳) ذات الریوی طاعون (Pneumonic Plague)۔ اس قسم کی شناخت سب سے پہلے بمبئی میں ۱۸۹۶ء میں کی گئی۔ یہ مرض قشعریرہ سے شروع ہوتا ہے، اور اس کے علامات کبتی طاعون کے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن ایک یا دو دن میں تنفسی خصائص شدید ہوجاتے ہیں اور سب سے زیادہ اہمیت اختیار کرلیتے ہیں سینہ میں درد اور تنگی کا احساس پایا جاتا ہے۔ ضیق (dyspnoea)، زرقت (cyanosis) اور کھانسی موجود ہوتی ہے۔ خون آلود آبی بساق کا بافراط نفث ہوتا ہے جس میں لاتعداد عصیات طاعون ہوتے ہیں۔ لغطات (râles) اور سکتکے (crepitations) موجود ہوتے ہیں، اور خاتمہ کے قریب شاید تخفیف یافتہ کیسکی نزیرا اور رئائیت کے رقبہ جات بھی پائے جاتے ہیں۔ فشل قلب عموماً واقع ہوجاتا ہے، اور موت عموماً تجمد کے معین امارات کے نمودار ہونے سے پہلے تقریباً ہمیشہ چار دن میں واقع ہوجاتی ہے۔ (۴) معوی طاعون (Intestinal Plague)۔ یہ قسم جیسے کہ ولہم (Wilhn) نے ۱۸۹۶ء میں ہانگ کانگ کی وبا میں دریافت کیا بہت نادر الوقوع ہے۔ اس کے ممیز خواص یہ ہیں۔ غثیان، قے اور مسلسل دست جن میں اجابتیں بدبودار اور صفرا آلود ہوتی ہیں اور ان میں اکثر خون ہوتا ہے۔ امعاء میں امراضیاتی ضررات موجود ہوتے ہیں۔ (۵) دماغی طاعون (Cerebral Plague)۔ معمولی کبتی طاعون میں جو ذہنی خصائص موجود ہوتے ہیں، وہ زیادہ شدید حالت میں پائے جاتے ہیں، اور ہذیان، دوران اور رکو(؟) ماکثر جلد اضافہ ہوجاتا ہے۔ بعض اعتبارات سے یہ حالت دماغی ملیریا کے مشابہ ہوتی ہے۔ مہلک طاعونی التہاب سحایہ بھی واقع ہوسکتا ہے جس میں دماغی سیال میں خلویاتی رشحہ اور عصیات طاعون بھی پائے جاتے ہیں۔ (۶) خلوی جلدی طاعون (Cellulo-cutaneous Plague)۔ اس قسم میں شب چراغ (carbuncles) پیدا ہوجاتے ہیں جن کا مرکزی حصہ متنخز اور متقرح ہوتا ہے۔ ان کی کور متصلب ہوتی ہے، اور ان کے گرد احمرار پایا جاتا ہے جس میں بیشمار آبلے ہوتے ہیں۔ کاشتوں سے عصیات طاعون کی موجودگی کا انکشاف

ہوتا ہے۔ (۷) ناتمام یا انتقالی طاعون (Abortive or Ambulatory Plague) (طاعونِ صغیر :Pestis minor)۔ اس حالت میں تپ آتی کم ہوتی ہے اور عمومی خصائص اتنے خفیف ہوتے ہیں کہ مریض بستر پر نہیں لیٹتا۔ لمفی غدد صرف متورم ہو کر الیم ہو جاتے ہیں' اور اگر ان میں تقیح واقع ہو تو بغیر کسی شدید علامت کے ان میں انحلال واقع ہو جاتا ہے۔

پیچیدگیاں ۔ معمولی شدید کبتی اصابہ میں پہلے چند دنوں میں مہلک عفونت الدم اور ذات الریہ پیدا ہو سکتا ہے' اور دوسرے ہفتہ میں تقیہیت میں عفونتی پیچیدگیاں پیدا ہو سکتی ہیں جن میں التہاب ملتحمہ' دل شب چراغ' خلوی التہاب اور شعبتی ذات الریہ شامل ہیں۔ بعض اوقات کبتے عسیر الاندمال ہو جاتے ہیں اور کئی ہفتوں تک مندمل نہیں ہوتے۔

تشخیص۔ وبا کے اوائل میں تشخیص میں دقت پیش آتی ہے۔ غددی التہاب کے علاوہ جو سریری خصائص خاص طور پر اہم ہیں وہ ذہنی پستی' بولنے میں کاوش' اور لڑکھڑاتی چال ہیں جن سے الکحلی قسم کا کچھ خیال پیدا ہوتا ہے۔ طاعونی کبتوں کو مداریتی کبتہ' شنکر نما یا آتشکی کبتہ' عفونتی التہاب غدہ' تپ موش گزیدگی کے التہاب غدہ اور شاید ٹولاریمیا سے بھی تمیز کرنا چاہئے۔ غدہ کے کچھ کے سے آلودہ اور کاشت میں دو قطبی عصیات کا انکشاف ہوتا ہے۔ کاشت کے لئے بہترین طریقہ یہ ہے کہ کبتہ یا دردخیز رقبہ میں تھوڑے سے عقیم ملحی محلول کا انشراب کر دیا جائے اور بعد میں اس کا امتصاص کر لیا جائے اور پچکاری کے مشمولات کی آگر کے میلانات پر کاشت کی جائے۔ قطعی کا تشفیہ پر ہے کہ سفید چوہے کی جلد پر سرایت زدہ مادہ مل کر اس میں طاعون منتقل کیا جائے۔ عفونت الدمی طاعون کی تشخیص ثبت کاشت خون سے کی جاتی ہے۔ ۲۵ د۔ مکعب سمر خون اگر کے ہر میلان پر ڈالدیا جاتا ہے اور مدارین میں کمرہ ہی کی تپش پر اس کی حضانت کی جاتی ہے۔

ذات الریوی طاعون میں نملہ (herpes) موجود نہیں ہوتا اور بساق جو آبی ہوتا ہے اور جس میں چمکیلا خون ہوتا ہے ذات الریہ کے بساق کی طرح لزج

اور زرنگ نما نہیں ہوتا۔ خردبین سے امتحان کرنے پر فوراً عصیات طاعون کا انکشاف ہوجاتا ہے جو کثیر تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔

انذار۔ یبتی طاعون کی شرح اموات یورپینوں میں دیسیوں کی نسبت بہت کم ہے۔ قبل الذکر میں یہ ۲۵ تا ۳۰ فیصدی ہے اور موخرالذکر میں ۷۵ تا ۸۰ فیصدی۔ بغلی کتے اربی کتوں کی نسبت کم مساعد ہوتے ہیں اور عنقی کتے خاص طور پر خطرناک ہوتے ہیں کیونکہ ان سے اختناق کا خطرہ ہوتا ہے۔ خون کی ثبت کاشتیں خطرہ کو ظاہر کرتی ہیں اور عفونت الدم کے صرف خفیف ترین اصابات شفایاب ہوتے ہیں لسٹن (Liston) نے دریافت کیا ہے کہ جن اصابات میں فی مکعب ملی میٹر ۲۰ سے زیادہ عضویات پائے گئے ان میں تقریباً ہمیشہ موت واقع ہوئی۔ ذات الریوی طاعون ہمیشہ جہلک ثابت ہوتا ہے۔

تحریز۔ جہاں ممکن ہو چوہوں اور پسوؤں کو تباہ کر دینا چاہئے اور ایسے ذرائع اختیار کرنے چاہئیں جن سے یہ آدمی تک پہنچ نہ سکیں۔ طاعون کو پھیلنے سے روکنے کے لئے جو مفید تدبیریں اختیار کی جاسکتی ہیں وہ یہ ہیں۔ غلے کے ذخیروں اور مکانوں کو اس طرح تعمیر کیا جائے کہ ان میں چوہوں کا دخل ممکن نہ ہو، وبا کے دوران میں سرایت زدہ دیہات اور جھونپڑیاں خالی کردی جائیں، چوہوں کو زہر دیکر اور پنجروں سے پکڑ کر منظم طور پر تباہ کیا جائے اور جہازوں کی تدخین کی جائے اور بندرگاہوں میں ان کو چوہوں کے حملے سے محفوظ رکھا جائے۔ ہافکن کی جدرین (Haffkine's Vaccine) سے حفظ ماتقدمی تطعیم فائدہ مند ہے۔ ۳ مکعب سنٹی میٹر مقدار کا زیر جلدی اشراب کیا جاتا ہے اور اگرچہ بعد میں شدید تعاملات نمودار ہوتے ہیں، لیکن ایک ہی بڑے اشراب سے جو مناعت پیدا ہوتی ہے وہ نصف سال سے لیکر ایک سال تک رہتی ہے یورپینوں کے لئے ایک مناسب متبادل طریقہ یہ ہے کہ تھوڑی تھوڑی مقداروں کے متعدد اشرابات کئے جائیں۔

علاج۔ مریض کے لئے عمدہ تیمارداری، بستر میں مکمل آرام اور سیال غذا ضروری ہیں۔ اگر ضد طاعون مصل ممکن الحصول ہو تو یہ پورے مقدار میں

دروں وریدی طور پر حتی الامکان جلد از جلد دینا چاہئے (33) ۔ مقویات قلب اور گلوکوس کے دروں وریدی محلول (۵ فیصدی) کا استعمال ابتدا ہی سے کرانا چاہئے ۔ مفرط تپ کے لئے فوری علاج کی ضرورت ہوتی ہے ۔ کپتوں پر گرم تکمیدات' اینٹی فلوجسٹین یا بیلاڈونا اور گلیسرین لگائے جاسکتے ہیں اور جب تقیح واقع ہوجائے تو شگاف جلد دے دینا چاہئے ۔ درد کو رفع کرنے کے لئے بعض اوقات مارفیا کی ضرورت پیش آتی ہے ۔

تپ متموج

(UNDULANT FEVER)

مالٹائی تپ (Malta Fever) حمیٰ بحر روم (Mediterranean Fever)' تپ اسقاطی (Abortus Fever) وغیرہ -

یہ ایک طویل المدت تپ ہے جس میں بہت سے وقفے پائے جاتے ہیں اور نکس کا رجحان موجود ہوتا ہے' اور اس کے خصائص کرطحال' تعرّق' عدم دمویت' مفاصل کا درد خیز ورم اور عصبی التہاب ہیں ۔ یہ مرض بروسیلا میلی ٹننسس (Brucella melitensis) سے پیدا ہوسکتا ہے جو بکری کے دودھ کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے' یا یہ بروسیلا ابورٹس (Brucella abortus) سے بھی عارض ہوسکتا ہے جس کی بقری اور خنزیری نسلیں پائی جاتی ہیں ۔

بحث اسباب ۔ مالٹائی تپ جو ابتداً بکریوں کا مرض ہے' بحر روم کے طاس میں خطی مرض کے طور پر پایا جاتا ہے' اور انسانی اصابات کے اندراجات بحر احمر کے سواحل' جنوبی افریقہ' ہندوستان' چین' جزائر غرب الہند' جنوبی افریقہ کی بندرگاہوں اور وادی مسیسپی اور دوسرے مقامات میں کئے جاچکے ہیں ۔ ہر عمر اور ہر صنف کے افراد اثر پذیر ہیں یا لٹا میں یہ مرض دوسرے اور تیسرے دہوں میں نہایت عام تھا اور موسم گرما کے

جولائی اور اگست کے خشک مہینوں میں یہ خاص طور پر پایا جاتا تھا۔ مالٹا کے باشندے محافظ افواج کے مقابلہ میں کم اثر پذیر معلوم ہوتے تھے۔ بروس (Bruce) (84) نے ۱۸۸۶ء میں اس مرض سے ہلاک شدہ مریضوں کی طحال میں عضویہ بروسیلا میلی ٹنسس (Brucella melitensis) کا انکشاف کیا اور کامیابی سے اس کی کاشت کی اور تجربات سے یہ مرض بندروں میں پیدا کیا۔ یہ ایک چھوٹا سا تبقی عصیہ (cocco-bacillus) ہے جو عموماً قبیلے (کذا) پیدا کرتا ہے اور یہ خون، صفرا، براز، دودھ اور پیشاب سے حاصل کیا جاسکتا ہے۔ زیمٹ (Zammit) نے ۱۹۰۵ء میں بکریوں کے خون میں بروسیلا میلی ٹنسس کا انکشاف کیا اور یہ ثابت کیا کہ ان کے امصال سے اس عضویہ کا التزاق ہوجاتا ہے۔ مزید برآں دودھ میں نوعی اگلوٹیننس پائے جاتے ہیں اور یہ کثیر التعداد عضویات کے موجود ہونے کے باوجود صحت مند قسم کا ہوسکتا ہے۔

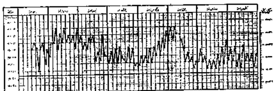
1028

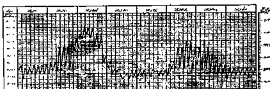
دوسرے اقسام میں سے ایک قسم بنگ کا بروسیلا ابورٹس (Brucella abortus of Bang) ہے جس کا انکشاف ۱۸۹۶ء میں ہوا تھا (85) اور جس سے مویشیوں اور سوروں کا متعدی اسقاط پیدا ہوتا ہے۔ انسان میں بھی اس سے ایک مرض پیدا ہوتا ہے جو مالٹائی تپ سے ناقابل تمیز ہے۔ اس عضویہ کا اخراج گایوں کے دودھ میں ہوتا ہے اور انسان سرایت زدہ دودھ، مسکہ یا پنیر کے استعمال سے یا سرایت زدہ سوروں یا مویشی کی لاشوں کو ہاتھ لگانے یا ان کے براز کو چھونے سے سرایت زدہ ہوسکتا ہے۔ جنوبی روڈیشیا سے ایسے اصابات کے اندراج کی اطلاع ملی ہے، جہاں بیون (Bevan) نے اول اول ۱۹۲۲ء میں اس مرض کے، مویشی کے حیوانی وبائی اسقاط سے تعلق رکھنے کا خیال ظاہر کیا تھا، اور جنوبی افریقہ، ریاستہائے متحدہ امریکہ اور یورپ وغیرہ سے بھی ایسے اصابات کی اطلاع ملی ہے۔ انگلستان میں بھی یہ مرض شناخت کیا گیا ہے اور اس کی شرح وقوع بڑھ رہی ہے۔

امراضیات۔ جگر کلانی یافتہ اور ممتلی ہوتا ہے، طحال میں نمایاں

بش پرورش پائی جاتی ہے، گرد قلبی سیال بڑھ جاتا ہے، معاء کے مخاطیہ اور تحت مخاطیہ میں امتلاء کے چکتی نما رقبہ جات نمودار ہو جاتے ہیں اور عام ساریقی غدد کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں جو بعض اوقات شکستہ ہو جاتے ہیں اور ان میں نیم قشی قالب موجود ہوتا ہے۔

علامات ۔ زمانہ حضانت تقریباً چودہ دن ہوتا ہے اور ابتداً عموماً





شکل ۷۰۔ متموج قسم کی مالٹائی تپ کے ایک مریض کی تپش۔

غیر محسوس طور پر ہوتی ہے۔ علامات ارتفاع تپش، درد سر، درد مفاصل، بیخوابی، تشنگی، فرودار زبان، اشتہا اور وزن کے نقصان، غثیان اور بد ہضمی خط کی الیمیت پر مشتمل ہیں۔ قبض عموماً موجود ہوتا ہے، اور طحال عام طور پر کلانی یافتہ اور اکثر الیم اور درد خیز ہوتی ہے۔ بعض اوقات کبر الکبد (hepatomegaly) موجود ہوتا ہے اور پسینہ بہت کثرت سے آتا ہے اور اس کے ساتھ رشایلہ عرق والے بھی نکل آتے ہیں۔ عدم دمویت اکثر نمایاں ہوتی ہے، اور سنج

جسیمات کی تعداد بعض اوقات ...۰,۰۰,۳۰ فی مکعب ملی میٹر سے بھی کم ہو جاتی ہے۔ اصابات کی تقریباً نصف تعداد میں جوڑ سرخ، متورم اور دردخیز ہو جاتے ہیں اور بروسیلا عضویات کی تفرید منصب سیال سے کی جا سکتی ہے۔ عصبی التہاب عموماً پایا جاتا ہے، اور عصب نسائی یا عصب وجہی اس سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ اس کی ابتدا حاد ہوتی ہے لیکن یہ کم شدید شکل میں ایک طویل مدت تک موجود رہتا ہے۔ حاد مدارج میں البیومن بولیت پائی جا سکتی ہے۔ دردِ سر اور شدید علامات دو یا تین ہفتوں میں دور ہو جاتے ہیں، اور ارتفاع تپش اکثر چھ یا نو مہینوں تک جاری رہتا ہے اور صرف آہستہ آہستہ ہی غائب ہوتا ہے۔ اس زمانہ میں تپش میں مسلسل بلندی لازمی طور پر نہیں پائی جاتی، بلکہ اس میں دو یا تین تین ہفتوں کے لئے موج نما اشتدادات پائے جاتے ہیں جن کے بعد کم یا طبعی تپش کا چودہ دن یا اس سے زیادہ کا وقفہ ہوتا ہے (متموج قسم، شکل ۹۷)، لیکن اور کئی ایک سریری اقسام بھی ہیں:

1024

(۱) انقالی قسم۔ اس میں علامات اسقدر خفیف ہوتے ہیں کہ مریض اپنے معمولی مشاغل کو جاری رکھتا ہے۔ بعض غیر اہم علامات بعض اوقات نمودار ہو جاتے ہیں جن کے ساتھ عارضی تپ بھی ہوتی ہے جو بہت جلد غائب ہو جاتی ہے، اور صرف مصلی کاشفات ہی سے سرایت کا انکشاف ہو سکتا ہے۔ شا (Shaw) نے مالٹا میں یہ دریافت کیا کہ گودی کے ۵۲۵ مزدوروں میں سے ۷۹ میں التزاقی تعاملات مثبت تھے، اور ان میں سے ۲۲ حاملین مرض ثابت ہوئے کیونکہ ان کے خون یا پیشاب یا دونوں میں بروسیلا عضویات شناخت کئے گئے۔ (۲) خبیث قسم۔ مریض کو دفعۃً شدید تپ عارض ہو جاتی ہے، جوڑوں میں درد ہونے لگتا ہے، اور قے اور اسہال شروع ہو جاتے ہیں اکثر اوقات ضعف قلب طاری ہو جاتا ہے اور محرقی حالت پیدا ہو جاتی ہے، اور شعبتی ذات الریہ بھی بعض اوقات رونما ہوتا ہے۔ موت عموماً بیسویں دن سے لیکر تیسویں دن تک کے عرصہ میں تپ مفرط سے واقع ہو جاتی ہے اور ۱۰۶° سے لیکر ۱۰۸° ف تک کے درجہ ہائے تپش کا اندراج کیا جا چکا ہے۔

(۳) متنفتر قسم - دوپہر کے بعد تپش فوراً ۱۰۵ ف تک یا اس سے زیادہ بلند ہوجاتی ہے اور ساتھ ہی سردی کا بھی احساس ہوتا ہے یا واضح قشعریرہ بھی نمودار ہوتا ہے - ارتفاع تپش کا خاتمہ نہایت کثرت سے پسینہ آنے کے ساتھ ہوتا ہے اور یہ حالت ملیریائی تپ سے صرف طفیلیات کی عدم موجودگی ہی سے تمیز کی جاسکتی ہے - (۴) مسلسل قسم - تپ چار ہفتہ سے بارہ ہفتہ تک یکساں رہتی ہے - سریری نقطۂ نظر سے تپ انتقالی کے بہت سے اصابات متموج قسم کی مثلی اصابات ہوتے ہیں، لیکن مسلسل اور متنفتر قسمیں شاید زیادہ عام ہیں -

پیچیدگیاں - زیادہ اہم پیچیدگیاں شعبتی التہاب، شعبتی ذات الریہ، عصبی التہاب، مفصلی التہاب مع انصباب، التہاب تکفیہ، التہاب خصیہ، پربیورا اور تقیحی عظمی التہاب پر مشتمل ہیں - عورتوں میں کثرت طمث، اسقاط قبل از میعاد وضع حمل اور التہاب پستان واقع ہوسکتے ہیں، اور بچوں میں سحائی التہاب دماغ کے واقع ہونے کا خطرہ ہوتا ہے -

تشخیص - جو امراض متموج تپ سے غلط ملط کئے جاسکتے ہیں وہ یہ ہیں: معوی تپ، حاد درنیت، تدرن، عفونت الدم، تحت الحاد جرثومی دروں قلبی التہاب، ملیریا، کالا آزار، جگر کا ابتدائی خراج، حادریم زا سرطانیں، اور ریوی غدی سلعہ جس کے ساتھ پل ایبسٹائین (Pel - Ebestein) کا علامیہ موجود ہو - اوائل مرض میں دموی کاشت تشخیص کا سب سے زیادہ اطمینان بخش طریقہ ہے اور عفونت الدم بعض اوقات کئی مہینوں تک جاری رہتی ہے جس کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے - جگر کے قیسانہ کی تخمی کاشت کے لئے عمدہ وسیط ہے، لیکن بروسیلا ابورٹس کے لئے یہ ضروری ہے کہ اس کی کاشت ۱۰ فیصدی کاربن ڈائی آکسائیڈ کے کرۂ ہوائی میں کی جائے، یا اس سے بہتر یہ ہے کہ مشتبہ خون کی ۰۵ مکعب سنٹی میٹر مقدار کی تلقیم گنی پگ کے کہفۂ باریطون میں کر دی جائے اور کاشتیں تقریباً ایک ہفتہ بعد کہفۂ باریطون سے یا اس مدت کے بعد طحال سے طیار کی جائیں - بروسیلا میلی ٹنسس اور

بروسیلا ابورٹس کی کاشت کے لئے یخنی کا استعمال کرنے کی حالت میں یہ ضروری ہے کہ منفی نتیجہ کی اطلاع دینے سے پہلے کم از کم چودہ دن تک حضانت کی جائے۔ بجز دنظر التزاقی تعاملات کی تشخیصی اہمیت بہت ہے۔ بروسیلا میلی ٹنسس اور بروسیلا ابورٹس کے مردہ مستحلبات کا استعمال ضد آفرینات (antigens) کے طور پر کرنا چاہئے۔ دونوں سرایتوں میں تمیز کرنے کے لئے الزاقین (ایگلوٹینین) کا انجذاب ضروری ہے۔ الزاقین تقریباً بارھویں دن کے بعد ظاہر ہوتی ہے اور ۵۰ میں ۱ سے لیکر ۱۰۰۰۰ میں ۱ تک کی ترقیقات کے ایک صعودی سلسلہ کا استعمال کرنا چاہئے۔ جہاں کم عیار التزاقات (۱۰۰ میں ۱) حاصل ہوں، وہاں تعامل کا ایک ہفتہ کے اندر اندر تکرار کرنا چاہئے تاکہ اگر عیار بڑھ رہا ہو تو یقینی طور پر معلوم ہوجائے۔ متمم تثبیتی کاشفہ بھی قابلِ قدر ہے اور متاخر مدارج میں جبکہ التزاقی تعامل منفی ہوچکا ہو، یہ بعض اوقات مثبت ثابت ہوتا ہے۔ برنٹ (Burnett) کا دروں ادمی کاشفہ بیس دن کی یخنی کی کاشت کے مقطر کی ۰.۰۵ تا ۱.۰ مکعب سنٹی میٹر مقدار کا بازو کی جلد میں اشراب کرنے سے کیا جاتا ہے۔ تعامل چوبیس گھنٹے میں مثبت ہوجاتا ہے اور ایک دن تک باقی رہتا ہے، دوریزش کے تقریباً ۵ سنٹی میٹر قطر کے گول یا بیضوی رقبہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کے متعلق یہ بتایا گیا ہے کہ یہ تپ کی ابتدا کے ساتویں دن سے لے کر دسویں دن تک مثبت ہوتا ہے اور شفایابی کے دس ماہ بعد تک برقرار رہتا ہے۔

انذار۔ شرح اموات ۲ تا ۶ فیصدی ہے، لیکن ثانوی سرایت کی وجہ سے یہ کم عمر بچوں اور چالیس سال سے زائد عمر کے اشخاص میں زیادہ ہے (36)۔ خبیث اقسام میں موت تپ کے پہلے تین ہفتوں میں تپ مفرط سے عموماً واقع ہوجاتی ہے، لیکن مہلک نکس کبھی بھی واقع ہوسکتا ہے جس کے ساتھ فشل قلب شعبتی ذات الریہ یا تسمم الدمی محرقی حالت پیدا ہوجاتی ہے۔

تجویز۔ بکری کے دودھ اور اس سے طیار شدہ بالائی اور پنیر کا

استعمال روک دینا مناسب ہے' یا اگر ایسا ممکن نہ ہو تو دودھ جوش دینے سے بے ضرر ہوجاتا ہے۔ سرایت زدہ حیوانات کو ہلاک کر دینا چاہئے اور صرف تندرست نسل ہی کی بکریوں کی پرورش کرنا چاہئے۔ بروسیلا ابورٹس کی سرایت کی حالتوں میں یہ مناسب ہے کہ گائے کے سرایت زدہ دودھ کے استعمال کی ممانعت کردی جائے' اور سرایت زدہ گایوں اور سوروں کی لاشیں یا ان کے براز کو چھونے سے احتراز کیا جائے۔ معمل میں کام کرنے والوں کے لئے یہ ضروری ہے کہ بروسیلا کی کاشتوں کو ہاتھ سے اٹھاتے وقت نہایت احتیاط سے کام لیں' کیونکہ سرایت ایسے طریقہ سے واقع ہوجاتی ہے جس کا ابھی تک مکمل طور پر علم نہیں ہوا۔ بروسیلا ابورٹس گنی پگوں کی سالم جلد سے سرایت کرجاتا ہے۔

علاج۔ اتنی طویل المدت تپ میں محتاط تیمارداری اور مغذی غذا کی ضرورت ہوتی ہے جس میں حیاتین دار اشیائے خوردنی مناسب مقدار میں شامل ہوں اور وہ یہ ہیں۔ دودھ کی کافی مقدار' انڈے' مچھلی' دودھ کھیر' نارنگی' سنگترے کا رس' ٹماٹر کا رس اور لہن (خمیر)۔ جدرینوں کا فائدہ مشتبہ ہے' اور نوعی فندمصل کے استعمال کے نتائج اگرچہ امید افزا ہیں لیکن ابھی تک یقینی نہیں۔ نوعی پروٹینی علاج سے بعض اوقات شفا ہوجاتی ہے۔ اور ٹی۔اے۔بی ویکسین کے دروں وریدی اشرابات سے کیا جاتا ہے' جنکی ابتدا ۵۰ ملین سے کی جاتی ہے اور تین تین دن کے وقفہ پر اشراب کرنے سے یہ تعداد ۲۵۰ ملین تک پہنچا دی جاتی ہے۔ جو علامات اور پیچیدگیاں پیدا ہوں ان کا علاج کیا جائے' اور جب تپش ۱۰۳° ف سے زیادہ ہوجائے تو سرد اسفنج پھیرنا چاہئے۔

طولار دمویت

(TULARÆMIA)

(آھو مکسی تپ 'ھرن مکھی تپ : Deer-fly Fever'
تپ وادیٔ پھوانت : Pahvant Valley Fever'
خرگوشی تپ : Rabbit Fever)

یہ ایک قسم الدمی مرض ہے جو کبھی طاعون کے مشابہ ہے' اور برو سیلا ٹولارنسس (Brucella tularensis) (جرثومۂ طولاریہ (Bacterium tularense : سے پیدا ہوتا ہے اور خاصکر قوارض میں پایا جاتا ہے انسان بظاہر مرض زدہ حیوانات کو ہاتھ لگانے یا عضویات کے سلسلہ میں کام کرنے سے عموماً سرایت زدہ ہوتا ہے۔ ریاستہائے متحدہ امریکہ' جاپان' سائبیریا اور ناروے سے اصابات کی اطلاع مل چکی ہے۔

بحث اسباب ۔ مکائے (McCoy) نے ۱۹۱۱ء میں (37) زمینی گلہریوں میں ایک مرض (سٹیلس بیشیائی (Citellus beecheyi: دریافت کیا' اور بعد کے سال میں چیپن (Chapin) کی رفاقت میں (38) اس نے اس کے مسبب عضویہ برو سیلا ٹولارنسس (Br. tularensis) کی تفریق کی جو چھوٹا سا اور گرام منفی عصیہ تھا (۳ء۰ × ۲ء۰ مئ) ۔ یہ مرض امریکہ کی مغربی ریاستوں میں قوارض پر اور خاصکر زمینی گلہریوں اور جیک خرگوشوں (jack-rabbits) پر حملہ آور ہوتا ہے اور یہ قرادات (ticks) سے پھیلتا ہے۔ برو سیلا ٹولارنسس سالم جلد میں سے گذر سکتا ہے' اور قصاب اور مرغیاں پالنے والے مرض کی غذائی قسم سے سرایت زدہ ہوسکتے ہیں۔ معمل میں کام کرنے والوں کو یہ مرض سرایت زدہ حیوانات کو معدوم جس کے زیر اثر لانے کے دوران میں قطری رشاشی سرایت سے یا کاشتوں کو ہاتھ لگانے سے عارض ہوسکتا ہے۔

امراضیات ۔ آدمی میں مقامی غدد لمف میں تقیحی غددی التہاب واقع

ہوجاتا ہے اور یہ شکستہ اور متقرح ہوجاتے ہیں، یا عفونت الدم کے عمومی امارات پیدا ہوجاتے ہیں جن کے ساتھ طحال، پھیپھڑے اور جگر بھی متاثر ہوجاتے ہیں۔

علامات۔ سرایت کی دو قسمیں ہیں۔ (۱) کبتی قسم (bubonic type) جو عام طور پر قصابوں اور مرغیاں پالنے والوں میں دیکھی جاتی ہے۔ اس کی ابتدا حاد ہوتی ہے اور اس کے ساتھ دردِ سر، لرزہ یا قشعریرے بھی ہوتے ہیں، اور دردِ جوارح اور تپ بھی موجود ہوتی ہے۔ ان اصابات میں ایک بثرہ عموماً پایا جاتا ہے جو خاص کر ہاتھوں کی پشت پر ہوتا ہے، اور اس کے شکستہ ہوجانے سے ایک قرح پیدا ہوجاتا ہے جس کے کنارے پھٹے ہوتے ہیں۔ اس کے بعد حاد لمفی غددی التہاب پیدا ہوجاتا ہے جو برکری اور بغلی غدد پر اثر انداز ہوتا ہے۔ یہ غدد متورم اور درد خیز ہوجاتے ہیں اور بعد میں بعض اوقات جلد سے منضم ہوجاتے ہیں اور ان سے پیپ بہتی رہتی ہے۔ تپ کی اوسط مدت چھبیس دن ہے، اور مرض کی اوسط مدت سوا پانچ ماہ ہے (فوشے : Foshay)۔ مزمن اصابات میں علامات ایک سال تک برقرار رہتے ہیں۔ بعض اوقات عضویات کا حولِ ملتحمہ پر ہوتا ہے، پپوٹوں کی اندرونی جانب پر قروح بنجاتے ہیں، اور پیش اذنی اور عنقی غدد میں ورم اور ایمپیت پیدا ہوجاتی ہے۔ (۲) محرقی قسم (typhoidal type) خاص کر معمل میں کام کرنے والوں کو عارض ہوتی ہے اور اس کے ممیز خواص تپ، سردی کا احساس، پسینے، دردِ سر، دردِ مفاصل اور کسلمندی ہیں، اور مختص المقام نقائص موجود نہیں ہوتے۔ تپش بعض اوقات تین ہفتہ کے اندر کم ہوجاتی ہے لیکن کبھی کبھی بے قاعدہ تپ کئی مہینوں تک جاری رہتی ہے (39)، ورنہ حالیت تپ متموج یا تپ محرقہ کے مشابہ ہوتی ہے۔

تشخیص۔ پیشہ کی روئداد سے خاص کر ان لوگوں میں جو مرض کے مقامی رقبہ جات میں خرگوشوں کو ہاتھ لگاتے ہوں اس مرض کا شبہ پیدا ہونا چاہئے لیکن آخری فیصلہ معمل ہی میں ہوسکتا ہے۔ التراقی تعامل یقیناً بہت

کار آمد ہے کیونکہ پہلے ہفتہ کے دوران میں مصل ۲۰ میں اکی ترقیقات سے بی وسیلا ٹیلا رنسں کا التصاق نہیں کرتا، لیکن دوسرے ہفتہ میں عیار بلند ہو جاتا ہے اور چوتھے سے لیکر ساتویں ہفتہ کی مدت میں یہ ۶۰۰ میں ا سے لیکر ۱۰۰۰ میں ایک کے اعظم درجہ تک پہنچ جاتا ہے۔ بعد کے مہینوں میں یہ بتدریج کم ہوتا جاتا ہے، اور سال کے اختتام پر یہ عموماً ۱۰۰ میں ا سے لیکر ۵ میں ایک پایا جاتا ہے۔ اگر گنی پگوں میں اس عضویہ کے فیچی مواد کا اضراب کیا جائے تو ان میں میز ضربات پیدا ہو جاتے ہیں۔ فوشیے (40) نے حال ہی میں تشخیص کے لئے ایک خاص جلدی کا شفہ کو رواج دیا ہے جس سے مرض کے پہلے ہفتہ میں تشخیص ہو سکتی ہے۔

انذار میکسیکو میں کام کرنے والوں میں یہ مرض عام طور پر مہلک ثابت نہیں ہوتا۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو کسی قسم کی شرح اموات تقریباً ۱۰ تا ۲۰ فی صدی ہے۔

علاج ۔ ایک ضد مصل جو بکریوں اور گھوڑوں سے حال ہی میں کامیابی سے طیار کیا گیا ہے عموماً ۱۵ مکعب سنٹی میٹر کی مقداروں میں دروں وریدی طور پر دو دن متواتر دیا جاتا ہے (41)۔ اس کے استعمال سے مرض کی مدت میں ۵۰ فی صدی تخفیف کی جا چکی ہے۔

تپ اورویا

(OROYA FEVER)

(مرض کیریاں : Carrion's Disease)

اس مرض کی جو بارٹونیلا بیسلی فارمس (Bartonella bacilliformis) سے پیدا ہوتا ہے، ایک خاص جغرافیائی تقسیم ہے یعنی یہ پیرو میں کوہ انڈیز کے مغربی میلانوں پر کی ان وادیوں تک محدود ہے جنکی بلندی ۳۰۰۰ تا ۹۰۰۰ فٹ ہے۔ کیریئن (Carrion) نے ۱۸۸۵ء میں بروقی کرنجیہ (verruga nodule) کے مواد سے خود میں تلقیم کی اور ایک مہینہ بعد وہ تپ اوریا سے ہلاک ہوگیا۔ ان ہر دو امراض میں سے کسی ایک کا حملہ ہونے سے دونوں کے لئے مناعت پیدا ہو جاتی ہے۔ بارٹن (Barton) نے ۱۹۰۹ء میں تپ اورویا میں خلیات احمر میں ڈنڈے کی طرح کے چھوٹے چھوٹے عضویے دریافت کئے نوگوشی (Noguchi)

اور باٹسٹنی (Battistini) نے ۱۹۲۶ء میں مصنوعی وسائط پر اس عضویہ کی کاشت کی، اور بندروں میں کامیابی سے اس کی سرایت پیدا کی (42) ۔ ان بندروں میں سے جو بلند کم مزاحم تھے ان میں تپ اورویا کے مشابہ مرض پیدا ہوا اور جو زیادہ مزاحم تھے ان میں صرف بروقہ نما کر بیچے پیدا ہوئے ۔ نوگوشی نے پیرو کی ریت مکھیوں کے مستقلب سے ریسس بندروں کو سرایت زدہ کیا اور بعد میں ان کے خون میں بارٹونیلا بیسلی فارمس کا مظاہرہ کیا ۔ دو انواع فلیبوٹومس ویروکیرم (Phlebotomus verrucarum) اور فلیبوٹومس نوگوشی (Phlebotomus noguchi) مرض کے ممکنہ بردے تصور کئے جاتے ہیں ۔

اعراضیات ۔ جلد پر نشانات پائے جاتے ہیں اور اس کی رنگت زردی مائل مومی ہوتی ہے ۔ قلب پلپلا ہوتا ہے، اور اس میں شحمی انحطاط کے خفیف نقص موجود ہوتے ہیں ۔ جگر کلانی یافتہ ہوتا ہے اور اس میں منطقی تنخر کے رقبہ جات پائے جاتے ہیں ۔ غدد لمف متورم اور متہیج ہوتے ہیں ۔ کلانی یافتہ طحال میں نخماات متعدد (multiple infarcts) موجود ہوتے ہیں، اور درعلمی اور طحالی خلیات میں ایک زرد اور دانہ دار لون پایا جاتا ہے جو پروشیائی نیلا تعامل نہیں دیتا ۔ لمبی ہڈیوں میں سرخ کبیر ناہضی مغز بھرا ہوتا ہے اور معلی تاجوں میں اکثر کدمات (ecchymoses) پائے جاتے ہیں ۔ بارٹونیلا بیسلی فارمس شبکی درعلمی خلیات اور سرخ جسیمات میں پایا جاتا ہے ۔

علامات ۔ مقامی مرض کے خطہ میں جانے کے تقریباً تین ہفتہ بعد کسلمندی اور درد سر شروع ہو جاتا ہے اور بے قاعدہ متفتر تپ آنے لگتی ہے، اور ساتھ ہی جوڑوں میں درد محسوس ہوتا ہے اور لمبی ہڈیوں اور قص پر الیمیت پائی جاتی ہے ۔ طحال کلانی یافتہ اور حس پذیر ہو جاتی ہے، اور غدد لمف متورم ہو جاتے ہیں اور خون پاش کبیر خلوی عدم دمویت (hæmolytic megalocytic anæmia) جلد ہی پیدا ہو جاتی ہے جس کے ساتھ بیش بائیلی روبن دمویت ہوتی ہے ۔ شدید اصابات میں سرخ خلیوں کا شمار کم ہو کر ۱۰،۰۰،۰۰۰ سے لیکر ۲۰،۰۰،۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر تک آجاتا ہے ۔ لون نما اکثر ۱۰ سے زیادہ ہوتا ہے، اور ایسی کثرت خلیات ابیض عموماً دیکھے

میں آتی ہے جس میں ناپختہ تعدیل پسند خلیات اور برزخی لبی خلیات ۔ (meta-myeolocytes) پائے جاتے ہیں ۔ سانس پھولنے لگتی ہے' اختلاج قلب اور قلبی خریرات پیدا ہو جاتے ہیں' ناگوں میں تہیج' شبکیہ میں نزفات اور جلد میں نمشات نمودار ہو جاتے ہیں اور مسوڑوں سے خون رسنے لگتا ہے ۔ شدید اصابات میں اکثر کوما (coma) کی حالت طاری ہو جاتی ہے اور زیر طبعی تپش سے موت واقع ہو جاتی ہے ۔ دوران نقیہیت میں بعض اوقات بروقی کر یچے پیدا ہو جاتے ہیں ۔
تشخیص ۔ کریخلوی قسم کی عموی خون پاش عدم دمویت سے جس کے ساتھ ہڈیوں میں الیمیت اور کود آنے پر میں جانے کی رو کدا دموجود ہو اس مرض کا خیال پیدا ہونا چاہئے ۔ تصویر خون بلند کثرت خلیات ابیض سے جس میں برزخی لبی خلیات موجود ہوں مختلف عدم دمویت سے تمیز کیا سکتے ہے جس میں قلت خلیات ابیض اور کثرت خلیات لمف موجود ہوتی ہے اور تعدیل پسند خلیات کی حرکت دائیں جانب کی طرف ہوتی ہے ۔ بارٹونیلا بیسلی فارمس کا مظاہرہ صرف شدید اصابات ہی میں خون کے آلودوں میں کیا جا سکتا ہے ۔
انذار ۔ شرح اموات ۳۰ تا ۴۰ فی صدی ہے ۔
علاج ۔ شدید عدم دمویت کے لئے متکرر نقل الدم کی ضرورت ہوتی ہے اور کہا جاتا ہے کہ بعض اصابات میں سالورسین (salvarsan) کے استعمال سے فائدہ ہوا ہے ۔ خلاصہ جگر نظاہر موثر ثابت نہیں ہوتا ۔

1027

ور وقثہ پیرو (Verruga Peruana) ۔ یہ مرض ان مریضوں میں جو بارٹونیلا بیسلی فارمس کی سرایت کے لئے بہت مزاحم ہوئے اب تپ اوردیا کا ثانوی درجہ خیال کیا جاتا ہے ۔ نوگوشی نے مقامی تطعیمات سے بروقی کر یچوں کو ایک بندر سے دوسرے میں کامیابی سے منتقل کیا ہے' اور بعد میں مقامی قرات سے اس نے بارٹونیلا بیسلی فارمس کی کاشت کی ہے ۔ لحال ریودہ یا خاص طور پر اثر پذیر بندروں میں ایسے نظامی مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں جو تپ اوردیا کے مشابہ ہوتے ہیں ۔
امراضیات ۔ بروقی کر یچے عروق دار اریکی بافت پر مشتمل ہوتے ہیں

اور ان میں تقرح اور نزف کی طرف ایک نمایاں رجحان پایا جاتا ہے۔ خردبینی امتحان پر شعریات اور عروق لِمف کے درطلمی اسٹرما میں تکاثر پایا جاتا ہے اور مصلی خلیات اور لیفی نا ہضات ایک نازک عرقی شبکہ میں دکھائی دیتے ہیں۔

علامات۔ مرض کے معرض اثر میں آنے کے دو یا تین مہینے بعد تپ شروع ہو جاتی ہے، اور گھٹنوں، ٹخنوں، اور پہنچوں میں شدید درد پیدا ہو جاتا ہے، لیکن ثوران نمودار ہونے کے چند دن بعد تپش طبعی حد تک آجاتی ہے دو قسم کے جلدی ضربات دیکھنے میں آتے ہیں۔ (۱) دخنی قسم (miliary type) چہرہ اور جوارح کی خارجی سطح کو متاثر کرتی ہے اور بعض اوقات ملتحمات اور ناک اور بلعوم کی مخاطی غشائیں بھی متاثر ہو جاتی ہیں۔ گلابی لطخات نمودار ہو جاتے ہیں جن کی رنگت گہری ہو جاتی ہے اور یہ کر بیچی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ یہ کر بیچے چپٹے ہموار اور سطح پا ساقچہ دار ہوتے ہیں، اور ان سے آسانی سے خون بہنے لگتا ہے اور ان کا اندمال ندبہ بننے کے بغیر ہو جاتا ہے۔ (۲) ثوران کی کر بیچی قسم زیادہ آہستہ نمودار ہوتی ہے لیکن اس میں کر بیچوں کے ابعاد بڑھ جاتے ہیں اور منتقرح متفطر ارکی سلعات بن جاتے ہیں جن کی جسامت اخروٹ کے برابر ہوتی ہے اور جن سے خون بکثرت بہتا ہے۔ ثوران فصلوں کی شکل میں نمودار ہوتا ہے اور یہ متوسط جسامت کے مفاصل کی تعریجات (flexures) کو متاثر کرتا ہے اور دو یا تین مہینوں تک رہتا ہے۔

تشخیص: یہ عموماً بالکل آسان ہوتی ہے خاص کر جب کہ مرض کی جغرافیائی تقسیم کو مدنظر رکھا جائے۔ بعض اوقات اس مرض کو ثانوی بازر، رخوہ ساری (molluscum contagiosum)، ڈرکم کے مرض (Dercum's disease) موتی سلعۂ متعدد، اور لیفی سلعات لحمیہ سے تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

انذار۔ انذار عمدہ ہوتا ہے۔ سب سے بڑا خطرہ کر بیچی قسم میں نزف کا، اور دخنی قسم میں جس سے اغشیہ مخاطی ماؤف ہو جاتے ہیں، تنفسی سرایت کا ہوتا ہے۔ بچوں میں مرض کا مرخفیف ہوتا ہے۔

علاج۔ ضررات جلد کا عقیم تکمید کرنا چاہئے، اور نزف کو روکنے کے لئے منتظر کرنیجوں کا مقامی معدم حس کے زیر اثر استیصال کر دینا چاہئے۔ جن حالتوں میں نقصان خون شدید ہوتا ہے ان میں نقل الدم اور لوہے کے تجویزات کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔

مداریئی عضلی التہاب

(TROPICAL MYOSITIS)

(مداریئی قیحی عضلی التہاب (Tropical pyomyositis,

Myositis purulenta tropica :

یہ مرض عضلات کے دردخیز اورام سے ممیز ہے جن میں کبھی پیپ بنجاتی ہے۔ وربعض ازمیں بھی بنتی، اور اس کی جغرافیائی تقسیم بہت وسیع ہے۔ ہر صنف اور ہر نسل کے افراد اس سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ زمانہ حال تک بہت سے محققین کا یہ خیال تھا کہ اسکا تعلق فلاریا بانکروفٹائی (Filaria bancrofti) یا لوالوا (Loa Loa) کی سرایت سے ہے، لیکن ابھی تک یہ نظریہ ترک نہیں کیا گیا۔ سیئرس (Sayers) نے جزائر سلیمان میں یہ ثابت کیا ہے کہ مریضوں سے فلاریت (filariasis) کے لئے مثبت دروں جلدی کاشفات حاصل نہیں ہوتے ممکن ہے کہ اس مرض کے ساتھ مختلف عضویوں کا تعلق ہو جن میں ذہبی نبقات عنبیہ (Staphylococcus aureus) اور نبقات سبحیہ (Streptococci) شامل ہیں اور ان کے علاوہ ایک اور چھوٹا سا عصیہ بیسلس سیرو فیشیئنس (B. Serofaciens) بھی ہے جس کی تفرید سکاٹ (Scott) نے جمیکا میں کی تھی۔ بعض اوقات یہ مرض وبائی شکل اختیار کرلیتا ہے اور اس کا انتشار تقریباً ویسا ہی وسیع ہوتا ہے۔ سینٹ رکٹس کے جزیرہ میں اس مرض کے نمودار ہونے کے زمانہ میں ایسا ہی ہوا تھا۔

امراضیات۔ امراضیاتی انکشافات عضلہ کی حادنبقی سرایت پر مشتمل ہیں جس کے ساتھ معلی انصباب یا ریم کا حقیقی تکون ہوتا ہے، دہلک صابا

میں تقیح الدمی خراجات یا عفونت الدم کے میاسم (stigmata) پائے جاتے ہیں
علامات ۔ مقامی اور نظامی دونوں قسم کے مظاہر بہت اختلاف پذیر ہیں ۔ جو علامات عموماً دیکھنے میں آتے ہیں وہ تپ، ماؤف عضلات کا درد اور ان کی اینٹھن اور منعمد و متصلب کر بھی اورام ہیں جو کبھی شکستہ ہو کر متقرح ہو جاتے ہیں اور کبھی نہیں بھی ہوتے ۔ ایک تعدیلی پسند کثرت خلیات ابیض ہو ۰۰۰،۱۵ خلیات سے لیکر ۰۰۰،۲۵ خلیات فی مکعب ملی میٹر تک ہوتی ہے عموماً موجود ہوتی ہے ۔ مقامی پیچیدگیاں زلالی التہاب (synovitis) مفصلی التہاب اور گرد عظمی التہاب پر مشتمل ہیں، اور شدید اصابات میں بعض اوقات تقیحی الدمی مظاہر پائے جاتے ہیں جو ریوی خراج یا عفونت الدم پر مشتمل ہیں اور جن کے نتائج مہلک ہوتے ہیں ۔ بعض اوقات اس مرض کا عمر طویل ہوتا ہے اور اس میں کئی ایک نکسات ہوتے ہیں ۔

تشخیص ۔ اس مرض کو سراجہ (glanders) سراجنانس (melioidosis) 1028
فلاریائی خراج اور دروں عضلی صمغی سلعات سے تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے (اینسٹن ۔ باہرا) ۔

علاج ۔ آرام، تازہ ہوا اور مغذی غذا جس میں حیاتینوں کی مقدار زیادہ ہو ضروری ہیں ۔ خراجات میں شگاف دیکر ان کی سیلیت کر دینا چاہئے ۔ ناکس اصابات میں خود زاد جیدرینوں کی، اور دشوار علاج اصابات میں غیر نوعی پروٹینی علاج (ٹی ۔ اے ۔ بی ویکسین) کی آزمائش کرنا چاہئے ۔ بین وامراض، مثلاً آتشک یا کج دہنی مرض (ankylostomiasis) کے مناسب علاج کی ضرورت ہوتی ہے ۔

فطرات سے پیدا شدہ امراض

(فطری امراض : Mycoses)

بعض فطری سرایتیں صرف مداریں ہی میں پائی جاتی ہیں مثلاً فطری سلعہ (mycetoma)، دھوبی کھجلی اور ہانگ کانگ پا (Hong-Kong foot) جو

بیرادمی فطر اُربی (Epidermophyton inguinale) سے پیدا ہوتے ہیں، ٹوکیلائی داد (Tokelau ringworm)، جو سعفہ مترا کب (Tinea imbricata) سے پیدا ہوتا ہے، جلد کی وہ خاص لون دار حالت جو پنٹا (pinta) کے نام سے موسوم ہے، بالوں کی فطری سرایتیں (شعری بذریت : trichosporosis یا پاڈرا : piedra اور شعری فطریت : trichomycosis) اور ناخنوں کا داد (ظفر فطریت : onychomycosis)۔

بذرشعریت (sporotrichosis)، نہوضی فطریت (blastomycosis)، شعاعی فطریت (actinomycosis)، اور ٹوروولائی مرض (torulosis) اور اسفر جلوسیت (aspergillosis) گرم آب وہوا سے مخصوص نہیں ہیں اور ان کا ذکر دوسرے مقامات پر کیا گیا ہے۔

سبحی مرض (Moniliasis) ۔ اس میں کچھ شبہ نہیں کہ بعض اہم نا فطرات جلد کی سرایتیں، تسمیلی التہاب جلد (intertrigenous dermatitis) ناخنوں کی بیماریاں یعنی داحس (paronychia) اور ناخن کی گدی کا التہاب (onychia)، دہنی قلاع (mouth thrush) اور مہبل کے غشائی ضررات پیدا کر سکتے ہیں، لیکن یہ امر نہایت مشتبہ ہے کہ ان سے کبھی بھی خطۂ ہضم کا ابتدائی سبحی مرض (primary moniliasis) پیدا ہوتا ہے اسپرو کا مونیلیا ایش فورڈائی (Monilia ashfordi) سے یقیناً کوئی ابتدائی تسبیبی تعلق نہیں۔ قصبی ریوی نظام کی سبحی سرایتوں (monilia infections) کا ذکر کئی دفعہ کیا جا چکا ہے۔

انفی حوینی بذریت (Rhinosporidiosis)۔ یہ ایک مزمن مرض ہے جو رائینوسپورائیڈیئم سیبیرائی (Rhinosporidium seeberi) سے پیدا ہوتا ہے، اور اس میں انفی سعدانے اور رخسار، ملتحمہ، تاجۂ دمعی، قضیب اور فرج کے حلیمی سلعات پائے جاتے ہیں۔

کشف اسباب ۔ اس مرض کا اندراج ہندوستان، لنکا، کوچین چینی، ارجنٹائن اور شمالی امریکہ میں کیا جا چکا ہے، لیکن حال ہی میں انگلش ودقہ

(Ashworth) نے یہ ثابت کیا ہے کہ یہ مرض ایک لہن نما فطر رائینو سپوریڈیم سیبیریائی سے پیدا ہوتا ہے جس کا تعلق سواری فطرات (Phycomycetes) سے ہے۔ اوکا ئینلی (O'Kinealy) نے اس کو ۱۹۰۳ء میں ہندوستان میں انفی سعدانوں میں دریافت کیا۔ سعدانوں میں گول خلیوں کی دررزش، سرطلی نکا تر اور لیفی نا ہضات پائے جاتے ہیں جن میں بڑے بڑے دویبے موجود ہوتے ہیں جن کے اندر ایک سیلولوس کے طبقہ کے اندر دخترى دویبے ہوتے ہیں۔

علامات ۔ چونکہ اس سے ناک ہی بالعموم ماؤف ہوتی ہے اس لئے انفی علامات ہی غالب ہوتے ہیں، اور ناک سے مواد بہنے اور منفذ نزفات کی روئداد بھی حاصل کی جا سکتی ہے جو کئی سال سے جاری ہوتی ہے۔ انفی سعدانے نرم اور عروق دار ہوتے ہیں، ان سے خون آسانی بہنے لگتا ہے اور ان کا رجحان عود کرنے کی طرف ہوتا ہے۔

علاج ۔ مدراس میں رائیٹ (Wright) نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ ٹارٹار ایمیٹک (tartar emetic) کا ایک دروں وریدی نصاب دینے کے بعد انفی سعدانے غائب ہو جاتے ہیں۔ سعدانوں کو عموماً تار کے ایک پھندے کے ذریعہ سے جراحی عمل سے نکال دینا ضروری ہوتا ہے۔

مدورا فطریت

(MADURAMYCOSIS)

(مدورا پا : Madura foot، کاذب شعاع فطریت pseudo-actinomycosis : فطر پائی : fungus foot،
فطری سلعہ : mycetoma)

مدورا فطریت یا فطری سلعہ ایک مزمن اریکی سلعی مرض ہے جو عموماً جوارح اسفل میں پایا جاتا ہے اور فطرات کے مختلف انواع سے پیدا ہوتا ہے۔

تحشت اسباب ۔ یہ مرض خاص کر ہندوستان (مدورا) میں پایا جاتا ہے اور مصر، سوڈان، الجیریا، مڈغاسکر، لنکا، کوچین چینی، جزائر غرب الہند،

جنوبی امریکہ اور ریاستہائے متحدہ امریکہ میں بھی دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ عام طور دیہاتی اضلاع تک ہی محدود ہے اور ان دیہی آدمیوں میں جو ننگے پاؤں پھرتے ہیں اکثر ضربی خراشیدگیوں، کٹنے سے زخم آنے، یا کانٹا چبھنے کی روئیداد موجود ہوتی ہے۔ ہر عمر اور ہر صنف کے افراد متاثر ہو سکتے ہیں۔

مختلف انواع اور جنسیں انسانی بافتوں میں ذرات پیدا کر سکتی ہیں اور ان میں سے دو بڑے گروہ شعر فطریتی (Actinomycotic) اور فطری سلعی (Mycetomatous) ہیں۔ جوفوں سے جو مواد بہتا ہے اس میں جو ذرات موجود ہوتے ہیں وہ نسیجات (hyphae) سے مرکب ہوتے ہیں جن کے ساتھ کبھی قبا پوش بذرے (chlamydospores) اور دوسری قسم کے بذرے موجود ہوتے ہیں اور کبھی نہیں، اور ان ذرات کا قطر ا تا ۲ ملی میٹر ہوتا ہے۔ یہ کبھی سخت ہوتے ہیں اور کبھی ان کی بستگی نرم یا پنیر کی طرح کی ہوتی ہے۔ ان کی رنگت سفید، خاکستری، زرد، بھوری، سیاہ یا سرخ ہوتی ہے۔

1029

امراضیات۔ بافتیں نرم ہوتی ہیں، اور ان کی بستگی فالودہ کی طرح کی ہوتی ہے اور ان میں جوف ہوتے ہیں جن میں دو دیری انساعات پائے جاتے ہیں جو خارجی کریچیوں اور داخلی اریکی سلعی دریزشوں سے ربط رکھتے ہیں اور یہ عضلات اور ہڈیوں میں پائے جاتے ہیں اور ان سے شہد کے چھتے کی طرح کا ایک جبنی تودہ بن جاتا ہے۔ تشخیصی مقاصد کے لئے ذرات کا ۱۰ فیصدی پوٹاشیم ہائیڈروآکسائیڈ میں شیشے کے ایک شریحہ پر تراکب کیا جاتا ہے اور اس کو شیشے محافظ سے چپٹا کر لیا جاتا ہے۔ سیبوراڈ (Sabouraud) کے مالٹوس وسیط پر ان کی کاشت بہترین طریقہ سے کی جا سکتی ہے، اور ۳۷° درجہ پر چار لیکر سات دن کی بالیدگی کے بعد نہایت نمایاں ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ ابتداءً عموماً غیر محسوس طور پر ہوتی ہے۔ اکثر مریضوں میں ننگے پاؤں کے ضربہ کی روئیداد حاصل کی جا سکتی ہے۔ اس کے بعد درد، الیمیت، ورم اور جلد کی رنگت کا تغیر واقع ہو جاتا ہے، اور بعض اوقات ایک ایسا زمانہ بھی گذر جاتا ہے جس میں کوئی علامات نمودار نہیں ہوتے اور

جس کے بعد ایک سرخ کربیچہ پیدا ہوجاتا ہے جس میں درد نہیں ہوتا کارٹر (Carter) کے مطابق ابتدائی ضربتی دار بثرہ یا گہرے منبت کربیچہ، یا متورم آبلہ یا ایک خراج پر مشتمل ہوتا ہے جو ایک ناسور سے ربط رکھتا ہے۔ اگرچہ پاؤں ہی عموماً ماؤف ہوتے ہیں لیکن ناک، چہرہ اور دیوار شکم بھی گاہے گاہے متاثر پائے گئے ہیں۔ اس مرض میں شعاع فطریت کے خلاف نظامی اثرات پیدا نہیں ہوتے۔ اگر غددی التہاب موجود ہو تو ثانوی جرثومی سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ کئی مہینوں کے بعد ضربات کی جسامت اور تعداد بڑھ جاتی ہے، کربیچے متقرح ہوجاتے ہیں اور جوف بنجاتے ہیں جن سے ایک بدبودار نیم قیحی سیال بہتا ہے جس میں ممیز ذرات موجود ہوتے ہیں۔ مرتقی اصابات میں بھی درد اور زرف عموماً مفقود ہوتا ہے، لیکن پاؤں کی جسامت بتدریج بڑھتی جاتی ہے، اور اس کے انفعارات معدوم ہوجاتے ہیں۔ بعض اوقات ثانوی سرایت واقع ہوجاتی ہے جس کے نتائج خطرناک ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ ایسے اورام، کربیچوں، ناسورات اور اجواف کی موجودگی سے جن سے پیپ دار ذرات مترشح ہورہے ہوں اس مرض کا شبہ پیدا ہونا چاہئے۔ اگر معمولی رشحہ میں ذرات کا مظاہرہ نہ کیا جاسکے تو ناسورتی کے جوف اور ان کی آبیاری کی کوشش کرنا چاہئے۔ تفریقی تشخیص بازآتشک، تدرن، کاکسی ڈی آئیڈی اربکی سلعہ (coccidioidal granuloma) اور بذر شعریت (sporotrichosis) پر مشتمل ہے۔

انذار۔ مرض کا مرلازمی طور پر مزمن ہوتا ہے اور یہ کئی سال تک جاری رہتا ہے۔ مریض کے خود بخود شفایاب ہونے کا کوئی رجحان نہیں پایا جاتا، اور اگر مناسب علاج نہ کیا جائے تو موت انجام کار ضعف (cachexia) یا ثانوی سرایت سے واقع ہوجاتی ہے۔

تحریز۔ مناسب جوتے کا استعمال کرنا چاہئے اور ننگے پاؤں نہ پھرنا چاہئے۔ جب خراشیدگیاں اور زخم پیدا ہوجائیں تو ان کا آیوڈین سے علاج کرنا چاہئے اور مناسب تکمیہ سے ان کی حفاظت کرنا چاہئے۔

علاج - ابتدائے مرض میں گرہچوں کے استیصال اور جرف کی ضرورت ہوتی ہے اور بعد میں لاشعاعوں سے تشعیع کرنا چاہیئے۔ جب نقوں میں بے شمار جوف موجود ہوں تو صرف بتر ہی سے شفا کی توقع کی جا سکتی ہے۔ اگر عملیہ مناسب طور پر تجویز کیا جائے تو یہ تقریباً ہمیشہ کامیاب رہتا ہے۔ ادویہ کا فائدہ جن میں پوٹاشیم آیوڈائیڈ، بسنتمہ سوڈیم ٹارٹریٹ اور نیوسالورسن شامل ہیں، مشتبہ ہے۔

کاکسی ڈی آئیڈ یس (Coccidioides) - (مرض کیلی فورینا، کاکسی ڈی آئیڈی اریکی سلعہ: Coccidioidal granuloma)-

یہ ایک ساری اریکی سلعی مرض ہے جو کاکسی ڈی آئیڈ یس امیٹس (Coccidioides immitis) سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ کبھی مختص المقام جلدی ضرر کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے، اور کبھی نظامی سرایت کی شکل میں جو خرالذکر جلد مہلک ثابت ہوتی ہے۔

بحث اسباب - شمالی امریکہ (43) کینیڈا، برازیل اور ارجنٹائن میں یہ مرض مقامی ہے۔ مردوں کو یہ خاص طور پر عارض ہوتا ہے اور مزدوروں اور کاشتکاروں کی جماعتوں میں یہ بہت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ کاکسی ڈی آئیڈ یس امیٹس پیپ میں دکھائی دیتا ہے اور یہ ایک کروی شکل کے فطر کی طرح کا ہوتا ہے جس کا تخم مایہ ذرات دار اور جس کے کیسہ کا حاشیہ دُہرا ہوتا ہے۔ اس کا قطر ۵ تا ۶ مد ہوتا ہے اور اس کی تولید دروں بذری تکون (endosporulation) سے ہوتی ہے۔ معملی اگر رحسیم کی تپش پر اس کی کاشت آسانی سے کی جا سکتی ہے اور یہ ایک فطری جالی کی طرح کا ہوتا ہے جس کے نسیجات لمبے اور مفصول (septate) ہوتے ہیں۔ قبابوک بذور اور عدیم الجنس بذور ساقطہ (conidia) پرانی کاشتوں میں بنتے ہیں۔

امراضیات - ضرات کی ماہیت اریکی سلعی ہوتی ہے اور یہ چھوٹے چھوٹے گرہچوں کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں جن میں بعد میں تخرّ، تجبّن، تکون اخراج تکہف، لیفیت اور تکلس تک بھی واقع ہو جاتا ہے۔ نسیجاتی تصویر بعض اوقات

درمنہ سے قریبی مشابہت رکھتی ہے ۔

علامات - یہ مرض مقامی ادمی ضررات کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے جس میں کبھی نظامی اثرات پائے جاتے ہیں اور کبھی نہیں ۔ جلدی اور زیر جلدی ضررات ادمہ کے کریچی قروح یا گہرے خراجات، صمغی سلعات یا حلیمے سلعات پر مشتمل ہوتے ہیں ۔ گردن کے اور فوق ترقوی خطہ کے سطحی غدد لمف بعض او قات کلانی یافتہ ہو کر جلد سے منضم ہو جاتے ہیں اور شکستہ ہو کر متقرح ہو جاتے ہیں ۔ پھیپھڑے بھی اکثر ماؤف ہو جاتے ہیں ۔ حاد اولی اقسام کی ابتدا سردی کے احساس، تپ، درد سر اور ہڈیوں جوڑوں اور سینہ کے درد سے ہوتی ہے ۔ کھانسی بھی پیدا ہو جاتی ہے لیکن صادق نفث الدم اولی اصابات مزمن ذو نادر ہی پایا جاتا ہے ۔ طبیعی امارات وہی ہوتے ہیں جو ریوی مرض کے ہوتے ہیں اور تشخیص عموماً تدرن کی جاتی ہے ۔ یہ مرض عام طور پر چھ سے لیکر نو ہفتوں میں مہلک ثابت ہوتا ہے، لیکن اس قسم میں جو عظمی اور جلدی ضررات سے ثانوی طور پر پیدا ہوتی ہے مرض زیادہ مزمن ہوتا ہے ۔ نظامی سرایت میں کاکسی ڈی آئیڈیس دماغی نخاعی التہاب سحایا (coccidioides cerebro-spinal meningitis) بعض اوقات اختتامی حادثہ ہوتا ہے اور ان کے اولی طور پر ماؤف ہونے کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے گو یہ زیادہ شاذ ہے ۔ دماغی نخاعی سیال کا دباؤ بڑھ جاتا ہے، اور اس میں گلوبولن، بہت سے کثیر الاشکال نوات دار خلیات ابیض اور کاکسی ڈی آئیڈیس امیلس موجود ہوتے ہیں ۔ عمومی سرایت میں کاکسی ڈی آئیڈیس سے ہڈیاں اور جوڑ عموماً ماؤف ہو جاتے ہیں اور اس کے ساتھ جلدی ضررات عموماً پائے جاتے ہیں ۔ جوڑوں میں تموج پیدا کیا جا سکتا ہے، اور شگاف دینے پر بالائی کی طرح کی دموی پیپ پائی جاتی ہے جس میں کاکسی ڈی آئیڈیس امیلس ہوتا ہے ۔ بعض اوقات نتیجۃً ایک مستقل ناسور پیدا ہو جاتا ہے ۔ علاوہ ازیں نظامی کاکسی آئیڈیس میں بعض اوقات مشارب و حات سے ماؤف ہو جاتے ہیں ۔ خون میں ایک متوسط یا نمایاں تعدیل پسند کثرت خلیات ابیض پائی جاتی ہے اور اکثر ثانوی عدم دمویت موجود ہوتی ہے ۔

تشخیص - یہ مرض اپنے مظاہر کے لحاظ سے مختلف اشکال میں پایا جاتا ہے، اور یہ تدرن، آتشک، یاز، نہوضی فطریت (blastomycosis) مُبدری شوریت (sporothricosis) فطری سلعہ اور سرطانی سلعہ سے خلط ملط کیا جا سکتا ہے تشخیص بافتی تراشوں، پیپ کے آلودوں یا دماغی نخاعی سیال میں کاکسی ڈی آئیڈیس امیٹس کا مظاہرہ کرنے سے کی جاتی ہے تطعیم کردہ گنی پگ نظامی کاکسی ڈی آئیڈیس سے ہلاک ہوجاتے ہیں۔

انذار - یہ ایک لازمی طور پر مترقی مرض ہے اور چند ہفتوں سے لیکر کئی سال تک جاری رہتا ہے۔ اگر جدید علاج اوائل مرض ہی میں شروع کردیا جائے تو تحت الحاد اور مزمن اصابات روبہ اصلاح ہوجاتے ہیں، لیکن حاد اصابات میں موت چار سے لیکر چوبیس ہفتہ تک کے عرصہ میں ہمیشہ واقع ہوجاتی ہے۔

علاج - کولائیڈی تانبے کے درون عضلی اشرابات بہترین علاج معلوم ہوتے ہیں، اور یہ چار سے لیکر سات دن تک کے وقفوں پر کئے جاتے ہیں اور ان کے ساتھ کاکسی ڈی آئیڈین (coccidioidin) (جو کاکسی ڈی آئیڈیز امیٹس کے درون سموم اور برون سموم کا آمیزہ ہے) کے جلدی اشرابات بھی مریض کے مقامی اور نظامی تعامل کے لحاظ سے آٹھ سے لیکر چودہ دن کے وقفوں پر کئے جاتے ہیں (جیکبسن)۔ مقامی ضررات کے لئے کاربن ڈائی آکسائیڈ کی برف (carbon dioxide snow) جو بغیر دباؤ کے لگائی جاتی ہے بعض اوقات مفید ثابت ہوتی ہے، اور علاج کی عمومی تدابیر میں مغذی غذا، آرام، تازہ ہوا اور کاڈ لور آئل (جو کھلایا جاتا ہے) اور گلوکوس کا استعمال شامل ہیں، اور اگر ضرورت ہو تو ہر ۳ گرام شکر کے لئے ۱ اکائی انسولین کے اشرابات کئے جا سکتے ہیں۔ جراحی، لاشعاعوں، آئیوڈائیڈس اور ٹارٹار ایمیٹک کا بھی استعمال کیا جاچکا ہے لیکن ان کے نتائج مشتبہ ہیں۔

پیچ موئی امراض

(Spirochætal Diseases)

پیچ موئے (spirochæts) خرد عضویوں کا ایک اہم گروہ ہیں جن کی نباتاتی یا حیوانی ماہیت ابھی تک معلوم نہیں ہوئی۔ یہ متطول اور لچکدار عضویئے ہیں جن میں مرغولی حرکت دکھائی دیتی ہے اور اس کے علاوہ ان میں تمام جسم کی لہردار حرکت بھی پائی جاتی ہے۔ اور ان کے مظاہرہ کے لئے خاص تو شیدا یا تاریک زمینی تنویر کی ضرورت ہوتی ہے۔ جو قسمیں بافتوں میں رہتی ہیں مثلاً پیچ سلکیہ شحوبی (Treponema pallidum) ان کو بالیدگی کے لئے ناہوائی صورتِ حالات کی ضرورت ہوتی ہے، اور دموی پیچ موئے مثلاً پیچ سلکیہ متوالی (Treponema recurrentis) ہوا باش ہیں۔ نوگوشی نے تین جنسیں تسلیم کی ہیں، یعنی پیچ موید (Spirochæta) پیچ سلکیہ (Treponema) اور نحیف مرغولہ (Leptospira)۔ پیچ موئے آتشک، یاز، حمیٰ ناکسہ اور نحیف مرغولی مرض (leptospirosis) کے سببی عوامل ہیں، اور یہ ونسنٹ کے ذبحہ (Vincent's angina)، شعبتی پیچ موئی مرض (bronchial spirochætosis) اور مداریتی قرحہ میں ہمیشہ پائے جاتے ہیں۔ مرغولچے (spirilla) غیر لچکدار عضویئے ہیں، اور یہ صادق پیچ موئے نہیں اور اس لئے تپ گزش گربگی کو جو مرغولچہ صغیر (Spirillum minus) سے پیدا ہوتی ہے، صحیح معنوں میں اس باب میں شامل نہیں کیا جا سکتا۔

یاز

(YAWS)

(فرامبیسیا Framboesia، فرامبیسیا مداریتی Framboesia Tropica، پیان Pian)

بحثِ اسباب۔ یاز خاص کر ایک مداریتی مرض ہے، اور یہ مداریتی

ادرتحت مداربنی افریقہ، لنکا، برما، جنوبی آسام، ملایا، ہند چینی، جنوبی چین، فلپائن، اوشینیا اور جنوبی امریکہ کے شمالی حصے (جس میں برازیل اور جزائر غرب الہند بھی شامل ہیں) پایا جاتا ہے۔ ہندوستان میں بھی بعض منفرد مقامات موجود ہیں۔ یہ مرض تقریباً بلا استثنا تاریک جلد کی نسلوں کو عارض ہوتا ہے اور سن طفولیت کا مرض ہے۔ ہردو اصناف اثر پذیر ہیں۔ مسبب پیچ مویہ یعنی نازک پیچ سلکیہ (44) (Treponema pertenue) جو با فتوں پر جلد کی خراشیدگیوں میں سے حملہ آور ہوتا ہے پیچ سلکیہ آتشکی (T. pallidum) سے جو آتشک پیدا کرتا ہے ناقابل تمیز ہے لیکن بافتی پھیلاؤ کے لحاظ سے متمیز کیا جاسکتا ہے۔ بعض ارباب سند دونوں امراض کو متماثل قرار دیتے ہیں اور یاز کو دوسری نسلوں کا آتشک تصور کرتے ہیں، لیکن یاز بلحاظ اصل غیر زہراوی ہے، کبھی خلقی نہیں ہوتا، اور نہ تو اس سے اسقاط پیدا ہوتا ہے اور نہ اس سے احشاء اور مرکزی عصبی نظام ہی ماؤف ہوتے ہیں۔

امراضیات۔ اولی ضرر اور ثانوی بثور پیچ مویوں سے پیدا ہوتے ہیں جو برادمی طبقہ میں سکونت پذیر ہوتے ہیں۔ نسیجیاتی اعتبار سے ادمہ (corium) میں ادمی سرطلمہ کی زیر بالیدگی پائی جاتی ہے جس کے ساتھ خلیات لیفی، مصلی خلیات، لیفی نامصات (fibroblasts) موجود ہوتے ہیں۔ پیچ موئے ادمہ میں موجود نہیں ہوتے جیسا کہ یہ آتشک میں موجود ہوتے ہیں، اور عروق خون بھی ان سے ماؤف نہیں ہوتے۔

علامات۔ زمانۂ حضانت دو سے چار ہفتہ تک ہے، اور اس دوران میں خفیف سی تپ، عمومی سی درد اور معدی معوی خصائص موجود ہوتے ہیں۔ ابتدائی ضرر بڑا عضلاتی حلمی ہوتا ہے اور عموماً تنہا ہوتا ہے، اور متناظر غدد لمف بعض اوقات سخت اور الیم ہوتے ہیں۔ ثانوی مدارج میں متفرق تپ، دردسر، درد عظام جو رات کو زیادہ شدید ہوجاتا ہے اور وجع مفاصل (arthralgia) پایا جاتا ہے۔ طفح سرایت کے آٹھ سے لیکر سولہ ہفتہ بعد نمودار ہوتا ہے، اور اولی ضرر اس وقت بھی بعض اوقات موجود ہوتا ہے۔ پہلے جلد پر سے چھلکے اترتے ہیں،

اور پھر ابتدائی ضرر کے مشابہ چھوٹے چھوٹے بثور پیدا ہو جاتے ہیں جن کا قطر بڑھ کر اسٹی میٹر ہو جاتا ہے اور بعض اوقات یہ آپس میں مل جاتے ہیں اور اس طرح زیادہ بڑے تودے بن جاتے ہیں۔ بشرہ کے اوپر سے ادیمہ (cuticle) کے منقشر ہو جانے سے ایک خام اور رس بھری کی طرح کی سطح رہ جاتی ہے جس سے زردی مائل مصل کا ارتشاح ہوتا ہے اور اس کے خشک ہو جانے سے پپڑیاں بن جاتی ہیں جو آتشکی روپیا کے مشابہ ہوتی ہیں۔ انجام کار بثور خشک ہو کر مندمل ہو جاتے ہیں اور ان کی موجودگی کے نشانات بیش ملون یا کم ملون رقبہ جات کی شکل میں باقی رہ جاتے ہیں۔ بثور کی تقسیم متشاکل ہوتی ہے اور یہ چہرہ، گردن، بازوؤں، سرینوں اور اعضائے تناسل پر نمودار ہوتے ہیں اور ان سے تکلیف دہ کھجلی پیدا ہوتی ہے۔
ان کی فصلیں تین ماہ سے لیکر تین سال تک کے عرصہ میں یکے بعد دیگرے پیدا ہوتی رہتی ہیں جو ضررات ثلاثی یاز کے طویل المدت اصابات میں دیکھنے میں آتے ہیں وہ گرد عظمی التہاب، عظمی التہاب، وتری زلالی التہاب، مفصلی التہاب، حنک کے تقرح اور عظمی بوسیدگی پر مشتمل ہیں۔ عظمی ضررات بعض اوقات لمبی ہڈیوں، چہرہ، ہاتھ اور پاؤں پر اثر انداز ہوتے ہیں کبھی کبھی نبوج العظم (exostoses) اور گرد عظمی کریہہ بھی بن جاتے ہیں جو صمغی سلعات کے مشابہ ہوتے ہیں اور ملطف عظمی التہاب (rarefying osteitis) سے گاہے گاہے خود رو کسر واقع ہو جاتا ہے۔ آسٹریلیا کے اصلی باشندوں میں سیف نما قصبہ (sabre tibia) اور "بومیرانگ ٹانگ" ("boomerang" leg) کی حالت اکثر پیدا ہو جاتی ہے۔ سابقہ ضررات کے مقامات پر زیر جلدی ادیمی سلعات کے شکستہ ہو جانے سے اکثر مزمن قروح پیدا ہو جاتے ہیں، اور جو پاؤں کے تلووں پر ہوتے ہیں ان سے ایک دردخیز حالت پیدا ہو جاتی ہے جو مریض کو اپاہج بنا دیتی ہے، اور عکرن (clavus) یا کیکڑا یاز (crab yaws) کے ناموں سے موسوم ہے۔
گنگوسا (gangosa) گونڈو (goundou) اور نیز مفصلی کریہہ عموماً یاز کے عواقب تصور کئے جاتے ہیں، اور یہاں ان کا ذکر کر دینا بھی مناسب ہوگا۔
گونڈو (Goundou)۔ یہ عارضہ افریقہ کے مغربی ساحل اور

وسطی افریقہ اور سراواک اور جنوبی امریکہ میں پایا جاتا ہے۔ یہ اصلی باشندوں میں بچوں اور بالغوں دونوں پر حملہ آور ہوتا ہے، اور کتف فوقانی کے انفی زوائد کے بیش پرورشی عظمی التہاب کی شکل میں پیدا ہوتا ہے۔ ابتدا میں جو علامات پیدا ہوتے ہیں وہ یہ ہیں مستمر دردِ سر، دردِ عظام جو رات کو شدید ہو جاتا ہے، اور قیحی انفی مواد جو اکثر خفیف سا خون آلود ہوتا ہے۔ بعدازاں یہ خصائص غائب ہو جاتے ہیں اور بیضوی، دوجانبی، انفی اورام پیدا ہو جاتے ہیں جو بعض اوقات مرغی کے انڈے کے برابر بڑے ہو جاتے ہیں۔ ناک میں سدودی اور ابصار میں خلل بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ کھوپری، فوقانی اور تحتانی فک، ترقوہ اور دوسری ہڈیاں بھی اسی طرح ماؤف ہو سکتی ہیں۔ اس عارضہ کو آتشکی عظمی التہاب، عظمی شیر چہرگی (leontiasis ossea) اور کبر الجوارح (acromegaly) سے تمیز کرنا چاہئے۔ سالورسین کے اشرابات دینے چاہئیں اور متاخر مدارج میں ضبوج ہڈی (exostosed bone) کو جراحی سے الگ کر دینا چاہئے۔

گنگوسا (Gangosa) ۔ یہ ایک متقرح انفی بلعومی التہاب ہے جس سے حنک، انفی فاصل، اور ناک تباہ ہو جاتی ہے اور اوپر کا لب علی حالہ باقی رہتا ہے۔ یہ مرض جزائر غرب الہند، فجی، برطانوی گائنا، اور وسطی اور مغربی اور مشرقی افریقہ میں پایا جاتا ہے، اور اصلی باشندوں میں یہ بچوں اور بالغوں دونوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ شدید درد پیدا ہوتا ہے، ناک سے مواد بہنے لگتا ہے اور سانس بدبودار ہو جاتی ہے، اور شدید اصابات میں آواز بھی متاثر ہو جاتی ہے۔ انجام کار آنکھیں اور دمعی قناتیں بھی ماؤف ہو سکتی ہیں اور چہرہ کا بہت سا حصہ تباہ ہو جاتا ہے۔ آتشک، جذام اور لاحرکی جلدی لیشمانیت پر بعض اوقات گنگوسا کا مغالطہ ہو سکتا ہے۔ اس کا مرض مزمن ہے، اور اس سے موت عفونت یا لغوخی ذات الریہ (insufflation pneumonia) سے واقع ہوتی ہے۔ ابتدائی مدارج میں سالورسین کے اشرابات دینے چاہئیں، اور بعد کے مدارج میں تکوینی عملیہ جات انجام دئے جائیں لیکن مدارین میں جو صورتِ حالات پائی جاتی ہے اس میں شاذ و نادر ہی ایسا

1032

کیا جا سکتا ہے۔

نزد مفصلی گریبب (Juxta-Articular Nodes) ۔ یہ متعدد بیضوی گرد مفصلی گرہیچے ہیں جو افریقہ کے استوائی حصہ اور مغربی ساحل، جاوا اور سیام میں اصلی باشندوں کے بچوں میں پائے جاتے ہیں۔ خردبینی تراشوں پر عدیم العروق لیفیت دار بافت دکھائی دیتی ہے جس میں ایسے رقبہ جات موجود ہیں جن میں کثیر الاشکال نواتی دروریزش اور تنخر پایا جاتا ہے۔ یہ سلعات جوڑوں کے اور خاص کر گھٹنے اور کہنی کے قرب و جوار میں واقع ہوتے ہیں اور جس کرنے پر یہ سخت محسوس ہوتے ہیں اور ان میں درد نہیں ہوتا۔ کبھی یہ خود بخود غائب ہوجاتے ہیں، اور کبھی ان کی جسامت میں کوئی کمی بیشی نہیں ہوتی، اور کبھی یہ بتدریج بڑھتے ہوئے مرغی کے انڈے کے برابر بڑے ہوجاتے ہیں یا اول اول جلد ان پر آزادی سے حرکت پذیر ہوتی ہے اور بعد میں یہ منضم ہوجاتی ہے لیکن اس میں خستگی یا تقرح یا تقیح کبھی پیدا نہیں ہوتا۔ آتشک میں اسی قسم کے ضررات پیدا ہوسکتے ہیں اور تفریقی تشخیص رثیتی اور آتشکی گریبچوں اور خارفونبیتی سلعات (onchocerca tumours) سے کی جاتی ہے۔ آخر الذکر نرم اور نیم متموج ہوتے ہیں اور سوئی سے ایسے سیال کا امتصاص کیا جا سکتا ہے جس میں فلاریائی مضغے موجود ہوتے ہیں۔ حیوی معائنہ (biopsy) سے بھی تشخیص کی توثیق ہوتی ہے۔

تشخیص ۔ واسرمین کے تعامل سے یاز کو آتشک سے تمیز کرنے میں مدد نہیں ملتی کیونکہ یہ ان دونوں امراض میں مثبت ہوتا ہے لیکن یاز کے گریبچوں سے نازک پیچ سلکیہ (T. pertenue) کی آسانی سے تفرید کی جا سکتی ہے اولی تناسلی اکولہ کی عدم موجودگی سے بھی کوئی قطعی فیصلہ نہیں ہوسکتا، کیونکہ آتشک زدہ عورتوں میں اکولے (chancres) اکثر نہیں پائے جاتے اور خلقی آتشک میں یہ ہمیشہ غائب ہوتے ہیں۔ رثلاثی یاز کو آتشک سے تمیز کرنے میں، احشا، عروق اور اعصاب کے ماؤف نہ ہونے اور سالورسین کے علاج سے جلد فائدہ ہونے سے مدد ملتی ہے۔ جذام، درنہ، ادمی نہوضی فطریت (dermal blastomycosis) اور جلدی لیشمانیت سے بعض اوقات ایسے ضررات پیدا ہوتے ہیں جن کو یاز کے

ضررات سے تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔
انذار ۔ یاز شاذ و نادر ہی مہلک ثابت ہوتا ہے، اور اگر اس کا علاج نہ کیا جائے تو اس کا مرض طویل ہوتا ہے، لیکن جدید نوعی علاج سے جلد فائدہ ہو جاتا ہے۔
تحریز ۔ تفریباً قابل عمل ہے، اور حفظ ما تقدم کے جو طریقے سب سے زیادہ قابل عمل ہیں وہ یہ ہیں کہ زخموں اور خراشیدگیوں کو محفوظ رکھا جائے اور نوعی علاج بڑے پیمانے پر کیا جائے۔
علاج ۔ سم الفار (arsenic) اور بسمتھ کے بعض نامیاتی املاح اس مرض کے لئے شافی اثر رکھتے ہیں۔ پوٹاشیم آیوڈائیڈ سے بعض اوقات فائدہ ہوتا ہے، لیکن پارے کا استعمال بے سود ہے۔ نووارسینوبلان (novarsenobillon) سے، جو بالغوں کو ۶ء۰ تا ۹ء۰ گرام مقدادات میں اور بچوں کو عمر کے لحاظ سے کم مقدادات میں درون وریدی طریقہ سے دیا جاتا ہے، نہایت عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ یہ دوا درون عضلی طریقہ سے بھی دی جا سکتی ہے۔ ایک ہی اشراب سے تمام سریری علامات غائب ہو جاتے ہیں لیکن چھ یا زائد اشرابات کا نصاب مناسب ہوتا ہے تاکہ مرض عود نہ کرے۔ بسمتھ کے املاح بہت موثر ہیں اور اصلی باشندوں کا بڑے پیمانہ پر علاج کرنے کے لئے بہت ارزاں بھی ہیں۔ سوڈیم پوٹاشیم بسمتھ ٹارٹریٹ تازہ طیار کئے ہوئے اور جوش دئے ہوئے محلول میں ایک بالغ کو درون عضلی طریقے سے ۱ء۰ گرام سے لیکر ۳ء۰ گرام تک کے مقدادات میں ہر ہفتہ دیا جا سکتا ہے۔ بچے اس دوا کو بالغوں کی نسبت زیادہ اچھی طرح سے برداشت کرتے ہیں لیکن التہاب دہن ایک بہت ناگوار پیچیدگی ہے۔ بسمتھ کی دوسری تجہیزات، جن میں سوڈیم بسمتھ ٹارٹریٹ، بسمتھ سیلی سیلیٹ، ڈرمیٹال (dermatol) اور ہیلسال (halsol) شامل ہیں، استعمال کی جا چکی ہیں اور ان کے نتائج اطمینان بخش ثابت ہوئے ہیں لیکن ان سے مستقل شفا حاصل ہونے کے متعلق جو معلومات ابھی تک حاصل ہوئی ہیں وہ کم ہیں۔

حُمّیٰ ناکسہ (Relapsing Fever) - اس مرض کے دو اہم اقسام ہیں انمیں سے ایک جسم اور سر کی جوں سے منتقل ہوتا ہے اور دوسرا آرگسی قرادات (argasine ticks) سے - اس تپ کی جو انواع جوں سے منتقل ہوتی ہیں وہ یہ ہیں - فرنگستانی حمیٰ ناکسہ جو پیچ سلکیہ راجعہ (Treponema recurrentis) سے پیدا ہوتا ہے جس کا انکشاف اوبر مائیر (Obermeier) نے برلن میں ۱۸۶۸ء میں کیا تھا، شمالی افریقی حمیٰ ناکسہ جو پیچ سلکیہ بربری (T. berberum) سے پیدا ہوتا ہے، ہندوستانی یا ایشیائی حمیٰ ناکسہ جو پیچ سلکیہ کارٹیرائی (T. carteri) سے پیدا ہوتا ہے اور شمالی امریکی حمیٰ ناکسہ جو پیچ سلکیہ نووی آئی (T. novyi) سے منسوب کیا جاتا ہے۔

جو انواع آرگسی قرادات سے منتقل ہوتی ہیں ان میں جو تپیں شامل ہیں وہ یہ ہیں: وسطی افریقی حمیٰ قرادیہ (tick fever) جو ڈٹن کے پیچ سلکیہ (T. Duttoni) سے پیدا ہوتا ہے اور قراد الطیور (Ornithodorus moubata) سے منتقل ہوتا ہے، سمالی لینڈ کا حمیٰ قرادیہ جو قراد وحشی (Ornithodorus savignyi) سے منتقل ہوتا ہے، ایرانی اور شمال مغربی ہندوستانی حمیٰ ناکسہ جو پیچ سلکیہ ایرانی (T. persicum) سے پیدا ہوتا ہے، اور قرادِ تولوزینائی (O. tholozani) یا قرادِ لاہوری (O. lahorensis) سے منتقل ہوتا ہے،

1033

سپینی حمیٰ ناکسہ پیچ سلکیہ ھسپانوی (T. hispanicum) سے منسوب کیا جاتا ہے اور قرادِ مراکشی (O. moraccanus) سے منتقل ہوتا ہے، وسطی امریکی حمیٰ ناکسہ پیچ سلکیہ ونزویلائی (T. venezuelense) اور قرادِ ونزویلائی (O. venezuelensis) سے منتقل ہوتا ہے، اور پناما کا حمیٰ ناکسہ پیچ سلکیہ جدیدہ مداریئی (T. neotropicalie) سے پیدا ہوتا ہے اور قرادِ تلاجی (O. talaje) سے منتقل ہوتا ہے۔

حمیٰ ناکسہ قملی

(LOUSE RELAPSING FEVER)

زمرض پیچ مونی: Spirochætosis، تپ راجعہ

Febris Recurrens: تپ گھولیچی، Spirellum Fever

(Famine Fever: تپ قحط سالی)

یہ ایک حموی مرض ہے جو تپ کے ایک یا دو حملوں سے ممیز ہے اور پیچ مویہ پیچ سلکیہ راجعہ (Treponema recurrentis) سے پیدا ہوتا ہے اور جوؤں سے منتقل ہوتا ہے۔

بحث اسباب - یہ مرض بعض علاقوں میں مقامی ہے لیکن کبھی کبھی ٹائیفس کی طرح وسیع رقبہ جات میں وبا کی شکل میں بھی نمودار ہوتا ہے اور قحط اور جنگ کے دوران میں یہ خاص طور پر کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ بالغ مردوں پر یہ اکثر حملہ آور ہوتا ہے لیکن عورتیں اور بچے بھی اس سے بیمار ہو جاتے ہیں۔ میکی (Mackie) (45) نے یہ خیال پیش کیا تھا کہ اس کا بردہ جسم کی جوں ہے، اور بعد میں نوجنٹ (Nugent)، فولی (Foley) اور نکولی (Nicolle) نے اس کے منتقل ہونے کی تفصیلات دریافت کیں۔ جب جوں سرایت زدہ خون سے غذا حاصل کرتی ہے تو ماخوذ پیچ موئے جلد غائب ہو جاتے ہیں اور چند دنوں کے بعد سیلومی سیال میں پھر ظاہر ہو جاتے ہیں، اور اس کے بعد جوں میں تمام عمر کے لئے سرایت پہنچانے کی قوت باقی رہتی ہے۔ اس قسم کی جوؤں کو مسل کر مار دینے سے پیچ موئے آزاد ہو جاتے ہیں اور یہ کھرونچوں میں سے یا ان مقامات میں سے جہاں جوؤں نے کاٹا ہو داخل ہو جاتے ہیں۔

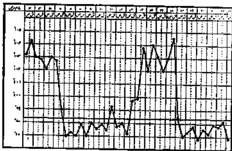
امراضیات - یرقان قلیل الوقوع نہیں، اور جلد میں بعض اوقات نمشی نزفات بھی پائے جاتے ہیں۔ طحال کلانی یافتہ، نرم اور ممتلی ہوتی ہے، اور اس میں اکثر انعقام (infarction) موجود ہوتا ہے۔ جگر بھی کلانی یافتہ اور جوش دموی ہوتا ہے اور گردوں اور قلب میں ورم سحابی اور شحمی انحطاط پایا جاتا

ہے۔ جگر، طحال اور دوسرے اعضا کے درحلمی خلیات میں خردبین سے پیچ مویوں کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔

علامات۔ زمانۂ حضانت پانچ سے لیکر سات دن تک ہے، اور اس کے حدود دو سے لیکر بارہ دن تک ہیں۔ ابتدا فوری ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ قشعریرہ، جبہی درد اور جوارح اور کمر میں شدید درد پایا جاتا ہے، اور تپش جلد ۱۰۳°ف سے لیکر ۱۰۵°ف تک بلند ہوجاتی ہے۔ عدم اشتہا، متلی، قے اور قبض پایا جاتا ہے، اور نور ترسی بھی عموماً موجود ہوتی ہے۔ بچوں میں تشنجات بھی پیدا ہوجاتے ہیں، اور بعض وباؤں کا خاصہ رعاف ہوتا ہے۔ چہرہ سرخ ہوتا ہے اور ملتحمات ممتلی اور حدقات منقبض ہوتے ہیں۔ زبان خشک ہوتی ہے، ابرق میل کی تہ ہوتی ہے اور گاہے گاہے یرقان بھی پائی جاتی ہے۔ طحال طلائی یا اور الیم ہوتی ہے اور جگر کی بھی عموماً یہی حالت ہوتی ہے۔ شعبی التہاب اور اتساعِ قلب قلیل الوقوع نہیں۔ تقریباً دس فی صدی اصابات میں خاصکر گردن اور کندھوں پر ایک عنبلی طفح نمودار ہوتا ہے اور بعض اوقات تشنجات تک بھی نوبت پہنچ جاتی ہے۔

پیچ خیطیے (spironemas) جو رومانوسکی (Romanowsky) کے توشیحات سے بآسانی ملون ہوجاتے ہیں تپ کی ابتدا پر خون کے آلودوں میں کم تعداد میں پائے جاتے ہیں، لیکن بحران سے چوبیس گھنٹے پہلے تک ان کی تعداد بڑھتی جاتی ہے اور اس کے بعد یہ پھر غائب ہوجاتے ہیں اگر حملوں کے دوران میں خون لیا جائے اور اس کا اشراب سفید چوہیوں اور گنی پگوں میں کیا جائے تو پیچ خیطیے چوبیس گھنٹوں میں نمودار ہوجاتے ہیں۔ ارتفاعِ تپش میں تعدیل پسند کثرتِ خلیاتِ ابیض موجود ہوتی ہے اور غیر حموی زمانہ میں قلتِ خلیاتِ ابیض پائی جاتی ہے۔ "انضمامی" کشف ("adhesion" test) بعض اوقات مثبت ہوتا ہے، اور اس کا انحصار اس امر پر ہے کہ مریض مصل میں پیچ خیطیوں اور صحیفوں کے جھنڈ بن جاتے ہیں اور طبعی مصل میں ایسا نہیں ہوتا۔ پیشاب کی مقدار کم ہوجاتی ہے اور اس میں بعض اوقات

پیچ فیلے موجود ہوتے ہیں۔ اس میں البیومن بھی موجود ہوتی ہے' اور رشد ابصابات میں ذرات دار اور زجاجی سبائک بھی پائے جاتے ہیں۔ اولی تپ عام طور پر تقریباً ایک ہفتہ تک رہتی ہے' لیکن بعض اوقات یہ صرف تین دن تک ہی رہتی ہے اور بعض اوقات اس کی مدت بڑھ کر بارہ دن بھی ہوجاتی ہے۔ اس کا اختتام بحران سے ہوتا ہے جس کے ساتھ پسینہ آتا ہے' تپش تحت الطبعی ہوجاتی ہے اور کبھی کبھی ہبوط مع فشلِ قلب وعروق بھی واقع ہوجاتا ہے۔ نکسات ہمیشہ واقع نہیں ہوتے' لیکن تپ کا دوسرا حملہ عموماً تیرھویں یا چودھویں دن واقع ہوتا ہے اور قاعدۃً اتنا طویل نہیں ہوتا جتنا کہ ابتدائی تپ کا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۸' صفحہ 1084)۔ تیسرا نکس عموماً واقع نہیں ہوتا اور چوتھا نادرالوقوع ہے۔



شکل ۹۸ - حمی ناکسہ میں تپش۔

پیچیدگیاں التہاب نکفیہ' یرقان' شعبتی التہاب' شعبتی ریوی التہاب' کلوی التہاب' فشلِ قلب اور طحال کے انشقاق پر مشتمل ہیں۔ جن وباؤں میں قان کثیر الوقوع ہوتا ہے ان میں قے الدم اور بول الدم بھی پائے جاتے ہیں۔

تشخیص - طریقۂ ابتدا' نقشۂ تپش کی نوعیت اور کبرِ طحال سے تشخیص کی طرف

اشارہ ملتا ہے اور اس کی توثیق خون کے آلودوں میں پیچ خیلیوں کا مظاہرہ کرنے سے بآسانی کی جاسکتی ہے۔ جن اصابات میں نکسات واقع نہیں ہوتے ان میں اس مرض کو انفلوئنزا، ڈینگو، ملیریا، ٹائیفس اور محرقہ تپ سے تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، اور جن میں یرقان کا بھی اضافہ ہوگیا ہو ان میں یہ مرض تپ زرد اور مرض وائیل (Weil's disease) سے الگ کیا جاتا ہے۔

انذار۔ مختلف وباؤں کی شرح اموات میں معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے اور یہ اوسطاً ۱۰ تا ۱۵ فیصدی ہے۔ معمر اور کمزور اشخاص میں یہ مرض خاص کر مہلک ثابت ہوتا ہے اور قحط کے زمانوں میں اس کی تباہ کاری نہایت شدید ہوتی ہے۔

تحریز۔ اس کے اصول وہی ہیں جن کی طرف ٹائیفس میں اشارہ کیا گیا ہے، اور یہ جوؤں کی تباہی اور مریضوں کی علیحدگی وغیرہ پر مشتمل ہیں۔

علاج۔ یہ ضروری ہے کہ بستر میں مکمل آرام کیا جائے، احتیاط سے تیمارداری کی جائے، غذا ہلکی ہو اور سیالات بافراط دیئے جائیں۔ نوارسینوبنزال (novarsenobenzol) (۰٫۶ گرام) اور نیوسالورسین (neosalvarsan) (۰٫۴ گرام) کے دروں وریدی انثرابات سے جو ۱۰ مکعب سنٹی میٹر کشید کئے ہوئے پانی میں بنائے ہوئے ہوں شفا ہوجاتی ہے۔

حمّٰی ناکسہ قرادی

(TICK RELAPSING FEVER)

یہ ایک مرض ہے جس میں تپ کے حملے بار بار ہوتے ہیں اور یہ ڈٹن کے پیچ سلکیہ (Treponema duttoni) سے پیدا ہوتا ہے، اور یہ پیچ موئے بعض آرگسی قرادات اور خاص کر ارنیتھوڈورس موباٹا (Ornithodorus moubata) سے منتقل ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ اس مرض کا ذکر سب سے پہلے کرسٹی (Christy) نے مشرقی افریقہ میں کیا تھا۔ بعد میں راس (Ross) اور ملنے (Milne) (46) نے خون میں پیچ مویوں کا مظاہرہ کیا، اور بعد کے سال میں ڈٹن (Dutton) اور

ٹاڈ (Todd) نے یہ ثابت کیا کہ یہ مرض قراد الطیور سے منتقل ہوتا ہے اینتوائی افریقہ میں یہ مرض بعض گھروں اور کیمپوں کے مقامات تک محدود ہے جن میں قرادات پائے جاتے ہیں ' اور جب یہ ایک مرتبہ سرایت زدہ ہو جاتے ہیں تو عمر بھر ایسے رہتے ہیں اور اپنی نسل کو بھی سرایت منتقل کر دیتے ہیں ۔ سرایت زدہ مفصل پائے جو زمین پر اور دیواروں اور فرش کی درزوں میں رہتے ہیں عام طور پر رات کو باہر نکلتے ہیں اور سوتے ہوئے شخص کو کاٹتے ہیں ۔ پیچ نیپلیے ریقی غدد' نوضی سیال (coxal fluid) اور مبرزی برازی مادہ میں موجود ہوتے ہیں' اور آدمی کو مرض انہی ماخذ سے عارض ہوتا ہے ۔

امراضیات ۔ مرضی تشریح حمّیٰ ناکسہ قملی کے مشابہ ہے' لیکن جبل' دماغ اور قرحیہ کے التہابی تغیرات ڈٹن کے پیچ سلکیہ کے زیادہ ممیز خواص ہیں ۔

علامات ۔ سریری تصویر وہی ہے جو حمّیٰ ناکسہ قملی کی ہے گرتپ کے حملے زیادہ شدید اور قلیل المدت ہوتے ہیں ۔ نکسات کی اوسط تعداد پانچ یا چھ ہے' لیکن یہ بارہ تک بھی ہو سکتے ہیں ۔ علاوہ ازیں غیر حموی زمانہ بھی زیادہ طویل ہوتا ہے ۔ جوؤں سے پیدا شدہ حمّیٰ ناکسہ کی نسبت اس تپ میں اسہال' التہاب قرحیہ' تشنجی شلل' وجہی عصبی التہاب' اور دوسرے شللاتِ اعصاب زیادہ کثرت سے دیکھنے میں آتے ہیں ۔

تشخیص ۔ اس میں کوئی دقت پیش نہیں آتی اگرچہ پیچ مویوں کی تعداد کم ہوتی ہے اور اس لئے خون کے آلودوں میں ان کا مظاہرہ کرنا زیادہ مشکل ہوتا ہے ۔ معمل کے حیوانات خون کی تطعیم سے آسانی سرایت زدہ ہو جاتے ہیں ۔

انذار ۔ شرح اموات تقریباً ۵ فی صدی ہے ۔

تحریز ۔ کیمپ گاہوں کا اور سرایت زدہ گھروں کا ازالہ سرایت کیا جائے اور سرایت زدہ مقامات سے احتراز کیا جائے ۔ قرادات کو مٹی کے یا تارپین کے تیل کے مقامی استعمال سے الگ کیا جاتا ہے' اور کاٹنے کے مقام پر خالص کاربالک کا ایک قطرہ لگا دیا جاتا ہے ۔

1035

علاج ۔ یہ اسی علاج کا متماثل ہے جس کا خاکہ حمّٰی ناکسہ قملی میں کھینچا گیا ہے۔

نحیف مرغولی مرض (Leptospirosis) تپ کی مختلف قسموں کا نام ہے جو نحیف مرغولہ جات (leptospiræ) سے پیدا ہوتی ہیں اور یہ مرغولہ جات قوارض کے گردوں میں رہتے ہیں اور پیشاب میں خارج ہوتے ہیں۔ اس طرح یہ پانی اور فطری مخاط (fungal slime) کو ملوث کر دیتے ہیں اور انسان عموماً انہی ماخذ سے سرایت زدہ ہوتے ہیں۔ ان عضویوں میں سے سب سے زیادہ مشہور منزاف یرقانی نحیف مرغولہ (Leptospira icterohæ-morrhagiæ) ہے جس سے وائیل (Weil) کا معروف مرض پیدا ہوتا ہے لیکن بہت سے ممالک میں ایک سے زیادہ مصلیاتی قسموں کی تفریدکی گئی ہے جو بلحاظ التزاق معروف "وائیلی" نسل سے مختلف ہیں (47)۔ چنانچہ تین یا چار نسلوں کی تفرید جاپان اور سماٹرا دونوں ممالک میں کی گئی ہے اور پانچ نسلیں ملایا میں اور دو جزائر انڈیمان میں ہندوستانی قیدیوں میں مرض وائیل کے پھیلنے کے دوران میں علٰحدہ کی گئی ہیں۔ جزائر انڈیمان میں جو نسل سب سے زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے وہ ولندیزی جزائر شرق الہند کی "رشمیت" ("Rachmat") اور "ڈیلی" اے ("Deli"A) کے متماثل معلوم ہوتی ہے۔

نحیف مرغولۂ تپ ہفت روزہ (L. hebdomadis) سے جو میدانی چوہیوں میں پایا جاتا ہے جاپان میں سات روز کی تپ پیدا ہوتی ہے اور سماٹرا، پاناما اور جاپان سے بھی ایک پیچ مویہ کی اطلاع آئی ہے جو باعتبار مصلیات اس کا متماثل ہے۔ یورپ میں تین قسمیں پائی جاتی ہیں، نزف یرقانی نحیف مرغولہ (Leptospira icterohæmorrhagiæ) (معروف "وائیلی" نسل) جس سے انسان اور کتوں میں پیچ مویٔ یرقان پیدا ہوتا ہے، انفلوئنزی محرقی نحیف مرغولہ (L. grippotyphosa) جس سے تپ دلدلی پیدا ہوتا ہے اور جس کے ممیز خصائص سات دن کی تپ اور ایک اختلاف پذیر طفح ہیں، لیکن یرقان نہیں ہوتا، اور کلبی نحیف مرغولہ

(L. canicola) جو کلبی حیوانات کا ایک نوعی مرض ہے اور انسان کو سرایت زدہ کرسکتا ہے ۔

مرضِ وائیل

(WEIL'S DISEASE)

پیچ مونی یرقان (Spirochætal Jaundice)' نزف
یرقانی پیچ مونی مرض -Spirochætosis Ictero}
(hæmorrhagica غیف مرغولی مرض (Leptospirosis)'
سرایتی یرقان (Infective Jaundice) -

یہ ایک حموی مرض ہے جس کی ابتدا فوری ہوتی ہے' اور اس میں بعض اوقات یرقان پایا جاتا ہے جو چوتھے دن سے لیکر چھٹے دن تک کے عرصہ میں نمودار ہوتا ہے ۔



شکل ۹۹ ۔ ا ۔ نزف یرقانی نحیف مرغولہ (- L. icterohæ morrhagiæ) تطعیم کردہ گنی پگ کے خون سے ۔
ب' ج ۔ نزف یرقانی نحیف مرغولہ انسانی خون سے' مرض کے دوسرے دن یرقان کے نمودار ہونے سے پہلے ۔
د ۔ شحوبی پیچ سلکیہ (Treponema Pallidum) (اوپر کی شکل) اور انعطافی پیچ سلکیہ (Treponema refringens) (نیچے کی شکل) اولی آتشکی قرحہ سے ۔ جسامت ۲,۵۰۰ ۔ (آے ۔ سی ۔ کولس (A. C. Coles:) کے مطابق) ۔

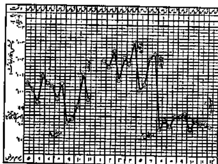
مسبب عضویہ نزفیّ قانی تحیف مرغولہ (L. icterohæmorrhagica)
جس کا انکشاف آئینیڈو (Inado) اور ایڈو (Ido) نے جاپان میں ۱۹۱۵ء
میں کیا تھا (شکل ۹۹)۔ ان تمام ممالک میں جن میں باقاعدہ تحقیقات کی گئی ہے
چوہوں کے گردوں میں پایا جاتا ہے، اور سرایت اسی ماخذ سے پیدا ہوتی ہے۔
نحیف مرغولے ان نہروں اور دریاؤں میں داخل ہو جاتے ہیں جن پر چوہے رہتے
ہیں اور یہ یا تو نہانے کے دوران میں یا غوطے کھانے کے حادثات میں غشائے
مخاطی میں سے داخل ہو جاتے ہیں یا خراشیدہ جلد میں سے گھس جاتے ہیں۔
نہروں میں کام کرنے والوں یا ملاحوں میں یہ مرض قلیل الوقوع نہیں۔ یہ مرض مصر
اور ہالینڈ کی طرح کے ممالک میں عام ہے جہاں نہریں کثرت سے ہیں، اور
جاپان میں بھی یہ ان خطوں میں پایا جاتا ہے جہاں دریا اور دلدلیں ہیں، لیکن یہ
ان مقامات میں نہیں پایا جاتا جو بلند اور خشک ہیں۔ علاوہ ازیں نحیف مرغولے
اس فطری مخاط (fungal slime) پر پرورش پاتے ہیں جو کوئلے کی کانوں کی
دیواروں، گندموریوں، بدرروؤں اور کھلیوں اور مچھلی کی دوکانوں کے فرشوں
پایا جاتا ہے، جہاں چوہے میلا کھانے کے لئے جمع ہوتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ وائیل
کا مرض پیشہ وروں میں مثلاً کوئلے کی کان کھودنے والوں (48)، گندموریاں
بنانے والوں (49)، بدررؤں میں صاف کرنے والوں، مچھلی کے سلسلہ میں کام
کرنے والوں، بید کاٹنے والوں اور اسی قسم کے دوسرے پیشہ وروں میں پایا جاتا
ہے، اور نحیف مرغولے خراشیدہ جلد میں سے داخل ہوتے ہیں۔ جنگ عظیم
کے دوران میں ایسی گیلی خندقیں جن میں چوہے رہتے تھے اس سرایت کا بہت بڑا
ماخذ ثابت ہوئیں۔

1056

اعراضیات۔ یرقان کے مختلف مدارج موجود ہوتے ہیں، اور جلد، غشائے مخاطی
اور مصلی غشاؤں اور احشاء میں نمشی نزفات دیکھنے میں آتے ہیں۔ جگر کلانی یافتہ
اور صفرا سے طون ہوتا ہے، اور نسیجیاتی امتحان کرنے پر کبدی خلیات میں
شحمی انحطاط یا تنخر پایا جاتا ہے، اور انتہائی مثالوں میں بعض اوقات ایک ایسی
حالت پیدا ہو جاتی ہے جو حاد زرد ذبول کی متجانس ہے۔ گردے متورم اور

یرقان زدہ ہوتے ہیں، اور تلفیف یافتہ انبوبی مرحلہ میں ایک وسیع الخطا طیا پایا جاتا ہے، اور اس کے درونوں میں بعض اوقات صفرا اور دموی سیالیک موجود ہوتے ہیں۔ طحال ممتلی ہوتی ہے اگرچہ یہ لازمی طور پر کلانی یافتہ نہیں ہوتی عضلہ قلب زردی مائل اور پلپلا ہوتا ہے اور دروں قلب صفرا سے ملون ہوتا ہے۔

علامات ۔ زمانۂ حضانت چھ سے بارہ دن تک ہے۔ ابتدا فوری ہوتی ہے اور اس کے ساتھ قشعریرے، دردِ سر، قے، سوزشِ حلق، جوڑوں کا درد



شکل ۱۰۰۔ یہ نقشہ تپش گندموری میں کام کرنے والے لندن کے دو مزدوروں کے ہیں جن کی موت وائیل کے مرض سے واقع ہوئی تھی۔

اور عضلات میں شدید درد اور الیمیت پائی جاتی ہے۔ مریض پر مکمل انبطاح کی حالت طاری ہو جاتی ہے، خون کا دباؤ کم ہو جاتا ہے، زبان فرودار ہو جاتی ہے، چہرہ متورد ہو جاتا ہے اور ملتحمات اور حلق ممتلی ہو جاتے ہیں۔ تپش بڑھتی جاتی ہے، اور یہ عموماً چار یا پانچ دن تک ۱۰۲° ف اور ۱۰۴° ف کے درمیان کم و بیش ہوتی رہتی ہے، اور اس کے بعد یہ تحلل (lysis) سے گر جاتی ہے اور شاذ و نادر

بحران (crysis) بھی واقع ہوتا ہے۔ تپش عام طور پر سات سے لیکر چودہ دن تک کے عرصہ میں طبعی ہوجاتی ہے۔ یرقان جو بعض اوقات بہت شدید ہوتا ہے تقریباً پانچویں دن نمودار ہوتا ہے' لیکن کبھی کبھی یہ جلد ہی یعنی دوسرے دن ہی' اور کبھی دیر سے یعنی ساتویں دن بھی رونما ہوتا ہے۔ جس حالت میں تسدد مکمل ہوتا ہے اس میں اجابتوں کی رنگت ہلکی بھوری ہوتی ہے اور گاہے گاہے یہ چکنی مٹی کے رنگ کی بھی ہوتی ہیں۔ بیشتر بائیلی روبن دمویت موجود ہوتی ہے' اور وان ڈنبرگ کے کاشف سے دو ہیئتی (biphasic) یا آجل بلاواسطہ تعامل (delayed direct reaction) حاصل ہوتا ہے۔ پیشاب قلیل المقدار ہوتا ہے اور اس میں البیومن اور الوانِ صفرا موجود ہوتے ہیں اور کبھی کبھی سرخ دموی جسیمات بھی پائے جاتے ہیں۔ کثرتِ خلیاتِ ابیض نمایاں ہوتی ہے' اور اس کا شمار فی مکعب ملی میٹر ۱۲۰۰۰ سے لیکر ۳۰۰۰۰ تک ہوتا ہے۔ تعدیل پسند کثیر الاشکال نواتی خلیات کی تعداد میں نمایاں اضافہ پایا جاتا ہے' اور اوسطاً یہ جملہ سفید خلیات کا تقریباً ۸۰ فی صدی ہوتے ہیں۔ جلدی نشانات تیسرے دن سے لیکر پانچویں دن تک کے عرصہ میں نمودار ہوسکتے ہیں' اور ان کے علاوہ مخاطی غشاؤں سے بعض اوقات نزفات بھی واقع ہوجاتے ہیں جن میں سے رعاف اور براز الدم نہایت کثیر الوقوع ہیں۔ بعض وباؤں میں نملہ عموماً پایا جاتا ہے اور مغربی محاذ پر برطانوی افواج میں اس کی شرح وقوع ۴۰ فیصدی تھی۔

1037

ملتحمی امتلا اور یرقان کی ابتدا سے پہلے طبیبی امتحان کرنے پر خاص کر پنڈلی' گردن اور شکمی عضلات میں انتہائی الیمیت کا انکشاف کیا جاسکتا ہے' اور جب مریض کو بستر پر حرکت دی جاتی ہے تو وہ بعض اوقات درد سے چلا اٹھتا ہے۔ بعض مثالوں میں شکمی استواری اس قدر نمایاں ہوتی ہے کہ شکم حاد کا شبہ ہوتا ہے' اور بعض اوقات مریض پر غلطی سے عملیہ بھی کردیا جاتا ہے خاصکر جب کہ قے الدم کی شکایت بھی ساتھ ہی موجود ہو۔ کبر الطحال (splenomegaly) کبھی موجود ہوتا ہے اور کبھی نہیں بھی ہوتا' لیکن جگر کی الیمیت اور کلانی قاعدۃً پائی جاتی ہے۔ شدید اصابات میں بعض اوقات بے خوابی'

شبانہ ہذیان، محرقی حالت یا عضلی جھٹکے اور تشنجات پیدا ہو جاتے ہیں اور مریض انقطاع البول سے ہلاک ہو جاتے ہیں جس کے ساتھ نمایاں نائیٹروجنی احتباس پایا جاتا ہے، اور خون کا یوریا فی صد مکعب سنٹی میٹر ۴۰۰ سے لیکر ۵۰۰ ملی گرام تک پہنچ جاتا ہے بعض اصابات میں صفرا دمویت (cholaemia) پیدا ہو جاتی ہے جس کے ساتھ غنودگی، ہچکی، چین سٹوکس کے تنفسات اور کوما (coma) کی حالت پائی جاتی ہے اور انجام کار موت واقع ہو جاتی ہے۔ تقریباً ۵۰ فی صدی اصابات میں یرقان موجود نہیں ہوتا، اور گردے اقل حد تک متاثر ہوتے ہیں۔ اس صورت حالات میں ایک مختصر سا حموی حملہ ہوتا ہے جو شاید دو سے لیکر چار دن تک کے عرصہ میں بحران سے ختم ہو جاتا ہے اور جس کے ساتھ عضلی درد، البمیت اور عارضی البیومن بولیت پائی جاتی ہے۔ جن اصابات میں صحت ہو جاتی ہے ان میں عموماً تپش کا ثانوی ارتفاع نہیں پایا جاتا لیکن گاہے گاہے تیسرے ہفتہ میں تپ عود کر آتی ہے اور خون کے الزاقینی عیار (agglutinin titre) میں اضافہ ہو جاتا ہے۔

پیچیدگیاں قلبی وعائی ہبوط، صفرا دمویت، انقطاع البول، التہاب قزحیہ، التہاب قزحیہ وجسم ہدبی (iridocyclitis)، صلعہ (alopecia) پر مشتمل ہیں۔ نقاہت تدریجی ہوتی ہے لیکن مریض مکمل طور پر شفایاب ہو جاتا ہے۔

پہلے ہفتہ میں نحیف مرغولوں (leptospirae) کی کاشت، قلیچر یا نوگوچی کے مصنوعی وسیط پر مریض کے ۰.۵ مکعب سنٹی میٹر خون کی تلقیم کرنے اور ۲۸ تا ۳۰ درجہ پر اس کی حضانت کرنے سے کی جا سکتی ہے۔ ایک زیادہ معتبر کاشتہ یہ ہے کہ ۲ تا ۳ مکعب سنٹی میٹر خون کا انشراب گنی پگ میں دروں باریطونی طور پر کیا جاتا ہے جس سے تپ عارض ہو جاتی ہے، نزفات واقع ہو جاتے ہیں، البیومن بولیت پیدا ہو جاتی ہے اور انجام کار یرقان نمودار ہو جاتا ہے۔ نحیف مرغولے جگر اور گردہ سے حاصل کردہ آلودوں اور بعض اوقات قلب کے خون میں پائے جاتے ہیں۔ ذیلی تلقیمات کرنے چاہئیں۔ آدمی میں نحیف مرغولے آٹھویں دن کے بعد خون سے غائب ہو جاتے ہیں لیکن اس کے بعد ان کا مظاہرہ پیشاب میں

تاریک زمینی امتحان یا حیوانی تلقیم سے کئی ہفتوں تک کیا جا سکتا ہے۔ شوفنر (Schüffner) کا الزاقی کاشفہ (47) اور براؤن اور ڈیویس (50) کا انضمامی کاشفہ (adhesion test) بھی عمل میں لایا جا سکتا ہے، اور پہلے ہفتہ کے بعد ان کی تشخیصی اہمیت معتد بہ ہوتی ہے۔

تشخیص۔ تپ کی فوری ابتدا سے جس کے ہمراہ خواص لرزہ، مفرط انحطاط، شدید عضلی درد اور الیمیت، شدید یرقان جو چوتھے دن سے لیکر چھٹے دن تک کے عرصہ میں پیدا ہوتا ہے، نزفات، البیومن بولیت اور کثرتِ خلیاتِ ابیض ہوتے ہیں کوئی شبہ باقی نہ رہنا چاہئے، خاصکر جبکہ مریض کے پیشہ یا اس کی روئداد سے ایسے پانی یا مخاط (slime) سے اس کا تماس ثابت ہو جس میں چوہے رہتے ہوں۔ نازلتی یرقان سے بعض اوقات دقتیں پیدا ہو جاتی ہیں، لیکن تنبیہی معدی معوی علامات، نزفات کی عدم موجودگی، اور گردوں کے متاثر ہونے، اور کثرتِ خلیاتِ ابیض کی موجودگی سے جن کے ساتھ سفید شمار یا تو طبعی ہوتا ہے یا قلتِ خلیاتِ ابیض موجود ہوتی ہے، نازلتی یرقان کی تائید ہوتی ہے۔ زرد تپ بھی بعض اوقات مرض وائیل سے بہت قریبی مشابہت رکھتی ہے اور تشخیص کی توثیق صرف خون یا پیشاب میں نحیف مرغولوں کا مظاہرہ کرنے یا نوعی الزاقی کاشفات ہی سے ہو سکتی ہے۔ یرقان سے پیچیدہ حمی ناگ سے بھی بعض اوقات خلط مبحث پیدا ہو سکتا ہے۔

نحیف مرغولی مرض کے غیر تمثیلی اور خفیف اقسام کو التہاب لوزہ، انفلوئنزا، ڈینگی اور تپوں کے ریگ نگسی گروہ سے تمیز کرنا ضروری ہوتا ہے، اور اس مقصد کے لئے معملی مقدمات لازم ہوتے ہیں۔

انذار۔ شرح اموات ۱۰ اور ۵۰ فی صدی کے درمیان ہے۔ قلبی دموی ہبوط، شدید نزفات، انقطاع البول اور صفرا دمویت بدشگون خصائص ہیں۔

تحریز۔ یہ چوہوں کو تباہ کرنے، سرایت زدہ نہروں میں نہانے سے احتراز کرنے، اور ایسے مزدوروں میں جلد کی خراشیدگیوں کو محفوظ رکھنے پر

مشتمل ہے جن کے اپنے پیشہ کی وجہ سے متاثرہ مخاط سے متماس ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ گٹ موریوں کی تعمیر کرنے والوں میں حفظ ماتقدم کے لئے جدریتی علاج اور اسی قسم کے دوسرے ذرائع سے مدد لی جاسکتی ہے۔

علاج ۔ عام علاج اُنہی اصولوں پر کرنا چاہئے جن کا ذکر تپ زرد کے بیان میں کیا جا چکا ہے۔ گلوکوس کا دروں وریدی محلول (۵ فی صدی) خاص طور پر مفید ثابت ہوتا ہے۔ مزید برآں ضد نحیف مرغولی مصل (anti-leptospiral serum) جو مناعت یافتہ گھوڑوں سے تیار کیا ہوا ہو، حتی الامکان جلد از جلد دروں وریدی راہ سے دینا چاہئے۔ چوبیس گھنٹوں میں یہ ۶۰ مکعب سینٹی میٹر مقدار میں دیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ نہ مل سکے تو اس کی جگہ نقیہیتی انسانی مصل (convalescent human serum) روزانہ ۳۰ مکعب سینٹی میٹر کی مقداروں میں دیا جا سکتا ہے۔

جاپانی تپ ہفت روزہ (Japanese Seven-day Fever) (نانوکیامی :Nanukayami)

1038

یہ ایک حموی مرض ہے جو تقریباً ایک ہفتہ تک جاری رہتا ہے اور سریری لحاظ سے یہ مرض وائیل کے خفیف سے حملے کے مشابہ ہوتا ہے۔ اس کا سبب نحیف مرغولہ تپ ہفت روزہ (L. hebdomadis) ہے جو کھیتوں کی چوہیوں کے گردوں میں سرایت پیدا کردیتا ہے، اور یہی چوہیاں اس کی سرایت کا قدرتی سرچشمہ ہیں۔ نحیف مرغولہ تپ ہفت روزہ مصلیاتی لحاظ سے نزف یرقانی نحیف مرغولہ (L. ichterohæmorrhagiæ) سے مختلف ہے۔ یہ پہلے ہفتہ میں خون کے اندر پایا جاتا ہے، اور خون کی کاشت سے یا گنی پگ میں تطعیم کرنے سے اس کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ یہ نحیف مرغولے بالآخر گردوں میں سکونت پذیر ہوجاتے ہیں اور ۸ سے لیکر ۴۰ دن تک کے عرصہ میں پیشاب میں نمودار ہوتے ہیں۔ ان کا قدرتی سرچشمہ کھیتوں کی چوہیا، مائیکروٹس مانٹئے بیلوآئی (Microtus montibelloi) ہے۔ سرایت کے مقامی خطوں میں تقریباً ۳ فیصدی میں نحیف مرغولے پیشاب میں پائے جاتے ہیں۔ زراعتی مزدوروں اور جنگل میں

کام کرنے والے اشخاص میں یہ مرض غالباً سرایت زدہ مٹی کو ہاتھ لگانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔

علامات ۔ حملۂ مرض ناگہانی ہوتا ہے، جس کے ساتھ تپ ہوتی ہے جو سات دن تک جاری رہتی ہے۔ انبطاح اور عضلی درد نمایاں ہوتا ہے۔ معدی معوی اختلالات تکلیف دہ ہوتے ہیں۔ زبان فرودار، ملتحمات ممتلی، اور لمفی غدد کلانی یافتہ ہوتے ہیں، البیومن بولیت اور کثرت خلیات ابیض بھی موجود ہوتی ہے، یرقان کمتر ہوتا ہے۔

علاج مصل کے ذریعہ سے نوعی علاج غیر ضروری ہے، کیونکہ مریض ہمیشہ شفایاب ہو جاتے ہیں۔

تپ موش گزیدگی

(RAT-BITE FEVER)

سوڈوکو (Sodöku)، مرض موش گزیدگی (Rat-bite disease)۔

یہ ایک مزمن قسم کی تپ ناکسہ ہے، جو ایسے چوہوں اور دوسرے قوارض (rodents) کے کاٹنے سے پیدا ہوتی ہے، جن میں مرغولیۂ قصیر (Spirillum minus) موجود ہوتا ہے۔ مندمل گزیدگی میں التہاب اور تقرح پایا جاتا ہے۔ التہاب عروق لمف، غدی التہاب، تپ، قشعریرے اور سخی یا بثوری ارغوانی طفح موجود ہوتے ہیں۔

بحث اسباب ۔ یہ مرض جاپان، چین اور ملیشیا میں نہایت عام ہے، گر انگلستان اور دوسرے یوروپی ممالک، مشرقی افریقہ، جزائر غرب الہند اور آسٹریلیا میں بھی اس کی موجودگی کی اطلاع ملی ہے۔ اس کا عامل مرغولیۂ قصیر (31) ایک کم طول کا عضویہ ہے، جس کے خم دو سے چھ تک ہوتے ہیں، جو قلت تعداد و قصر جسامت کی وجہ سے انسانی یا حیوانی دموی آلودوں میں مشکل سے شناخت ہوتے ہیں۔ جاپان میں گھروں کے تقریباً ۳ فیصدی چوہے حامل مرض ہوتے ہیں۔

امراضیات ۔ تطعیم کردہ حیوانات میں لمفی غدد اور طحال میں امتلا اور

ورم پایا جاتا ہے اور ان اعضا میں پیچ موئے (spirochaetes) معتدبہ تعداد میں پائے جاتے ہیں' اور انسانی اصابات میں جگر اور گردوں میں انحطاطی تغیرات پائے جاتے ہیں ۔

علامات ۔ زخم کے اندمال کے تقریباً ۲ سے لیکر ۹ ہفتوں کے بعد کاٹنے کے مقام پر شدید درد اور ورم پیدا ہوجاتا ہے اور یہ مقام ملتہب ہونے کے بعد شکستہ ہوکر متقرح ہوجاتا ہے ۔ اس کے بعد التہاب عروق لمف اور غدی التہاب پیدا ہوجاتا ہے' اور بعض اوقات مقامی ضرر کے گرد چھوٹے چھوٹے آبلوں کا ایک سلسلہ پیدا ہوجاتا ہے ۔ اب قشعریرہ ہوکر تپش بڑھ جاتی ہے' اور اس کے ساتھ ہی دردسر' لرزہ اور انبطاح بھی پیدا ہوجاتا ہے ۔ ممکن ہے کہ بعد ازیں متلی' قے' درد مفاصل' اور اسہال بھی پیدا ہوجائے ۔ بعض مریضوں میں جوارح' دھڑ اور چہرے پر احمرار یا لطخی ارغوانی طفح نمودار ہوجاتا ہے ۔ گاہے گاہے جلدی نمشات (skin petechiae) اور شری (urticaria) بھی دیکھنے میں آتا ہے تین سے لیکر آٹھ دن کے عرصہ کے بعد تپش اکثر بحران سے گرجاتی ہے اور علامات کم یا غائب ہوجاتے ہیں ۔ بہرحال یہ اصلاح محض عارضی ہوتی ہے کیونکہ دوسرے علامات چند روز میں پھر نمودار ہوجاتے ہیں ۔ کرر نکسات واقع ہوتے ہیں' اور تپ کے متوالی حملوں کے درمیان تقریباً چھ چھ دن کا وقفہ حائل ہوتا ہے ۔ یہ صورت حالات بعض اوقات کئی ماہ تک جاری رہتی ہے' اور اس سے نمایاں کمزوری پیدا ہوجاتی ہے ۔ پیچیدگیاں کلوی التہاب' استسقاء اور جحوظ العینین (exophthalmos) پر مشتمل ہیں ۔ تپ کے دوران میں کثرت خلیات ابیض پائی جاتی ہے اور ساتھ ہی ایوسین پسند خلیات کی تعداد میں بھی زیادتی موجود ہوتی ہے ۔

تشخیص ۔ موش گزیدگی کی روئداد اور مقامی ضرر کی شکستگی سے' جس کے ساتھ التہاب عروق لمف' غدی التہاب اور ایسی تپ ہو جس میں ہر پانچویں یا چھٹے دن نکس واقع ہوتا ہو' اس مرض کا شبہ پیدا ہونا چاہئے ۔ خون کے آلودوں میں مرغولچوں کا مظاہرہ کرنا مشکل ہوتا ہے' اور بہتر یہ ہے کہ سفید چوہوں یا چوہیوں

میں اس مقصد کے لئے تعظیم کی جائے ۔
انذار ۔ جاپانی مریضوں میں تقریباً دس فیصدی میں یہ مرض مہلک ثابت ہوتا ہے۔ لیکن جدید علاج سے موت واقع نہ ہونی چاہئے۔
علاج ۔ مقام گزیدگی کے فوری تکویہ (cauterisation) سے ممکن ہے کہ سرایت واقع نہ ہو۔ سالورسان یا نسکیبا کی متجانس تجہیزات میں سے کوئی ایک شافی ثابت ہوتی ہے۔ اس کے انترابات دوران تپ میں کسی وقت بھی کئے جا سکتے ہیں، مگر بحران سے عین پہلے یا بحران کے دوران میں نہ کرنے چاہئیں ۔

1039

نخز حیوانی امراض

(Protozoal Diseases)

نخز حیوانات (Protozoa) یک خلوی عضویات ہیں، جو خلیہ یا یہ ایک نوات، نواتی غشا اور کرومیٹین پر مشتمل ہوتے ہیں، اور یہ تیار شدہ پروٹینی مادہ کو محلول صورت میں یا ٹھوس ذروں کی حالت میں اخذ کرتے ہیں (وینی آون (Wenyon: 53)) ۔ یہ آزاد آبی زندگی بسر کرتے ہیں، یا یہ حیوانات کے ساتھ ہم سفر یا ہم باش عضویوں اور طفیلیوں کے طور پر قریبی وابستگی رکھتے ہیں ۔ مرض نخز حیوانات اگرچہ معتدل آب و ہوا کے خطوں میں بہت کم اہمیت رکھتے ہیں، لیکن مداریتی یا زیر مداریتی خطوں میں یہ عضویوں کا ایک اہم ترین گروہ ہیں جس سے انسان سرایت زدہ ہوتا ہے ۔

ملیریا

(MALARIA)

(صحیفہ ۴۷، ۵ تا ۱۰۱۶ صفحہ 1053)

اجامیت (Paludism) ، نوبیہ (Ague) ، دلدلی یا جنگلی تپ (Marsh or Jungle Fever) ۔
ملیریا یا موسمی تپ جو مدارین کا سب سے زیادہ تکلیف دہ عارضہ ہے ایک

مقامی اور وبائی مرض ہے جو پلازموڈیئم (Plasmodium) کے کم از کم چار انواع سے پیدا ہوتا ہے جو سرخ جسیمات کو متاثر کرتی ہیں اور ان سے نوبتی تپ، عدم دمویت اور طحال کی کلانی پیدا ہوتی ہے۔ نقل مرض سرایت زدہ اینی فولائن (anepholine) مادہ مچھروں سے ہوتا ہے۔

تاریخی بحث۔ ازمنہ وسطیٰ میں یورپ میں نوبہ کے شدید حملے ہوچکے ہیں، اور سنکونا کا چھلکا جسے یسوعی پادری سترھویں صدی کے نصف اول میں پیرو سے لائے تھے اس مرض کو رفع کرنے کے لئے نہایت مفید ثابت ہوا اور سیڈنہیم (Sydenham) اور دوسرے اطبا کو ملیریا کو دوسری تپوں سے الگ کرنے میں اس امر سے بے حد مدد ملی۔ کونین کا رواج سنہ۱۸۲۰ء تک نہیں ہوا تھا۔ انیسویں صدی کے نصف اول میں ملیریائی اعضا کی "تاریک رنگت اور بعض خلیات میں لونی مطروحات کا مشاہدہ کیا گیا۔ سب سے پہلے لیوریَن (Laveran) نے سوط زنی (flagellation) کے منظر کا مطالعہ کرتے ہوئے سنہ۱۸۸۰ء میں لون دار ملیریائی طفیلیہ کو شناخت کیا۔ مینسن (Manson) نے سنہ۱۸۹۴ء میں بہے ہوئے خون میں نرزواجہ (male gamet) میں سوط زنی کے منظر کا مطالعہ کرنے کے بعد یہ دعوے قائم کیا کہ یہ مرض مچھروں سے منتقل ہوتا ہے، لیکن اس کا یہ خیال تھا کہ مرض سرایت زدہ مچھروں کے پانی میں پیئے جانے سے منتقل ہوتا ہے اور آدمی کو مچھروں کے کاٹنے سے نہیں ہوتا۔ تین سال بعد میک کیلم (MacCallum) نے یہ دریافت کیا کہ سوط زن جسم باروری پیدا کرنے والا ایک عامل ہے۔ راس (Ross) نے سنہ۱۸۹۵ء میں انسانی ملیریا کے ناپختہ بیضی دویروں (immature oöcysts) کا "کبرے پروں والے" ("dapple winged") مچھروں (اینوفیلائینس :anophelines) میں مشاہدہ کرچکنے کے بعد پرندوں کے ملیریا (پیروٹیوسما :Proteosma) کے خاکستری مچھروں (کیولیسائنس (culicines) میں منتقل ہونے اور ان میں اس کے دور نمو کا مظاہرہ کیا، اور اس نے یہ پیش گوئی کی کہ انسانی ملیریا کا دور حیات بھی پرندوں کے ملیریا کے دور حیات کے مشابہ ہے۔ بعد میں اسی سال میں گراسی (Grassi)،

بگنیمی (Bignami) اور بیسٹیانیلی (Bastianelli) نے اینوفیلیس میکولی پینس (Anopheles maculipennis) میں خبیث ثلاثی (malignant tertian) ملیریا کا مکمل نمو بیان کیا اور ان مچھروں سے آدمی کو کٹوانے سے اس میں ملیریا کو منتقل کیا۔

بحث اسباب ۔ جو ملیریائی طفیلیے انسان میں مرض پیدا کرتے ہیں وہ پلازموڈیئم (Plasmodium) جنس سے تعلق رکھتے ہیں۔ اس کے کم از کم چار انواع ہیں۔ (۱) پلازموڈیئم وائی ویکس (Plasmodium vivax) جس سے سلیم ثلاثی (benign tertian) ملیریا پیدا ہوتا ہے۔ (۲) پلازموڈیئم میبیری ای (Plasmodium malariæ) جو ربع ملیریا (quartan malaria) کا سبب ہے۔ (۳) پلازموڈیئم فیلسی پیرم (Plasmodium falciparum) جو خبیث ثلاثی (malignant tertian) یا تحت ثلاثی (sub-tertian) ملیریا پیدا کرتا ہے۔ (۴) پلازموڈیئم اوویل (Plasmodium ovale) جس کا ذکر سٹیفنس (Stephens) نے ۱۹۲۲ء کے قریب ہی کے زمانہ میں کیا ہے۔ سٹیفنس نے ۱۹۱۴ء میں ایک اور طفیلیہ کا ذکر کیا تھا جس کا نام پلازموڈیئم ٹینو (Plasmodium tenue) ہے مگر اس کی حیثیت مشتبہ ہے۔

خبیث ثلاثی ملیریا عام ترین قسم ہے اور اس کی جغرافیائی تقسیم وسیع ترین ہے۔ مدارین میں یہ سال کے تمام موسموں میں پایا جاتا ہے، لیکن تحت مدارینی ممالک میں اس کا رجحان موسم گرما کے متاخر حصہ اور موسم خزاں کے ابتدائی حصہ میں وبائی شکل اختیار کرنے کی طرف ہوتا ہے، اور اس لئے اس کا نام صیفی خریفی تپ (æstivo- autumnal fever) ہے۔ سلیم ثلاثی ملیریا ان علاقوں میں زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے جن کی آب و ہوا زیادہ معتدل ہے۔ گذشتہ صدی کے وسط تک جو ملیریا انگلستان میں پایا جاتا تھا وہ اسی قسم کا تھا۔

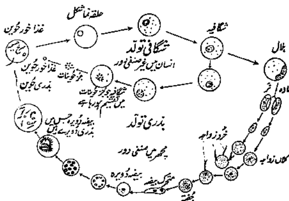
تینوں عام قسمیں تحت مدارین میں پائی جاتی ہیں لیکن افریقہ میں پلازموڈیئم اوویل کی جغرافیائی تقسیم بہت محدود ہے، اور ان ایام میں جن چند اصابتوں کی اطلاع آتی ہے وہ زیادہ تر نائجیریا میں پائے جاتے ہیں۔ یہ مرض ہر عمر کے اشخاص کو

لاحق ہوسکتا ہے، لیکن جن خطوں میں یہ مقامی رہتا ہے ان میں یہ بچوں میں نہایت عام ہوتا ہے، اور جب ان کی عمر بڑھتی ہے تو ان میں کسی قدر مناعت پیدا ہوجاتی ہے۔ کوئی نسل ایسی نہیں جو اس مرض کے عارض ہونے سے مستثنیٰ ہو۔ مناعت غالباً مخفی سرایت پر دلالت کرتی ہے، اور تجربی ملیوری اور فردی ملیریا میں مناعت کا انحصار شبکی درظمی نظام کی بیش پرورش پر ہے جس کے ساتھ اس کے خلوی اکالی افعال میں اضافہ ہوجاتا ہے۔ ہندوستان اور افریقہ میں ملیریا ۶۰۰۰ فٹ کے لیول سے اوپر اور یورپ میں ۳۰۰۰ فٹ کے لیول سے اوپر غائب ہوجاتا ہے۔ گزشتہ زمانہ میں جتنی وباؤں کا مطالعہ کیا جاچکا ہے ان میں سے اکثر تحت مداریتی ممالک میں پھیلی ہیں اور ان کا تعلق بارش کی شدت اور خبیث ثلاثی ملیریا سے پایا گیا ہے۔ سیلون میں ۳۵-۱۹۳۴ء میں جو وبا پھیلی تھی وہ اس سے مختلف تھی۔ یہ خاص طور پر مداریتی تھی۔ جنوب مغربی موسمی ہواؤں کے نہ چلنے کی وجہ سے خشک سالی پیدا ہوگئی اور قحط پھیل گیا، اور سیلون کے ان رقبہ جات میں جہاں مناعت نسبتہً کم تھی جیسا کہ طحالی شرح سے ظاہر ہوتا ہے خشک شدہ دریاؤں کی گذرگاہوں میں پانی کے چھوٹے چھوٹے گڑھوں میں برندہ مچھر اینوفیلیس کیولی فیشیز (Anopheles culifacies) کی افزائش ہونے لگی (گل (Gill)۔ ثلاثی ملیریا کے دونوں انواع (پی۔ فیلسی پیرم :P. falciparum، پی۔ وائی ویکس :P. vivax) مساوی طور پر موجود تھے۔ پورے کے پورے دیہات تباہ ہوگئے، اور بہت سے زرعی قطعات میں کام بند ہوگیا، اور اس وبا سے سات ماہ کے عرصہ میں ۸۰۰۰۰ آدمی ہلاک ہوگئے۔

ملیریا کے طفیلیہ کی روائد ادحیات۔ اگرچہ ملیریا سرایت زدہ مریض کے خون کے اشراب سے، جو مخفی یا حموی ہیئت میں جمع کیا گیا ہو منتقل کیا جاسکتا ہے لیکن قدرتی صورت حالات میں یہ سرایت زدہ اینوفیلائن مادہ مچھر کے ذریعہ سے ایک آدمی سے دوسرے کو منتقل ہوتا ہے، اور یہ مچھر غذا حاصل کرتے وقت سرایت پیدا کرنے والے بذری تحونات (sporozoites)

اپنے زیریں بلعوم (hypopharynx) میں سے داخل کردیتا ہے۔ اس طفیلیہ کے دو دور ہائے حیات ہیں جن میں ایک انسان میں عمل میں آتا ہے اور دوسرا مچھر میں۔ شکل ۱۰۱ میں خبیث ثلاثی طفیلیہ کا دورحیات ظاہر کیا گیا ہے۔

آدمی میں غیرصنفی ہیئت۔ جب مچھر بذری خُوینات کی تطعیم کرچکتا ہے تو یہ جوثے خون میں چلے جاتے ہیں اور سرخ خلیات میں داخل ہوجاتے



شکل ۱۰۱۔ ملیریا کے طفیلیہ کے دورحیات کی ارتسامی توضیح۔

ہیں جن میں نخزمایہ میں خالیئے بن جاتے ہیں اور یہ چھوٹے چھوٹے حلقوں کی شکل اختیار کرلیتے ہیں جن میں ایک سیاہ لون ہیموزوائن (hæmozoin) ہوتا ہے۔ اس درجہ میں طفیلیہ میں فعال امیبائی حرکت موجود ہوتی ہے۔ خبیث ثلاثی طفیلیہ خون کے جسیمہ کی جسامت کو متاثر نہیں کرتا لیکن رابع قسم سرخ خلیہ کو بھر دیتی ہے اور سلیم ثلاثی طفیلیہ اسے درحقیقت پھیلا دیتا ہے۔ طفیلیہ کے دوران نمو میں لون مرکز کی طرف جمع ہوتا ہے اور نخزمایہ اور کروميٹین بذروں میں

تقسیم ہوجاتے ہیں اور ایک بذرات دار جسم یا گچھ (rosette) یا شگافتہ (schizont) بن جاتا ہے۔ یہ بذرے جو جز حوینات (merozoites) کہلاتے ہیں بعد میں پلازما میں چلے جاتے ہیں اور جدید حبیبات میں داخل ہوکر پھر سے وہی دور شروع کردیتے ہیں۔ اگر یہ کافی تعداد میں موجود ہوں تو ان سے ملیریا تپ پیدا ہوجاتی ہے اور اس کا درجۂ بار دجز حوینات کے نکلنے کے وقت کا تناظر ہوتا ہے۔

مچھر میں صنفی ہیئت۔ تکونِ بذور کے زمانے میں انسان میں غیر صنفی دور میں جو شکلیں پیدا ہوتی ہیں ان کے علاوہ بعض صنفی شکلیں بھی ظاہر ہوتی ہیں جو زواجی خلیات (gametocytes) ہیں۔ یہ اجسام سلیم ثلاثی سرایتوں میں بڑے بڑے گول یا بیضوی ہوتے ہیں اور ان سے حبیبات پر ہوتے ہیں اور خبیث ثلاثی ملیریا میں یہ بڑے بڑے اور ہلال نما ہوتے ہیں۔ جب یہ کسی موزوں مچھر میں چلے جاتے ہیں تو یہ پھر گول ہوجاتے ہیں۔ نر زواجول 1041
(gametes) سے سوط الگ ہوجاتے ہیں (سوط ریزی :exflagellation)[۱] اور یہ مادہ زواجی خلیات میں نفوذ کرکے ان کو بارور کردیتے ہیں، یہ عمل جفتی (zygotism) کہلاتا ہے، اور اس سے جو جسم پیدا ہوتا ہے وہ تیار کرمک یا متحرک بیضہ (oökinete) کے ناموں سے موسوم ہے۔ یہ اب طویل ہوجاتا ہے اور مچھر کے معدہ کی دیوار میں نفوذ کرجاتا ہے۔ یہاں اس کا خاکہ گول ہوجاتا ہے اور یہ نمو پاکر بیضہ ڈویرہ (oöcyst) بن جاتا ہے جس میں انجام کار دوک نما بذری حوینات (sporozoites) پیدا ہوجاتے ہیں جن سے یہ بالکل پُر ہوجاتا ہے اور ان کی وجہ سے اس کی سطح پر فتق نما بروزات پیدا ہوجاتے ہیں۔ انجام کار یہ پھٹ جاتے ہیں اور بذری حوینات کہفۂ جسم میں آزاد ہوجاتے ہیں اور آخر میں ریقی غدد تک پہنچ جاتے ہیں۔ کاٹتے وقت مچھر ان بذری حوینات کی تطعیم کردیتا ہے اور یہ حبیبات میں داخل ہوجاتے ہیں اور سرایت از سر نو شروع کردیتے ہیں۔ مچھر میں نمو کی رفتار کا انحصار دوسرے امور کے علاوہ حرارت تپش پر بھی ہے اور انسب صورت حالات میں نمو تقریباً دس دن میں ہوتا ہے۔

اور انسان میں زمانہ حضانت پلازموڈیئم کے انواع کے لحاظ سے نو دن سے لیکر اکیس دن تک یا اس سے کچھ زیادہ ہے۔

اطرافی خون میں طفیلیے سیلیم ثلاثی اور رابع طفیلیوں کے تمام اقسام اور پلازموڈیئم اوویل اطرافی خون میں پائے جاتے ہیں لیکن خبیث ثلاثی ملیریا میں شگافیے (schizonts) نہیں پائے جاتے کیونکہ بذیری تکوین اخلی اعضا میں واقع ہوتا ہے۔ صرف چھوٹے چھوٹے شعرنما حلقے اور بڑے بڑے ہلال (crescents) (زواجی خلیے :gamotocytes) ہی موجود ہوتے ہیں۔ ان طفیلیوں کا مظاہرہ کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ان کی تلوین روما نوسکی (Romanowsky) کے کسی توشیہ مثلاً لیشمین یا جیمزا کے توشیہ سے کی جائے اور بعض خصائص پر وینیاون (Wenyon) (52) نے زور دیا ہے جن سے مختلف انواع میں تفریق کرنے میں مدد ملتی ہے۔

حلقہ نما شکلیں۔ خبیث ثلاثی ملیریا میں حلقہ خلیے کے صرف تقریباً چھٹے حصہ میں واقع ہوتے ہیں اور خلیے میں بعض اوقات ماؤرر کے نقاط (Maürer's dots) دکھائی دیتے ہیں۔ یہ حلقے عموماً باریک اور بال کی طرح کے ہوتے ہیں، اور ان میں اکثر کروماٹن کے دو نشان ہوتے ہیں۔ ایک ہی جسیمہ کی متعدد سرایت بھی قلیل الوقوع نہیں۔ بےقاعدہ اور چپٹی حاشیتی قسمیں بھی پائی جاتی ہیں۔ پلازموڈیئم وائی ویکس اور پلازموڈیئم میلیری ای زیادہ بڑے اور دبیز ہوتے ہیں اور ان میں خلیہ مایہ بھی زیادہ ہوتا ہے، اور یہ جسیمہ کے تقریباً ایک تہائی حصہ کو گھیرے ہوتے ہیں۔ گاہے گاہے ایک ہی جسیمہ میں پلازموڈیئم وائی ویکس کی متعدد سرایت بھی دیکھنے میں آتی ہے اگرچہ یہ نادر الوقوع ہے۔ اگر صرف ایک ہی حلقہ پایا جائے تو ان انواع کا تعین نہیں کیا جا سکتا۔

جزوی طور پر نمو یافتہ شکلیں۔ پلازموڈیئم وائی ویکس میں شوفنر کے نقاط (Schüffner's dots) جسیمہ میں اکثر بکھرے ہوئے ہوتے ہیں، اور ان میں کلانی یافتہ ہو جانے کا رجحان پایا جاتا ہے۔ ان میں طفیلیے

ہوتے ہیں جن کی شکل بے قاعدہ ہوتی ہے اور جن میں ہلکے بھورے رنگ کا لون پایا جاتا ہے۔ پلازموڈیئم میلیری ای کی حالت میں سرخ خلیوں میں جن کی نقطہ کاری (Ziemann's stippling) کا مظاہرہ کیا جا سکتا ہے جو کلانی یافتہ نہیں ہوتے، غذا خور حوین (trophozoite) انگوٹھی کی طرح کا ہوتا ہے، لون تاریک بھورا یا سیاہ ہوتا ہے، اور طفیلیہ کا رجحان جسیمہ میں ایک جانب سے دوسری جانب تک پھیلنے کی طرف ہوتا ہے جس سے ایک بندنما شکل پیدا ہو جاتی ہے۔

بالغ شکلیں۔ پلازموڈیئم وائی ویکس کے تشکلیوں (schizonts) میں سولہ مجز حوینات (merozoites) ہوتے ہیں اور پلازموڈیئم میلیری ای کے تشکلیوں میں آٹھ، اور زواجی خلیوں (gametocytes) میں ایک ہی نوات ہوتا ہے اور اس میں کرومیٹن اور لون کی تقسیم مختلف ہوتی ہے۔ ملیریائی طفیلیہ کی چوتھی نوع یعنی پلازموڈیئم اوویل بلحاظ شکلیات پلازموڈیئم میلیری ای کے مشابہ ہے، لیکن سرایت زدہ جسیمات کی شکلیں اکثر بگڑی ہوئی ہوتی ہیں اور ان میں شوفنر کے نقاط (Schüffner's dots) پائے جاتے ہیں۔

امراضیات۔ اوائل مرض میں طحال نرم ہوتی ہے اور اس کا رنگ تاریک سرخ ہوتا ہے، اور مزمن سرایتوں میں یہ کلانی یافتہ اور سخت ہوتی ہے اور اس کا رنگ ملیریائی لون کی وجہ سے تاریک فولادی خاکستری ہوتا ہے۔ گرد طحالی التہاب (peri-splenitis) اکثر موجود ہوتا ہے۔ جگر بعض اوقات کلانی یافتہ اور آلوچہ کے رنگ کا ہوتا ہے۔ پھیپھڑے متلی اور متہیج ہوتے ہیں اور معوی مخاطیہ اور باریطون کی رنگت سرئی ہوتی ہے۔ دماغ اور اس کے اغشیہ میں اسی قسم کی تبدیلی رنگت موجود ہو سکتی ہے اور اس کے علاوہ امتلا، تہیج اور منتشر نزفات پائے جا سکتے ہیں۔ تراشیں لینے پر جگر کے شبکی درطلمی خلیات، طحال اور مغز استخواں وغیرہ میں ملیریائی لون کا انکشاف ہوتا ہے، اور عروق میں لون دار یک نواتی خلیات اور خلیات ابیض دکھائی دیتے ہیں۔ جگر، طحال اور گردوں میں پروشیائی نیلا تعامل پایا جاتا ہے جو سنجی خلیات

1042

میں ایک باریک بھورے آہن دار لون (ہیموسائیڈرین (hæmosiderin)
کے مطروح ہونے سے پیدا ہوتا ہے ۔ جگر کے خلیات اور گردوں کے انبوبی
سرحلہ میں سحابی ورم، شحمی انحطاط یا تنخر پایا جا سکتا ہے، اور اندرونی اعضا
شلاً طحال، معا اور جگر اور دماغ تک کے شعریات بھی منضم سرخ خلیات کے
سدادات (emboli) سے مسدود پائے جا سکتے ہیں ۔ مہلک کیم ٹلائی اور ربائع
ملیریا میں شدید کج دہنی سرایت (ankylostome infection)، ذین رو
ذات الریہ عفونت یا تدرن عام طور پر پائے جاتے ہیں ۔

سربری اہم اضیاحت ۔ ملیریا میں خون کی معتد بہ تباہی واقع ہوتی
ہے اور ہیموگلوبین ایک آہن دار لون ہیموسائیڈرین میں تبدیل ہو جاتی ہے،
اور ہیموبائیلی روبن (hæmo-bilirubin) کا مظاہرہ بالواسطہ واَن ڈَن برگ
(van den Bergh) کے تعامل سے کیا جا سکتا ہے ۔ بیش بائیلی روبن دمویت
(hyperbilirubinæmia) ۰۔۱ سے لیکر ۰۔۲ اکائیوں تک ہوتی ہے اور خفیف
خون پاشی یرقان کی یہی ذمہ دار ہوتی ہے جو اس کثرت سے دیکھنے میں آتا
ہے ۔ جگر کے کثیر الاضلاع خلیات ہیموبائیلی روبن کو کولی بائیلی روبن
(choli-bilirubin) یا لون صفرا میں تبدیل کر دیتے ہیں اور اس طرح کثرت صفرا
(pleocholia) پیدا ہو جاتی ہے ۔ اس سے صفراوی قے اور تاریک رنگ
کی اجابتیں پیدا ہوتی ہیں جن میں سٹرکو بائیلین (stercobilin) بافراط موجود
ہوتی ہے، اور اس کے از سر نو منجذب ہونے سے یورو بائیلین بولیت
(urobilinuria) پیدا ہوتی ہے جو مزمن ملیریا کا ایک بہت امتیازی خاصہ
ہے ۔ شدید سرایتوں میں خون بعض اوقات آبی ہو جاتا ہے اور طبعی خلوی
(normocytic) قسم کی شدید خون پاشی بے دمویت پیدا ہو جاتی ہے ۔
غیر پیچیدہ ملیریا میں ایسی ہیموگلوبین دمویت اور ہیموگلوبین بولیت نہیں پائی
جاتی جس کا مظاہرہ کیا جا سکے کیونکہ تباہ شدہ جسیمے شبکی درحلمی خلیات سے
(reticulo-endothelial cells) میں شکستہ ہو جاتے ہیں ۔

علامات ۔ ملیریا کے بہت نمایاں سریری خصائص تپ، کبر طحال

اور عدم دمویت ہیں۔ ابتدائی حملہ میں ارتفاع تپش مسلسل یا متفرق قسم کا ہوتا ہے (اولی اجامیت :primary paludism) اور ممیز نوبتی خاصہ صرف بعد ہی میں پیدا ہوتا ہے۔

۱۔ سلیم ثلاثی ملیریا (Benign Tertian Malaria)۔

نوبہ (ague) کے حملے عموماً دوپہر سے پہلے یا دوپہر کے ابتدائی حصہ میں شروع ہوتے ہیں' اور یہ سرد' گرم اور تعریقی مدارج پر مشتمل ہوتے ہیں۔ سرد درجہ جز حیوانات (merozoites) کے آزاد ہو کر دوران خون میں داخل ہونے کے وقت کا متناظر ہوتا ہے' اور یہ تمام مظاہر شائد پروٹین کے صدمہ کے اثرات کو ظاہر کرتا ہے۔

(۱) سرد درجہ (Cold Stage)۔ مریض ڈھال سا ہوجاتا ہے' اور دردسر' دردکمر' اور درد جوارح کی شکایت کرتا ہے اور اسے سردی محسوس ہوتی ہے۔ پھر قشعریرہ (rigor) شروع ہوجاتا ہے اور مریض بستر میں اکٹھا ہوجاتا ہے' دانت بجنے لگتے ہیں' لرزہ اس زور سے ہوتا ہے کہ چارپائی تک ہلنے لگتی ہے۔ چہرہ پچک جاتا ہے' اور نیلا ہوجاتا ہے اور مریض کمبل اور دھسے اوڑھ لیتا ہے گر اس سے بھی اسکی سردی رفع نہیں ہوتی۔ اگرچہ ستقیمی تپش طبعی سے کافی بلند ہوتی ہے لیکن جلد کی سطح سطحی عروق کے انقباض کی وجہ سے درحقیقت سرد ہوتی ہے۔ قے عموماً ہونے لگتی ہے اور متلی بھی عام طور پر موجود ہوتی ہے۔ اس درجہ کے بعد جو آدھ گھنٹہ سے لے کر دو گھنٹہ تک رہتا ہے بغلی تپش تیزی سے بڑھ جاتی ہے اور ۱۰۳° ف سے لیکر ۱۰۶° ف تک پہنچ جاتی ہے۔

(۲) گرم درجہ۔ جسم اب نہایت گرم اور خشک ہوجاتا ہے اور مریض جو کچھ اوڑھے ہوتا ہے اسے اتار دیتا ہے۔ تپش بلند ہوتی ہے اور شریانات مرتخی ہوجاتے ہیں۔ نبض سریع' ممتلی اور سخت ہوتی ہے اور سباتی شریانوں میں ضربان ہونے لگتا ہے۔ چہرہ سرخ ہوجاتا ہے' سر میں درد ہوتا ہے اور شدید اصابات میں ذہول (stupor) اور ہذیان (delirium)

تک بھی پیدا ہوجاتا ہے ۔ یہ درجہ تین چار گھنٹہ تک رہتا ہے ۔

(۳) تعریقی درجہ ۔ جلد اب بتدریج مرطوب ہونے لگتی ہے ۔ پسینہ چند گھنٹوں تک بکثرت آتا ہے، درد اور تکلیف غائب ہوجاتی ہے اور نبض کی رفتار بھی کم ہوجاتی ہے ۔ زبان تر ہوجاتی ہے اور تپش پہلے آہستہ آہستہ کم ہوتی ہے اور تیزی کے ساتھ گر کر طبعی درجہ تک پہنچ جاتی ہے ۔ جب حملہ ختم ہوجاتا ہے تو مریض اپنے آپ کو عین تندرست محسوس کرتا ہے لیکن کچھ عرصہ کے بعد جو طفیلیات کی نوع کے لحاظ سے متعین ہے پھر ایک حملہ ہوتا ہے ۔ یہ دورے عموماً آٹھ سے لیکر بارہ گھنٹہ تک رہتے ہیں اور تپ کے ان حملوں کے درمیان اڑتالیس گھنٹہ کا وقفہ ہوتا ہے ۔ دوروں کا روزانہ وقوع تپ یومیہ پر منتج ہوسکتا ہے ۔

طحال ملیریا کے پہلے حملہ میں بھی عموماً جس پذیر ہوتی ہے اور یہ بائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے نرم اور الیم تودہ کی شکل میں محسوس کی جاسکتی ہے جو تنفس کے ساتھ حرکت کرتا ہے ۔ زیادہ مزمن اصابات میں یہ نمایاں طور پر سخت اور کم الیم ہوتی ہے اور ترقی یافتہ اصابات میں اس کے ابعاد بہت بڑھ جاتے ہیں ۔ نملہ (herpes) عموماً پایا جاتا ہے، اور متوسط درجہ کی یک ثانوی عادم دمویت اکثر پیدا ہوجاتی ہے ۔ جگر کی جسامت بعض اوقات بڑھ جاتی ہے لیکن یہ کلانی اتنی عام نہیں ہے جتنی کہ یہ خبیث ثلاثی تپ میں ہوتی ہے ۔ اگر سلیم ثلاثی تپ کا علاج نہ بھی کیا جائے تو یہ شاذ و نادر ہی تین سال سے زیادہ رہتا ہے ۔

1013

۲ ۔ رابع ملیریا ۔ تشریح اور سریری تصویر سلیم ثلاثی ملیریا کے بہت مشابہ ہوتی ہے ۔ تپش ۱۰۵ ف یا ۱۰۶ ف تک بڑھ جاتی ہے لیکن اس کے دورہ کی مدت کم ہے اور یہ صرف چار پانچ گھنٹہ تک رہتا ہے ۔ واحد سرایت سے عام طور پر ہر چوتھے دن تپ آتی ہے اور غیر حموی وقفہ بہتر گھنٹے کا ہوتا ہے ۔ متوالی دوروں کی حالت میں تپ دو دن متواتر آتی ہے اور تیسرے دن تک ٹھیک چوبیس گھنٹہ کا غیر حموی وقفہ ہوتا ہے، اور تیسرے

دوروں سے تپ یومیہ پیدا ہوسکتی ہے۔

۳۔ **پلازموڈیئم اوویل**۔ اگرچہ خون کی خلیوں میں یہ طفیلیے زیادہ تر رابع ملیریا کی طرح کے دکھائی دیتے ہیں لیکن شگافی تولد کا دورانڑتالیس گھنٹے میں عمل میں آتا ہے اور ثلاثی ملیریا پیدا ہوجاتا ہے۔ عمومی سریری تصویر سلیم ثلاثی ملیریا کے مشابہ ہوتی ہے۔

۴۔ **خبیث ثلاثی ملیریا**۔ تپ کی تین قسمیں پائی جاتی ہیں۔ (۱) عام ثلاثی قسم جس میں تپ ایک دن بیچ چھوڑکر آتی ہے۔ (۲) تپ یومیہ جو دوہرے دور سے پیدا ہوتی ہے۔ (۳) مسلسل بے قاعدہ یا متفرق تپ جو طفیلیوں کی کئی ایک نسلوں سے پیدا ہوتی ہے جن سے تھوڑے تھوڑے وقفوں کے بعد تپ کے قلیل المدت حملے ہوتے ہیں۔ اگرچہ سردی کا احساس پایا جاتا ہے لیکن قشعریرے عموماً پیدا نہیں ہوتے' اور تپش زیادہ جلد بلند نہیں ہوتی۔ گرم درجہ طویل المدت ہوتا ہے اور تعریقی درجہ کم شدید ہوتا ہے۔ تمام دورہ بارہ سے لیکر اٹھارہ گھنٹے تک رہتا ہے۔ تپ میں اکثر مکمل وقفہ بالکل نہیں آتا اور اس سے متفرق قسم کی تپش پیدا ہوتی ہے۔ عمومی خصائص مثلاً دردکمر' دردسر' متلی' عدم اشتہا' اور قے ممیز ہوتے ہیں اور ایک شدید خون پاش عدم دمویت جلد پیدا ہوجاتی ہے۔ اس درجہ پر طحال اگرچہ نرم ہوتی ہے مگر یہ کلانی یافتہ ہوتی ہے' اور کبر کبد (hepatomegaly) عموماً پیدا ہوجاتا ہے۔

متلف ملیریا کے خاص اقسام۔ خبیث ثلاثی ملیریا اپنے مظاہر میں بہت اختلاف پذیر ہے اور تغیر پذیر سریری تصویر کا انحصار خون کی مفرط تباہی' اور اُن سمی اثرات پر ہوتا ہے جو کلوی اور کبدی سنخی خلیات پر ہوتے ہیں' اور نیز یہ طفیلیہ زدہ خلیات کے مجتمع ہوجانے پر بھی ہوتا ہے جس سے انسان کے اندرونی احشاء اور اس کے دماغ کے شعریات بند ہوجاتے ہیں۔ (۱) **خون پاش عدم دمویت**۔ نہایت خطرناک اصابات سریری لحاظ سے متلف عدم دمویت کے مشابہ ہوتے ہیں۔ انتہائی

مثالوں میں شمارات ۰۰۰ر۰۰۰ر۱ سے لیکر ۰۰۰ر۰۰۰ر۲۰ جسیمات فی مکعب ملی میٹر تک پہنچ جاتے ہیں۔ گرلونی اشاریہ (colour index) اکائی سے آگے نہیں بڑھتا، کبیر خلویت (megalocytosis) زیادہ نمایاں نہیں ہوتی، اور جسیمہ کی اوسط جسامت طبعی ہوتی ہے۔ بُہر، اختلاج، شبکیتی نزف (retinal hæmorrhage)، دموی خوریات اور خوں پاش یرقان موجود ہوتا ہے، اجابتیں صفراوی ہوتی ہیں، اور پیشاب کی رنگت تاریک بھوری ہوتی ہے۔ (۲) ملیریائی یرقان۔ اس کے دو ممیز اقسام ہیں۔ خوں پاش اور ستیّ خوں پاش یرقان کے ممیز خواص یہ ہیں۔ کبر کھال، صفراوی قے، جن کے ساتھ بیش یا کمی روبن مویت موجود ہوتی ہے کثرت صفرا (pleocholia) اور یوروبائیلین بولیت۔ بالواسطہ وان ڈنبرگ ثبت ہوتا ہے، اور پیشاب میں صفراوی الوان اور صفراوی نمک موجود نہیں ہوتے اور اس میں یوروبائیلین کی مقدار میں معتدبہ زیادتی پائی جاتی ہے۔ سمی ملیریائی التہاب کبد میں بھی اس قسم کے سریری خصائص پائے جاتے ہیں لیکن اس میں جگر زیادہ کلائی یافتہ اور زیادہ ایلم ہوتا ہے، بر معدہ میں تکلیف محسوس ہوتی ہے اور معدہ اور امعاء یا کسی دوسرے مقام سے نزف واقع ہو سکتا ہے۔ تپ کے حملہ کے بعد یرقان جلد پیدا ہو جاتا ہے، پیشاب میں صفراوی املاح اور صفراوی الوان موجود ہوتے ہیں، اور وان ڈن برگ کا بلاواسطہ دو منہی تعامل اکثر پایا جاتا ہے۔ اس حالت میں جگر کے مسخی خلیات کے انحطاط کا اضافہ پایا جاتا ہے متغیر یا وقفہ دار تپ ہر ایک قسم کے ساتھ پائی جا سکتی ہے لیکن "صفراوی متغیر تپ" ("bilious remittent fever") کی پرانی اصطلاح سے زمانہ سابق میں معتدبہ خلط مبحث پیدا ہو چکا ہے اور اس کا ترک کر دینا ہی بہتر ہے۔ (۳) دماغی ملیریا۔ دماغی ملیریا میں ابتدا بالعموم تیزی سے ہوتی ہے۔ مریض شدید درد سر، دوران سر اور غنودگی کی شکایت کرتا ہے، اور اس پر جلد ہی مکمل بے ہوشی کی حالت طاری ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ فالج نصفی، یا فالج، لاکلامی (aphasia)، تشنجات یا ہذیان یا مانیا بھی پیدا ہو جائے۔ تپش بعض اوقات

اپنا معمولی عمر اختیار کرتی ہے اور بعض اوقات تپ مفرط پیدا ہو جاتی ہے جس میں زراق (cyanosis)، شخیری تنفس (stertorous breathing) اور کونسا پایا جاتا ہے اور یہ حالت ضربۃ الشمس کے مشابہ ہوتی ہے۔ (۴) شکمی ملیریا۔ ملیریا کی معدی، ہیضی اور زحیری قسمیں بھی دیکھنے میں آتی ہیں جن کے سریری خواص کا انحصار علی الترتیب معدہ، معائے صغیر اور معائے کبیر کے ماؤف ہونے پر ہے۔ بارد ملیریا (algid malaria) میں تپش طبعی حد سے نیچے گر جاتی ہے اور ہبوط پیدا ہو جاتا ہے۔ جلد سرد اور پسینے سے تر ہوتی ہے۔ قے اور اسہال مسلسل آتے ہیں اور دشوار علاج ہوتے ہیں، اور گاہے گاہے خون کی قے بھی ہوتی ہے یا خون معائے مستقیم کے راستہ سے بھی آتا ہے۔ ان اصابات میں انذار خراب ہوتا ہے۔ جن حالتوں میں باریطون متاثر ہو جاتا ہے ان میں باریطونیت (peritonism) پیدا ہو جاتی ہے جس کے ساتھ دردِ شکم، قے اور ہبوط پایا جاتا ہے، اور ایسی صورت میں بعض اوقات غلطی سے حاد التہاب لبلبہ (acute pancreatitis)، التہاب مرارہ (cholecystitis)، یا التہاب زائدہ (appendicitis) کی تشخیص کر دی جاتی ہے۔ محرقی قسم (محرقی ملیریا) کا ممیز خاصہ مسلسل تپ ہے جس میں خفیف سے فترات پائے جاتے ہیں اور یہ کئی دن تک رہتی ہے۔ بعض اوقات نہاکت (asthenia) اور پست ہذیان پیدا ہو جاتا ہے اور سریری تصویر تپ معوی کے مشابہ ہوتی ہے۔ جب تک کہ اس حالت کی شناخت کرنے کے بعد اس کا مناسب علاج نہ کر لیا جائے مریض ہلاک ہو جاتا ہے۔ (۵) قلبی ملیریا۔ اس قسم میں غشیان (syncope) پیدا ہو جاتا ہے اور وریدی امتلا اور قلب کی دائیں جانب کا اتساع واقع ہو جاتا ہے۔ انذار خطرناک ہوتا ہے۔ (۶) کلوی ملیریا۔ اس عارضہ کی طرف خاص کر جب کہ خبیث ثلاثی ملیریا کی ہیش سرایتیں ابتداءً ہی میں ہو جائیں خاطر خواہ توجہ نہیں دی گئی۔ پیشاب میں البیومن اور سانچے پائے جاتے ہیں۔ یوریا کا احتباس واقع ہو جاتا ہے، اور جب تک کوئی علاج نہ کیا جائے یوریا دمویت کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ (۷) ملیریائی ضعف

1044

(Malarial Cachexia)- جن اشخاص پر ملیریا کے بار بار حملے ہوئے ہوں ان کی، اور ان خطوں کے دیسی باشندوں، بچوں اور بالغوں کی، جہاں شدید ملیریا مقامی ہو، جسمانی صحت بہت خراب ہوجاتی ہے۔ کسل، عدم دمویت، جلد کی زرد مٹیالی رنگت، دوران سر، عدم اشتہا، اختلالات ہضم، کم نمک ترشگی (hypochlorhydria) یا بے نمک ترشگی (achlorhydria) اور مفاصل اور عضلات کا درد مستمر عام خصائص میں سے ہیں۔ شدید قسموں میں تپ کے ساتھ تہیج اور نزفات بھی پائے جاتے ہیں۔ ملیریا سے پیدا شدہ کلانی طحال ("تاپ تلی" "ague cake") ایک ممیز خاصہ ہے اور یہ سخت ہوتی ہے اور اکثر ناف تک بڑھ آتی ہے۔ جگر میں بھی بعض اوقات نمایاں کلانی پائی جاتی ہے اور سوءِ ہضم کی موجودگی کی وجہ سے کبھی جگر یا معدی سرطانی سلعہ مع ثانوی مطروحات کا شبہ ہوسکتا ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب۔ وجع العصب جس سے خاصکر فوق محجری عصب متاثر ہوتا ہے، عصبی التہاب، قرنیہ کا تقرح، التہاب قزحیہ، التہاب عصب بصری اور شبکیتی نزفات پیدا ہوجاتے ہیں، اور کہا جاتا ہے کہ التہاب خصیہ بھی واقع ہوجاتا ہے۔ شفری نملہ (herpes labialis) خاص کر سلیم ثلاثی سرایتوں میں عام طور پر پایا جاتا ہے، اور کلانی یا فتق طحال خفیف ضربہ سے بھی فتق ہوسکتی ہے۔ رباعی ملیریا میں کلوی التہاب مع تہیج خاص طور پر کثیر الوقوع ہے۔ مرارہ میں کثرت صفرا کی وجہ سے بعض اوقات نرم لونی سنگریزے بن جاتے ہیں لیکن ملیریائی کبھی جگر واقع نہیں ہوتی۔ ملیریا سے پیدا شدہ اسقاط قلیل الوقوع نہیں، اور دوران حمل میں کونین یا ایبرٹن کے استعمال کو روکنے سے، ان کا استعمال کرانے کی نسبت، بہت زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔

تشخیص۔ ملیریا کے حملے اپنی نوبتیت کی وجہ سے ممیز ہیں، اور سلیم اور رباعی تپوں میں یہ خاصہ بالخصوص پایا جاتا ہے، اور ان کی ابتدا اکثر دوپہر سے پہلے یا اس کے ابتدائی حصہ میں ہوتی ہے۔ روزانہ نقشہ ریوں پر کم اعتبار کرنا

چاہئے کیونکہ یہ مختلف عفونتی عوارض میں پیدا ہوسکتے ہیں جن میں تقیح الدم، التہاب قنوات صفرا (cholangitis)، خراج کبد، التہاب حوض گردہ، اور خبیث دروں قلبی التہاب شامل ہیں۔ دوسرے امور جو سریری لحاظ سے اہم ہیں کبرطحال، ثانوی خوں پاش عدم دمویت اور معملی انکشافات ہیں۔ نوعی ادویہ کا استعمال کرانے سے پہلے خون کے آلودے طیار کرلینے چاہئیں۔ جب طفیلیوں کی تعداد خون میں کم ہو تو ایک سے زیادہ امتحانات کی ضرورت ہوتی ہے۔ لون دار کثرتِ خلیاتِ ابیض کا انکشاف اور غیر معمولی نرمانہ میں تقریباً ۱۵ فیصدی یا اس سے زائد یک نواتی خلویت (mononucleosis) اور یوروبائیلن بولیت کی موجودگی بہت معنی خیز ہیں۔ نوعی ادویہ کے معالجاتی اثر کی اہمیت کبھی ہوتی ہے اور کبھی نہیں۔

انذار۔ مدارینی ممالک میں ملیریا شرح اموات پر سب سے زیادہ اثر انداز ہوتا ہے، اور قلیل التغذیہ مریضوں، کم عمر کے بچوں اور ایسے اشخاص میں جن کو کسی بین رو مرض مثلاً مرض کج دہنہ (ankylostomiasis) کی شکایت ہو یہ خاص طور پر خطرناک ثابت ہوتا ہے۔ سلیم ثلاثی ملیریا لاغر اور عدیم الدم مریضوں اور بہت کم عمر بچوں یا بہت بوڑھے اشخاص کے سوائے عموماً مہلک ثابت نہیں ہوتا لیکن یہ یقینی طور پر کہا جاسکتا ہے کہ یہ بین رو سرایتوں کے لئے جو موت کا اہم سبب ہوتی ہیں تحریض پیدا کردیتا ہے۔ اگر خبیث ثلاثی ملیریا کا علاج نہ کیا جائے تو اس سے اکثر موت واقع ہوجاتی ہے، لیکن نوعی علاج کے بعد طفیلیوں کی اس نوع کا مستقل استیصال سلیم ثلاثی یا رباعی ملیریا کے مقابلہ میں زیادہ آسانی سے ہوجاتا ہے۔

تحرّز۔ مچھروں سے بچنے کے لئے شام کو خاص قسم کے بوٹ پہننے چاہئیں اور باشندوں کو مسہریوں میں سونا چاہئے، یا اگر ممکن ہو تو ایسے گھروں میں رہنا چاہئے جن میں مچھر داخل نہ ہوسکیں۔ طیران پذیر روغنات مثلاً سٹرونیلا کا تیل (oil of citronella) ٹخنوں، پہنچوں اور گردن پر

لگانا مفید ثابت ہوتا ہے۔ بدایں کے باشندوں کو یہ چاہیئے کہ وہ اپنے بنگلوں اور باغوں کے قریب ایسے مقامات کو بند کردیں جن میں مچھروں کی نسل بڑھتی ہے اور مچھر کے سرووں کی موجودگی کو معلوم کرنے کے لیئے قرب وجوار کے رقبہ جات کا اکثر معائنہ کرتے رہیں۔ ملیریا کے انسداد کے لئے یہ تدابیر بہت اہم ہیں کہ ایناظیری سرووں (anopheline larvæ) اور ان کی تولید کے مقامات کو تیل ڈالنے پیرس گرین چھڑکنے یا پانی کے نکاس کا انتظام کرنے سے تباہ کردیا جائے۔ حفظ ماتقدم کے لیے کونین کا استعمال کرنے سے زمانۂ حضانت بڑھ جاتا ہے اور اس سے مرض تحت سریری (subclinical) رہتا ہے۔ اس سے بہرحال ملیریا کی سرایت کا انسداد نہیں ہوتا۔ چونکہ زوجو (gamets) پر پلازموکین کا قوی اثر مہلک ہوتا ہے اس لئے جہاں تک صحیح معنوں میں حفظ ماتقدم کا تعلق ہے اس کو کونین پر ترجیح ہے۔

علاج - حملہ کے دوران میں مریض کو بستر پر لیٹ جانا چاہیئے اور تپش کے طبعی ہونے کے کم از کم تین دن بعد تک لیٹے رہنا چاہیئے۔ تپ کی ابتدا پر ایک سریع الاثر مسہل دیا جاتا ہے اور گرم مشروبات کے استعمال کی ترغیب دیجاتی ہے۔ سرد درجہ میں مریض گرم بوتلوں کا استعمال اور بہت سے کمبل اوڑھنا پسند کرتا ہے، اور گرم درجہ میں ایسپرین۔ کیفین۔ سٹریٹ کا آمیزہ مفید ثابت ہوتا ہے۔ تعریقی درجہ میں گرم مشروبات بائی کاربونیٹ آف سوڈا ملا کر دئے جا سکتے ہیں۔ مریض کو قبض نہ ہونے دینا چاہیئے اور سوڈیئم اور میگنیشیئم سلفیٹ کا استعمال باقاعدہ کرانا چاہیئے۔

نوعی ادویہ کونین (quinine) پلازموکین (plasmoquine) اور ایٹبرن (atebrin) پر مشتمل ہیں۔ پلازموڈیئم وائی ویکس کی سرایت کے مزاحم اصابات میں نیو سالورسین کے استعمال سے فائدہ ہوتا ہے، لیکن پلازموڈیئم فیلسی پیرم پر اس کا اثر بہت کم ہوتا ہے۔

کونین - کونین اب بھی ملیریا کے علاج کا قابل اعتماد ذریعہ علاج ہے۔ حادحملہ کے دوران میں خبیث ثلاثی ملیریا پر اس کا اثر اتنا فوری نہیں

ہوتا جتنا کہ سلیم ثلاثی یا رباعی پر ہوتا ہے' لیکن نکس اتنا کثیر الوقوع نہیں ہوتا۔
یہ دوا شگافیوں (schizonts) پر اثر کرتی ہے' اور سریری علامات کو دبا دیتی ہے
اور نہ تو یہ زواجوں (gamets) کو ہلاک کرتی ہے اور نہ بذری حیویو (sporozoites)
کو۔ اس کی مختلف تجہیزات ممکن الحصول ہیں جن میں ہائیڈرو کلورائیڈ' بائی
ہائیڈرو کلورائیڈ' بائی سلفیٹ اور سلفیٹ شامل ہیں۔ انسب مقدار اور مدت
علاج کے متعلق کوئی ایسی رائے قائم نہیں کی جاسکتی جس سے سب کو اتفاق ہو
لیکن مناسب فیصلہ یہ ہے کہ پہلے ہفتہ میں ۱۰ گرین دن میں تین مرتبہ' بعد کے دو ہفتہ
میں ۱۰ گرین دن میں دو مرتبہ اور بعد کے تین ہفتہ میں ۵ گرین رات اور صبح۔ کونین
کے بائی ہائیڈرو کلورائیڈ کے علاوہ جس کے غیر مقتند قرص کھلائے جاسکتے ہیں کونین کو
محلول کی شکل میں استعمال کرانا چاہئے۔ بائی سلفیٹ ہائیڈرو کلورک ایسڈ کا
اضافہ کرنے سے آسانی سے حل کیا جاسکتا ہے۔ کونین کی زیادہ مقداروں کے
استعمال کے بعد بہرا پن اور طنین الاذن (tinnitus) عارضی طور پر پیدا ہوجاتے
ہیں اور یہ اس کے انجذاب کا ایک واضح ثبوت ہیں۔ چونکہ ہائیڈرو کلورائیڈ
حل پذیر ہوتا ہے اس لئے دروں عضلی اور دروں وریدی دونوں قسم کے اشرابات
کے لئے استعمال کیا جاتا ہے' اس کا مقادر ۱۰ گرین ہے اور اس کا ارتکاز ۲ گرین
فی مکعب سنٹی میٹر ہے۔ دروں وریدی اشرابات کو ترجیح حاصل ہے اور ان کے
اثرات مابعد باقی نہیں رہتے بشرطیکہ کونین کو مناسب طریقہ سے حل کیا جائے
اور اشراب آہستہ کیا جائے۔ یہ طریقہ مندرجۂ ذیل حالتوں میں خاص طور پر مفید
ثابت ہوتا ہے۔ (۱) جب قے بکثرت ہو' (۲) دشوار علاج اصابات میں جن میں نقص
انجذاب یا دیگر اسباب کی وجہ سے کونین براستہ دہن غیر موثر ثابت ہو۔ (۳)
دماغی ملیریا یا بارد ملیریا کی طرح کی خطرناک قسموں میں جبکہ مریض کی زندگی بچانے
کے لئے کونین جلد دینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ کونین کے لئے خاصہ ذاتی
(idiosyncrasy) کے موجود ہونے کا اظہار احمراری اور شری طفحات اور معمولی
سمی اثرات مثلاً طنین الاذن' بہرا پن' غطش (amblyopia)' بصری اور معدی
اختلالات کے پیدا ہونے سے ہوتا ہے' بچے کونین کو اچھی طرح سے برداشت

کرتے ہیں' اور ان میں بالغوں کی نسبت اس کو برداشت کرنے کی قوت زیادہ ہوتی ہے۔ ایک سال کے شیرخوار بچے کے لیے ۵ گرین مقدار کو بہت زیادہ تصور نہ کرنا چاہئے۔ ملیریا زدہ ممالک میں زمانۂ نفاس میں' عملیہ سے' یا معدم حس کئے استعمال سے پہلے کونین دینے کا رواج مناسب ہے۔ عام قاعدہ یہ ہے کہ اگر کونین مناسب مقدار میں دی جائے تو یہ تپ کو چھتیس گھنٹہ سے اکہتر چھپن گھنٹہ تک کے عرصہ میں زائل کر دیتی ہے' لیکن گاہے گاہے ایسے اصابات بھی دیکھنے میں آتے ہیں جو کونین کے وردی وبیدی استعمال سے بھی عسیر العلاج ثابت ہوتے ہیں۔

پلازموکین (Plasmoquine)۔ یہ دوا جو ایک میتھاکسی کوانیولین (Methoxy-quinoline) مشتق ہے خبیث ثلاثی ملیریا میں شگافیوں پر بظاہر کم اثر کرتی ہے اگرچہ یہ زواجوں کو تباہ کر دیتی ہے۔ سلیم ثلاثی ملیریا میں یہ شائد صنفی اور غیر صنفی دونوں قسموں پر اثر کرتی ہے۔ اس دوا کے دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ یہ کونین کے ساتھ ملا کر قرص کی شکل میں دی جائے جیسی کہ کوئینو پلازموکین ہے۔ اس دوا کا ہر قرص ۰.۰۱ گرام (۱/۶ گرین) پلازموکین اور ۰.۳ گرام (۵ گرین) کونین سلفیٹ پر مشتمل ہوتا ہے' اور غذا کے بعد دو قرص روزانہ چھ دن تک دن میں تین بار دئے جاتے ہیں۔ اس کے بعد چار دن کا ایک مکمل وقفہ دیا جاتا ہے اور اس کے بعد یہی نصاب پھر جاری کیا جاتا ہے۔ اس قسم کے چار یا پانچ نصاب دئے جاتے ہیں۔ سمی علامات متلی' قے' دردسر اور جلد کی نیلگوں رنگت پر مشتمل ہیں' اور رنگت کی یہ تبدیلی میٹ ہیموگلوبین دمویت سے پیدا ہوتی ہے۔

ایٹبرین (Atebrin)۔ یہ مرکب ایک الکیلی ایلکل امینو ایکریڈین (alkylammo-acridin) مشتق ہے' جو ۰.۱ گرام کے قرص کی شکل میں غذا کے بعد دن میں تین مرتبہ پانچ سے لیکر سات دن تک دیا جاتا ہے۔ یہ دوا کونین کی طرح شگافیوں پر اثر کرتی ہے اور جہاں تک طفیلیوں سے خون کے مبرا ہونے' علامات کے زائل ہونے اور نکسات کے رک جانے کا تعلق ہے' یہ کونین کے برابر ہے۔ اس کے استعمال کے بعد بعض اوقات معوی درد محسوس ہوتا ہے'

1046

پریشان خواب آتے ہیں اور جلد کی رنگت عارضی طور پر زرد ہوجاتی ہے لیکن شدید سمی مظاہر قلیل الوقوع ہیں۔ مریض اکثر اسے کونین پر ترجیح دیتے ہیں کیونکہ اس کے استعمال کرنے کی مدت کم ہے۔ جن اصابات میں خاصۂ ذاتی موجود ہو ان میں اور سیاہ بولی تپ کی حالت میں یہ خاص طور پر مفید ہے کیونکہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ کونین اور پلازموکین کی طرح تیزی سے ہرگز ہیموگلوبین دمویت پیدا نہیں کرتی۔ ایٹبرن میوسی نیٹ (atebrin mucinate) (۳۵ء۰ گرام = ۱ء۰ گرام ایٹبرن) کے استعمال کا رواج درون عضلی اشراب کے لئے حال ہی میں ہوا ہے، اور سیلون کی وبا میں اس کا استعمال کثرت سے کیا گیا تھا، لیکن عمومی نقطۂ نظر سے آرا کا اتفاق اس امر پر ہے کہ یہ دواخانہ کے کام کے لیے اطمینان بخش ثابت نہیں ہوا، اگرچہ شفاخانہ کے مریضوں کے لئے موثر ہے۔ زمانہ نقیہیت میں لوہا پورے مقادات میں پل فرس کارب (Pil. Ferrous Carb) (۵ گرین غذا کے بعد دن میں تین مرتبہ) کی شکل میں یا فیرائی ایٹ امونیئم سٹراس (ferri et ammonium citras; ۳۰ گرین دن میں تین مرتبہ غذا کے بعد) کی شکل میں دیا جاسکتا ہے۔ ملیریا کے مریضوں کو یہ تاکید کردینی چاہئے کہ وہ سرد غسل اور بہانے سے پرہیز کریں، سردی اور زیادہ تکان سے بچیں اور الکحل کا زیادہ استعمال نہ کریں کیونکہ ان اسباب سے مخفی اصابات میں نکس جلد واقع ہوتا ہے۔

سیاہ بولی تپ

(BLACK WATER FEVER)

ملیریائی ھیموگلوبین بولیت (Malarial Hæmoglobin-uria)

ھیموموگلوبین بولیتی تپ (Hæmoglobinuric Fever)

یا سواد بولیتی تپ (Melanuric Fever)-

سیاہ بولی تپ خبیث لاثی ملیریا کے دوران میں ایک یا زائد دروں وعائی خون پاشیدگیوں کا نتیجہ ہوتی ہے اور اس سے قشعریرہ، تپ، درد کرتے، یرقان، عدم دمویت، ہیموگلوبین دمویت اور ہیموگلوبین بولیت پیدا ہوتے ہیں، اور شائد

انقطاع البول بھی واقع ہوجاتا ہے۔ اس کا سبب غالباً ایک باشندہ شئے ہے جو کہ خونی شکست سے پیدا ہوتی ہے۔

بحث اسباب - جن خطوں میں سیاہ بولی تپ پائی جاتی ہے وہ یہ ہیں، افریقہ کا مغربی اور مشرقی ساحل، نیا سالینڈ، یوگنڈا، سوڈان، اور مدارینی افریقہ کے دوسرے حصے، مڈغاسکر، ہندوستان میں دوار (Duars)، ترائی جیسے پور کا کوہستانی خطہ، فلسطین، مقدونیہ، اٹلی، یونان، ریاستہائے متحدہ جنوبی، وسطی امریکہ، پاناما، وینزویلا، گائنا اور نیوگنی۔ یہ مرض ہمیشہ خبیث ثلاثی ملیریا کے نتائج سرایت زدہ یا بیش سرایت زدہ مقامی منطقوں میں پیدا ہوتا ہے، اور یہ ایک سے لیکر پانچ سال تک کی سکونت کے بعد عارض ہوتا ہے۔ شفایابی کے بعد متوالی حملے قلیل الوقوع نہیں۔ بالغ اور بچے دونوں اثر پذیر ہیں لیکن دیسی آبادی میں مناعت موجود ہوتی ہے۔ بخلاف اس کے یورپینی باشندوں اور درآمدہ دیسی باشندوں میں یہ مرض پیدا ہوجاتا ہے۔ مزمن ملیریا اور اس کے لئے کونین کے عموماً بے قاعدہ وقفوں پر استعمال کرنے کی روئداد تقریباً ہمیشہ موجود ہوتی ہے جو محرک اسباب مرض کے حملے میں سرعت پیدا کرتے ہیں وہ یہ ہیں۔ (۱) کونین کا استعمال (۲) سردی لگ جانا، (۳) مشقت کی زیادتی۔ کونین اور پلازموکین دونوں سے حملوں میں سرعت پیدا ہوسکتی ہے اور ان کا یہ اثر شاید کوئینولین کے حلقہ (quinoline ring) کی وجہ سے ہے جو دونوں مرکبات میں مشترک ہے۔ بہرکیف ایسے اصابات بھی دیکھنے میں آتے ہیں جن میں کونین یا کسی دوسری دوا کے استعمال کی روئداد موجود نہیں ہوتی، اور متعدد اصابات دوران حمل میں بھی دیکھنے میں آئے ہیں۔

مرضی تشریح - امتحان بعد الموت پر جو انکشافات ہوتے ہیں وہ یہ ہیں کہ مریض ملیریا پر شدید ہیموگلوبین بولیت کا اضافہ پایا جاتا ہے۔ جگر نرم اور کلانی یافتہ ہوتا ہے، صفرا غلیظ اور قیری ہوتا ہے، طحال کی جسامت میں کلانی پائی جاتی ہے اور اس کا گودا متموّج (diffluent) ہوتا ہے، اور گردے ممتلی، تاریک اور متورم ہوتے ہیں۔ ہیموسائیڈرین (hæmosiderin) جو آزاد لوہے کے لئے پروشین بلو

تعامل دیتی ہے جگر، گردوں، اور طحال میں پائی جاتی ہے اور ملیریائی لون مختلف احشاء میں موجود ہوتا ہے گو یہ اتنی زیادہ مقدار میں نہیں ہوتا جس کی توقع کی جا سکتی ہے گردوں میں ورم سحابی اور سمی انحطاط پایا جاتا ہے اور تلفیف یافتہ انبیبات کے خلیات میں تکسر موجود ہوتا ہے، اور انبیبات کے دروفے ایئوسین پسند ذرات دار فواضل سے مسدود ہوتے ہیں۔ جگر کے لختکوں کے کبدی خلیات میں بھی ورم سحابی اور مرکزی تنخر پایا جا سکتا ہے، اور کوپفر (Küpffer) کے خلیات میں عموماً ملیریائی لون کا مظاہرہ کیا جا سکتا ہے۔ یرقان تقریباً ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔

سریری امراضیات۔ سیاہ بولی تپ کے دورہ کی ابتدا میں ملیریائی طفیلیوں کا اکثر مظاہرہ کیا جا سکتا ہے، لیکن دوسرے دن کے بعد ان کا رجحان غائب ہو جانے کی طرف ہو جاتا ہے، اور یہ امتحان نعش پر غائب پائے جاتے ہیں۔ پیشاب کی رنگت مختلف ہوتی ہے اور یہ پورٹ وائن سے لیکر پورٹر تک کی رنگت کا ہوتا ہے اور اس میں آکسی ہیموگلوبین ہوتی ہے اور عموماً مٹ ہیموگلوبین بھی پائی جاتی ہے اور یورو بائیلین بافراط موجود ہوتی ہے۔ البیومن یولیت ہمیشہ پائی جاتی ہے لیکن صفرا صرف شدید اصابات ہی میں موجود ہوتا ہے۔ انخالکردہ (centrifuged) مطروح بھورے فواضل اور ذرات دار سانچک پر مشتمل ہوتا ہے اور خون کے سرخ جسیمات اس میں یا تو بہت کم ہوتے ہیں یا موجود ہی نہیں ہوتے۔ پلازما میں آکسی ہیموگلوبین اور مٹ ہیموگلوبین دونوں موجود ہوتی ہیں، اور یہی اس کا نمایاں ترین لون ہے۔ حال ہی میں ایک جدید لون بھی پایا گیا ہے (53) جو مٹ ہیموگلوبین کا متجانس ہے اور اس کی تحویل سٹوکس کے متعامل سے نہیں ہوتی اور یہ پیشاب میں ظاہر نہیں ہوتا۔ ہیمو بائیلی روبن کی مقدار بہت بڑھ جاتی ہے اور بالواسطہ وان ڈنبرگ ۵ سے لیکر ۸ اکائیوں کے درمیان ہوتا ہے لیکن بلاواسطہ فوری اور دو ہیئتی تعاملات صرف انہی مریضوں میں پائے جاتے ہیں جو خطرناک طور پر بیمار ہوتے ہیں اور جن میں جگر کا سمی تنخر پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات کثرت بول کی شکایت موجود ہوتی ہے، یا گردے کے ماؤف ہونے سے قلت بول (oliguria) بھی پیدا ہو سکتی ہے، اور بعض اوقات

1047

میں **انقطاع بول** پیدا ہوجاتا ہے جس کے ساتھ یوریا کا احتباس پایا جاتا ہے اور اس حالت میں خون کا یوریا معینہ سے پہلے ۲۰ ۵ملی گرام فی ۱۰۰ مکعب سنٹی میٹر تک تیزی سے بڑھ جاتا ہے۔ خون کے یوریا کی مقدار میں ایک نمایاں اضافہ موجود ہوتا ہے اور یہ کسی حد تک تو تباہ شدہ جسیمات کی وجہ سے اور کسی حد تک یوریا کے احتباس کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ غیر مہلک اصابات میں بھی یہ ۵۰ ۳ملی گرام فی ۱۰۰ مکعب سنٹی میٹر تک پہنچ جاتا ہے۔ بعض اوقات کلوی ترشہ سمیت پیدا ہوجاتی ہے' اور اس صورت حالات میں پلازما کی CO_2 سے ممتزج ہونے کی قوت میں ایک نمایاں کمی واقع ہوجاتی ہے' مصلی کیلسیم کم ہوجاتا ہے' اور خون کا فاسفورس بڑھ جاتا ہے۔ علاوہ ازیں ذموی طبعی خلوی (normocytic) قسم کی ہوتی ہے' اور خون پاشیدگی کے پیدا ہونے کے بعد جس کے کئی نمایاں دورے ہوتے ہیں خون کے سرخ خلیات کی تعداد میں تیزی سے کمی واقع ہوجاتی ہے۔ شدید اصابات میں فی مکعب ملی میٹر ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ سے لیکر ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ سرخ جسیمات تک ایک رات میں ضائع ہوجاتے ہیں (دیکھو صفحہ ۶۶)۔

سیاہ بولی تپ میں خون پاش عامل کے متعلق ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ پہلے جسیمات کو پاشیدہ کرتا ہے اور اسکے بعد آزاد شدہ آکسی ہیموگلوبین کو میٹ ہیموگلوبین میں تبدیل کردیتا ہے اور یہ اس طرح ایک تکسیدی عامل کے طور پر عمل کرتا ہے (58) ۔ یہ دونوں لون پلازما میں نمودار ہوجاتے ہیں اور جب ان کا ارتکاز ایک کافی حد تک پہنچ جاتا ہے تو کلوی دہلیز سے تجاوز ہوجاتا ہے اور یہ بجنسہ پیشاب میں خارج ہوجاتے ہیں۔ اگر پیشاب کا تعامل ترشی ہو تو جو آکسی ہیموگلوبین قنبلک (glomerulus) میں سے تقطیر پاتی ہے' اس کے سبب ہیموگلوبین اور ایسڈ ہیمیٹن میں تبدیل ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ انیبیبات میں ترسیب واقع ہوجانے سے انسداد واقع ہوجاتا ہے۔ ایک اور امر جو انقطاع البول (anuria) کے پیدا کرنے میں اتنا ہی اہم ہے اور وہ لمفیبیات انیبیبات کے افرازی سرطلمہ کا سمی انحطاط ہے۔ ان دونوں امور یعنی پاشیدہ

خون کی مقدار اور اس کی پاشیدگی کی سرعت کا گردہ کی قوت کے ازسرنو بحال ہونے سے ایک اہم تعلق ہے اگر آدھے گھنٹہ میں پاشیدہ خون کی مقدار ۵.۴ مکعب سنٹی میٹر سے بڑھ جائے تو گردہ کو ناقابل تلافی نقصان پہنچ جاتا ہے اور اس کا نتیجہ مہلک انقطاع البول ہوتا ہے۔ پیشاب میں دائر خون کے لون کا صرف ۱۰ فی صدی یا اس سے بھی کم حصہ نمودار ہوتا ہے' اور بقیہ کا تدارک شبکی درعلمی خلوی نظام کو کرنا پڑتا ہے جس کا نتیجہ ہیموسائیڈرن کا جمائو (hæmosiderosis) جیش بانسیلی روبن دمویت اور کثرت صفرا ہوتا ہے۔

علامات ۔ مریض عموماً یہ خیال کرتے ہیں کہ ملیریا کا حملہ ہونے والا ہے اور اس لئے وہ کونین کھاتے ہیں۔ چند گھنٹے کے اندر اندر عام طور پر قشعریرہ ہوتا ہے اور قطن میں درد محسوس ہوتا ہے' (بعض اوقات یہ علامات کئی دن تک نمودار نہیں ہوتے)' لیکن کم شدید اصابات میں پہلی علامت سرخی مائل رنگت کا پیشاب ہوتا ہے۔ قشعریرہ کے بعد تپش ہمیشہ بڑھ جاتی ہے' اور اس کے بعد متلی' برمعدی تکلیف' قے اور عدم دمویت پیدا ہوجاتی ہے اور کبھی یہ علامات بعد میں بھی نمودار ہوتے ہیں۔ پیشاب جلد ہی پورٹ وائن یا پورٹر کی رنگت کا ہوجاتا ہے اگرچہ یہ اول اول سرخی مائل ہوتا ہے۔ یرقان ابتدائے مرض کے چند گھنٹہ بعد نمودار ہوجاتا ہے اور دوسرے دن بخوبی قائم ہوجاتا ہے۔ ابتدا میں نبض تیز ہوتی ہے' خون کے دباؤ میں نمایاں کمی پائی جاتی ہے اور انکماشی دباؤ ۷۰ سے لیکر ۹۰ ملی میٹر پارہ تک ہوتا ہے' لیکن اس کے بعد جب پہلی دروں وعائی خوں پاشیدگی کا صدمہ زائل ہوجاتا ہے اور گردے ماؤف ہوجاتے ہیں تو خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ دردسر اور نور ترسی (photophobia) بعض اوقات شدید ہوتی ہے۔ جوں جوں عدم دمویت میں ترقی ہوتی ہے مریض بہت بے چین اور مضطرب ہوتا جاتا ہے' جلد زردی مائل ہوجاتی ہے' جوارح سرد ہوجاتے ہیں' اور نبض تیز اور خیطی ہوجاتی ہے۔ ہچکی جو شدید اصابات میں ہمیشہ پائی جاتی ہے شفایابی کے ساتھ متناقض نہیں' لیکن چین سٹوکس کے تنفس کی طرح یہ خطرناک ضرور ہے! امتحان شکم سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ طحال اور جگر کلانی یافتہ ہیں' اور

مرارہ کے اوپر' جو صفرا سے متمدد ہوکر تنا ہوتا ہے' اکثر مختص المقام الیمیت پائی جاتی ہے۔ حملہ کے دوران میں طحال کی جسامت میں کمی واقع ہوجاتی ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ جو محفوظ خون اس میں جمع ہوتا ہے وہ کم آکسیجن دمویت (anoxæmia) کے ازالہ کے لئے باہر چلا جاتا ہے۔ ابتدا میں تپش ملیریا کے دورہ کے مشابہ ہوتی ہے' اور یہ عموماً پہلے دن ہی اعظم ارتفاع تک پہنچ جاتی ہے۔ بعد میں یہ کبھی متفتر (remittent) ہوتی ہے اور کبھی وقفہ دار (inter-mittent) اور اکثر تین یا چار دن کے عرصہ کے بعد طبعی حد تک پہنچ جاتی ہے' اگرچہ کبھی کبھی یہ دو ہفتہ تک بھی جاری رہتی ہے۔ بعض اوقات موت سے پہلے تپ مفرط عارض ہوجاتی ہے جس میں تپش ۱۰۸ف ہوتی ہے۔ ہیموگلوبین بولیت کے ختم ہوجانے کے بعد پس ہیموگلوبین بولیتی تپ (post-hæmoglobinuric fever) پیدا ہوجاتی ہے اور کئی دن تک رہتی ہے۔ مذکورہ سابقہ اوسط اصناف کے علاوہ مختلف سریری اقسام بھی بیان کئے جا چکے ہیں۔ (۱) خاطف قسم (fulminating type) جس میں مریض تسمم الدم اور کم آکسیجن مویت (anoxæmia) کی وجہ سے چھتیس سے لیکر بہتر گھنٹہ تک کے عرصہ میں ہلاک ہوجاتے ہیں۔ (۲) انقطاع البولی قسم (anuric type) جس کی ابتدا شدید علامات سے ہوتی ہے۔ قاثاطیر گذارنے سے صرف تھوڑا سا پیشاب نکالا جا سکتا ہے جس میں البیومن کی بہت زیادہ مقدار ہوتی ہے اور جو کبھی صفرا آلود بھی ہوتا ہے۔ اس کے بعد مکمل انقطاع البول پیدا ہوجاتا ہے اور تپش طبعی یا زیر طبعی ہوتی ہے۔ موت واقع ہونے سے پہلے یہ حالت بعض اوقات ایک ہفتہ تک یا اس سے زائد عرصہ تک جاری رہتی ہے۔ (۳) ہیموگلوبین بولیت کی مسلسل (continuous) یا متفتر (intermittent) قسم۔ تپش برقرار رہتی ہے' اور ہیموگلوبین بولیت یا تو مسلسل ہوتی ہے یا متفتر اور اس عرصہ میں خون پاشیدگی کے کئی واضح حملے ہوتے ہیں۔ اس کے بعد بعض اوقات پس ہیموگلوبین بولیتی تپ عارض ہوجاتی ہے۔ (۴) نزفی قسم۔ اس میں اصابات میں جلدی نزفات' قے الدم یا برازالدم پیدا ہوجاتے ہیں۔

ھمر اور پیچیدگیاں - پیچیدگیاں خوں پاش عدم دمویت' انقطاع البول
پس ہیموگلوبین بولیتی تپ' اور صفراوی تو لنج پر مشتمل ہیں' اور کبھی کبھی لونی حصیات
(pigment calculi) اور التہاب مرارہ (cholecystitis) عواقب کے طور پر
پیدا ہوجاتے ہیں - راس (Ross) کے مطابق (54) حملہ کے دوران میں ۱۰ فیصدی
اصابات میں نکس واقع ہوتا ہے - ناموافق خصائص شدید یرقان' انقطاع البول'
تپ مفرط اور پیشاب میں صفرا کا اخراج ہیں - بُہر (dyspnoea)' چین سٹوکس
کا تنفس اور سرخ خلیوں کا شمار ۱۰،۰۰۰،۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر یا اس سے کم بدشگونی
کے علامات ہیں' اور جب تک کہ کم آکسیجن دمویت کا ازالہ نقل الدم سے نہ کیا جائے
اِن صورتِ حالات میں موت لازمی طور پر واقع ہوجاتی ہے - شرح اموات تقریباً
۳۰ فیصدی ہے -

تحریز - سیاہ بولی تپ کی تحریز وہی ہے جو خبیث ثلاثی ملیریا کا حفظ انتقدم
ہے - اگر کونین کا استعمال حفظ ما تقدم کے طور پر کیا جا رہا ہو تو روزانہ ۵ گرین مسلسل
کھائی جائے جب تک کہ سیاہ بولی تپ کے خطہ میں سکونت رہے - کونین اور پلازموکن
دونوں سے حملوں میں تیزی پیدا ہوجاتی ہے' اور ایٹبرین کے استعمال میں بظاہر
یہ خطرہ نہیں پایا جاتا' اس لئے ایسے مریضوں کو جن کو سیاہ بولی تپ عارض ہوچکی ہو
ملیریا کے حموی درجہ میں صرف ایٹبرین ہی دینی چاہئے' اور اگر ضرورت ہو تو کونین
بعد میں دی جاسکتی ہے -

علاج - چونکہ خوں پاشیدگی پر قابو حاصل نہیں کیا جاسکتا اس لئے
علاج کا معقول ترین طریقۂ عمل یہ ہے کہ جوں جوں پیچیدگیاں پیدا ہوں ان کا علاج
کیا جائے اور موت کے معروف اسباب کا ازالہ کیا جائے جو حسب ذیل ہیں:-
(۱) عدم دمویت' کم آکسیجن دمویت اور فشلِ قلب - (۲) تسمم الدم' (۳)
انقطاع البول - مریض کو صرف اسی حالت میں کسی دوسرے مقام پر منتقل کرنا
جائز ہے جب کہ علاج کا بہتر انتظام ہوسکے - مریض کو مسلسل بستر میں رکھنا چاہئے
اور افتادہ وضع ہی میں اس کی تیمارداری کرنی چاہئے - اس کو کسی صورت میں بھی
اٹھ کر بیٹھنے کی کوشش نہ کرنا چاہئے اور اپنے لئے خود کچھ نہ کرنا چاہئے - جن مریضوں

میں صدمہ (shock) پیدا ہوگیا ہو اور خون کا دباؤ کم ہوگیا ہو ان میں فوراً پائنتی کو اونچا کردینا، گرم بوتلوں کا استعمال کرانا اور جوارح کو پٹیاں باندھ دینا قرینِ مصلحت ہوتا ہے۔ سیال کثیر مقدار میں پلانا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو یہ براہِ معاء مستقیم اور دروں وریدی طور پر بھی دیا جاسکتا ہے۔ آشش جو، پھلوں کا رس، اور گلوکوس دی جاسکتی ہے، اور بعد میں دودھ، جنکٹ (رائب : پھٹا ہوا دودھ)، اراروٹ، کسٹرڈ، اور بنگرز فوڈ (Benger's food) کا استعمال کیا جاسکتا ہے۔ دورانِ نقہیت میں معتدبہ عرصہ تک یا اس وقت تک جب تک کہ گردوں کا فعل طبعی نہ ہوجائے پروٹینوں سے پرہیز کرانا مناسب ہے۔ قے اکثر تکلیف دہ ہوتی ہے اور بائی کاربونیٹ آف سوڈا سے معدی تغسیل بعض اوقات فائدہ مند ثابت ہوتی ہے۔ پیشاب کا تعامل سٹریٹ اور بائی کاربونیٹ دینے سے حتی الامکان جلد از جلد قلوی کردینا چاہئے۔ اگر اس سے کامیابی نہ ہو تو ۱ پائنٹ دوہرے کشید کئے ہوئے پانی میں ۱۵ گرین بائی کاربونیٹ آف سوڈا حل کرکے دروں وریدی طور پر دینا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو اس کا تکرار بھی کرنا چاہئے۔ چونکہ حرارت سے تعقیم کرنے میں، بائی کاربونیٹ کے سمی کاربونیٹ میں تبدیل ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے اس لئے یہ بہتر ہے کہ جب کشید کیا ہوا پانی سرد ہوجائے تو بائی کاربونیٹ کے سفوف کا اضافہ کیا جائے، اور ایسا اس حالت میں کیا جاتا ہے جبکہ بائی کاربونیٹ کے محلول کی تعقیم تقطیر سے نہ کی جاسکے۔ انقطاع البول کے لئے گلوکوس کے ۵ فیصدی ہم تنشی محلول کے ایک یا دو پائنٹ دئے جاسکتے ہیں یا اس کی جگہ بیش تنشی گلوکوس (۱۰ فی صدی تا ۲۰ فیصدی محلول) کی چھوٹی چھوٹی مقداریں دی جاسکتی ہیں۔ صلب کو حرارت پہنچانی چاہئے اور اس پر خشک پیالے لگانے چاہئیں، اور کیفین سٹریٹ کی طرح خفیف سے مدرات بھی دئے جاسکتے ہیں۔ امعاء کا فعل ملحی مسہل کے استعمال سے قائم رکھنا چاہئے۔ خوں پاشیدگی کے خاتمہ پر شدید اصابات میں نقل الدم ضروری ہوتا ہے، لیکن ان تمام اصابات میں جن میں عدم دمویت خطرناک ہو اور شمار ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ خلیات فی مکعب ملی میٹر سے کم ہوگیا ہو یہ خوں پاشیدگی کے زمانہ ہی میں

کردینا چاہئے خاص کر جب کہ اسراع قلب (tachycardia) بے چینی، مہر اور چین شوکس کا تنفس موجود ہوں۔ کثرت بول کے اصابات میں نقل الدم کیا جا سکتا ہے اور کسی قسم کا خطرہ مطلقاً نہیں ہوتا، لیکن جن اصابات میں قلت بول نمایاں ہو یا انقطاع البول پیدا ہو گیا ہو یہ صرف خطرناک عدم دمویت ہی کے لئے کرنا چاہئے۔ جن مریضوں میں طفیلیئے موجود رہیں ان میں ایٹبرین کے دینے میں کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ دوران نقیہیت میں لوہے کا استعمال پورے مقادات میں کرایا جا سکتا ہے اور اس کی ابتدا تقریباً چودھویں دن کی جاتی ہے۔

لیشمانیت (Leishmaniasis) جنس لیشمانیا کے طفیلیوں سے پیدا شدہ امراض کے ایک گروہ پر مشتمل ہے اور اس میں مندرجۂ ذیل امراض شامل ہیں۔ کالا آزار جو لیشمانیا ڈونوونیائی (Leishmania donovani) سے پیدا ہوتا ہے، بحر رومی یا صبیانی کالا آزار جو لیشمانیا انفینٹم (Leishmania infantum) سے پیدا ہوتا ہے، مشرقی قرحہ (oriental sore) جو لیشمانیا ٹراپیکا (L. tropica) سے پیدا ہوتا ہے اور تقرحی ادمی لیشمانیت (espunda) یا امریکی لیشمانیت جو لیشمانیا برازیلی ئنسس (L. brasiliensis) سے پیدا ہوتی ہے۔ جن مختلف لیشمانیا سے انسان میں سرایت پیدا ہوتی ہے وہ شکلیاتی لحاظ سے ناقابل تمیز ہیں (55) اور حیوانات میں تعلیم کرنے سے بہت کم مدد ملتی ہے۔ نوگوشی (56) نے تین مصلیاتی قسمیں دریافت کی ہیں، لیشمانیا ڈونوونیائی، لیشمانیا ٹراپیکا، اور لیشمانیا برازیلی ئنسس۔ جو ملزق تخالات لیشمانیا ڈونوونیائی اور لیشمانیا انفینٹم کی کاشتوں کے ساتھ حاصل کئے گئے وہ متماثل تھے۔ حال ہی میں پینا (Penna) (57) نے برازیل میں احشائی لیشمانیت کے بارے میں متعلق ذکر کیا ہے اور اس کا طفیلیہ جگر کی تراشوں میں ٹریپنوسوما کروزائی (Trypanosoma cruzi) کی لیشمانیائی شکل سے مختلف ہوتا ہے لیکن یہ ابھی تک معلوم نہیں ہوا کہ آیا یہ لیشمانیا ڈونوونیائی کا متماثل ہے یا نہیں۔

کالا آزار

(KALA-AZAR)

(صفحہ ۱۷۶ ' ۲۰۴ 'صفحہ 1053)

تپ سیاہ (Black Fever):-

یہ ایک نوعی مرض ہے جس میں کبر طحال' کبر کبد' لاغری' بے قاعدہ تپ' اور عدم دمویت پائی جاتی ہے' اور یہ لیشما نیا ڈونووینائی (L. donovani) سے پیدا ہوتا ہے جس کا مظاہرہ اطرافی خون میں یا طحالی بچوکے سے کیا جا سکتا ہے۔ بزندہ کیڑے کے متعلق یہ تقریباً یقین سے کہا جا سکتا ہے کہ یہ فلی بوٹومس ارجنٹائیپس (Phlebotomus argentipes) ہے۔

بحث اسباب۔ کالا آزار ہندوستان' آسام' شمالی چین اور سواحل بحر روم میں پایا جاتا ہے جہاں زیادہ تر بچے متاثر ہوتے ہیں۔ ہند چینی' سوڈان' حبشہ' عراق اور روسی ترکستان میں یہ نادر الوقوع ہے۔ یہ مرض یورپین اور دیسی باشندوں دونوں کو عارض ہوجاتا ہے۔ انسان کے جسم میں طفیلیہ ایک چھوٹی سی بیضوی ساخت کی شکل میں پایا جاتا ہے' جس کا طول تقریباً ۲ سے ۵ ملی تک اور عرض ۱ سے ۲ ملی تک ہوتا ہے' اور اس میں ایک کلاں نوات (macronucleus) یا غذائی نوات (trophonucleus) ہوتا ہے جس کی تلوین رومانوسکی کے توشیہ سے شوخ سرخ ہوتی ہے اور ایک خرد نوات (micronucleus) یا جذرمایہ (rhizoplast) ہوتا ہے جو ڈنڈے کی شکل کا ہوتا ہے اور اس کی تلوین ارغوانی سرخ ہوتی ہے۔ وریدی کو بچے سے حاصل کئے ہوئے خون اور طحال کے رس میں طفیلیے عموماً موجود ہوتے ہیں۔ ان کی کاشت خرگوش خونی اگر (rabbit blood agar) (این' این' این' وسیط: N. N. N. medium) پر اسے کرے کی تپش (۲۰° تا ۲۵° م) پر چودہ دن تک رکھنے سے کی جا سکتی ہے بشرطیکہ جرثومی تلوث سے اسے بچایا جائے۔

اس سوصد میں طفیلیہ میں ایک سرے پر ایک سوطیہ (flagellum) اور مرکزی جسم
(centrosome) پیدا ہوجاتا ہے اور ایک مرکزی کلاں فوات بھی نمودار ہوجاتا
ہے، اور یہ اس امر کی موثق شہادت ہے کہ قدرتی حالات میں کسی حشری بزندہ میں
اس کا نمو ہوتا ہے اور یہ بزندہ تقریباً یقینی طور پر ریت مکھی ہے۔ اگر ریت مکھی
کالا آزار کے مریضوں سے غذا حاصل کرے تو لیشمونا ڈ شکلیں (leptomonad
forms) پیدا ہوجاتی ہیں، جن کے اشراب سے ہیمسٹروں (hamsters) میں
مرض پیدا ہوجاتا ہے۔ مگر حال میں ایسی مکھیوں کے کاٹنے سے جو تجرباتی طور پر
سرایت زدہ کی گئی ہوں نقل مرض شاذ و نادر ہی عمل میں آیا ہے۔ کالا آزار کی
بحر رومی قسم سے بچے خاصکر متاثر ہوتے ہیں۔ قدرتی میزبان کتا ہے اور
نقل مرض ریت مکھیوں سے ہوتا ہے۔

امراضیات۔ لیشمانیا ڈونووینائی اجسام شبکی درحلی خلیات میں
پائے جاتے ہیں اور یہ خاصکر جگر، طحال، غدد لمف اور مغز استخواں کے ان
خلیات میں موجود ہوتے ہیں جہاں ان کی تولید و افزائش ہوتی ہے اور یہ آخر کار
منشق ہوجاتے ہیں، اور آکل خلیے ان کو بعد میں اخذ کر لیتے ہیں۔ یہ گردوں اور
معوی تحت مخاطیہ میں بھی پائے گئے ہیں۔ امتحان بعد الموت پر لاغری نمایاں ہوتی
ہے اور عضلی تاچوں میں انصباب قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔ ابتدائے مرض میں طحال   1050
نرم اور ملائم ہوتی ہے اور بعد میں یہ سخت اور لیفی ہوجاتی ہے۔ گردھائی التہاب
اور اس کے کیسہ کی دبازت اور اس کا انفعام (infarction) قلیل الوقوع نہیں
جگر محکم ہوتا ہے، اس کے کیسہ میں دبازت پائی جاتی ہے، اور اس کا منظر جوزی
ہوتا ہے اور اس میں شحمی انحطاط عام طور پر پایا جاتا ہے۔ انجام کار رکہبت پیدا
ہوجاتی ہے۔ کوپفر کے خلیات میں طفیلیے کثیر تعداد میں پائے جاتے ہیں۔ لمبی ہڈیوں
کا مغز، بیش تکون کی وجہ سے سرخ اور نرم ہوتا ہے، اور ماساریقی غدد متورم پائے
جاتے ہیں اور ان میں مرکزی تنخر موجود ہوتا ہے۔ قلب پلپلا اور متسع ہوتا ہے
اور معائے صغیر اور معائے کبیر میں بعض اوقات تقرح پایا جاتا ہے۔

علامات۔ معرض سرایت میں آنے کے ایک سال یا اس سے زائد عرصہ بعد

مرض رونما ہوتا ہے' لیکن زمانۂ حضانت عموماً ایک ماہ سے لیکر چار ماہ تک ہوتا ہے
ابتدا غیر محسوس یا فوری ہوتی ہے اور اس کے ساتھ تپ ہوتی ہے جو غلطی سے
محرقہ یا ملیریا تصور کی جا سکتی ہے۔ تپش کبھی بے قاعدہ کبھی متقتر اور کبھی وقفہ دار
ہوتی ہے۔ بعض اوقات دن میں تپ نہیں ہوتی لیکن بعد میں تپش میں ارتفاع واقع
ہوجاتا ہے۔ بعض اصابات میں تپش دوپہر کے بعد اور شام میں دو مرتبہ بڑھتی ہے۔
جلد کی رنگت گہری ہوتی جاتی ہے اور اس میں لون کی ریادتی پائی جاتی ہے اور
بال گرجاتے ہیں۔ جگر تقریباً ۹۰ فیصدی اصابات میں جس پذیر ہوتا ہے اور اس کا
نیچے کا کنارہ واضح الحدود ہوتا ہے۔ کبر طحال عموماً موجود ہوتا ہے' لیکن پہلے یا
دوسرے مہینے میں یہ بعض اوقات جس پذیر نہیں ہوتی۔ اس درجہ میں یہ عموماً واضح
طور پر کلانی یافتہ ہوتی ہے اور نرم محسوس ہوتی ہے لیکن الیم نہیں ہوتی۔ اس کے
بعد اس کے ابعاد بے حد بڑھ جاتے ہیں اور جس کرنے والے ہاتھ کو سختی محسوس
ہوتی ہے۔ بھوک اچھی طرح سے لگتی ہے لیکن ہاضمہ خراب ہوتا ہے اور اس سے
اسہال پیدا ہو سکتا ہے۔ رات کو عموماً پسینے آتے ہیں۔ متوسط درجہ کی عدم دموییت اکثر
پیدا ہوجاتی ہے جس کے ساتھ وزن تیزی سے کم ہوجاتا ہے اور ضعف پیدا ہوجاتا ہے
اختلاج' بہرا اور جوارح کا تہیج پیدا ہوجاتا ہے اور گاہے گاہے چہرہ پھول بھی جاتا ہے
خون کے دباؤ میں کمی پائی جاتی ہے' اور انقباضی دباؤ اکثر ۱۰۰ ملی میٹر پارہ سے
بھی کم ہوتا ہے۔ ایسے خلقی اصابات بیان کئے جا چکے ہیں جن میں مرض سرایت زدہ
ماں سے جنین میں بلا واسطہ منتقل ہو گیا تھا۔ لیشمانیا ڈونووینائی کا مظاہرہ خون
کی دبیز فلموں اور جگر سے یا طحال سے حاصل کردہ آلودوں میں یا خون کی کاشت
سے کیا جا سکتا ہے۔ طحالی کچوکا:۔ مریض افتادہ وضع میں ہو اور جلد کی تعقیم
ٹنکچر آف آیوڈین سے کر لی جائے۔ ضلعی حاشیہ سے تقریباً ایک انچ نیچے اور طحال
کے مقدم اور موخر کناروں کے تقریباً درمیان ایک رقبہ کا انتخاب کر لیا جاتا ہے۔
اگر طحال کافی بڑی ہو تو ایک مددگار اس کو پکڑ کر اپنی وضع پر قائم رکھتا ہے تاکہ یہ
ہلنے نہ پائے اور جب سوئی داخل کی جاتی ہے تو مریض کو سانس روکنے کی ہدایت
کی جاتی ہے۔ جلد کی تعدیم حس کے بعد ایک سوئی ۱½ انچ لمبی طحال میں پیچھے کے

اور اوپر کے رُخ میں محکم گرفت سے داخل کردی جاتی ہے اور جو پچکاری اس کے ساتھ لگی ہوتی ہے اس سے امتصاص کرلیا جاتا ہے اگر طحالی رس میں خون کی مقدار اقل ہو تو بہتر نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ طحال میں کچو کا لگانے سے پہلے یہ ہمیشہ ضروری ہوتا ہے کہ خون کا امتحان سفید دمویت کے لئے کرلیا جائے ورنہ شدید نزف کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے' اور کچوکے کے دو یا تین گھنٹہ بعد تک مریض کی نگہداشت بھی کرنی چاہئے۔ طحال کے رس کے ایک قطرہ سے صاف شریحہ کو آلودہ کرنے سے شریحات طیار کئے جاتے ہیں' اور اس کے خشک ہونے کے بعد جیمسا یا لیشمین کے توشیہ سے ان کی تلوین کی جاتی ہے۔

ایلڈیہائیڈ کا کاشفہ (Aldehyde Test) بہت مفید ثابت ہوا ہے اور کلکتہ سکول آف ٹراپیکل میڈیسن کے کالا آزار کلینیک میں طحالی کچوکے کی جگہ زیادہ تر یہی انجام دیا جاتا ہے۔ نیپئیر (Napier) کی ترکیب عمل یہ ہے۔ تقریباً ۵ مکعب سنٹی میٹر خون وسطی قاعدی ورید سے لے لیا جاتا ہے اور اس کا تھکا بننے دیا جاتا ہے۔ بعد میں ایک مکعب سنٹی میٹر بالائی مصل تالچھ کے ذریعہ سے الگ کرلیا جاتا ہے اور اسے ایک چھوٹی سی امتحانی نلی میں ڈالکر اس میں کرشل فارملین کے ۲ قطرے ملا دئے جاتے ہیں اور نلی کو ہلاکر کمرہ کی تپش پر چھوڑ دیا جاتا ہے۔ اگر تعامل مثبت ہو تو ایک یا دو منٹ میں ایک سفید تکدر پیدا ہو جاتا ہے جو آدھے گھنٹہ میں جیلی کی طرح بیٹھ جاتا ہے اور نلی کو مشمولات کے گرنے کے بغیر الٹایا جاسکتا ہے۔ صرف جیلی بننے کی کوئی اہمیت نہیں اور تشخیصی خاصہ انڈے کی سخت ابلی ہوئی سفیدی کی طرح کا غیر شفاف تجمد ہے۔ طحالی کچوکے کے مقابلہ میں جو ۹۰ فیصدی اصابات میں مثبت تعامل دیتا ہے یہ تقریباً ۸۰ فیصدی اصابات میں مثبت ثابت ہوتا ہے۔ ایلڈیہائیڈ کا کاشفہ مرض کے پہلے تین مہینوں میں عموماً منفی ہوتا ہے۔

تصویر خون۔ خون کے تغیرات عدم دمویت' سفید دمویت اور صحیفات کے شمار کی کمی پر مشتمل ہیں۔ ہیموگلوبین میں بعض اوقات خلیات احمر کی کمی کے متناسب کمی پائی جاتی ہے جس کی وجہ سے لونی اشاریہ ا کے قریب قریب

1051

ہوتا ہے۔ بعض اصابات میں یہ ۷۷ء اور ۸ء کے درمیان ہوتا ہے۔ عدم دمویت عموماً متوسط شدت کی ہوتی ہے لیکن شدید اصابات میں خون کی تصویریں خلوی لاتساوی (anisocytosis)، بوقلموں خلویت (poikilocytosis)، متعدد الوان پذیری (polychromasia) اور طبعی نابضات (normoblasts) پائے جاتے ہیں۔ یہ عدم دمویت متکاثر شبکی درطلمی خلیات کے جو بہت طفیلیہ زدہ ہوتے ہیں، احمری ناہضی مغز استخواں میں بکثرت مجتمع ہو جانے سے منسوب کی گئی ہے۔ قلتِ خلیاتِ ابیض (leucopenia) نہایت ہی ممیز خاصہ ہے اور عموماً ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر کے شمارات پائے جاتے ہیں۔ لمفی اور یک نواتی خلیوں میں اضافی زیادتی پائی جاتی ہے، اور تعدیل پسند اور ایوسین پسند خلیات میں کمی ہوتی ہے۔ زمانۂ ترویب بعض اوقات بڑھ جاتا ہے، اور گلوبولن میں زیادتی اور مصلی البیومن، نیز اور کیلسیم میں کمی پائی جاتی ہے۔ یوگلوبولن (euglobulin) کاذب گلوبولن کسر (pseudo-globulin fraction) کے صرفہ پر بڑھ جاتی ہے۔

پیچیدگیاں اور عواقب۔ انفلوئنزا، ذات الریہ اور تدرن کی طرح کے امراض سے عموماً موت واقع ہوتی ہے۔ التہاب اذنِ وسطی اور آکلۃ الفم (cancrum oris) خاص طور پر بچوں میں پائے جاتے ہیں۔ اینٹیمنی کے مرکبات سے علاج کرنے کے دوران میں بے ذراتی خلویت (agranulocytosis) پیدا ہو سکتی ہے، اور آکلۃ الفم کے پیدا ہونے کے رجحان اور ثانوی سرایت کے لئے اثر پذیر ہونے کی استعداد کا تعلق شائد ناہض الابیض مغز استخواں (leucoblastic marrow) کی انخفاضی حالت سے ہے جو سفید خلیات کے شمارات سے ظاہر ہوتی ہے۔ رعاف (epistaxis)، مسوڑوں سے جریان خون، براز الدم، اور یرقان بھی بعض اوقات پیدا ہو جاتا ہے، اور اسہال جس میں اجابتیں کبھی مخاطی دموی ہوتی ہیں اور کبھی نہیں، عموماً پایا جاتا ہے۔ موخر الذکر سے ہمیشہ زحیری سرایت کا خیال پیدا ہونا چاہئے (58)۔ مرض کبر طحال جس کے ساتھ شدید عدم دمویت موجود ہوتی ہے اور کبدی کہبت

(hepatic cirrhosis) عواقب میں شامل ہیں ۔ موخرالذکر کے ساتھ کبھی استسقاء اور مظاہرہ پذیر طفیلیے پائے جاتے ہیں اور کبھی نہیں ۔ علاج شروع کرنے کے تین ماہ کے عرصہ کے اندر اندر یرقان اکثر پیدا ہوجاتا ہے ۔ بعد کالا آزاری ادمی لیشمانیت (post kala-azar dermal leishmaniasis) بھی بعض اوقات واقع ہوجاتی ہے جو علاج شروع کرنے کے ایک سال کے عرصہ کے اندر لونیت کے رقبوں کی شکل میں نمودار ہوتی ہے جس کے بعد ثوری سلعی کرتیجے پیدا ہوجاتے ہیں جن میں لیشمانیا ڈونووینائی پائے جاتے ہیں ۔ طفیلیے صرف جلد تک ہی محدود ہوتے ہیں اور کچھ کے سے ان کا انکشاف طحال یا جگر میں نہیں کیا جاسکتا ۔ گاہے گاہے ایسے مریضوں میں ادمی ضررات نمودار ہوجاتے ہیں جن میں کالا آزار کی کوئی سابقہ روئداد موجود نہیں ہوتی ۔

تشخیص ۔ کالا آزار کو ان تپوں سے تمیز کرنا ضروری ہے جن میں کبر طحال موجود ہوتا ہے اور اہمیت کے لحاظ سے ان کی ترتیب حسب ذیل ہے ۔ مزمن ملیریا ، تپ متموج ، محرقہ اور محرقہ نما تپیں ۔ بچوں میں مجر زومی کالا آزار کو بعض دموی امراض ، مثلاً کولی کی عدم دمویت (Cooley's anaemia) جو عموماً یونان میں پائی جاتی ہے ، فان جکیش کی عدم دمویت (von Jaksch's anaemia) اور بے صفرا بولی یرقان (acholuric jaundice) ، سے تمیز کرنا ضروری ہوتا ہے ۔ اور یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اس مرض میں ہندوستانی کالا آزار کے مقابلہ میں اطرافی خون میں کم طفیلیے پائے جاتے ہیں ۔ ان دونوں اقسام میں معملی انکشافات کی ضرورت ہوتی ہے ۔

انذار ۔ جن مریضوں کا علاج نہیں کیا جاتا ان میں شرح اموات ۹۰ فیصدی ہے ۔ مزمن اصابات میں مرض سال دو سال تک جاری رہتا ہے ۔ جدید علاج سے مریض عموماً شفایاب ہوجاتے ہیں ، لیکن بے حبیباتی خلویت (agranulocytosis) کے لئے احتیاط سے مریض کی نگہداشت کرنی چاہئے ، اور اگر یہ پیدا ہوجائے تو نکلیوٹائیڈ کے ۹۶ (nucleotide K. 96.) کے انجرابات فوراً دینے چاہئیں ۔

تحریز ۔ چونکہ اس مرض کا برندہ غالباً ریت کھی ہی ہے اس لئے اسکو

تباہ کرنے کی تدابیر اختیار کرنی چاہئیں۔ ہندوستان میں سرایت زدہ گھروں کو چھوڑ دینا اور مرض سے متاثر لوگوں کو علیحدہ کردینا اور ان کا علاج کرنا موثر ثابت ہوا ہے۔

علاج ۔عمومی علاج یہ ہے کہ عموی درجہ میں مریض کو بستر پر لٹا دیا جائے اور ہلکی مغذی دیجائے جس میں حیاتینوں کی مناسب مقدار موجود ہو اور عدم دمویت کے لئے لوہے کے مقویات دئے جائیں۔ جن اصابات میں مرض ترقی کر گیا ہو ان میں مہیجات قلب مثلاً ڈجی ٹیلس کی ضرورت ہوتی ہے۔ پرانے علاج کی جگہ جو اینٹیمنی کے سہ گرفتہ مرکبات مثلاً ٹارٹار ایمیٹک سے کیا جاتا تھا اب اینٹیمنی کے پنج گرفتہ مشتقات استعمال کئے جاتے ہیں جن میں نیوسٹیبوسین (neostibosan) یا فان ہیڈن ۶۹۳ (von Heyden 693)، یوریا سٹیبامین (urea-stibamine)، نیوسٹیم (neostam)، اور سٹیبوسین فان ہیڈن ۴۷۱ (stibosan von Heyden 471) شامل ہیں۔ نیوسٹیبوسین کا ابتدائی معتاد ۱ء۰ سے ۲ء۰ گرام تک ہوسکتا ہے اور بعد میں اس کو بڑھا کر ۳ء۰ گرام کے اشرابات روزانہ آٹھ سے لیکر بارہ دن تک کئے جاتے ہیں۔ لاغر مریضوں کو کم معتادات دئے جاتے ہیں۔ سمی خصائص مثلاً قے، اسہال، دوران سر، سمی التہاب کبد مع یرقان پر مشتمل ہیں، اور گاہے گاہے ایک استہداف نما حالت رونما ہوجاتی ہے جس کے ساتھ قلبی وعائی ہبوط پایا جاتا ہے اور اس کے علاوہ شری اور چہرہ کی زیر جلدی بافتوں کا تہیج بھی پیدا ہوجاتا ہے۔ جن اصابات کا کافی علاج نہ کیا جائے ان میں نکس مرض واقع ہوجاتا ہے، اور گاہے گاہے مریضوں کو زیادہ بڑے معتادات اور علاج کے زیادہ طویل نصابات کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر بے ذراتی خلویت (agranulocytosis) یعنی آکلہ الفم پیدا ہوجائے تو نکلیوٹائیڈ کے ۹۶ (nucleotide K. 96) کے اشرابات فوراً دینے چاہئیں۔ مساعد خصائص یہ ہیں۔ طحال کی جسامت میں کمی واقع ہوجاتی ہے، تپ اتر جاتی ہے، وزن بڑھ جاتا ہے، سفید خلیوں کا شمار پھر طبعی ہوجاتا ہے اور طحالی کچوکے کے نتائج منفی ہوجاتے ہیں۔

بحر روحی کالاآزار سے مریض بچوں کی شفایابی کے لئے زیادہ طویل علاج درکار ہوتا ہے' اور نیوسٹیبوسین (neostibosan) یا یوریا سٹیبامین (urea-stibamin) کے نسبتہً بڑے معتادات کی ضرورت ہوتی ہے ۔

قرحۂ مشرقی

(ORIENTAL SORE)

مداریتی قرحہ (Tropical Sore) بغدادی دمل (Bagdad Boil) دھلی دمل (Delhi Boil) وغیرہ ۔

یہ ایک سرایتی اریکی سلعہ (infective granuloma) ہے جو مداریتی لیشمانیا سے پیدا ہوتا ہے اور جسم کے منکشف حصوں پر کی جلد او رتحت جلدی بافتوں پر اثر انداز ہوتا ہے ۔

بحث اسباب ۔ ہندوستان' شمالی مغربی سرحدی صوبہ' عراق' عرب' ایران' افریقہ کے بعض حصوں' اسپین' اٹلی اور یونان میں اس مرض کی تقسیم بہت وسیع ہے ۔ چونکہ یہ مرض قصبوں میں پایا جاتا ہے اس لئے مقامی خطہ جات مرض کے لحاظ سے اس کے بہت سے مترادفات مشہور ہیں اگرچہ اس امر کا کوئی قطعی ثبوت ابھی تک حاصل نہیں ہوا لیکن فلیبوٹومس پیپیٹیسی آئی (Phlebotomus papatasii) اور فلیبوٹومس سرجنٹائی (P. sergenti) کی قسم کی ریت مکھیوں میں میاں رودہ (mid-gut) سے لیکر سونڈ (proboscis) تک لیشمانیا ٹراپیکا کے قشبی سوطیہ دار قسم میں حیرت انگیز طریقہ سے نمو پانے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ قرحۂ مشرقی کا قدرتی برندہ یہی ہیں ۔ وینی اون (Wenyon) نے تجربی تطعیم کے بعد چھ ماہ تک انتظار کیا اور پھر قرحہ نمودار ہوا ۔ کتے' بلیاں اور گنی پگ اثر پذیر ہیں ۔

امراضیات ۔ امراضیات وہی ہے جو سرایتی اریکی سلعہ کی ہے ۔ برادمہ مذبول ہوجاتا ہے اور ادمہ اور اسکے خلیات مصورہ خلیات لمفی خلیات اور درملی سلعات سے درریختہ ہوجاتے ہیں جن میں طفیلیے ہوتے ہیں ۔

علامات ۔ زمانۂ حضانت چند ہفتوں سے لیکر چھ ماہ تک ہے ۔ پہلے ایک قسم کا سرخ بثرہ نمودار ہوتا ہے جس پر کھجلی ہوتی ہے' اور بعد میں یہ ایک قسم کے منہ بند دمل کی شکل اختیار کر لیتا ہے جس پر زرد کھرنڈ ہوتے ہیں' اور آخر کار یہ ایک مزمن عسیرالاندمال قرحہ بنجاتا ہے ۔ قرحہ کا قاعدہ ارکی بافت سے بنا ہوتا ہے جس میں سے رقیق پیپ کا ارتشاح ہوتا ہے اور اس کے کنارے واضح الحدود اور گول ہوتے ہیں ۔ یہ قرحے چہرہ' ہاتھ' پہنچے' پاؤں اور ٹانگ پر عموماً پائے جاتے ہیں' اور کبھی یہ مجرد ہوتے ہیں اور کبھی مضاعف ۔ اندمال کے بعد ایک کریہ المنظر ندبہ باقی رہ جاتا ہے ۔

تشخیص ۔ تشخیص روئداد' مریض کے قیام کے جغرافیائی تعین' مہیز مقامی ضررات' اور طفیلیہ کی تفرید سے کی جاتی ہے ۔ لیشمانیا ٹراپیکا کا مظاہرہ کرنے کے لئے قرحہ کے کنارہ پر شیشہ کے ایک نوکدار نالچہ سے کچوکا لگانا چاہئے اور اس طرح جو مادہ حاصل ہو اس کی تطعیم خرگوش خونی آگر (این' این' این) وسیط پر کر دینی چاہئے ۔ آلودہ سے بھی بنا لینے چاہئیں اور رومانوسکی کے کسی ایک نوشیہ سے ان کی تلوین کر لینی چاہئے' کیونکہ لیشمانیا ٹراپیکا کا مظاہرہ اکثر در خلوی خلیات میں کیا جا سکتا ہے ۔

انذار ۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو یہ عارضہ چھ ماہ سے لیکر اٹھارہ ماہ تک جاری رہتا ہے' اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ بعد میں مریض آئندہ سرایتوں کے لئے مناعت یافتہ ہو جاتا ہے ۔ یہ قرحے بعض اوقات جراثیم سے ثانوی طور پر سرایت زدہ ہو جاتے ہیں' لیکن شدید سرایت شاذونادر ہی واقع ہوتی ہے اور یہ عارضہ عملاً کبھی مہلک ثابت نہیں ہوتا ۔

تحریز ۔ ریت مکھیوں اور ان کی افزائش نسل کے مقامات کو نابود کرنے کے لئے موثر تدابیر اختیار کرنی چاہئیں ۔

علاج ۔ ٹارٹار ایمیٹک دروں وریدی طور پر اس طرح دینا چاہئے جس طرح یہ دارالفلیقہ (schistosomiasis) (صفحہ 1070) کے لئے دیا جاتا ہے ۔۔ ۲۰ سے لیکر ۳۰ گرین تک کا جملہ نصاب مناسب ہوتا ہے ۔ نیو سٹیبو سین

(neostibosan) کا استعمال کامیابی سے کیا جا چکا ہے۔ بربرین سلفیٹ (berberine sulphate) ۱ مکعب سنٹی میٹر (ایک مکعب سنٹی میٹر میں ۱ گرین کے اثرابات ہفتہ میں دو یا تین مرتبہ کرنے سے فائدہ ہوا ہے۔ طفیلیوں کی کاشتوں سے تیار کردہ جدرینوں کے متعلق امید افزا اطلاعات وصول ہوئی ہیں۔ کاربن ڈائی آکسائیڈ برف کا استعمال ہر دسویں دن ۵ تا ۳۰ سیکنڈ کے لئے اور لاشعاعی علاج خاص طور پر مفید ہے۔ میتھیلین بلیو، آیوڈوفارم اور ٹارٹار ایمیٹک کے مرہموں کا استعمال کیا گیا ہے۔ آخرالذکر مرہم ۱ تا ۲ فیصد طاقت کا استعمال کیا جاتا ہے، لیکن بدقسمتی سے مقامی اغتشات اور بہت سا درد پیدا ہو جاتا ہے۔

امریکی ادمی لیشمانیت

(American Dermal Leish-maniasis) (اسپنڈیا: Espundia، جنگلی یاز: Forest Yaws وغیرہ)۔ یہ ایک سرایتی اربکی سلعہ ہے جو لیشمانیا بیسا ازیلی اینسس (Leishmania brasiliensis) سے پیدا ہوتا ہے اور جو جلد پر اثر انداز ہوتا ہے اور خدری اور انفی حلقی غشاؤں کی لمفی غدد، اور لمفی عروق کو بھی اکثر متاثر کر دیتا ہے۔

بحث اسباب۔ جغرافیائی تقسیم برازیل، برطانوی اور ولندیزی گائنا، وینزویلا، پیرو، پیراگوے اور بولیویا تک محدود ہے۔ یہ مرض ان لوگوں میں پایا جاتا ہے جو جنگلوں میں رہتے ہیں، مثلاً لکڑہارے، لیکن حشری رند (insector vector) نامعلوم ہے۔

علامات۔ زمانہ حضانت ۲ تا ۱۰ ہفتے تک ہے۔ ایسے بثور پیدا ہو جاتے ہیں جن میں کھجلی ہوتی ہے اور یہ عموماً جلد پر اثر انداز ہوتے ہیں، اور ان سے یا تو منہ بند دل (blind boils) بن جاتے ہیں، یا یہ ٹوٹ کر متقرح ہو جاتے ہیں اور اس طرح فطر نما ادیکات اور بڑے بڑے قرحے پیدا ہو جاتے ہیں بعض اوقات منہ اور ناک کے حاشیوں کی غشائیں ماؤف ہو جاتی ہیں، اور بعد میں انفی فاصل اور حنجرہ بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ ارتفاع تپش، جوڑوں کا درد اور ریوی علامات کی طرح کے عمومی خصائص پیدا ہو جاتے ہیں، اور مرض ایک مزمن عمر اختیار کر کے کئی سال تک جاری رہتا ہے۔ جن مریضوں کا علاج نہ کیا جائے وہ اکثر کسی بین

1053

مرض سے ہلاک ہوجاتے ہیں۔

تشخیص - اس عارضہ کو جذام، تدرن، آتشک گینگوسا (gangosa) اور قرحۂ قارضہ سے تمیز کرنا چاہئے۔ اس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ طفیلیوں کا مظاہرہ قرحوں کے کناروں کی کھرچنوں میں یا این۔این۔این وسیط پر کاشت کرکے کیا جائے، جیسا کہ مداری لیشمانیا کی سرایتوں میں کیا جاتا ہے۔

علاج - ٹارٹار ایمیٹک - ۳۰ گرین کا ایک مکمل نصاب دروں وریدی راہ سے دینا چاہئے۔ مزید براں وہ ذرائع بھی اختیار کئے جاسکتے ہیں جن کا ذکر قرحۂ مشرقی اور کالا آزار کے بیان میں کیا گیا ہے۔

ترفانیت (Trypanosomiasis) میں امراض کا ایک وسیع گروہ شامل ہے جو ٹرپینوسوما جنس کے سوطیہ دار طفیلیوں سے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ طفیلیے فقری حیوانات کے خون اور اُن کی بافتوں میں پائے جاتے ہیں۔ افریقہ میں انسان ٹرپینوسوما گیمبیئنس (T. Gambiense) یا ٹرپینوسوما روڈیشیئنس (T. Rhodesience) سے، اور جنوبی امریکہ میں ٹرپینوسوما کروزائی (T. Cruzi) سے متاثر ہوتا ہے۔ ٹرپینوسوما بروسیائی (T. Brucei) جس سے ناگانا (Nagana) پیدا ہوتا ہے، جو مویشی جنگلی جانوروں، کتوں اور گھوڑوں کو عارض ہوتا ہے، عموماً ٹرپینوسوما روڈیشیئنس کا متماثل سمجھا جاتا ہے۔

افریقی ترفانیت (صحفہ ۶۷، ۱، ۲)

مرض النوم -(Sleeping Sickness)

افریقی ترفانیت (African Trypanosomiasis) ٹرپینوسوما روڈیشیئنس یا ٹرپینوسوما گیمبیئنس سے سرایت زدہ سیٹسی مکھیوں کے کاٹنے سے منتقل ہوتی ہے۔ سریری لحاظ سے اس کے ممیز خصائص یہ ہیں۔ بے قاعدہ تپ، لہریہ دار احمراری طفحات، لمفی غدد اور طحال کی کلانی، اور سریع نبض۔ بعد میں عصبی نظام ماؤف ہوجاتا ہے اور ذہنی اور جسمانی انحطاط، سُبات، رعشہ، خلط ملط چال (shuffling gait)، تشنجات، کوما، اور موت واقع ہوجاتے ہیں۔

بحثِ اسباب۔ مرض النوم کو عارضۂ نوم (sleepy sickness) کی اصطلاح کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہئے جو عوام میں سبائی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ مرض مداریتی استوائی افریقہ تک محدود ہے، جس میں مغربی، وسطی اور مشرقی افریقہ شامل ہیں۔ جغرافیائی لحاظ سے یہ انہی خطوں میں پایا جاتا ہے جن میں سیٹسی مکھی بکثرت پائی جاتی ہے۔ کانگو، روڈیشیا، یوگنڈا، اور نیاسالینڈ اس مرض سے خاص طور پر متاثر ہیں۔ دونوں صنفیں اور ہر عمر اور ہر نسل کے افراد متاثر ہو سکتے ہیں۔ یورو پینوں پر شدید حملہ ہوتا ہے۔ اگرچہ اس مرض کا علم مدتِ دراز سے ہے، لیکن جب ۱۹۰۰ء میں یوگنڈا میں یہ مرض پھیلا اور وہاں کی آبادی بہت کم ہو گئی تو اس کی طرف حقیقی توجہ کی گئی۔ ٹرپینو سوس کی دو انواع تسلیم کی گئی ہیں۔ ٹرپینوسوما گیمبیئنس اور ٹرپینوسوما روڈیشیئنس، گو یہ انسانی خون میں ایک دوسری سے تمیز نہیں کی جا سکتیں اور ان سے ایک ہی طرح کے سریری مظاہر رونما ہوتے ہیں۔ ٹرپینوسوم (دیکھو صفحہ ۶۷، شکل ۱، ۲) ایک مطوّل سوطیہ ہے جس کا طول ۱۸ تا ۲۵ مائکران اور عرض ۲ تا ۲٫۸ مائکران ہوتا ہے۔ اس کے وسط میں ایک بڑا بیضوی نوات (غذائی نوات :trophonucleus) ہوتا ہے، اور اس کے کُند مؤخر سرے پر ایک چھوٹا کرومائینی تودہ (نزد قاعدی جسم) موجود ہوتا ہے۔ اور اس سے متصل ہی ایک اور چھوٹی سی ساخت، سوط مایہ (blepharoplast) ہوتی ہے جس میں سے ایک سوط (flagellum) نکلتا ہے۔ یہ سوط ایک غشائے متموّج کے آزاد کنارے کے ساتھ ساتھ عضویہ کے اگلے سرے تک جاتا ہے اور اس سے کسیقدر آگے نکلا ہوا ہوتا ہے۔ طفیلیے حموی درجہ میں خون میں اور لمفی غدد کے اندر پائے جاتے ہیں اور بعد میں دماغی نخاعی سیال میں بھی موجود ہوتے ہیں، اور اس سیال کی تطعیم سے یہ مرض بندروں میں پیدا کیا جا سکتا ہے۔ دونوں انواع میں تمیز کرنے کا صرف ایک طریقہ ہے، اور وہ یہ ہے کہ سرایت زدہ خون کی تطعیم سفید چوہوں میں کی جائے۔ اگر ٹرپینوسوما روڈیشیئنس موجود ہو تو پس نواتی شکلیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ جب سیٹسی مکھیاں انسان کا خون چوستی ہیں تو ٹرپینوسوم اُن میں داخل ہو جاتے ہیں۔ ان طفیلیوں کی افزائش ان کی آنت میں ہوتی ہے اور یہ ریقی قناتوں کی طرف

چلے جاتے ہیں، جہاں اِن کا نمو جاری رہتا ہے۔ تین سے لیکر چھ ہفتوں تک کی مدت میں گلاسینا مکھیاں سرایت زدہ ہو جاتی ہیں اور عمر بھر سرایت زدہ رہتی ہیں مشرقی افریقی قسم، ٹرپینوسوما گیمبئینس گلاسینا پلپیلس (Glossina palpalis) کے ذریعہ سے منتقل ہوتی ہے، جس میں یہ سرایت اُن جنگلی جانوروں سے پہنچ سکتی ہے جو ایسی جھیلوں اور دریاؤں کے قریب رہتے ہیں جہاں یہ مکھی آمد و رفت رکھتی ہے ٹرپینوسوما روڈیشیئنس ایک اور مکھی گلاسینا مارسیٹانس (G. Morsitans) سے پھیلتا ہے، جو بنجر علاقوں میں رہتی ہے اور یہ بھی غالباً جنگلی جانوروں سے سرایت حاصل کرتی ہے۔ بروس اس کو ٹرپینوسوما بروسیائی ہی کا متماثل تصور کرتا ہے۔ دونوں قسموں کی گلاسینا مکھیاں دن میں کاٹتی ہیں، لیکن چونکہ ان دونوں کے مساکن مختلف ہیں اس لئے ان کے استیصال کے لئے جو حفاظتی تدابیر اختیار کی جاتی ہیں ان میں متعدد اختلاف پایا جاتا ہے۔

امراضیات ۔ جس رقبہ میں یہ مکھی کاٹتی ہے اُس کی سیلبیت کرنے والے لمفی غدد ماؤف ہوتے ہیں، اور یہ بالخصوص گردن اور بُن ران ہی کے غدد ہوتے ہیں۔ غدد متورم ہو کر ملتہب ہو جاتے ہیں، اور ان میں شاذ نزف بھی واقع ہو جاتا ہے اور انحطاطی تغیرات اور مزمن لیفیت بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ مزید براں لمفا سا بیش تکون، درطحی تکاثر، اور لیفیت سے کبر طحال (splenomegaly) بھی پیدا ہو جاتا ہے، اور طحال کا کیسہ اکثر دبازت یافتہ پایا جاتا ہے۔ متاخر مدارج میں ٹرپینوسوم عصبی نظام کو بھی ماؤف کر دیتے ہیں اور سحائی التہاب دماغ اور سحائی التہاب نخاع کے مشابہ خوردبینی تغیرات پیدا کر دیتے ہیں۔ گرد عروقی نظام کی لمفی خلوی دریزش ممیز ہوتی ہے (موٹ Mott:)۔ اور ٹرپینوسوم دماغ اور نخاع کی میان خلوی فضاؤں میں پائے جاتے ہیں (یارک York:)۔ عصبی سریشی خلیوں کی بیش بالیدگی منتشر سریشی تکاثر اور عقدی خلیوں کے نواتات کی کروماٹین پاشیدگی بھی پائی جا سکتی ہے۔

علامات ۔ زمانۂ حضانت ایک سے لیکر تین ہفتہ تک ہے، لیکن بعض اوقات یہ کئی ماہ بھی ہوتا ہے۔ یہ مرض بہت سے اعتبارات سے

آتشک کے مشابہ ہے۔ اس کے تین مدارج شناخت پذیر ہیں' یعنی ایک مقامی ضرر' ایک حموی درجہ' اور ایک دماغی درجہ۔ (۱) مقامی خصائص۔ تمرا زدہ گلاسینا (glossina) کے کاٹتے ہوئے مقام پر بعض اوقات التہابی ضرر پیدا ہوتا ہے جو کچھ دن تک رہتا ہے' اور گاہے گاہے کاٹنے کے تقریباً سات دن سے لیکر دس دن بعد ایک آجل استہداف نما قسم کا مقامی ضرر پیدا ہوجاتا ہے جس کے ساتھ نمایاں احمرار اور جلد اور تحت جلدی بافتوں کا وسیع اور متصلب ورم پایا جاتا ہے۔ (۲) حموی درجہ یا ٹرپینو سوھی تپ (Trypanosome Fever)۔ مریض پر تپ کے حملے شروع ہوجاتے ہیں جو مختلف زمانہ تک جاری رہتے ہیں۔ تپش صبح کو کم اور رات کو زیادہ ہوتی ہے اور بے قاعدہ متفتر یا وقفہ دار قسم کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات ہفتوں تک تپ نہیں آتی۔ نبض تیز ہوتی ہے اور اس کا تناؤ کم ہوتا ہے اور یہ عموماً ۱۰۰ تا ۱۲۰ فی منٹ ہوتی ہے' اور جس زمانہ میں تپ نہیں آتی اس زمانہ میں بھی یہ تیز رہتی ہے۔ تنفس کی رفتار میں بھی فی منٹ بیس تا تیس کا اضافہ ہوجاتا ہے۔ لہٰذا شکل کے احمراری طفحات بھی پیدا ہوجاتے ہیں اور یہ بیشتر دھڑ پر پائے جاتے ہیں' اور چہرے' ٹانگوں اور پاؤں کی مختص المقام پھولن یا ان کا تہیج بھی بعض اوقات پیدا ہوجاتا ہے۔ جلد اکثر خارش پذیر اور خشک ہوتی ہے۔ موخر عنقی غدد کی کلانی (ونٹر باٹم کی امارت (Winterbottom's' sign:) ایک ممیز خاصہ ہے' اور بر بکری' بغلی' اور فوق ترقوی غدد بھی بعض اوقات ماؤف ہوجاتے ہیں۔ یہ کلانی یافتہ' لچکدار اور نرم ہوتے ہیں لیکن چھونے پر الیم نہیں ہوتے۔ گرد غدی التہاب موجود نہیں ہوتا۔ طحال عموماً جس پذیر ہوتی ہے اور کلبی ہڈیوں مثلاً قصبیہ پر عمیق بیش حسیت پیدا ہوجاتی ہے' اور یہ زائد مخفی جو درد کے محسوس ہونے سے پہلے حائل ہوتا ہے ایک اہم خصوصیت رکھتا ہے (کیرنڈل کی امارت :Kerendel's sign)۔ مرکزی عصبی نظام کے ماؤف ہونے سے پہلے بعض اوقات کئی ماہ گذر جاتے ہیں اور گاہے گاہے اس سے پہلے ہی خود بخود صحت ہوجاتی ہے۔ جب ایک مرتبہ دماغی علامات پیدا ہوجاتے ہیں تو موت ہمیشہ ایک سال کے اندر واقع ہوجاتی ہے' اور اگر

علاج نہ کیا جائے تو بھی ایسا ہی ہوتا ہے۔ مریض میں اول اول توجہ کی کمی پائی جاتی ہے اور کام کرنے کی طرف اس کا میلان نہیں ہوتا۔ وہ دردِ سر، دورانِ سر اور بے خوابی کی شکایت کرتا ہے، اور ان شکایتوں کے ساتھ ہی جسمانی کمزوری بھی پیدا ہو جاتی ہے، وزن کم ہو جاتا ہے اور لمفی غدد کلاں ہو جاتے ہیں۔ چہرہ بے لطف ہوتا ہے اور اوپر کے پپوٹے نیچے گر جاتے ہیں اور نیچے کا لب لٹک جاتا ہے جس کی وجہ سے دانت دکھائی دینے لگتے ہیں، اور لب خشک ہو جاتے ہیں اور ان پر انشقاق پیدا ہو جاتے ہیں۔ درمیانی ہیئت میں کاہلی اور جذباتی عدم توازن میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ مریض منطقہ حارہ کی دھوپ تک میں بھی یا کھانے ہوئے بھی سو جاتا ہے۔ چہرہ پھولا ہوا ہوتا ہے، اور اس سے بے پروائی اور غفلت ظاہر ہوتی ہے۔ بات کرنے میں مریض آہستگی سے بڑبڑاتا ہے۔ اور چال خلط ملط ہوتی ہے۔ زبان، لبوں اور ہاتھوں میں رعشہ پیدا ہو جاتا ہے منعکسات بہت تیز ہو جاتے ہیں اور رومبرگ کی امارت موجود ہوتی ہے۔ مریض لکڑی کے سہارے سے بڑی مشکل سے چلتا ہے۔ تپش میں شام میں کسی قدر اضافہ ہو جاتا ہے، اور نبض اکثر بہت سریع ہوتی ہے۔ آخری درجہ میں یہ علامات بہت شدید ہو جاتے ہیں عضلی کمزوری انتہا کو پہنچ جاتی ہے، منہ سے رال بہنے لگتی ہے، اور مریض بہت عرصہ تک ایک ہی حالت میں اوندھا یا ایک کروٹ پر اکٹھا ہو کر لیٹا رہتا ہے یا آگے کی طرف کو گھٹنوں کے بل گرا رہتا ہے۔ اگر اسے کچھ دے دیا جائے تو وہ کھا لیتا ہے اور منہ میں نوالہ ہونے کی حالت میں بھی کھانا بند کر دیتا ہے۔ بستری قروح اور عوجی انقباضات (flexure contractions) پیدا ہو جاتے ہیں۔ کوریا کی طرح کے تشنجات اور جھٹکے بھی بعض اوقات پیدا ہو جاتے ہیں اور لاغری بہت جلد بڑھتی جاتی ہے اور اسہال پیدا ہو جاتا ہے جس حالت میں مریض بستر پر پڑا رہتا ہے اس میں بثوری آبلے اور ریحی تورانات قلیل الوقوع نہیں۔ موت سے پہلے تشنجات، کوما یا مانیا پیدا ہو سکتے ہیں۔ خاتمہ پر جو صورتِ حالات ہوتی ہے وہ مجانین کے عمومی شلل کی اختتامی حالت سے مختلف نہیں۔

1055

پیچیدگیاں - اسقاط اور مردہ زائی (still-birth) قلیل الوقوع نہیں اور زہیرا اور ذات الریہ کی طرح کے بین رو امراض اکثر مہلک ثابت ہوتے ہیں التہاب قرنیہ اور قزحی ہدبی التہاب پیدا ہو سکتے ہیں اور ٹرپارسیمائیڈ (trypar-samide) اور ایٹاکسل (atoxyl) دونوں سے بصری ذبول پیدا ہو سکتا ہے جبکہ یہ پورے مقادات میں دئے جائیں۔

تشخیص - مرض کے مقامی خطہ میں رہائش کی روئداد بہت اہم ہے اور اس صورت میں ایسی بے قاعدہ تپ جس کے ساتھ عنقی غدد کی کلانی موجود ہو اس مرض کا شبہ پیدا ہونا چاہئے۔ گردن کی موخر مثلث کے غدد کے بچو کے سے حاصل کردہ سیال میں ٹرپینوسومس کا نہایت آسانی سے مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ جس غدہ کا انتخاب کیا جائے اس کا امتصاص خشک پچکاری میں کرنا چاہئے اور بورڈن (Borden) کے مطابق ۷۰ فیصدی اصابات میں ٹرپینوسوم موجود ہوتے ہیں۔ یہ خون کی دبیز فلموں یا مخوض سیال کے آلودوں میں بھی پائے جاتے ہیں۔ خون یا جرم غدہ کے مستحلب کی سفید چوہوں میں تطعیم کرنا بہت مفید طریقۂ عمل ہے کیونکہ اس سے دونوں انواع میں تمیز کی جاسکتی ہے متاخر مدارج میں قطنی کوچا ہمیشہ عمل میں لانا چاہئے۔ دماغی نخاعی سیال کا دباؤ زیادہ ہوتا ہے اور اس میں گلوبولین اور لمفی خلیے بافراط موجود ہوتے ہیں اور کبھی متوسط جسامت کے یک نواتی خلیات کی بھی زیادتی پائی جاتی ہے۔ اس کا خلوی شمار ۱۵ تا ۱۰۰۰ خلیات فی مکعب ملی میٹر ہوتا ہے، لیکن دماغی نخاعی سیال کے امخاض اور حیوانی تطعیم کے بعد بھی ٹرپینوسومس کا اکثر مظاہرہ نہیں کیا جاسکتا۔

انذار - مرض دو ماہ سے پندرہ ماہ تک جاری رہتا ہے اور جب ایک مرتبہ مرکزی عصبی نظام ماؤف ہو جاتا ہے تو یہ ہمیشہ مہلک ثابت ہوتا ہے تاوقتیکہ علاج نہ کیا جائے۔ ٹرپینوسوما گیمبیئنس میں انذار بہت امید افزا ہوتا ہے بشرطیکہ علاج مرکزی عصبی نظام کے متاثر ہونے سے پہلے شروع کر دیا جائے۔ اس کے بعد یہ زیادہ مشتبہ ہو جاتا ہے، اور اگر مریض میں عصبی علامات کا نکس واقع ہو جائے تو انذار خراب ہوتا ہے۔ ٹرپینوسوما روڈیشینس سے بہت تشفی بخش نتائج

واقع ہوتی ہے ۔یوروپینوں کی شرح اموات دیسی باشندوں کی شرح اموات کے مقابلہ میں کم ہے جس کی وجہ شاید یہ ہے کہ قبل الذکر کا علاج اوائل مرض ہی میں بہتر صورت حالات کے تحت شروع ہوجاتا ہے اور ان میں بین رو سرایتوں کے وقوع کا احتمال کم ہوتا ہے۔

تحریز - بڑے جنگلی جانوروں کو تباہ کرنے اور مقامی مرض کے خطوں سے آبادی اٹھا لینے سے اطمینان بخش نتائج حاصل نہیں ہوئے ۔گلاسینا مکھیوں کے استیصال اور ان کے کاٹنے سے بچنے کے لئے ذرائع اختیار کرنے چاہئیں ۔گلاسینا پلپلس کی حالت میں جھیلوں اور دریاؤں کے کناروں سے ۱۵ فٹ کے فاصلہ تک تمام پودوں اور جھاڑیوں کو صاف کر دینا مفید ہوتا ہے ۔اور مکھیوں کے پکڑنے کے لئے جو مناسب پھندے حال ہی میں تجویز کئے گئے ہیں وہ موثر ثابت ہوتے ہیں ۔سیٹسی مکھی کے رقبہ جات میں اونچے کپڑے ہرگز نہ پہننے چاہئیں ۔لباس سفید ہونا چاہئے اور اگر ممکن ہو تو دستانے اور نقاب استعمال کرنے چاہئیں ۔سفر حتی الامکان رات کو کرنا چاہئے ۔

علاج - مریض کی عمومی صحت کو ہر لحاظ سے بہتر بنانا چاہئے ۔بین رو سرایتوں کا ازالہ کر دینا چاہئے ' اور مغذی غذا تجویز کرنی چاہئے جس میں حیاتینوں کی مناسب مقدار موجود ہو ۔ایسی متعدد دوائیں ہیں جو مفید ثابت ہوتی ہیں اور بعض اصابات میں ان سے شفا بھی ہو جاتی ہے ۔(۱) ٹارٹار ایمٹک ۔ یہ دوا دروں وریدی راستہ سے ہفتہ میں تین مرتبہ دی جاتی ہے ۔اس کا استعمال ½ گرین سے شروع کیا جاتا ہے اور ۲ گرین تک پہنچا دیا جاتا ہے ' اور یہ مقدار ۱۰ مکعب سنٹی میٹر کشید کئے ہوئے پانی میں حل کرلی جاتی ہے ۔بعض اوقات ۴۰ گرین تک کی کل مقدار کے استعمال کی بھی ضرورت ہوتی ہے ۔(۲) سوآمین (soamin) یا ایٹاکسل (atoxyl) (سوڈیم آرسینلیٹ: sodium arsanilate) ۔ہفتہ میں دو مرتبہ ۳ گرین مقدار کے یا ہفتہ میں ایک مرتبہ ۶ گرین مقدار کے دروں عضلی اشرابات کئے جاتے ہیں ۔(۳) جرمینین (germanin) یا بیئر ۲۰۵ (Bayer 205) یوریا کا ایک پیچیدہ نامیاتی مرکب ہے ۔اس کا ۱ گرام مقدار بذریعہ

اشراب ہفتہ میں ایک مرتبہ کیا جاتا ہے اور دس اشراب کئے جاتے ہیں - یہ دوا اوائل مرض میں مرکزی عصبی نظام کے ماؤف ہونے سے پہلے خون کی تعقیم کے لئے خاص طور پر مفید ہے لیکن بدقسمتی سے اس سے التہاب گردہ پیدا ہو جاتا ہے جس کے ساتھ البیومن بولیت پائی جاتی ہے اور سیاٹک موجود ہوتے ہیں - لہذا دورانِ علاج میں یہ ضروری ہے کہ مریض کو بستر میں رکھا جائے اور غذا دودھ دی جائے -

(۴) ٹرپارسیمائیڈ (tryparsamide) (این-فینل گلائی سین ایمیڈو-پی آرسینیٹ (N-phenylglycineamido-p-arsenate: کا خاص طور پر ان اصابات میں استعمال کیا جاتا ہے جن میں مرکزی عصبی نظام ماؤف ہوا ہو اور یہ ہر ہفتہ دروں وریدی راستہ سے دس یا بارہ ہفتہ تک دیا جاتا ہے - پہلے ہفتہ میں ابتداً ۱ گرام سے کیا جاتی ہے - دوسرے ہفتہ میں ۲ گرام اور بقیہ ہفتوں میں فی ہفتہ ۳ گرام دیا جاتا ہے - بچوں کو نسبتہً بڑے مقادات دئے جاتے ہیں - یہ دوا سمی ہے اور اس سے التہاب کبد مع یرقان، سم الفاری التہاب اذمہ یا بصری ذبول پیدا ہو سکتا ہے - موخر الذکر پہ دردِ چشم، تدنّج نور ترسی اور فشل بصارت دلالت کرتے ہیں، اور قسمتی سے مکمل کوری کے پیدا ہونے کے کئی اصابات کا اندراج کیا جا چکا ہے - علاج کے دوران میں بصری ذبول کی ابتدائی شہادتوں کے لئے قرصوں کا باحتیاط امتحان کرتے رہنا چاہئے -

1056

جنوبی امریکی ترفانیت

(SOUTH AMERICAN TRYPANOSOMIASIS)

(صحیفہ ۷، ۶، ۳ صفحہ 1053)

شاگاس کا مرض (Chagas' Disease)، برازیلی ترفانیت -(Brazilian Trypanosomiasis)

یہ مرض برازیل اور جنوبی امریکہ کے دوسرے حصوں میں پایا جاتا ہے اور دونوں اصناف کے بچوں اور بالغوں پر حملہ آور ہوتا ہے - یہ ٹرپینوسوما کروزائی

(Trypanosoma cruzi) سے پیدا ہوتا ہے جو ایک چھوٹا سا اور چوڑا ٹرپینوسوم ہے جس کا طول ۲۰ μ ہوتا ہے۔ اس کا ایک مرکزی نوات اور ایک بڑا سا بیضوی حرکی مایہ (kinetoplast) ہوتا ہے۔ موخرالذکر پچھلے حصے میں واقع ہوتا ہے (صفحہ ۲۷، شکل ۳)۔ یہ مرض ریڈوویڈ کھٹمل (reduviid bug) مثلاً ٹرایاٹوما میجسٹا (triatoma megista) کے کاٹنے سے آدمی میں منتقل ہوتا ہے۔ ٹرپینوسوم سرایت پیدا ہونے کے ۲ یا ۳ ہفتے بعد اطرافی خون میں پائے جاتے ہیں۔ بعدہٗ یہ احشاء میں لیشمانیائی شکل اختیار کر لیتے ہیں، جہاں ان کا انقسام واقع ہوتا ہے اور یہ وقتاً فوقتاً محیطی دوران خون میں واپس چلے جاتے ہیں۔

امراضیات - لیشمانیائی شکلیں انسان میں ارادی عضلات، عضلۂ قلب انسان کے دماغ، خصیوں، بیضوں، مغز استخواں اور سرگردوں کی بافتی تراشوں میں پائی جاتی ہیں۔ ان مقامات میں ان کی افزائش ہوتی ہے، جس سے خلیے تباہ ہوجاتے ہیں اور عصبی نظام میں ایسے ضررات پیدا ہوجاتے ہیں جو سحائی دماغی التہاب (meningo-encephalitis) اور سحائی نخاعی التہاب (meningo-myelitis) کے مشابہ ہوتے ہیں۔ طحال، جگر، اور لمفی غدد میں کلانی واقع ہوجاتی ہے اور شاگاس کا خیال ہے کہ درقیہ متورم اور ممتلی ہوجاتا ہے یہاں تک کہ یہ بعض اوقات غوطری پایا جاتا ہے۔

علامات - زمانۂ حضانت ۱۰ تا ۳۰ دن ہے۔ حاد قسم عموماً ایک سال سے کم عمر کے بچوں میں پائی جاتی ہے۔ اور یہ تپ، کبر طحال، کثیر غددی التہاب، چہرے کی پھولن اور اس کے تہیج سے ممیز ہوتی ہے۔ بعض اوقات دماغی سحائی التہاب کے علامات پیدا ہوجاتے ہیں جن کا نتیجہ مہلک ہوتا ہے۔ مزمن مرض قلبی اور عصبی قسموں پر مشتمل ہے، جس میں توازن قلب میں اختلال پیدا ہوجاتا ہے اور عصبیاتی خصائص رونما ہوجاتے ہیں جن میں وہ شکلات شامل ہیں جو ٹرپینوسوما کروزائی کی لیشمانیائی شکل کے دروں خلوی حملے سے پیدا ہوتے ہیں۔ جدید تحقیقات کی رو سے اس مرض کے سلسلہ میں درقی ماتوفیت پر اعتراض کیا گیا ہے۔ کراس (Kraus) نے قماءت (cretinism) اور مخاطی اُذیما جیسے

علامات کو مقامی غوطہ سے منسوب کیا ہے اور وہ لیشمانیا کو اس کی وجہ قرار نہیں دیتا۔
تشخیص - یہ عموماً معمل میں کی جاتی ہے - پہلے ۲ یا ۳ ہفتوں میں ممکن ہے کہ ٹرپنوسوم محیطی خون میں پائے جائیں' اور ان کا مظاہرہ گاہے گاہے عضلی تجوکے سے حاصل کردہ یا فتی رس میں کیا جاسکتا ہے - کہا جاتا ہے کہ متمم تثبیتی تعامل سے ۹۰ فیصدی قلبی اصابات میں مثبت تعامل حاصل ہوتا ہے -
علاج - حشری بردہ ٹرایا ٹوما میجینسٹا کے استیصال کے لئے ذرائع اختیار کرنے چاہئیں - جو دوائیں افریقی ترفانیت میں موثر پائی جاتی ہیں اُن میں سے کوئی بھی اِس مرض میں کارگر ثابت نہیں ہوتی' لہٰذا علاج زیادہ تر علاماتی ہے اور جو نظام خاص طور پر ماؤف ہوتا ہے اُسی کی طرف توجہ کرنی چاہئے۔

ایبائی زحیر

(AMŒBIC DYSENTERY)

ایبائی زحیر بڑی آنت پر نسیج پاش دروں میب (Entamœba histolytica) کا حملہ ہونے سے پیدا ہوتی ہے' اور اس سے مقامی تقرح واقع ہوجاتا ہے' اور روزانہ کئی اجابتیں ہونے لگتی ہیں' جن میں بھدا مخاط اور تاریک سرخ خون موجود ہوتا ہے - قولون اکثر دبازت یافتہ اور الیم ہوتا ہے اور پیچیدگیاں جن میں ایبائی التہاب کبد اور خراج کبد شامل ہیں' قلیل الوقوع نہیں -
بحث اسباب - ایبائی زحیر جو نسیج پاش دروں ایبا سے پیدا ہوتی ہے زیادہ تر مداریی اور زیر مداریی خطوں میں پائی جاتی ہے' گو اس کے منتشر اصابات معتدل خطوں میں بھی پائے جاتے ہیں - واکر (Walker) اور سیلرڈس (Sellards) (۱۹۱۳ء) نے جزائر فلپائن میں ایسے قیدیوں میں جن کے لئے سزائے موت کا حکم ہوچکا تھا تجربی سرایتوں کے مطالعہ کے دوران میں یہ ثابت کیا کہ نسیج پاش دروں ایبا انسان کے لئے مرض ہے' اور دروں ایبا قولونی ایک بے ضرر ہم باش (commensal) ہے - دونوں اصناف اور ہر عمر کے لوگ اِس مرض سے متاثر ہوسکتے ہیں' گو کم عمر بچوں میں یہ نسبتہً قلیل الوقوع ہے - آدمی ایسے پانی

1057

یا غذا میں، جو حاملوں کے ذریعہ یا سرایت زدہ برازی مادہ یکھیوں کے ذریعہ لوث ہوچکی ہو نسیج پاش دروں امیبا کو نگلنے سے سرایت زدہ ہوتا ہے۔ اثنا عشری اور معائے صغیر میں لبلبہ کے رس سے دوہری دیواریں حل ہوجاتی ہیں اور امیبیے (amœbullæ) آزاد ہوکر معائے کبیر کی غشائے مخاطی پر حملہ آور ہوتے ہیں بافتوں پر حملہ کرنے والے امیبا جو برازی مخاط میں پائے جاتے ہیں بڑے ہوتے ہیں اور ان کا قطر ۲۰ تا ۳۰ ملا ہوتا ہے۔ یہ فعال طور پر متحرک ہوتے ہیں اور ان میں ماخوز خلیات احمر موجود ہوتے ہیں۔ جب ضربات میں اندمال شروع ہوتا ہے تو بڑی قسموں کی جگہ پیش دوہری اپیلے لے لیتے ہیں اور جو قسمیں بافتوں پر حملہ کرنے والی ہوتی ہیں وہ رودہ کی دیوار تک ہی محدود رہتی ہیں۔ ان پیش دوہری امیباؤں کا قطر صرف ۷ تا ۱۸ ملا ہوتا ہے۔ اور ان میں اتنی فعال حرکت نہیں پائی جاتی اور یہ اس لحاظ سے دروں امیبا قولونی کے مشابہ ہوتے ہیں کہ ان میں سرخ خلیات نہیں ہوتے۔ نسیج پاش دروں امیبا کے دوہرے حاملوں اور مرض کے مزمن مریضوں کے براز میں پائے جاتے ہیں۔ ان میں ایک دو یا چار نوات ہوتے ہیں اور ان کے علاوہ ممیز کرومیڈی اجسام (chromidial bodies) بھی پائے جاتے ہیں۔ معوی رسوں کے اثر سے چار نوات والا امیبا ایک چھوٹے سے مسام پر سے جو دوہرہ کی دیوار میں ہوتا ہے پھٹ جاتا ہے اور بعد میں منقسم ہوجاتا ہے اور آٹھ چھوٹے چھوٹے امیبیے پیدا ہوجاتے ہیں جن میں سے ہر ایک نمو پاکر انجام کار بالغ نسیج پاش دروں امیبا (E. histolytica) بنجاتا ہے۔

امراضیات ۔ برازی مخاط میں بافتوں پر حملہ کرنے والے جو امیبا موجود ہوتے ہیں وہ غددی طاقات کے درمیان کے سطحی سرحلہ پر حملہ آور ہوتے ہیں اور سطحی تاکلات پیدا کردیتے ہیں۔ بعد میں یہ اتصالی بافتوں میں نقب لگا کر گہرے چلے جاتے ہیں اور جلائینی تنخر پیدا کردیتے ہیں اور بعض اوقات متصلہ وریدکوں میں علقیت پیدا ہوجاتی ہے۔ جوں جوں یہ عمل پھیلتا ہے چھوٹے چھوٹے خراجات بنتے جاتے ہیں جن کے پھٹ جانے سے سطحی قروح بنجاتے ہیں جن کی کوریں زیر کاویدہ ہوتی ہیں۔ انجام کار تحت مخاطیہ میں بڑے بڑے قروح بنجاتے

ہیں جن کی گردن بوتل کی طرح کی ہوتی ہے اور جن کا قطر ایک انچ یا اس سے زائد ہوتا ہے اور جو خلوی فواضل، مخاط نما مادہ، اور امیبوں سے پُر ہوتے ہیں۔ تقرح کے عام مقامات اعور، قولون صعودی، قولون سینی اور معائے مستقیم ہیں اور یہ پھیل کر شاذ و نادر ہی لفائفی اعوری مصراع کے اوپر تک جاتا ہے۔ قروح کے درمیان جو مخاطیہ حائل ہوتا ہے وہ تندرست نظر آتا ہے، اور یہ صورت حالات عصیوی زحیر (bacillary dysentery) میں نہیں پائی جاتی۔ بعض مثالوں میں قروح عضلی طبقہ یا باریطون تک چلے جاتے ہیں۔ بعض اوقات انفجار ہو جاتے ہیں اور گاہے گاہے وسیع اغتثاث اور تثقب سے التہاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ جب قروح مندمل ہو جاتے ہیں تو مخاطیہ میں لون دار ندبہ پیدا ہو جاتا ہے اور اگر یہ کافی گہرا ہو تو رودہ کی سطح پر دبازت اور اندبا (scarring) کا مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔

علامات ۔ زمانۂ حضانت تین ہفتہ سے لیکر تین ماہ تک ہوتا ہے ابتداً کم سے کم ۹۰ فیصدی اصابات میں غیر محسوس طور پر ہوتی ہے۔ اول اول اجابتیں سیال اور معمولی اسہال سے ناقابل تمیز ہوتی ہیں۔ جب مرض میں ترقی ہو جاتی ہے تو برازی مادہ بھورے مخاط سے اور انحطاط یافتہ خون سے ملا ہوا پایا جاتا ہے، اور اس قسم کی تین سے لیکر چھ تک اجابتیں دن بھر میں ہوتی ہیں۔ ۱۰ فیصدی اصابات میں عارضہ عصیوی زحیر کے مشابہ ہوتا ہے، ابتداً فوری ہوتی ہے اور اس کے ساتھ تپ ہوتی ہے، تشنجی قولنج اور اسہال پیدا ہو جاتا ہے اور دموی مخاط نما بھوری اجابتیں آنے لگتی ہیں۔ بہرحال اوسط اصابہ میں بنیتی اختلالات خفیف ہوتے ہیں۔ ارتفاع تپش کبھی موجود ہوتا ہے اور کبھی نہیں اور دردِ سر، متلی اور قے موجود نہیں ہوتی۔ قولنج نما تشنجی درد ممیز خصائص میں سے ہے، اور جن حالتوں میں معائے مستقیم متاثر ہوتی ہے ان میں تاسیر (tenesmus) موجود ہوتی ہے۔ ان صورت حالات میں عسر البول اور تبول کا تواتر بھی پایا جاتا ہے جب مرض ترقی کر جاتا ہے تو وزن میں معتد بہ کمی واقع ہو جاتی ہے، جلد خشک اور مٹی کے رنگ کی بھوری ہو جاتی ہے

اور بعد میں فقدانِ اشتہا' سوء ہضم' اور خفیف سی یا متوسط درجہ کی ثانوی قسم کی عدم دمویت پیدا ہوجاتی ہے جلش کرنے پر حوضی قولون اور بعض اوقات اعور ابھی دبائت یافتہ اور الیم پائی جاتی ہے سینیہ بینی (sigmoidoscopy) بہت کارآمد ثابت ہوتی ہے۔ پہلے ضررات چھوٹے چھوٹے سطحی زردی مائل کرنجوں کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں اور مخاطیہ میں منتشر نمشی نزفات پائے جاتے ہیں۔ بعد میں زرد قروح پیدا ہوجاتے ہیں جن کے گرد احمرار کا ایک منطقہ ہوتا ہے اور جن میں درد نہیں ہوتا۔ اور اگر ان کے قاعدہ پر کی کھرچن کا امتحان کیا جائے تو نسیج پاش دروں امیبا کی ثابت قسموں کا آسانی سے مظاہرہ کیا جا سکتا ہے۔ قروح کے درمیان کا مخاطیہ طبعی دکھائی دیتا ہے۔ گاہے گاہے زیادہ عمومی التہاب معائے مستقیم اور التہاب قولون پایا جاتا ہے جیسا کہ بلی کے بچوں میں دیکھنے میں آتا ہے۔ مخاطیہ کے فاضل شکنوں میں تہیج اور ورم موجود ہوتا ہے اور ان میں سے ضربہ سے بآسانی خون بہنے لگتا ہے اور کھرچنوں میں حرکت پذیر نسیج پاش دروں امیبا کی بہت بڑی تعداد پائی جاتی ہے۔ شاذ و نادر ایسا بھی ہوتا ہے کہ معائے مستقیم اور قولون میں ایمبائی اربکی سلعہ پیدا ہوجاتا ہے جو سرطانی سلعہ کے مشابہ ہوتا ہے' اور موخر الذکر سے اس کی تمیز اس بافت کی تراش کا خوردبینی امتحان کرنے سے' جو سینیہ بینی کے دوران میں الگ کی گئی ہو' اور ایمیٹین سے علاج کرنے پر اس کے بہت جلد غائب ہوجانے سے کی جاتی ہے۔ خون سے کسی قدر ثانوی عدم دمویت ظاہر ہوتی ہے۔ صرف خفیف سی قلت خلیات ابیض دیکھنے میں آتی ہے جو ۱۰۰۰۰ سے لیکر ۱۵۰۰۰ خلیات فی مکعب ملی میٹر تک ہوتی ہے اور تعدیل پسند خلیات میں عموماً ۷۵ فیصدی سے زیادہ اضافہ نہیں پایا جاتا' تا وقتیکہ التہاب کبد یا خراج کی طرح کی کوئی پیچیدگی پیدا نہ ہوجائے۔

1058

عمر اور پیچیدگیاں۔ مقامی پیچیدگیاں معوی نزف' تثقب مع خراج مقامی یا التہاب باریطون' پس زحیری انضمامات اور ایمبائی التہاب زائدہ پر مشتمل ہیں۔ ایمبائی التہاب کبد اور خراج کبد عام ترین پیچیدگیاں ہیں اور

طحال، دیوارِ شکم، منوی کیسکوں، خصیوں اور دماغ کی ایمبائیت (amœbiasis) کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے۔ موخرالذکر حالت سریری لحاظ سے دماغ کے سلعہ کے مشابہ ہوتی ہے۔

ایمبائی زحیر کا عمر لازمی طور پر مزمن ہوتا ہے، اور از خود شفایابی اور نکس دونوں کی طرف ایک نمایاں میلان پایا جاتا ہے۔ ایک عجیب خاصہ یہ ہے کہ بعض مریضوں میں سرایت غیر معمولی طور پر مخفی رہتی ہے۔ تماسی حالتوں میں بعض اوقات زحیر کی کوئی روئداد نہیں پائی جاتی، اور نمایاں التہاب کبد اور ایمبائی خراج کے مریضوں کو یہ یاد بھی نہیں ہوتا کہ ان کو روده کا کبھی کوئی شدید مرض لاحق ہوا تھا۔

تشخیص - تفریقی تشخیص میں مزمن عصیوی زحیر، تقرحی التہاب قولون، بلہارزیائی زحیر، ہدبی زحیر جو بیلنٹی ڈیئم کولائی (Balantidium coli) سے پیدا ہوتی ہے، سرطانی سلعہ، اور التہاب عطفہ شامل ہیں۔ سینیڈمینی، براز کی معملی تحقیقات، اور لاشعاعی امتحان بعض اوقات ناگزیر ہوتے ہیں۔ تشخیص ابتدائی مدارج میں برازی مخاط میں متحرک ایمباؤں کا، جن میں خون کے سرخ جسیمات پائے جاتے ہیں اور مزمن اصابات اور حالتوں میں اجابتوں میں پیش دویری ایمباؤں اور دویروں کا مظاہرہ کرنے سے کی جاتی ہے۔ انسان کے براز میں کئی ایک غیر ممرض ایمبا پائے جا سکتے ہیں جن میں دروں امیبا قولونی (E. coli)، اینڈولائی میکس نانا (Endolimax nana)، آئیوڈا میبا بشلی آئی (Iodamœba butschlii) اور ڈائی اینٹ امیبا فریجیلس (Dientamœba fragilis) شامل ہیں۔ ان کی شناخت کے لئے معتدبہ تجربہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ مشتبہ اصابات میں سینیڈمینی کے دوران میں قرحوں سے حاصل کی ہوئی کھرچنوں کا امتحان کرنے سے اکثر نسیج پاش دروں امیبا کا بآسانی مظاہرہ کیا جا سکتا ہے۔ امراضیاتی ارتشاح کے خاصہ اور شارکوٹ لیڈن کی قلموں کی موجودگی سے اس مرض کا خیال پیدا ہو سکتا ہے لیکن ان سے نسیج پاش دروں امیبا کی سرایت کا کوئی ثبوت مہیا نہیں ہوتا۔ بیریئم کے

حقنہ کے بعد لاشعاعی امتحان کرنے کا سب سے بڑا فائدہ یہ ہے کہ اس سے رودۂ کبیر کے دوسرے امراض کو مستثنیٰ سمجھا جا سکتا ہے، جن میں مخاط نما اجابتیں ہوتی ہیں۔

انذار - اگر پیچیدگیاں موجود نہ ہوں تو جدید علاج سے مریض ہمیشہ شفایاب ہو جاتے ہیں اور ان میں سے اکثر کو مستقل شفا ہو جاتی ہے۔ گاہے گاہے ایسے دشوار علاج اصابات بھی دیکھنے میں آتے ہیں جن میں دواؤں سے سرایت کا استیصال نہیں ہوتا۔ لیکن اس حالت میں بھی علاج سے علامات میں بہت سی تخفیف ہو جاتی ہے اور پیچیدگیوں کی پیدائش کے انسداد کے لئے بہت سی مدد ملتی ہے۔ قولونی تقرحات اکثر مہلک ثابت ہوتے ہیں۔

تحریز - غذا اور پانی کی تلویث کے سب سے بڑے ماخذ مکھیاں اور انسانی حامل ہیں۔ اور یہ امر خاص طور پر اہم ہے کہ مطبخ کے ملازمین مثلاً باورچیوں اور خدمتگاروں کے متعلق یقین کر لیا جائے کہ ان میں یہ سرایت موجود نہیں۔ بیت الخلا باورچی خانوں سے کافی دور ہونے چاہئیں اور تمام غذا کو جالی کے سرپوشوں سے احتیاط سے ڈھک کر رکھنا چاہئے۔ اگر ممکن ہو تو مکان میں مکھیوں کے داخلہ کا انسداد کر دینا چاہئے۔ کچی سبزیوں اور پھلوں کو کھانے سے پہلے پرمینگنیٹ کے محلول سے دھو لینا چاہئے اور پینے کے پانی کو جوش دے لینا چاہئے یا اسے کلورین زدہ بنا لینا چاہئے۔ عارضی قیام گاہوں میں بیت الخلا اس طرح بنانے چاہئیں کہ اجابت ایسے برتنوں میں ہو جن میں دافع عفونت موجود ہو اور بعد میں براز کو مرمدد (incinerator) سے جلا کر تباہ کر دیا جائے یا اسے دبا دیا جائے۔

علاج - جن مریضوں کو خون اور مخاط آرہا ہو ان کو بستر پر لٹا دینا چاہئے اور ایسی غذا دینی چاہئے جس سے فضلہ بہت کم بچے، اور نوعی دواؤں کا استعمال کرانا چاہئے۔ آئی پی کاکوانہا (ipecacuanha) کے شافی خواص زحیر کی مختلف قسموں کے دریافت ہونے سے پہلے ہی معلوم تھے۔ راجرس (Rogers) نے ۱۹۱۲ء میں امیبائیت کے علاج میں اس کے اہم الکلائڈ

ایمیٹین (emetine)(59) کے نوعی فعل کا مظاہرہ کیا۔ ایمیٹین ایک سمی دوا ہے جس سے عضلۂ قلب مسموم ہوسکتا ہے۔ اس لئے جب ایمیٹین دی جارہی ہو تو مریض کو لازمی طور پر بستر پر لٹائے رکھنا چاہئے۔ یہ الکلائڈ متوسط جسامت کے بالغ کو زیر جلدی یا درون عضلی راستہ سے روزانہ ۱ گرین کی مقدار میں دس لیکر بارہ دن تک دیا جاتا ہے' لیکن ایسے مریضوں میں جو کمزور ہوں یا جن کا وزن کم ہو مقدار کو کم کردینا مناسب ہوتا ہے۔ بچوں کو جو مقدار دیجاتی ہے وہ ان کی عمر کی مناسبت کے لحاظ سے دیجاتی ہے۔ تین سال سے کم عمر کے بچوں کو روزانہ ½ گرین سے زیادہ اور چھ سال سے کم عمر کے بچوں کو ½ گرین سے زیادہ مقدار نہیں دیجاتی۔ اس دوا کا فعل اجتماعی ہوتا ہے' اور اس لئے اثرابات کا تکرار تین ہفتے گذرنے سے پہلے نہ کرنا چاہئے۔ سمی علامات اسہال' نہاکت (asthenia) ' انتہائی عضلی ضعف اور جوارح کے استرخاء پر مشتمل ہیں۔ ایمیٹین اول اول قلب کو سست کردیتی ہے' لیکن جن حالات میں مسمومیت پیدا ہوجاتی ہے ان میں اسراع القلب (tachycardia) اور قلبی بے قاعدگیاں نمودار ہوجاتی ہیں جو بعض اوقات مہلک ثابت ہوتی ہیں۔ ایمیٹین کا اشراب کرنے کی سب سے زیادہ ضرورت التہاب کبد یا ایبائی خراج میں ہوتی ہے' اور اس محل میں بافتوں پر حملہ کرنے والے جو ایبا موجود ہوتے ہیں ان کا استیصال کسی دوسرے معلوم علاج کی بجائے اس الکلائڈ سے زیادہ موثر طور پر ہوسکتا ہے۔ ایمیٹین۔ بسمتھ۔ آیوڈائیڈ (Emetine-Bismuth-Iodide) (ای' بی' آئی: E.B.I.) کو مزمن اصابات میں اور ان اصابات میں جن میں دوپرے خارج ہورہے ہیں ترجیح دینی چاہئے۔ چونکہ اس سے متلی اور قے پیدا ہوسکتی ہے اس لئے اس کو کافی رات گذرنے پر جلاٹین کے کیسوں میں آخری کھانے کے کم سے کم چار گھنٹے بعد دینا چاہئے جب کہ معدہ خالی ہو۔ کیسوں کے استعمال سے پاؤ گھنٹہ پہلے ٹنکچر آف اوپیم (۱۵ تا ۲۰ قطرہ) یا لیومینال (luminal) (۱ گرین) کی طرح کا مسکن دینے سے فائدہ ہوتا ہے۔ اس کا نصاب یہ ہے کہ ۳ گرین مقدار روزانہ دس سے لیکر

1059

بارہ دن تک رات کو دیجائے، اور اس زمانہ میں غذا ہلکی ہونی چاہئے جس کا فضلہ کم بچے - اس علاج سے مریضوں کا وزن کم ہوجاتا ہے، بطوء القلب (bradycardia) پیدا ہوجاتا ہے، اور خون کا دباؤ ۱۰ تا ۲۰ ملی میٹر پارہ تک گرجاتا ہے - بعض ارباب سند ایمیٹین - بیر آئیوڈائیڈ (Emetine-Periodide) (ای، پی، آئی: E.P.I.) کی تعریف کرتے ہیں کیونکہ اس سے اتنی قے پیدا نہیں ہوتی - یہ جلاٹین کے کیسوں میں ۳ گرین کی مقدار میں روزانہ دس دن تک دیا جاتا ہے -

سم الفار کے مرکبات - امیبائیت میں سم الفار کے بعض تالیفی مرکبات کا استعمال کرنے سے معتدبہ فائدہ ہوا ہے اور امیباکش ہونے کے علاوہ ان کا جسم پر مقوی اثر بھی ہوتا ہے - سٹوورسال (stovarsol) قرصوں کی شکل میں ۴ گرین روزانہ دو مرتبہ سات سے لیکر دس دن تک دیا جاتا ہے لیکن اس کے استعمال سے سمی احمرار اور تسلخی التہاب الجلد (exfoliative dermatitis) تک بھی پیدا ہوسکتا ہے - کاربارسون (carbarsone) جو سم الفار کا ایک پیچ گرفتہ مرکب ہے یقیناً اس دوا سے بہتر ہے - اور یہ امعاء کے اندر کی نابت قسموں اور ان کے دوروں کے لئے بہت موثر امیباکش ہے - مگر التہاب کبد اور امیبائی خراج میں اس کے استعمال کے نتائج مایوس کن ثابت ہوئے ہیں - کاربارسون ۲۵ر۰ گرام مقدار میں ناشتہ اور رات کے کھانے کے بعد دس دن تک دیا جاتا ہے، اور انتقالی اصابات میں یہ اس حالت میں بھی بغیر کسی خطرہ کے دیا جاسکتا ہے جبکہ مریض کامل غذا کھاتا ہو - ان اعتبارات سے اس کو ایمیٹین کی نسبت زیادہ سمی تجہیزات پر بہت فوقیت حاصل ہے اور جن حالتوں میں مریض بستر پر آرام نہ کرسکتے ہوں ان میں اس سے علاج کرنا دوسرے سب علاجوں سے بہتر ہے - یٹرین نمبر ۱۰۵ (yatren No. 105) آئیوڈین آکسی - کوئینولن - سلفونک ایسڈ (iodine-oxy-quinolin-sulphonic acid) تجہیز ہے - اس کا استعمال براستہ دہن یا معائے مستقیم کیا جاسکتا ہے - بالغ معتاد ½ تا ۱ گرام سفوف ہے جو جلاٹین کے کیسوں میں

روزانہ دو مرتبہ دس دن تک دیا جاتا ہے۔ احتباسی حقنہ کی شکل میں دینے کے لئے' پہلے صبح میں رودہ کو ایک پائنٹ سوڈیم بائی کاربونیٹ کے محلول سے صاف کرلیا جاتا ہے اور پھر ایک گھنٹہ بعد بیٹرین کا ۵ء۲ فیصدی محلول ۲۰۰ مکعب سنٹی میٹر کی مقدار میں ایک نلی اور قیف کے ذریعہ معائے مستقیم میں داخل کردیا جاتا ہے۔ اکثر مریض اس کو آٹھ گھنٹہ تک بغیر زیادہ تکلیف کے روکے رکھتے ہیں۔ اینا یوڈین (anayodin) میں بیٹرین اور سوڈیم کاربونیٹ کا ۲۲ فیصدی محلول ہوتا ہے تاکہ اس کی حل پذیری بڑھ جائے۔ یہ دوا ۴ گرین کی کیراٹین غلافی گولیوں کی شکل میں دی جاتی ہے' بالغ محتاد چار گولیاں روزانہ تین مرتبہ ہے جو کھانے کے بعد آٹھ دن تک دی جاتی ہیں۔ مزمن اصابات کے لئے ایک بہت موثر علاج یہ ہے کہ رات کو ایمیٹین-بسمتھ-آئیوڈائیڈ دیا جائے اور صبح کو بیٹرین کے احتباسی حقنہ دیے جائیں اس علاج سے کم از کم ۹۰ فیصدی مریض شفایاب ہوجاتے ہیں۔

امیبائی التہاب کبد (Amœbic Hepatitis) اور خراج کبد (Liver Abscess)۔ امیبائی التہاب کبد اور خراج کبد کی جغرافیائی تقسیم وہی ہے جو امیبائی زحیر کی ہے' لیکن چونکہ رودہ میں سرایت واقع ہونے اور التہاب کبد یا خراج کبد کے رونما ہونے کے درمیان بعض اوقات ایک طویل مخفی زمانہ حائل ہوتا ہے اس لئے یہ ہمیشہ نمایاں نہیں ہوتی۔ مزید براں خراج کبد کے صرف ۵۰ فیصدی اصابات ہی میں ایسے اسہال کی روئداد حاصل کی جاسکتی ہے جس کے ساتھ معائے مستقیم کے راستہ سے خون اور مخاط (slime) آیا ہو' اور بعض اوقات اجابتوں کے اور سینیہ مہینے کے دوران میں حاصل کی ہوئی کھرچنوں کے متعدد امتحانات سے بھی تسیجی پاش درون امیبا یا اس کے دوروں کا مظاہرہ نہیں کیا جاسکتا۔

امراضیات۔ جگر کی سرایت کا پہلا درجہ نام نہاد امیبائی التہاب کبد پر مشتمل ہے' اور اس تک درون امیبے بوابی ورید کے راستہ سے پہنچتے ہیں اور جگر میں یہ سدادوں (emboli) کی شکل میں تقسیم ہوجاتے ہیں جو ان

علقیت زدہ عروق سے آتے ہیں جو رودۂ کبیر کے تحت مخاطی قروح کی بسلیت کرتے ہیں۔ بافتوں میں مقامی تنخر واقع ہوجاتا ہے اور متصل ناسکوں کے اتحاد سے بتدریج ایک خراج بنجاتا ہے جس کا عام ترین محل جگر کی فوقانی سطح ہے اور خاصکر اس کی دائیں جانب ہے۔ جگر کے دائیں نصف حصہ میں تقریباً ۸۰ فیصدی خراج پائے جاتے ہیں، اور ۱۰ فیصدی بائیں نصف حصہ میں اور بقیہ ۱۰ فیصدی دونوں میں واقع ہوتے ہیں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اس عجیب و غریب تقسیم کا انحصار بوابی ورید کے دھارے کے اثرات پر ہے جب کوئی بڑا سا تباہ کن خراج جگر کے نصف حصہ کو ماؤف کرتا ہے تو بائیں جانب پر دوسرے حصہ کی تعویضی بیش پرورش واقع ہوجاتی ہے۔ جگر کے

1060

خراج کے ڈایافرام میں سے براہِ راست پھیل جانے سے پھیپھڑے کا ایبائی خراج پیدا ہوجاتا ہے لیکن بائیں قاعدہ پر جو امراضیاتی صورتِ حالات اکثر پائی جاتی ہے وہ ہبوط یافتہ پھیپھڑے یا شعبتی ذات الریہ کے رقبہ جات پر مشتمل ہوتی ہے جو مندرجۂ ذیل طریقہ سے پیدا ہوتے ہیں متصلہ کبدی خراج کی وجہ سے ڈایافرام حرکت ناپذیر ہوجاتا ہے جس سے ترویح ناقص ہوجاتی ہے، ہوا جذب ہوجاتی ہے، اور ریوی ہبوط واقع ہوجاتا ہے۔ انجام کار ثانوی جراثیمی سرایت واقع ہوجاتی ہے۔ ایبائی خراج بعض اوقات بہت بڑے ہوجاتے ہیں اور ان میں چاکولیٹ یا شمورہ چاشنی (anchovy sauce) کی طرح کی ۳ تا ۶ پائنٹ پیپ موجود ہوتی ہے۔ جو خراجات منشق ہوتے ہیں ان میں سے ۵۰ فیصدی پھیپھڑے اور پلورا میں پھٹتے ہیں اور ۲۵ فی صدی باریطونی کہفہ میں۔ دوسری متصلہ ساختیں مثلاً گرد قلبہ، معدہ، امعاء، ورید اجوف یا گردے بھی ماؤف ہوجاتے ہیں، اور گاہے گاہے صفراوی قنات بھی متاثر ہوجاتی ہے۔ پیپ جرثومیاتی لحاظ سے ۸۰ تا ۹۰ فی صدی نصابات میں عقیم ہوتی ہے۔ جو عضویئے منفرد کئے جاچکے ہیں ان میں نبقات سبحیہ (streptococci)، قولونی عصیہ، ذہبی نبقہ عنقبیہ (staphylococcus aureus) عصیہ ریم ازرق (B. pyocaneus)، اور ناہوا باش عضویئے

شامل ہیں۔ جگر کے خراج کی دیواریں عموماً ناہموار تنخری بافت سے بنی ہوتی ہیں اور لیفی بافت کی سد اتنی نمویافتہ نہیں ہوتی جتنی کہ کیسیتی دویروں میں ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ امیبائیت میں ثانوی سرایت حیرت انگیز سرعت سے واقع ہوجاتی ہے۔ خراج کی دیوار کی تراش کا خوردبینی امتحان کرنے سے ثابت امیبا صرف گھرے منطقوں اور خراج کے گرد کے بیش دمویتی رقبہ جات میں پائے جاتے ہیں۔ تنخری استر میں یہ موجود نہیں ہوتے اور یہی وجہ ہے کہ کہفۂ خراج کی مسیلیت یا اس کا امتصاص کرنیکے بعد دو سے لیکر پانچ دن بعد تک امیباؤں کا پیپ میں مظاہرہ نہیں کیا جاسکتا۔

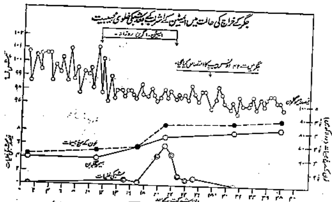
علامات - امیبائی زحیر اور اسہال اور مدارین یا تحت مدارین میں سکونت کی روئداد عموماً حاصل کی جاسکتی ہے، لیکن زمانۂ حضانت کے متعلق یقین سے کچھ نہیں کہا جاسکتا۔ چنانچہ بعض اصابات میں کبدی علامات زحیر کے حملہ کے چند ہفتہ بعد ہی نمودار ہوجاتے ہیں اور بعض میں مریض کے مدارین کو چھوڑنے کے بیس سال بعد تک بھی یہ ملتوی رہتے ہیں۔ راجرس (Rogers) (60) نے کبدی ضررات کی دو قسمیں تسلیم کی ہیں۔ (۱) وہ نام نہاد امیبائی التہاب کبد جو دخنی امیبائی خراجات پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ خراجات سداوات سے پیدا ہوتے ہیں، جن میں نسیج پاش دروں امیبا ہوتا ہے اور جو نہائی بوابی وریدکولوں میں سکونت پذیر ہوتے ہیں۔ (۲) واضح امیبائی خراج (frank amœbic abscess) جو بالعموم مجرد ہوتا ہے لیکن کبھی کبھی یہ متعدد بھی ہوتے ہیں۔

امیبائی التہاب کبد (Amœbic Hepatitis) - یہ عارضہ غیر محسوس طور پر شروع ہوتا ہے، اور بے قاعدہ متفرق تپ اور تعرق پیدا ہوجاتا ہے، اور صرف یہی سریری علامات ہیں جو بعض اوقات ہفتوں نمایاں رہتے ہیں۔ جگر عموماً کلانی یافتہ ہوتا ہے، لیکن درد اور الیمیت ہمیشہ نہیں پائے جاتے۔ متوسط درجہ کی کثرت خلیات ابیض موجود ہوتی ہے جس میں تعدیل پسند کثیر الاشکال نواتی خلیات کی کسی قدر زیادتی پائی جاتی ہے، اور براز کا امتحان کرنے سے نسیج پاش دروں امیبا کے دویروں کا انکشاف ہوتا ہے

جگر کی کارکردگی کے متعلق وظیفی کاشفات انجام دینے کی کوئی اہمیت نہیں کیونکہ یہ عارضہ حقیقی التہاب کبد نہیں ہے' اور دخنی امیبائی ماسکوں کے درمیان تندرست کبدی نسیج حائل ہوتا ہے۔

امیبائی خراج ۔ ابتدائی علامات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ امیبائی التہاب کبد کے' اور ان کا ذکر کیا جا چکا ہے' اور جوں جوں خراج بڑھتا ہے جگر کی جسامت' درد' اور الیمیت میں بھی اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ اگر خراج جگر کے اوپر کے دائیں نصف حصہ میں واقع ہو اور ڈایافرام سے لگ رہا ہو تو اس سے دائیں کندھے میں محولہ درد پیدا ہوتا ہے اور دائیں قاعدہ میں ہوا کم داخل ہوتی ہے جس کے طبیعی امارات تخفیف یافتہ کیسکی خریرا اور تکتکے ہیں اور ساتھ ہی خشک کھانسی بھی موجود ہوتی ہے (سعال کبدی tussis hepatica:)-
بعد میں ممکن ہے کہ یہ ڈایافرام میں سے گذر کر پھٹ جائے اور ثانوی ریوی خراج پیدا ہو جائے۔ بائیں لختہ کے خراجات معدی عوارض کی طرح کے علامات پیدا کرتے ہیں اور یہ اکثر و بیشتر' برمعدہ میں پائے جاتے ہیں۔ بائیں عضلۂ مستقیم میں الیمیت اور استواری پائی جاتی ہے' اور دیوار شکم کے تہیج سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ خراج کا منہ بن رہا ہے' اور بعض اصابات میں حقیقی تموج کا مظاہرہ بھی کیا جا سکتا ہے۔ بائیں پھیپھڑے کے قاعدہ' معدہ یا گرد قلبہ میں خراج کا انشقاق واقع ہو سکتا ہے۔ جب خراجات جگر کے دائیں نصف حصہ کی تحتانی جانب پر واقع ہوتے ہیں تو اس عضو میں نمایاں کلانی پائی جاتی ہے جو نیچے کی طرف کو ہوتی ہے اور دائیں عضلۂ مستقیم اور متصلہ عضلات میں الیمیت اور استواری موجود ہوتی ہے۔ درد بعض اوقات زائدی رقبہ میں محول ہوتا ہے یا خراج دائیں صلبی فضا میں ابھر آتا ہے۔ چلتے وقت اکثر گرانی کا احساس پایا جاتا ہے اور مریض اپنے دائیں بازو اور پیش بازو کو جگر کو سہارا دینے کے لئے پہلو پر رکھے رہتا ہے اور اسی وجہ سے وہ اکثر دائیں کروٹ پر سوتا ہے۔ بڑے خراجات کی حالت میں خاصکر جبکہ وہ دائیں جانب پر ہوں کلانی نمایاں ہوتی ہے جس کے ساتھ اُبھار بھی ہوتا ہے' اور مشتبہ اصابات میں

سینہ کی پیمائش کرنی چاہئے۔ تپ عموماً بے قاعدہ ہوتی ہے۔ اول اول یہ صبح کو طبعی ہوتی ہے اور شام کے وقت اس میں اضافہ ہو جاتا ہے اور پسینہ بھی آتا ہے اور بعد میں یہ متوقف ہو جاتی ہے اور قشعریرے بھی ہونے لگتے ہیں۔ دوسرے خصائص یہ ہیں، وزن کی کمی، جلد کی زردی مائل مٹیالی رنگت، متوسط درجہ کی عدم دمویت، عصبی خراش پذیری، اور بیخوابی۔ موخرالذکر قلیل الوقوع نہیں ہے لاشعاعی امتحان مفید ہوتا ہے۔ جن حالتوں میں خراجات فوقانی سطح پر ہوتے ہیں



شکل ۲-۱۰۔ جگر کے خراج کے مریض کا نقشۂ تپش۔ ایمیٹین کے اثر کا شروع کرنے کے تین دن بعد ارتفاع تپش غالب ہو گیا۔

ان میں اس امتحان سے ڈایافرام کی حرکت ناپذیری، اس کے ارتفاع اور بعض اوقات اس کے ابھار یا اس میں خراج کے منہ بننے اور دائیں قاعدہ کے ضررات کا انکشاف ہوتا ہے۔ جگر کے وسطی خراج کی حالت میں بڑھی ہوئی کثافت کا ایک رقبہ پایا جاتا ہے لیکن یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتا۔ معملی تحقیقات پر ایک متوسط درجہ کی کثرت خلیات ابیض پائی جاتی ہے جو فی مکعب ملی میٹر

۰۰۰،۱۵ سے لیکر ۰۰۰،۲۵ تک ہوتی ہے اور کثیر الاشکال نواتی خلیات ۷۵ تا ۹۰ فیصدی ہوتے ہیں۔ یوروبائیلن بولیت عموماً پائی جاتی ہے۔ گاڑھی چاکولیٹ یا سمورہ چاشنی (anchovy sauce) کی طرح کی پیپ جس میں انحطاط یافتہ کثیر الاشکال نواتی خلیات ابیض اور کولیسٹرین اور ہیمے ٹوائیڈین (hæmatoidin) کی قلمیں موجود ہوں تقریباً ہمیشہ دالُ المرض ہوتی ہے، اور اجابتوں میں بعض اوقات نسیجے پاش دروں امیبا پایا جاتا ہے، اور بعض اوقات متعدد بارازی امتحانات کے نتائج بھی منفی ہوتے ہیں۔

پیچیدگیاں - مہلک ترین پیچیدگیاں ثانوی بکٹیریائی سرایتیں یا انشقاق خراج ہیں جو پھیپھڑے، پلورا، باریطون یا متصلہ احشاء میں ہوتا ہے۔ ریوی ضررات جن میں ہبوط، شعبتی ذات الریہ اور پلورائی انصباب شامل ہیں قلیل الوقوع نہیں خاصکر جبکہ خراج ڈایافرام کو دبا رہا ہو۔ یرقان اور قے الدم بھی شاذ و نادر دیکھنے میں آتے ہیں اور یہ دونوں واقع ہوسکتے ہیں۔

تشخیص - جگر کا خراج کئی ایک عوارض سے مشابہت رکھتا ہے جن میں زیر ڈایا فرامی خراج، گردکلوی خراج، اور متقیح کیسہ شامل ہیں اور یہ سب کے سب دائیں پھیپھڑے کے قاعدہ میں واقع ہوسکتے ہیں۔ علاوہ ازیں متقیح التہاب ورید الباب (suppurating pylephlebitis)، التہاب مرارہ (cholecystitis)، عفونتی التہاب قنات صفرا (septic cholangtitis) [خاصکر وہ جو کلون آرکس (clonorchis) کی سرایت میں پیچیدگی کے طور پر موجود ہوتا ہے]، بلہارزیائی کہبت، صمغیہ (gumma)، جگر کے ابتدائی سرطانی سلعہ، اور ملیریائی التہاب کبد سے بھی دقت پیدا ہوسکتی ہے۔ اسہال اور زحیر کی روئیداد، اجابتوں میں نسیجے پاش دروں امیبا کے دویروں کی موجودگی، عادتی قسم کی تپ جس کے ساتھ جگر میں اوپر کی طرف کلانی پائی جاتی ہے اور ریوی خصائص موجود ہوتے ہیں، کثرت خلیات ابیض اور لاشعاعی انکشافات اہم خصائص میں سے ہیں۔ خراج میں سے سمورہ چاشنی (anchovy sauce) کی طرح کی پیپ کے امتصاص سے تشخیص کی توثیق ہوجاتی ہے، اور اگر یہ گین

نہ ہو تو ایمیٹین کا علاج شروع کرنے کے بعد اڑتالیس گھنٹہ سے لیکر بہتر گھنٹہ تک کی مدت کے اندر تپش کے دفعۃً کم ہو جانے سے مرض کی ایبائی اصل کی تائید ہوتی ہے (دیکھئو شکل ۱۰۲) ۔

انذار ۔ انذار کا انحصار طریقۂ علاج، پیچیدگیوں کی موجودگی شلاً ثانوی جراثیمی سرایت یا متصلہ احشاء میں انشقاق کا وقوع، اور خراج کے مجرد ہونے یا متعدد خراجات کے موجود ہونے پر رہے ۔ التہاب کبد میں ایمیٹین کے انژرابات سے خاص طور پر فائدہ ہوتا ہے ۔ عقیم صورت حالات میں امتصاص کرنے اور ایمیٹین کے انژرابات کرنے سے (اگرین روزانہ دس دن تک) شرح اموات میں بہت تخفیف ہو گئی ہے اور اب یہ ۶ وا سے ۴ و ۴ ا تک ہے ۔ شگاف اور سیلیت کے ساتھ کھلا عملیہ کرنے کی شرح اموات بہت زیادہ ہے کیونکہ ثانوی جراثیمی سرایت واقع ہو جاتی ہے خاصکر جب کہ عبر پلورائی راستہ سے پہنچنا مقصود ہو ۔

علاج ۔ ایمیٹین (Emetine)۔ ایبائی التہاب کبد اور جگر کے چھوٹے چھوٹے خراجات کی حالت میں صرف ایمیٹین کے انژرابات ہی سے شفا ہو جاتی ہے ۔ اگرین مقدار روزانہ دس سے لیکر بارہ دن تک دی جاتی ہے ۔ زیادہ وزن کے مریضوں میں بھی کل نصاب ۱۲ گرین سے زیادہ نہیں ہونا چاہئے اور جن مریضوں کا وزن ۸ سٹون سے کم ہو ان کو ایک نصاب میں ۸ گرین سے زیادہ مقدار نہ دینی چاہئے ۔ انژرابات کا تکرار حسب ضرورت دوسرے یا تیسرے ہفتہ کیا جا سکتا ہے ۔ بڑے بڑے خراجات کے موجود ہونے کی حالت میں بھی جن کے امتصاص کی بعد میں ضرورت ہوتی ہے تپش تقریباً تین دن کے بعد طبعی ہو جاتی ہے اور سفید خلیا کا شمار زیادہ تدریجی طور پر کم ہوتا ہے ۔ اگر کچھ عدم دمویت موجود ہو تو ساتویں یا آٹھویں دن شبکی خلویت (reticulocytosis) کا مشاہدہ کیا جا سکتا ہے ۔ التہاب کبد یا چھوٹے خراجات کی موجودگی کی حالت میں ایمیٹین سے درد اور تکلیف عموماً کم ہو جاتی ہے لیکن جن حالتوں میں خراج منشق ہونے کے قریب ہوتا ہے، یہ علامتیں شدید

ہو جاتی ہیں اور اس صورت میں فوری امتصاص ضروری ہوتا ہے۔

امتصاص (Aspiration)۔ اگر خراج کا محل مقامی خصائص مثلاً امیبیت باقتوں کے تہیج، ابھار یا لاشعاعوں سے حاصل شدہ انکشافات سے ظاہر نہ ہو تو جگر کا ایک کافی قطریہ کی سوئی سے جس کا طول ۳ ½ انچ سے زیادہ نہ ہو تاکہ وزید اجوف منثقب نہ ہو جائے، مکمل استقصاد کرنا چاہئے۔ اگر دائیں لختہ کی بالائی جانب پر خراج کے موجود ہونے کا شبہ ہو تو سوئی یا قنالچہ (cannula) کو دائیں مقدم بغلی خط پر آٹھویں یا نویں بین فضا میں داخل کرنا چاہئے، اور اسے اندر کی پیچھے کی اور کسی قدر اوپر کی طرف کو دھکیلنا چاہئے اور اس اثناء میں امتصاص ایک بڑی پچکاری سے جو سوئی سے لگی ہوئی ہو یا پوٹین کے ممصاص (Potain's aspirator) سے جاری رکھنا چاہئے۔ پہلی کوشش خراج کا مقام معلوم کرنے میں اکثر ناکام رہتی ہے، اور قبل اس کے کہ پیپ ملے مختلف رقبہ جات میں آٹھ نو چکے تک بھی لگانے پڑتے ہیں۔ امتصاص عموماً مقامی معدم حس کے زیر اثر کیا جاسکتا ہے لیکن بعض اصابات میں عمومی معدم حس کی ضرورت ہوتی ہے۔ عموماً ایک مکمل امتصاص کافی ہوتا ہے لیکن بعض اوقات تپ اور کثرت خلیات ابیض برقرار رہتی ہے یا عود کر آتی ہے جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ کہفہ پھر پُر ہو جاتا ہے اور اس حالت میں بار بار امتصاص کی ضرورت ہوتی ہے۔

خراجات کے دائیں لختہ کی تحتانی سطح پر واقع ہونے یا بائیں لختہ کے چھوٹے خراجات کی صورت میں استقصائی کچوکا بعض اوقات نامناسب تصور کیا جاتا ہے کیونکہ اس سے التہاب باریطون کے پیدا ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔ ایسی صورت حالات میں شکم کی مقدم دیوار میں شگاف دیکر خراج کا امتصاص یا تو پوٹین کے ممصاص سے یا آبی پمپ سے ربڑ کی نلی لگا کر کر دینا چاہئے۔ بعد میں جگر میں ٹانکے لگا دینے چاہئیں اور زخم کو بغیر میسلیت کے بند کر دینا چاہئے بشرطیکہ پیپ عقیم ہو۔

شگاف اور میسلیت۔ اس عملیہ کے لئے صرف ایک ہی داعیہ ہے اور وہ ثانوی سرایت کا وقوع ہے۔ اس صورت میں کہفہ کی میسلیت ضرور کر دینی

چاہئے اور کہفۂ خراج کی مسلسل آبیاری ڈیکن کے محلول یا یوسال سے کرنی چاہئے جیسی کہ کلنر (Kilner) (61) کی رائے ہے۔ جب کبدی خراج پھیپھڑے میں پھٹ جاتا ہے تو اس کے مشمولات کبدی شعبتی ناسور میں سے گذر کر کھانسی کے ذریعہ سے باہر نکل جاتے ہیں اور ایمیٹین کے اثرابات سے شفا ہوجاتی ہے۔ جگر کے خراج کے اندمال کے بعد مریض کا علاج قولونی سرایت کے لئے ضرور کرنا چاہئے اور اس مقصد کے لئے ایمیٹین۔ بسمتھ۔ آئیوڈائیڈیا کاربارسون مناسب ہیں ایمیٹین کے اثرابات اگرچہ ان ایباؤں کے لئے مہلک ہیں جو جگر اور پھیپھڑوں میں ہوتے ہیں لیکن ان اثرابات سے اکثر رودی سرایت کا استیصال نہیں ہوتا۔

ھدابی زحیر (Ciliate dysentery) امعائے کبیر کی ایک تقرحی حالت ہے جو بیلنٹی ڈیئم کولائی (Balantidium coli) سے پیدا ہوتی ہے۔

بحث اسباب ۔ اس ہدب (ciliate) کی جغرافیائی تقسیم بہت وسیع ہے اور یہ یورپ کے مختلف حقوں، ایشیا، افریقہ اور امریکہ میں پایا جاتا ہے۔ سرایتِ مرض ان اشخاص میں واقع ہوتی ہے جن کا سوروں سے پیشہ کے لحاظ سے قریبی تعلق ہوتا ہے، اور اس سرایت کا سب سے بڑا ماخذ یہی ہیں۔ بیلنٹی ڈیئم کولائی ناشپاتی نما ہوتا ہے اور اس کا طول ۵۰ تا ۸۰ مائکران اور عرض ۲۰ تا ۵۵ مائکران ہوتا ہے۔ گرد دہن (peristome) اس کے مقدم سرے پر واقع ہوتا ہے اور اندر کی طرف ایک گلمہ نما کلاں نوات، ایک خرد نوات اور خالیے ہوتے ہیں۔ باہر کی تمام سطح پر اہداب کی طولی قطاریں ہوتی ہیں دوپینہ شکلیں براز میں پائی جاتی ہیں اور تولید مستعرض انشقاق (transverse fission) سے واقع ہوتی ہے۔

امراضیات ۔ قروح ایبائی زحیر کے قروح کے بہت مشابہ ہوتے ہیں، اور ان کی کوریں مکہف ہوتی ہیں۔ ہدبات (ciliates) قرحہ کے قاعدہ اور اس کے ارد گرد کی بافتوں اور سرایت زدہ رقبہ کی لمفی فضاؤں اور اس کے عروقِ خون اور لمفی غدد میں پائے جاتے ہیں۔ گاہے گاہے ہدبات معائے صغیر کے نچلے حصہ میں پائے جاتے ہیں لیکن یہاں پر شاذ و نادر ہی تقرح

پیدا کرتے ہیں ۔

علامات ۔ بہت سے اصابات مخفی رہتے ہیں، مریضوں میں کسی قسم کا
کوئی معوی اختلال نہیں پایا جاتا اور جہدبات کا انکشاف اتفاقی طور پر ہوجاتا
ہے ۔ بعض اصابات میں اسہال اور زحیر پائے جاتے ہیں اور براز مخاطی، دموی
ہوتا ہے، عدم دمویت پیدا ہوجاتی ہے، مریض فاقہ سے کمزور ہوجاتا ہے
اور اختلال ہضم واقع ہوجاتا ہے ۔ معائی تثقب یا نزف بھی واقع ہوسکتا ہے
لیکن جگر کا خراج کبھی نہیں بنتا ۔

تشخیص ۔ بینیہ بینی سے رودۂ کبیر میں قروح کا انکشاف کیا جاسکتا ہے
جو نسیج پاش دروں (امیبا سے پیدا شدہ قروح کے مشابہ ہوتے ہیں)، اور
تشخیص کا انحصار قروح کے قاعدوں سے حاصل کردہ کھرچنوں یا براز میں
جہدبات کا مظاہرہ کرنے پر ہے ۔ بیلنٹی ڈیئم کولائی اکثر سرایت زدہ افراد
کے براز سے غائب ہوجاتا ہے اور معتدبہ زمانہ تک نہیں پایا جاتا، لیکن بعد
میں یہ پھر موجود ہوجاتا ہے ۔ مخفی زمانوں میں تشخیص ناممکن ہوتی ہے ۔

انذار ۔ اگر مخفی اصابات کو بھی مدنظر رکھا جائے تو شرح اموات
تقریباً ۷ فیصدی ہے اور جن مریضوں میں مرض کے مزمن مظاہر پائے جاتے
ہیں ان میں یہ ۲۹ فیصدی ہے ۔

علاج ۔ جو غذا دی جائے اس میں کاربوہائیڈریٹ کم ہوں اور پروٹینس زیادہ
ہوں اور تازہ سبزیاں موجود ہوں، اور سم الفار کی تجہیزات قابل آزمائش ہیں،
مثلاً سٹووارسال ۲ء۰ گرام دن میں دو مرتبہ کھانے کے بعد ایک ہفتہ تک دیا جائے،
اور کاربارسون ۲۵ء۰ گرام دن میں دو مرتبہ کھانے کے بعد دس دن تک دیا جائے ۔
مختلف محلولات سے قولون کی بلند آبیاری مفید بتائی گئی ہے اور یہ محلولات
کونین، سلور نائیٹریٹ اور آئیوڈین کے ہونے چاہئیں ۔ مزید برآں میتھیلین بلیو
(methylene-blue) کی براستہ دہن یا بذریعہ حقنہ (۳۰۰۰ میں ۱) آزمائش
کی جاسکتی ہے ۔ چونکہ جہدبات وقتاً فوقتاً خود بخود غائب ہوجاتے ہیں اسلئے
مختلف ادویہ کے فائدہ کا اندازہ کرنا مشکل ہے ۔

سوطی اسہال (Flagellate Diarrhœa)۔ انسان کے معائی
سوطیے یہ ہیں۔ گیارڈیا انٹسٹی نیلس (Giardia intestinalis) جس کا ذکر
لیمبل (Lambl) نے ۱۸۵۹ء میں کیا تھا، ٹرائیکوموناس ھومینس
(Trichomonas hominis) جس کا ذکر لیوین (Lavaine) نے ۱۸۶۰ء میں
کیا تھا اور کائیلو میسٹکس میسنی لائی (Chilomastix mesnili) جس کا
انکشاف وینی اون (Wenyon) نے ۱۹۱۰ء میں کیا تھا۔ ان کا خاصۂ پیدائش مرض
ابھی تک متفقہ طور پر تسلیم نہیں کیا گیا، اور معوی مخاطیہ پر ان کے حملہ آور ہونے
کی ابھی تک کوئی امراضیاتی شہادت بہم نہیں پہنچی۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ
تندرست افراد کی نسبت اسہال سے مریض اشخاص میں زیادہ کثرت سے
پائے جاتے ہیں۔ لیکن دوپرہ بند سوطیے اکثر طبعی اجابتوں میں پائے جاتے
ہیں۔ ڈوبل (Dobell) نے یہ ثابت کیا ہے کہ سوطیوں کی آزاد شکلیں سیال
ماحول کے ساتھ خاص موافقت رکھتی ہیں اور اس لئے یہ صرف اسی حالت
میں نمودار ہوتی ہیں جبکہ اجابتیں سیال یا پتلی ہوجائیں۔ مذکورہ تینوں آزاد
سوطیوں میں سے گیارڈیا انٹسٹی نیلس کو سب سے زیادہ ممرض سمجھا جاتا ہے

گیاردیت (Giardiasis) یا **لمبلیت** (Lambliasis)۔ گیارڈیا
انٹسٹی نیلس (لمبلیا انٹسٹی نیلس: Lamblia intestinalis، گیارڈیا
لمبلیا: Giardia Lamblia) کا طبعی مسکن صائم یا اثنا عشری ہے، اور گمان
گا ہے یہ صفراوی قناتوں میں بھی چلا جاتا ہے اور اوپر کی طرف معدے میں
بھی داخل ہوجاتا ہے۔ ہائیڈرو کلورک ترشہ کی کمی یا عدم موجودگی اس
ہرایت کی محرض ہے، اور دائرۂ قصیر کے عملیات (short-circuit operations)
مثلاً معدی صائمی تفویہ (gastro-jejunostomy) کے بعد گیارڈیا بعض اوقات
معدی رس میں پائے جاتے ہیں۔ یہ ناشپاتی نما سوطیے ہیں جن کا طول ۱۰ سے
لیکر ۱۸ مائکران تک اور عرض ۵ سے لیکر ۱۰ مائکران تک ہوتا ہے اور ان کے
جسم کی بطنی سطح پر ایک مقعر ماصہ ہوتا ہے۔ دوپرے بیضہ نما اجسام ہوتے
ہیں جن کا طول ۸ سے لیکر ۱۴ مائکران تک ہوتا ہے اور ان میں چار چھوٹے چھوٹے

کرودی نوات، مرکزی محور خیطے (central axonemes) اور سوط ہوتے ہیں۔ خلیہ دہن (cytostome) موجود نہیں ہوتا اور سیال غذا جسم کی سطح پر سے جذب ہوتی ہے۔

1064

امراضیات - وینی اون (Wenyon) کا یہ بیان ہے کہ بیش ہرات سے معائے صغیر کی سطحوں میں میکانی خراش پیدا ہوسکتی ہے لیکن سرطلی سطحوں میں نفوذ ہونے یا ان کے متقرح ہونے کا کوئی رجحان نہیں پایا جاتا۔

علامات - سوطی شکلیں صرف ڈھیلی اجابتوں میں پائی جاتی ہیں جن میں بعض اوقات بہت سا مخاط موجود ہوتا ہے لیکن خون کبھی نہیں ہوتا۔ یہ امر ابھی تک متنازع فیہ ہے کہ آیا اسہال سوطیوں سے پیدا ہوتا ہے یا سوطیے ڈھیلی اجابتوں کی وجہ سے ان حالتوں میں ظاہر ہوتے ہیں جنہیں وہ بند شکلیں پائی جاتی ہیں۔ جن حالتوں میں کوئی دوسرا مرض عامل موجود نہ ہو ان میں یہ معقول معلوم ہوتا ہے کہ سرایت کے استیصال کی کوشش کی جائے جبتک کوئی دوسرا سبب بھی ساتھ ہی موجود نہ ہو اس وقت تک موت ہرگز واقع نہیں ہوتی اور نہ مرض خطرناک صورت اختیار کرتا ہے۔

علاج - اگر عدم حامضی (achlorhydria) موجود ہو تو ہائیڈرو کلورک ترشہ سے علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ کوئی نوعی دوا ممکن الحصول نہیں جسکا اثر یقینی ہو، ٹیکن کاربارسون، سٹووارسال اور ایمیٹین سے سوطیہ دار اور دویرہ بند دونوں قسم کی شکلیں بعض اوقات غائب ہوجاتی ہیں۔ ہیگنر (Hegner) نے ایسی غذا کے استعمال کا مشورہ دیا ہے جس میں پروٹین اور ہری سبزیوں کی مقدار زیادہ ہو اور کاربوہائیڈریٹ کم ہوں۔ میگنیشیم سلفیٹ کے مرتکز محلول (۲۵ فیصدی) سے اثنا عشری کی تغسیل (lavage) کرنے سے بھی بعض اوقات فائدہ ہوتا ہے۔

دیدانی امراض

(Helminthic Diseases)

دیدان (helminths) کے تین ایسے گروہ ہیں جن سے انسان میں مرض پیدا ہوسکتا ہے۔ (۱) دیدان متقبہ (Trematodes) یا وشیعات (flukes) جو رودہ، جگر، پھیپھڑوں اور عروقی نظام میں رہتے ہیں۔ (۲) ربیانیے (Cestodes) یا فیتیے (tape-worms) جو بالغ شکل میں رودہ میں یا دوری شکل میں بافتوں میں پائے جاتے ہیں۔ (۳) سلکیے (Nematodes) یا دیدان مستدیرہ (round-worms) جن کی سکونت امعاء یا جسم میں ہوتی ہے۔ حمرض اثرات مندرجۂ ذیل حالتوں سے پیدا ہوتے ہیں یعنی میکانی اختلالات، تخفیف معدی معوی فعل، مختلف اقسام کی عدم دمویت، بلا واسطہ میکانی فعل، بافتوں میں ائتمروں اور مضغوں کی فراہمی، ثانوی جراثیمی سرایت، سمی اشیا جن کا افراز طفیلیوں سے ہوتا ہے، اور دیدانی استہداف (helminthic anaphylaxis) جو ہرگز قلیل الوقوع مظہر نہیں۔

دیدان متقبہ یا وشیعات سے پیدا شدہ امراض

(DISEASES DUE TO TREMATODES OR FLUKES)

دیدان متقبہ (trematodes) یا وشیعات (flukes) غیر ہدبہ دار طفیلی کرم ہیں جن کا جسم فلقہ دار نہیں ہوتا، اور یہ عموماً چپٹا ہوتا ہے گو بعض قاکم و بیش استوانی بھی ہوتا ہے۔ ایک یا ایک سے زائد ماصّے (suckers) موجود ہوتے ہیں۔ مقدم ماصّہ جو دہنی ماصّہ (oral sucker) کہلاتا ہے منہ کو گھیرے ہوئے ہوتا ہے۔ انسان میں ان کا مسکن امعاء یا صفراوی قناتیں یا پھیپھڑا یا بابی نظام اور وریدوں کے متصلہ ضفیرے ہیں۔

مرداثیت (Fascioliasis)- فیشیولی ڈی (Fasciolidæ) خاندان کے کئی ایک وشیعات (flukes) کے متعلق یہ معلوم ہے کہ ان کا مسکن انسان

اور دوسرے حیوانات ہیں۔ جو انسانی نوع نہایت کثرت سے پائی جاتی ہے وہ فیشیولوپسس بسکی (Fasciolopsis buski) (ڈائی سٹوما کریسم : Distoma crassum) ہے۔ اور حیوانات میں جو نوع سب سے زیادہ کثرت سے مرض پیدا کرتی ہے وہ فیشیولا ہیپی ٹیکا (ڈائی سٹوما ہیپی ٹیکم) ہے۔ فیشیولا جائیگنٹا (Fasciola giganta) کے صرف ایک مرتبہ انسان میں پائے جانے کا اندراج ہو چکا ہے۔ روائیت انسان میں ایک نادرالوقوع سرایت ہے۔

(۱) فیشیولا ہیپی ٹیکا (Fasciola hepatica) عموماً بھیڑوں میں پایا جاتا ہے اور ان میں یہ صفراوی قناتوں میں رہتا ہے اور رقعاص (liver rot) پیدا کرتا ہے۔ گاہے گاہے انسان بھی سرایت زدہ ہو جاتا ہے۔

بحث اسباب۔ انڈے جو براز میں پائے جاتے ہیں لبا قدار (operculated) ہوتے ہیں اور ان کی شکل بیضوی ہوتی ہے (۱۳۰ — ۱۴۵ × ۶۰ — ۹۰ ملا) اور ان میں ایک وشیئی سردہ (miracidium) ہوتا ہے۔ جب وشیئی سروے پانی میں آزاد ہو جاتے ہیں تو یہ لمنیرا ٹرنکیٹولا (Limnæra truncatula) کی نوع کے گھونگوں کو سرایت زدہ کر دیتے ہیں اور جگر میں نمو پا کر بذری دویروں (sporocysts) ' ریڈیاؤں (rediæ) اور ذنبیوں (cercariæ) میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ یہاں سے نکل کر ذنبیے گھاس وغیرہ پر دویرہ بند ہو جاتے ہیں۔ دویری دیوار اثنا عشری میں ہضم ہو جاتی ہے اور جو بعد ذنبیے (meta cercariæ) نکلتے ہیں وہ رودہ کی دیواریں سے گذرنے کے بعد جگر کی باریطونی سطح میں سے داخل ہو کر صفراوی قناتوں میں چلے جاتے ہیں۔

امراضیات۔ سرایت زدہ حیوانات میں وشیعات میکانی طور پر صفراوی قناتوں کو بند کر دیتے ہیں اور اس طرح دویری اتساع اور یرقان پیدا ہو جاتا ہے۔ ان کے سموم سے ابتری مرحلہ میں بیش پرورش پیدا ہو جاتی ہے اور صفراوی قسم کی ایک کہبت (cirrhosis) رونما ہو جاتی ہے جس کے ساتھ کبھی استسقاء ہوتا ہے اور کبھی نہیں۔ عمومی تسمم الدم بھی بعض اوقات پیدا ہو جاتا ہے جس کے ساتھ ایوسین پسندی (eosinophilia) موجود ہوتی ہے۔ ثانوی سرایت سے سرایتی التہاب تنواتِ صفرا اور جگر کا

1065

خراج پیدا ہو سکتا ہے۔ گاہے گاہے فیشیئولا ہیپی ٹیکا (F. hepatica) سے عروقِ خون پھیپھڑے، چشمی اور تحت جلدی بافتیں اور دماغ تک بھی متاثر ہو جاتے ہیں۔

علامات ۔ اگر سرایت خفیف ہو تو کوئی علامات پیدا نہیں ہوتے۔ شدید اصابات میں کلائی یافتہ الیم جگر، بدہضمی اور دوسرے علامات پیدا ہو جاتے ہیں اور موت انجام کار سرایتی التہاب قنات صفرا یا جگر کے خراج سے واقع ہو سکتی ہے۔

تشخیص کی توثیق اجابتوں میں طباق دار انڈوں کا مظاہرہ کرنے سے کی جاتی ہے۔ شام اور لبنان میں بعض مذہبی رسوم کے ادا کرنے میں بھیڑ اور بکری کا کچا جگر کھانے کا رواج ہے، اور اگر یہ فیشیئولا ہیپی ٹیکا سے سرایت زدہ ہو تو وشیعات (flukes) اکثر انسانی بلعوم سے چپک جاتے ہیں جہاں تہیج اور امتلا پیدا ہو جاتا ہے جس سے متصل ساختیں مثلاً حنک رخو، حنجرہ، اور یوستا کی نلیاں ماؤف ہو جاتی ہیں۔ نگلنے میں دقت پیدا ہو جاتی ہے اور بہرا پن اور بہر (dyspnœa) نمودار ہو جاتا ہے اور اگر مریض منتہیج ہو جائے تو اختناق سے موت واقع ہو سکتی ہے۔ یہ مرض ان خطوں میں حلزون (halzoun) کہلاتا ہے۔

انذار ۔ شدید کبدی سرایتوں کی حالت میں انذار خطرناک ہوتا ہے، تا وقتیکہ مناسب علاج نہ کیا جائے۔

تحریز ۔ حلزون کا انسداد کچے سرایت زدہ جگر کا کھانا روکنے سے بآسانی کیا جا سکتا ہے، اور جوش دیئے ہوئے پانی کا باحتیاط استعمال کرنے اور سرایت زدہ علاقوں میں آبی سلاد یا کچی سبزیاں نہ کھانے سے کبدی روائیت کا انسداد ہو سکتا ہے۔

علاج ۔ انسان میں کسی نوعی دوا سے علاج کرنے کے متعلق زیادہ معلومات ابھی تک حاصل نہیں ہوئیں، لیکن بھیڑوں میں کاربن ٹیٹراکلورائڈ اور فلکس ماس کے متناد کا استعمال جو جسم کے وزن کے لحاظ سے کیا جاتا ہے

اور جو ہیں گھنٹے کے اندر جس کا تکرار کیا جاتا ہے بہت موثر ثابت ہوا ہے جن حالتوں میں کیلشیم کی قلت موجود ہو ان میں کیلشیم سے علاج کرنا بہت مناسب ہوتا ہے کیونکہ اس سے وہ سمی تخرو واقع نہیں ہوتا جو بعض اوقات کاربن ٹیٹرا کلورائیڈ دینے کے بعد پیدا ہو جاتا ہے۔

(۲) فیشیولوپسس بسکی (Fasciolopsis buski) (ڈسٹوما کراسیم :Distoma crassum)۔ یہ ایک بہت ہی بڑا معوئی شیعہ (intestinal fluke) ہے جو چین، آسام، بنگال، ملایا اور بورنیو میں پایا جاتا ہے۔

دورِ حیات ۔ ناپختہ بیضے براز میں خارج ہوتے ہیں اور تین سے لے کر سات ہفتہ تک کی مدت کے بعد وشیمی سروہ (miracidium) بالغ ہو جاتا ہے یہ طباق میں سے نکل آتا ہے اور بعض نرم گوشتہ جانوروں (molluscs) پلینوربس سینوسس :Planorbis cœnosus اور سیگمنٹینا نیٹی ڈولا Segmentina nitidula: وغیرہ کے جگر پر حملہ آور ہوتا ہے اور یہاں اس سے بذری دور سے، ریڈیا اور ذنبیے پیدا ہوتے ہیں جو آزاد ہو کر سیخ چینی (water chestnut) اور سنگھاڑے (water caltrop) کی طرح کے آبی پودوں پر دوبارہ بند ہو جاتے ہیں۔ انسان سرایت زدہ جذوع (corms) کو کھانے سے سرایت زدہ ہوتا ہے اور ذنبیے اثنا عشری میں دویروں کی شکل اختیار کرتے اور بالغ ہوتے ہیں۔

امراضیات ۔ امتحانِ نعش پر وشیعات معائے صغیر کے مخاطیہ سے چپیدہ پائے جاتے ہیں۔ اثنا عشری میں یہ خاص طور پر اور معدہ اور معائے کبیر میں بیگا ہے گاہے ملتے ہیں۔ مختص المقام التہاب، زخمات اور خراجات تک بھی پیدا ہو سکتے ہیں۔

علامات ۔ خفیف سرایتوں میں مریض بر معدی درد اور بدہضمی کی شکایت کرتا ہے جو کھانا کھانے کے بعد رفع ہو جاتی ہے۔ شدید اصابات میں یہ علامات زیادہ شدید ہوتے ہیں اور متاخر مدارج میں جلد سخت اور خشک ہو جاتی ہے، چہرہ اور جوارح پر تہیج پیدا ہو جاتا ہے، نہاکت، لاغری، اسہال اور استسقاء بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

تشخیص۔ یہ مرض بعض اوقات معوی سرایت یا معدی یا اثنا عشری قروح کے مشابہ ہوتا ہے، لیکن ایؤسین پسندی دیدانی سکونت کی طرف اشارہ کرتی ہے اور اجابتوں کے امتحان سے فیشیولاپسس بسکی (F. buski) کے طباق دار بیضوں (۱۲۰—۱۳۰ × ۷۵—۸۰ µ) کا مظاہرہ کیا جا سکتا ہے۔
سحر پیزغلاظت کی تعقیم اور سنگھاڑے اور سیج چینی کو کھانے سے پہلے جوش دے لینے پر مشتمل ہے۔
علاج۔ کاربن ٹیٹرا کلورائیڈ ۳ مکعب سنٹی میٹر معتاد میں دینے سے جس کے بعد ملین دیا جاتا ہے، یا بیٹا نیفتھال کی دو خوراکیں (ہر ایک ۲ مکعب سنٹی میٹر) دینے سے شفا ہو جاتی ہے۔

پیرام فسٹومیت (Paramphistomiasis)- پیرام فسٹو مائیڈی (Paramphistomidæ) خاندان کے دو انواع انسان میں مرض پیدا کرتے ہیں اور یہ گیسٹروڈ سکائیڈ یز ہامنس (Gastrodiscoides hominis) اور واٹسونیئس واٹسونائی (Watsonius watsoni) (سیوڈوڈ سکس واٹسونائی: Pseudodiscus watsoni) ہیں۔ واٹسونیئس واٹسونائی کا رنگ سرخی مائل زرد ہوتا ہے اور یہ اثنا عشری اور صائم میں رہتا ہے اور اسکی پیمائش ۸—۱۰ ملی میٹر × ۴—۵ ملی میٹر ہے۔ اس کے بیضے ۱۲۰—۱۳۰ µ لمبے اور ۷۵—۸۰ µ چوڑے ہوتے ہیں۔ گیسٹروڈ سکائیڈیز ہامنس کا ایک بڑا مونو قصہ ہوتا ہے جس کے ذریعہ سے یہ قولون کے مخاطیہ سے چپک جاتا ہے۔ یہ ۵—۸ ملی میٹر لمبا اور ۳—۴ ملی میٹر چوڑا ہوتا ہے اور اس کے بیضے ۱۵۰ × ۷۲ µ ہوتے ہیں۔ علامات معوی اختلالات ہیں جو صفراوی اجابتوں اور اسہال پر مشتمل ہیں۔ تشخیص براز میں بیضوں کی شناخت کرنے سے کی جاتی ہے۔ کاربن ٹیٹرا کلورائیڈ (۳ مکعب سنٹی میٹر) نوعی معلوم ہوتا ہے۔

کلونارکیست (Clonorchiasis)۔ یہ مرض چینی وشیعہ کبد (Chinese liver fluke) کلون آرکس چینی (Clonorchis sinensis) سے پیدا ہوتا ہے جو انسان اور دیگر پستانیوں میں صفراوی قناتوں پر حملہ آور ہوتا ہے

1066

اور صفراوی کوبت (biliary cirrhosis) پیدا کردیتا ہے (دیکھو صفحہ ۲۰۶۸)۔

بحث اسباب - کلون آرکس چینی ایک کفچہ نما شیبہ (spatulate fluke) ہے (۱۰—۲۰ ملی میٹر × ۲—۵ ملی میٹر)، اور اس کے بیضے طباق دار زردی مائل بھورے ہوتے ہیں (۲۷—۳۵ × ۱۱—۲۰ μ)۔ بیضے براز میں خارج ہوتے ہیں اور شمولہ و شیمی سروہ (miracidium) پانی میں آزاد ہو کر بنڈ گھونگھے کی مری میں نفوذ کر جاتا ہے اور یہاں سے یہ گردمریوی فضا (periesophageal space) میں نقب لگا کر چلا جاتا ہے جہاں بذری دوریے ریڈیا اور ذنبیے بنتے ہیں۔ ذنبیے آزاد ہونے کے بعد پرسیڈی (Percidæ)، گوبی آئی ڈی (Gobiidæ) اور اینا بینٹی ڈی (Anabantidæ) خاندانوں کی تازہ پانی کی بعض مچھلیوں کے چھلکوں اور گوشت میں سے نفوذ کر جاتے ہیں۔ انسان کچی یا اچھی طرح سے نہ پکی ہوئی مچھلی کے کھانے سے سرایت زدہ ہوتا ہے۔ معدی رس بیرونی کیسہ کو ہضم کر لیتا ہے اور ریعانی سروے (adolescaria) اثنا عشری میں پہنچ کر جگر کی مشترک صفراوی قنات میں سے چڑھ کر جگر میں چلے جاتے ہیں، اور اس کا بایاں لخت خاص طور پر ماؤف پایا جاتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ بائیں صفراوی قنات کا ممر زیادہ سیدھا ہے (فاسٹ :Faust)۔

امراضیات - پہلے صفراوی مرحلہ کا تعشر واقع ہوتا ہے اور یہ شیمات (flukes) خون اخذ کرنے لگتے ہیں اور یہ میکانی طور پر صفراوی گذرگاہوں کو بند کر دیتے ہیں جس سے صفراوی رکود واقع ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد صفراوی مرحلہ کا تکاثر، انڈوں کے گرد گرد بابی بیش تکون (periportal hyperplasia) قنات کی دبازت اور عمومی تسمم الدم واقع ہو جاتا ہے۔ بیش سرایتوں میں لبلبی قناتیں بھی ماؤف ہو جاتی ہیں اور ثانوی جراثیمی سرایت سے التہاب قنات صفرا (cholangitis) اور مقامی خراج پیدا ہو سکتا ہے۔

علامات - خفیف سرایتوں میں سرایت تحت سریری رہتی ہے، لیکن زیادہ شدید سرایتوں میں عدم اشتہا، برمعدی درد، کھانے کے بعد گرانی اور پری کا احساس، اسہال اور لاغری پائی جاتی ہے۔ جگر کی کلانی، یرقان، تہیج اور

استسقاء بھی واقع ہوسکتے ہیں ۔
تشخیص اجابتوں میں طباق دار بیضوں کا مظاہرہ کرنے سے کیجاتی ہے ۔
انذار ۔ جن اصابات میں شدید سرایت پائی جاتی ہے ان میں موت عفونت یا کسی دوسرے بین رو مرض سے واقع ہوجاتی ہے ' لیکن متوسط درجہ کی اور خفیف سی سرایتوں سے شفا ہوجاتی ہے ۔
تجویز ۔ کھانے سے پہلے تازہ پانی کی مچھلی کو اچھی طرح سے پکا لینے یا بزندہ گھونگھے کو تباہ کرنے پر مشتمل ہے لیکن موخرالذکر تدبیر کو عمل میں لانا بہت مشکل ہے ۔
علاج ۔ اگر ٹارٹار ایمیٹک کا دروں وریدی اشراب کیا جائے تو اس سے سرایت کی شدت میں بین تخفیف واقع ہوجاتی ہے ' اور فاسٹ اوائل مرض میں جنشین وائیولٹ (gentian violet) کے استعمال کی تعریف کرتا ہے کیونکہ یہ دوا ہمیشہ مبیضی خلیوں کے شمار کو کم کر دیتی ہے ۔ جنشین وائیولیٹ کا ۰.۵ تا ۱.۰ فیصدی محلول ۔۴ مکعب سنٹی میٹر مقدار میں دروں وریدی اشراب کی شکل میں ایک دن چھوڑ کر دیا جاتا ہے ۔ کل نصاب ۶ گرام یا ۱۰۰ گرین سے متجاوز نہ ہونا چاہئے ۔ دوسرا متبادل طریقہ یہ ہے کہ یہ دوا ½ ۲ گرین کیراٹین غلافی گولی کی شکل میں کھانے کے بعد تین مرتبہ دس دن تک کھلائی جائے (فاسٹ) ۔

پیراگونیمیت (Paragonimiasis) ۔ یہ مرض جاپانی ریوی وشیعہ (Japanese lung fluke) (پیراگونیمس وسٹرمینی آئی Paragonimus westermanii :) سے پیدا ہوتا ہے جو ریوی بافتوں پر حملہ آور ہوتا ہے اور اس مرض میں کھانسی ہوتی ہے اور خون آلود بساق آتا ہے جس میں طفیلیہ کے طباق دار انڈے موجود ہوتے ہیں ۔
بحث اسباب ۔ پیراگونیمس ویسٹرمینی آئی (ڈسٹوما ویسٹرمینی آئی Distoma westermanii : ڈسٹوما رنگرائی D. ringeri :) جاپان ' چین ' فارموسا اور کوریا میں پایا جاتا ہے ۔ بالغ کی پیدائش ۷.۵ — ۱۲ ملی میٹر × ۴ — ۶ ملی میٹر ہے ' اور ان کے دوریے پھیپھڑوں میں بنتے ہیں جہاں عریض ' بیضوی اور طباق دار انڈے فراہم ہوجاتے

ہیں - یہ بساق میں باہر آتے ہیں اور گاہے گاہے براز میں بھی نکلتے ہیں - جب شیعی سروہ بالغ ہوجاتا ہے تو یہ طباق دار خول میں سے باہر نکل آتا ہے اور میلانیا گھونگے (Melania snail) کی بعض انواع اور خاص کر میلانیا لائی بسرٹینا (M. libertina) پر حملہ آور ہوتا ہے اور اس میں ندری دورے، ریڈیا اور بعد ذنبیے بنتے ہیں - موخر الذکر تازہ پانی کے بعض کیکڑوں (crabs) یا جھینگا مچھلی (cray-fish) مثلاً پوٹیمون آبٹوسائیپیس (Potamon obtusipes) وغیرہ کے گلپھڑوں، عضلات اور جگر میں دویرہ بند ہوجاتا ہے - جب کچا یا اچھی طرح سے نہ پکا ہوا سرایت زدہ کیکڑا کھایا جاتا ہے تو دویری دیوار معدی رس سے حل ہوجاتی ہے اور بالغ سروہ (adolescaria) اثنا عشری میں نکل آتا ہے اور معائے صغیر میں سے نفوذ کرکے شکمی کہفہ پر حملہ آور ہوتا ہے، اور ڈایا فرام اور پلورا کو مثقب کرنے کے بعد شعبہ (bronchus) میں آجاتا ہے جہاں یہ انتہائی بافت میں دویرہ بند ہوکر بلوغ کو پہنچتا ہے۔

امراضیات - مختص المقام اور عمومی ریوی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے، اور شعبوں میں دویری اتساعات اور درد نما خراجات پائے جاتے ہیں - شیعیہ (fluke) کے گرد جو دویرہ نما تکون نمودار ہوجاتا ہے وہ بالعموم شعبہ سے ربط رکھتا ہے اور اس راستہ سے انڈا ہوائی گذرگاہوں میں داخل ہوجاتا ہے - اسی طرح کے دویرہ نما ضررات معوی مخاطیہ، لبلبی اور صفراوی قناتوں، یا ریطون یا ساریقی غدد، طحال، جگر، پلورا، عضلات، خصیتین، مجر اور دماغ میں پائے جاتے ہیں -

1067

علامات - سرسری تصور میں قدرتاً طفیلیوں کی تقسیم کے مطابق اختلاف پایا جائیگا اور متعدد مختلف قسمیں جو بیان کی گئی ہیں یہ ہیں - (۱) ریوی قسم - اس کے ممیز علامات کھانسی اور نفث الدم ہیں، بساق زنگ آلود بھورا یا شوربہ چاشنی (anchovy-sauce) کے رنگ کا ہوتا ہے اور اس میں طباق دار انڈے موجود ہوتے ہیں، اور طبیعی امارات شعبتی ذات الریہ تمدد الشعب یا پلورائی انصباب کے سے ہوتے ہیں - (۲) شکمی قسم - جن حالتوں میں جگر، طحال

لبلبہ یا معا ماؤف ہوں ان میں سریری تصویر ان اعضا کے مرض کی طرف اشارہ کرتی ہے - (۳) دماغی قسم - یہ درد سر، بخوابی، فقدانِ حافظہ، حبسہ (aphasia) چشمی فسادِ فعل، صرع جیکسن اور مختلف اقسام کے انتشار یا شلل کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے جس میں فالج نصفی (hemiplegia) اور یک عضوی فالج (monoplegia) شامل ہیں۔

تشخیص - مقامی مرض کے خطہ میں سکونت کی روئداد اہم ہے، اور جو مریض مشرق بعید سے آئے ہوں ان میں اگر تنفث الدم پایا جائے تو بساق یا براز میں پیلوگونیمس ویسٹرمینی آئی (P. westermanii) کے انکشاف کے لئے متعلق تحقیقات انجام دینی چاہئے - تعدیل پسندی بالعموم موجود ہوتی ہے۔ اگر خون کا امتحان بالغ وشیعات سے طیار کردہ اینٹی جن کے خلاف کیا جائے تو خون سے تثبیت متمم کا مثبت تعامل حاصل ہوتا ہے -

انذار - شدید ابتلا میں انذار خراب ہوتا ہے اور دماغی اصابات میں موت تقریباً ہمیشہ واقع ہوجاتی ہے -

علاج - تازہ پانی کا کیکڑا اور جھینگا مچھلی جو مقامی مرض کے خطوں میں سرایت زدہ پانی سے آئے نہ کھانی چاہئے - ایمیٹین اور ٹارٹار ایمیٹک سے ریوی علامات عارضی طور پر رفع ہوجاتے ہیں لیکن یہ امر مشتبہ ہے کہ آیا ان سے حقیقۃً شفا بھی حاصل ہوتی ہے -

داء الفلیقہ (Schistosomiasis) - انسان شسٹوسومیڈی (Schistosomidæ) خاندان کے دموی وشیعات (blood flukes) کے کئی ایک انواع کا قطعی میزبان ہے جو بابی نظام اور اس کے معاونوں میں رہتے ہیں اور انڈے بعض جوف دار احشار مثلاً مثانہ (خون باش فلیقہ Schistosoma hæmatobium : اور معوی قولون (فلیقہ منسنی Schistosoma mansoni : اور فلیقہ جاپانی (Schistosoma japonicum) میں دیتے ہیں - کہا ہے کہ انسان بعض بقری انواع مثلاً فلیقہ بقوی (S. bovis) یا مٹھائی کے فلیقہ (S. Matthei) سے سرایت زدہ ہوجاتا ہے، اور بھی

کانگو میں فشر (Fisher) (62) نے حال ہی میں ایک جدید نوع کا ذکر کیا ہے اور وہ فلیقۂ ملبوسہ (S. intercalatum) ہے جس کے انڈوں کے سرے پر خونباش فلیقہ کی طرح ایک شوکہ ہوتا ہے، لیکن اس کا مسکن انسان کی معا ہے مثانہ نہیں۔

دورِ حیات۔ جب بلہارزیائی میٹھے پانی میں آجاتے ہیں تو ان میں سے ہدبہ دار شعیمی سروے آزاد ہوکر تازہ پانی کے کسی موزوں نرم گوشتہ (mollusc) پر حملہ کردیتے ہیں اور جگر میں پہنچ کر بذری دویروں میں تبدیل ہوجاتے ہیں۔ ان بذری دویروں سے چار سے لیکر پانچ ہفتہ تک کی مدت میں پختہ ذنبیے نکل آتے ہیں۔ جب یہ پانی میں آزاد ہوجاتے ہیں تو موزوں میزبان کی تلاش کے لئے ان کے لئے صرف چوبیس گھنٹہ سے لیکر اڑتالیس گھنٹہ تک کی مدت ہوتی ہے جس کے بعد یہ ہلاک ہوجاتے ہیں! اگرچہ انسان کو یہ مرض لگ سکتا ہے گا ہے سرایت زدہ پانی پینے سے عارض ہوسکتا ہے لیکن سرایت کا بہت عام راستہ دورانِ غسل میں جلد ہے ذنبیے بافتوں پر عروقی غدد میں حملہ آور ہوتے ہیں اور عروقِ خون کے راستے سے یہ بابی نظام میں پہنچ جاتے ہیں جہاں یہ چھ سے لیکر آٹھ ہفتہ تک کی مدت میں نمو پذیر ہوجاتے ہیں۔

مثانی داء الفلیقہ

(VESICAL SCHISTOSOMIASIS)

(دیکھو صفحات ۶۸، ۲۲-۲۵، صفحہ ۶۹-)

بولی فلیقی یا بلہارزیت (Urinary Schistosomiasis Bilharziasis)-

یہ ایک مزمن مرض ہے جو خون باش فلیقہ (Schistosoma hæmatobium) سے پیدا ہوتا ہے اور اس کے ممیز خواص مثانی علامات ہیں جو اختتامی بول الدم اور پیشاب میں نہائی شوکہ دار انڈوں کی موجودگی پر مشتمل ہیں۔

بحث اسباب۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ خون باش فلیقہ وادئ نیل میں پیدا ہوا اور یہاں یہ ہزارہا سال سے موجود ہے اور رفر (Ruffer) نے انیسویں خاندان کی ایک مومیا (mummy) میں کلوی حوض میں متکلس انڈوں کا حقیقۃً مظاہرہ کیا۔ بالغ دیدان کا ذکر بلہارز (Bilharz) نے ۱۸۵۱ء میں قاہرہ میں کیا تھا۔ مادہ نرکی مادہ بردار قنال میں رہتی ہے اور نر صرف ایک چپٹا شعیمہ

(flat fluke) ہوتا ہے جس کے کنارے لپٹے ہوئے پتے کی طرح دروں گردیدہ ہوتے ہیں۔ بیضوں کے ایک سرے پر ایک شوکہ ہوتا ہے اور ان کی پیمائش ۱۳۰۔ ۱۶۰ × ۴۰۔ ۷۰ مائکران ہوتی ہے۔ مصر میں درمیانی میزبان بولینس کنٹارٹس (Bulinus contaortus)، شمال میں فائی سوپیس افریقی (Physopsis Africana) اور پرتگال میں پلینوربس میٹی ڈجنس (Planorbis metidjensis) کا عترہ ڈفوری (dufouri) ہیں۔ یہ مرض وادی نیل سے دنیا کے مختلف حصوں میں جن میں افریقہ، مڈغاسکر، قبرص، پرتگال، فلسطین، ایران اور عرب شامل ہیں کاروانوں کے راستوں کے ساتھ ساتھ حملہ آور فوجوں اور بردہ فروشی کے ذریعہ سے پہنچا۔

1068

امراضیات ۔ اگرچہ بالغ کرم ماساریقی وریدوں میں بھی پائے جاسکتے ہیں لیکن ان کا اصلی مسکن وریدوں کے مثانی، قدامی اور رحمی ضفیرے ہیں جو تحتانی باثوری ضفیرے کے ذریعہ سے بابی نظام کے ساتھ ربط رکھتے ہیں۔ بیضوں کی سب سے بڑی تعداد مردوں میں مثانہ، قدامیہ، منوی کیسکوں اور مبال میں اور عورت میں عنق اور مہبل میں پائی جاتی ہے۔ چونکہ ان ضفیروں کی سیلیت وریدا جوف تحتانی میں ہوتی ہے اس لئے آوارہ بیضے جگر کی جگہ قدرتاً پھیپھڑوں میں منقطر ہو کر رہ جاتے ہیں جیسا کہ معوی فلیقات کی حالت میں ہوتا ہے۔ جو مختلف ضررات پیدا ہوتے ہیں ان میں بلہارزیائی کا ذب درنے، حلیمی سلعات، قروح، مزمن لیفیت اور مثانہ کی دیوار کی دبازت اور اس کے تقبضات شامل ہیں۔ حالبین کا زیریں ایک تہائی حصہ بسا اوقات ماؤف ہو جاتا ہے، اور بیضے قدامیہ، منوی کیسکوں اور گردمبالی بافتوں میں مطروح ہو سکتے ہیں۔ قضیب اور فرج کے بلہارزیائی اریکی سلعات بھی بعض اوقات پائے جاتے ہیں۔ پھیپھڑوں میں انڈوں کے مطروحات سے ریوی لیفیت کے خفیف سے مدارج پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس نوع سے سرایت واقع ہونے کی صورت میں جگر اور رودہ کے ضررات قلیل الوقوع ہیں کیونکہ ان محلات میں انڈے کم مقدار میں مطروح ہوتے ہیں۔ انڈے بسا اوقات زائدہ میں بھی پائے جاتے ہیں۔

علامات - مرض کے ابتدائی مدارج میں دو سے اور تیسرے مہینہ میں تپ شرکی، ایوسین پسندی، جسم کا عمومی درد، دردسر، قشعریرے اور کھانسی پائی جاتی ہے اور ساتھ ہی کبرطحال اور کبرکبد بھی پایا جاتا ہے تین سے لیکر بارہ ماہ تک کی مدت گزرنے کے بعد مثانی علامات پیدا ہوتے ہیں اور گاہے گاہے یہ علامات کئی سال تک بھی مشاہدہ میں نہیں آتے - ابتدائی علامات یہ ہیں - پیشاب کرنے پر مبال میں سوزشی درد، تواتر بول، پیشاب کرنے کی شدید ضرورت کا احساس عجانی درد، صلب میں دردمستمر، اور بول الدم جو ورزش اور خاص کر گھوڑے کی سواری سے زیادہ شدید ہوجاتا ہے - اختتامی بول الدم بول کے اختتام پر ظاہر ہوتا ہے - یہ یا تو مسلسل ہوتا ہے یا وقفول پر نمودار ہوتا ہے اور یہ ایک یا دو دن تک جاری رہتا ہے بعض اوقات کئی ماہ کا وقفہ گذر جاتا ہے اور پیشاب میں مرئی خون بالکل نہیں آتا - خون عموماً شوخ سرخ ہوتا ہے اگرچہ کبھی کبھی تاریک کرم نما تھکے بھی خارج ہوتے ہیں - متاخر مدارج میں یہ تمام نمونہ میں مساوی طور پر منقسم ہوتا ہے اور اس حالت میں جریان خون کا ماخذ طبعی سلعہ یا سرطانی ہوتا ہے - کمر اور صلب میں اکثر درد پایا جاتا ہے اور یہ عجان کی طرف مبال کے ساتھ ساتھ، یا فوق عانی خطہ میں بھی محول ہوتا ہے - جب قدامیہ ماؤف ہوجاتا ہے تو منی الدم (hemospermia) کی حالت پیدا ہوجاتی ہے اور قدامیہ کے افرازات میں بیضوں کا اس حالت میں ہی مظاہرہ کیا جاسکتا ہے جب کہ یہ پیشاب میں موجود نہیں ہوتے - گاہے گاہے زحیر نما علامات پیدا ہوجاتے ہیں اور اجابتوں میں ایسے بیضے پائے جاتے ہیں جن کے سرے پر شوکہ ہوتا ہے، اور اگر ان کی تلاش اس حالت میں بھی برازی مخاط میں کی جائے جب کہ معوی علامات موجود نہ ہوں تو بھی یہ بسا اوقات مل جاتے ہیں -

طبیعی امتحان سے فوق عانی خطہ میں الیمیت کا انکشاف کیا جاسکتا ہے اور مستقیمی امتحان پر قدامیہ اور منوی کیسوں میں بعض اوقات الیمیت پائی جاتی ہے -

مثانہ بینی - بلہارزیائی سرایت کی سب سے پہلی علامت تحت مخاطی

درنے ہیں جو ادھر اُدھر منتشر پائے جاتے ہیں اور ان سے مثانہ کا قاعدہ اور اسکی مثلث ماؤف ہوتی ہے۔ بعد میں حلیمی سلعات' قروح اور " ریگی قطعات " ("sandy patches") پیدا ہوجاتے ہیں اور موخر الذکر شوخ زرد مکوسہ سے پہچانے جاتے ہیں جو متکلس بیضوں سے پیدا ہوتا ہے۔ مثانہ بینی کے دوران میں حالبین کے ماؤف ہونے' حصیات اور سرطانی سلعہ کا انکشاف بھی بعض اوقات ہوجاتا ہے۔ لاشعاعی امتحان ۔ یوروسیلکٹان (uroselectan) کے اخراجات سے سعدانوں (polypi)' حصیات' تسع حالبین یا استسقاء الکلیہ کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے' اور پھیپھڑے کی شعاع نگارشوں سے ریوی کیفیت ظاہر ہوسکتی ہے۔ امتحانِ بول ۔ اول اول پیشاب کا تعامل ترشئی ہوتا ہے اور اس میں خون اور مخاط کا مطروح پایا جاتا ہے۔ خردبین سے تحقیقات کرنے پر ریمی خلیات' خلیاتِ احمر' اور ایسے بیضوں کا انکشاف ہوتا ہے جن کے سرے پر شوکہ ہوتا ہے اور یہ سب آخری چند مکعب سنٹی میٹر میں خاص طور پر مرتکز ہوتے ہیں۔ بیضوں کا مظاہرہ کرنے کے لئے بعض اوقات کئی امتحانات کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب پیشاب سرایت زدہ ہوجاتا ہے تو یہ قلوی ہوجاتا ہے اور پیپ کا بہت بڑا مطروح پایا جاتا ہے۔ کلوی عدم کفایت کثافت نوعی کے کم ہوجانے سے ظاہر ہوتی ہے' اور کلوی فعل کے لئے مختلف کاشفات انجام دینے سے یوریا کے اخراج کی استعداد میں کمی پائی جاتی ہے (دیکھو کلوی فعل)۔ نائیٹروجنی احتباس پیدا ہوجاتا ہے۔ خون کا شمار ۔ حملہ کے ابتدائی مدارج میں بلند درجہ کی ایئوسین پسند کثرت خلیات ابیض پائی جاتی ہے اور اس کے ساتھ تپرلی اور تپ موجود ہوتی ہے۔ جبکہ کثرت خلیات ابیض ۱۵،۰۰۰ سے لیکر ۲۵،۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر ہوتی ہے اور ایئوسین پسند خلیات ۱۵ سے لیکر ۷۰ فیصدی تک ہوتے ہیں۔ بعد میں کل شمار اور ایئوسین پسند خلیات کم ہوجاتے ہیں اور مزمن اصابات میں یہ طبعی حد تک پہنچ جاتے ہیں۔ متمم تثبیتی تعامل ۔ حملہ کے ابتدائی مدارج میں پیشاب میں انڈوں کے خارج ہونے سے پہلے مصل اس انٹی جن کے خلاف جو ایسے جگروں کے الکحلی خلاصہ کے طور پر طیار کی گئی ہو جو ذنبیوں کے مسکن ہوں' ایک قوی مثبت تعامل دیتا ہے۔ یہ تعامل

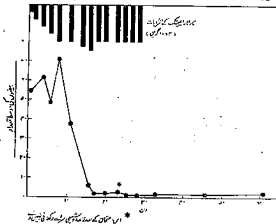
بہت سے اصابات میں مرض کے تمام عمر میں برقرار رہتا ہے لیکن داء الفلیقہ کی مزمن ہیئتوں میں اس کی شدت میں تخفیف ہوجاتی ہے اور ثبت تعاملات کی شرح میں کمی واقع ہوجاتی ہے۔ یہ تعامل لازماً گروہی قسم (group nature) کا ہے اور اس سے انسان میں سرایت پیدا کرنے والے فلیقات کے مختلف انواع میں تمیز نہیں کیجا سکتی میاں ادمی کا شفعا - اس کا شفعہ سے بلہارزیائی پروٹین کے لئے بیش حسابیت کا انکشاف ہوتا ہے' اور یہ ایسے جگر کے جو ذنبیوں کا مسکن ہو' ا فیصدی سقطر لمحی محلول کی ۲۵ و. مکعب سنٹی میٹر مقدار کا میاں ادمی اشراب کرنے سے انجام دیا جاتا ہے۔ جو اشخاص داء الفلیقہ کے مریض ہوں ان کی ایک بہت بڑی تعداد میں ثبت تعاملات حاصل کئے جاسکتے ہیں' لیکن اس امر کا کچھ پتہ نہیں چلتا کہ آیا سرایت ابھی ہوئی ہے یا بہت دیر پہلے سے واقع ہوچکی ہے۔

پیچیدگیاں - ثانوی جراثیمی سرایت سے عفونتی التہاب مثانہ' التہاب حوضِ گردہ صعودی' اور تقیح الکلیہ پیدا ہوسکتے ہیں' اور حالب کے بلہارزیائی ضیق یا حلیمی سلعہ سے اس میں تسدد واقع ہونے سے خلفی دباؤ پیدا ہوجاتا ہے جس سے استسقاء الکلیہ یا مزمن رختنی التہاب گردہ واقع ہوجاتے ہیں۔ قضیبی سرطانی سلعہ' مبالی ناسور اور گرد مبالی خراج قلیل الوقوع نہیں' اور حصیات اور مثانی سرطانی سلعہ متاخر پیچیدگیوں میں سے ہیں۔ فرگسن (Fergusson) نے خون باش فلیقعا (شسٹوسوما ہیموٹوبیئم) اور مثانی سرطانی سلعہ کے تلازم پر زور دیا ہے اور یہ بتایا ہے کہ یہی مصر کا عام سرطان ہے۔ بلہارزیائی اریکی سلعات سے' متذکرۂ بالا مثانی ضررات کے علاوہ' قسفرتین' مہبل' عنق' رحم اور فلوپی ملیا بھی ماؤف ہوسکتی ہیں۔

تشخیص - تشخیص مختلف متذکرۂ بالا تحقیقاتوں مثلاً پیشاب کے خردبینی امتحان (جو ایسے بیضوں کے لئے کیا جاتا ہے جن کے سرے پر شوکہ ہو)' مثانہ بینی اور مصلیاتی کاشفات سے کی جاسکتی ہے۔

انذار - ابتدائی مدارج میں انذار بالکل تسلی بخش ہوتا ہے بشرطیکہ مناسب علاج کیا جائے۔ کلوی عدم کفایت' اور ثانوی جراثیمی سرایت اور ایسی پیچیدگیوں

کے وقوع سے جیسی کہ سرطانی سلعہ ہے مرض کے خطرہ میں قدرتاً اضافہ ہوجاتا ہے۔
تحریز۔ جو تدابیر مرض کے انسداد کے لئے اختیار کی جاسکتی ہیں حسب
ذیل ہیں۔ ا۔ سرایت زدہ پانی کے تماس سے احتراز کیا جائے، برندہ گھونگے کو
نکال دیا جائے یا تباہ کردیا جائے، پانی کی رسد کو براز سے ملوث نہ ہونے دیا جائے
اور مرض کا نوعی ادویہ کے استعمال سے استیصال کردیا جائے۔



شکل ۳-۱- مثانی بلہارزیت (شسٹوسوما ہیمیٹوبیئم) کا ایمیٹین سے علاج
کرنے کے بعد قابلِ حیات بیضوں کی عدم موجودگی ظاہر کی گئی ہے۔

1070 **علاج** - نوعی ادویہ ممکن الحصول ہیں اور ان میں سے اہم ترین اینٹیمنی کے
سہ گرفتہ مرکبات ہیں جو ٹارٹار ایمیٹک اور فوائڈین (fouadin) ہیں۔ ایمیٹین
ہائیڈروکلورائیڈ بالغ فلیقات کے لئے مہلک اثر رکھتا ہے، لیکن اپنے سمی
خواص کی وجہ سے یہ کم اطمینان بخش ہے۔ (ا) ٹارٹار ایمیٹک: کرسٹوفرسن
(Christopherson) نے ٹارٹار ایمیٹک سے داء الفلیقہ کا کامیابی سے

علاج کرنے کا طریقہ رائج کیا۔ اس طریقہ میں یہ دوا ہر دوسرے دن دروں و ریدی راستے سے۔ اکمعب سنٹی میٹر کی محلول میں دیجاتی ہے، اور ابتدا ½ گرین کے مقدار سے کی جاتی ہے اور ہر اشراب میں ½ گرین کا اضافہ کیا جاتا ہے حتیٰ کہ اعظم مقدار ۲ گرین تک پہنچ جاتی ہے۔ جس دن اشراب کرنا ہو اسی دن تازہ محلول طیار کرنا چاہئے۔ اور اسے جوش دیکر اس کی تعقیم کرلینی چاہئے۔ اوسط وزن کے بالغ شخص کے لئے کل نصاب ۳۰ گرین دینا چاہئے۔ اس دوا کا فعل یہ ہے کہ فلیقات کو عرقی نظام میں ہلاک کردیتی ہے، اور اس کے استعمال کے بعد قابل حیات بیضے فضلات میں سے بہت جلد غائب ہوجاتے ہیں (شکل ۱۰۳)۔ چونکہ اس دوا سے قے کا بھی احتمال ہوتا ہے اس لئے یہ خالی معدہ پر کھانے سے کوئی چار گھنٹہ بعد دینی چاہئے۔ اس کے دینے کے بعد آدھ منٹ سے لیکر ایک منٹ تک کے عرصہ میں تشنجی کھانسی پیدا ہوجاتی ہے اور متأخر مدارج میں اس کے دینے کے بعد عضلی درد اکثر پیدا ہوجاتے ہیں۔ بغیر پیچیدہ اصابات میں یہ دوا اچھی طرح سے برداشت کی جاسکتی ہے لیکن جن مریضوں میں گردہ ماؤف ہوچکا ہو یا عفونت یا کبدی کہبت موجود ہو اس دوا کا استعمال مناسب نہیں۔ دروں و ریدی اشراب کرتے وقت اس امر کے متعلق سخت سے سخت احتیاط کرنی چاہئے کہ دوا تحت جلدی بافتوں میں نہ چلی جائے کیونکہ اس سے شدید التہاب وسیع تخرّا و تقرّح واقع ہوجاتا ہے۔ (۲)

فواڈین (fouadin) یا نیو اینٹی موسان (neo-antimosan)۔ اس کا ایک بڑا فائدہ یہ ہے کہ اس کا اشراب دروں و ریدی راستہ کی جگہ دروں عضلی راستہ سے کیا جاسکتا ہے اور اس کے سمی مظاہر شاذونادر ہی دیکھنے میں آتے ہیں۔ اشراب ایسی پچکاری سے کیا جاتا ہے جو تمام کی تمام شیشے کی بنی ہوئی ہو اور ۷ فیصدی محلول استعمال کیا جاتا ہے۔ کل نصاب ۵۰ مکعب سنٹی میٹر پر مشتمل ہے اور یہ مقدار نو دروں عضلی اشرابات میں پندرہ دن کے عرصہ میں دی جاتی ہے۔

(۳) ایمیٹین ھائیڈ روکلورائیڈ یا ٹیکیلاس (Tsyskalas) $1\frac{1}{2}$ گرین ایمیٹین روزانہ ۱۰ دن تک دینے کی تعریف کرتا ہے۔ یہ دوا اگرچہ موثر ہے لیکن خطرناک ہے اور اب جبکہ بچوں اور جوانوں میں دروں عضلی استعمال کے لئے

فواڈین ممکن الحصول ہے اس کے استعمال کے لئے کوئی معقول وجہ نہیں۔ متن میں جن مختلف پیچیدگیوں کا ذکر کیا گیا ہے ان کے پیدا ہونے پر ان کا علاج طبی اور جراحی اصولوں پر کرنا چاہئے۔

معوی داءالفلیقہ

(INTESTINAL SCHISTOSOMIASIS)

یہ ایک مزمن قولونی التہاب ہے جو فلیقۂ مانسنی (Schistosoma mansoni) سے پیدا ہوتا ہے اور افریقہ اور جنوبی امریکہ کے مختلف حصوں میں پایا جاتا ہے۔ بالغ کرم کا مسکن جگر میں بابی وریدکی شاخیں اور ماساریقی وریدیں ہیں۔ انڈوں پر تیز جانبی شوکے ہوتے ہیں۔ انکی پیمائش ۱۴۰-۱۵۰ × ۶۰-۷۰ مائکران ہوتی ہے اور یہ مستطیل اور بیضوی ہوتے ہیں۔ مصر میں عام بزندہ پلینوربس بوائسائی (Planorbis boissyi) شمال میں پلینوربس افریقی (Planorbis africana) اور جنوبی امریکہ میں پلینوربس اولی وسیٹیس (Planorbis olivaceus) ہے۔ جزائرغرب الہند میں بزندہ پلینوربس کواڈی لوپینسس (P. quadeloupensis) ہے جو جنوبی افریقہ سے آنے والے حبشی غلاموں کے ذریعہ سے سرایت زدہ ہوا۔

امراضیات۔ بیضی خلیوں کے مطروح ہونے سے ابتدائی مدارج میں امتلا واقع ہوجاتا ہے اور مخاط افراط سے پیدا ہوتا ہے، اور بعد میں بہت چھوٹے چھوٹے ورنے یا چھوٹے چھوٹے بے ساق تودے بنجاتے ہیں یا ساقچہ دار بالیدیں پیدا ہوجاتی ہیں جو بعض اوقات بےحد بڑی جسامت اختیار کرلیتی ہیں اور ان کے اغشات سے قولونی مخاطیہ میں مدورقرحے بنجاتے ہیں۔ زائدہ عموماً متاثر پایا جاتا ہے اور طحال زیادی درلوں سے تحت مصلی طبقات ماؤف ہوسکتے ہیں اور اس حالت پر تدرن کا شبہ ہوتا ہے۔ متاخر مدارج میں گرد بابی کبدی تلیف (periportal hepatic cirrhosis) عموماً پائی جاتی ہے اور اس کے ساتھ بعض اوقات کبر طحال بھی پایا جاتا ہے۔ جبل شوکی کے طحال زیادی التہاب نخاع کا بھی اندراج کیا جاچکا ہے

علامات - ابتدا میں تپ شرزی کے ساتھ آتی ہے، اور ایوسینیا ہندی
'شبھی خصائص' درد شکم، کبر کبد، کبر طحال، اور اسہال پائے جاتے ہیں۔ بعد میں
اجابتوں میں جانبی شوکہ دار بیضے خارج ہوتے ہیں۔ ارتفاع تپش ایک سے
لیکر سات ہفتہ تک رہتا ہے اور جنگ عظیم کے دوران میں مصر میں برطانوی افواج
میں قلیل الوقوع نہیں تھا۔ مریض کے معرض سرایت میں آنے کے تقریباً تین ماہ بعد
رودی علامات نمودار ہوتے ہیں، اور بعض اوقات اسقدر خفیف ہوتے ہیں کہ
اس عارضہ کی طرف بہت ہی کم توجہ دیجاتی ہے۔ اسہال کے حاد حملوں اور زحیر
(tenesmus) کے ساتھ اجابتوں میں خون اور مخاط کے آنے کی روئداد عموماً موجود
ہوتی ہے۔ یہ حملے وقفوں سے ہوتے ہیں اور سردی لگنے یا غذا میں بدپرہیزی کرنے
سے بہ زیادہ سرعت سے واقع ہوتے ہیں۔ حملوں کے درمیان اجابتیں ٹھوس ہوتی
ہیں اور ان پر اکثر مخاط کی تہ موجود ہوتی ہے جس میں جانبی شوکہ دار انڈے پائے
جاتے ہیں، اور مزمن اصابات میں لبھار زیائی حلیمی سلعات بن سکتے ہیں جو زم تودوں کی
شکل کے ہوتے ہیں اور جنکا دیوار شکم میں سے جس کیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ تودے مستقیم میں موجود ہوں توان
سے معتدبہ تکلیف پیدا ہوتی ہے اور یہ مبرز میں سے باہر نکل آتے ہیں اور سقوط
(prolapse) پیدا ہوجاتا ہے۔ لبھار زیائی ارتجی سلعات اور ناسور بعض اوقات
سرین اور مبرز کو متاثر کردیتے ہیں اور گاہے گاہے مرطمی سلعہ بھی پیدا ہوجاتا
ہے۔ گردہ بابی کہبت اور کبر طحال کی پیچیدگیاں بیشتر مزمن اصابات میں پیدا
ہوجاتی ہیں اور یہ طفیلیہ مصری کبر طحال کے مسلمہ اسباب میں سے ایک ہے۔

تشخیص - اجابتوں میں بیضوں کا مظاہرہ کرنے کے علاوہ سینیہ بینی اور
متمم تثبیتی تعامل سے ان لبھار زیائی ضرات کو ابیائی اور مہدب زحیرات اور تقرحی
التہاب قولون سے پیدا شدہ ضرات سے تمیز کرنے میں اہم معلومات حاصل
ہوتی ہیں۔ خفیف سرایتوں کی حالت میں بیضوں کا مظاہرہ کرنے کے لئے اجابتوں
کا بار بار امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ سینیہ بینی سے امتحان کرنے پر
ابتدائے مرض میں بعض اوقات چھوٹے چھوٹے نزفات یا سفیدی مائل لبھار زیائی
کا ذب درنوں کا انکشاف ہوتا ہے اور متاخر مدارج میں حلیمی سلعات اور قروح

1071

پائے جاتے ہیں - ان ضربات سے کند مجرف سے کھرچنیں حاصل کرلی جائیں تو ان میں بیضوں کا مظاہرہ عموماً کیا جا سکتا ہے -
انذار - جن مزمن اصابات میں کہبت یا دوسری شدید پیچیدگیاں موجود ہوں ان کے علاوہ دیگر اصابات میں جدید علاج موثر ثابت ہوتا ہے -
علاج - حفاظتی اور شفائی علاج ویسا ہی ہے جس کا ذکر شفائی داء الفلیقہ میں کیا جا چکا ہے - فلیقہ مینسن سے پیدا شدہ کبر طحال کے اصابات میں بعض اوقات طحال برآری (splenectomy) کی ضرورت ہوتی ہے -

داء الفلیقہ ایشیائی

(ASIATIC SCHISTOSOMIASIS)

کاٹایاما مرض (Katayama disease)، تپ وادی یانگسی (Yangtze Valley Fever) -

یہ مرض ایک مزمن قولونی التہاب ہے جو مشرق بعید میں پایا جاتا ہے اور فلیقہ جاپانی (Schistosoma japonicum) سے پیدا ہوتا ہے - یہ کرم بابی نظام میں رہتے ہیں - ان کے انڈے بیضوی ہوتے ہیں اور ان کی پیمائش ۷۰ - ۱۰۰ × ۶۰ - ۷۵ مائکران ہوتی ہے اور ان پر ایک جانبی گومڑی ہوتی ہے - درمیانی میزبان طباق دار گھونگھے ہیں - وادی یانگسی میں برندہ اونکومیلانیا ہوپینسس (Oncomelania hupensis) ہے، اور چین کے جنوبی مشرقی ساحل اور جاپان میں برندہ اونکومیلانیا نوسوفورا (Oncomelania nosophora) ہے - فلپائن اور فارموسا میں بھی اس مرض کے اصابات کا اندراج کیا جا چکا ہے -
امراضیات - امتحان نعش پر قولون میں دبازت اور انداب پایا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ حلیمی سلعات بھی موجود ہوں جن سے مخاطیہ ناؤف ہوتا ہے - اسار یقا دبازت یافتہ اور قصیر ہوتی ہے اور بڑے بڑے محکم یس بار یطونی غدد آپس میں منضم پائے جاتے ہیں جو سلعات کے مشابہ ہوتے ہیں - دیگر ضربات بابی

اور ماساریقی غدود کی علقیت، جگر کی گردابی کہبت اور کبرطحال پر مشتمل ہیں۔ جگر کی کیفیت اور دماغ کے اریکی سلعات کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے۔

علامات ۔ ذنبیوں (cercariae) کے جلد پر حملہ آور ہونے سے ذنبیتی التہابِ جلد پیدا ہو سکتا ہے اور ایسا تمام فلیقوں کی سرایت کی حالت میں ہوتا ہے، لیکن ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ایشیائی قسم میں یہ خاص طور پر واقع ہوتا ہے اور ایک سے ڈیڑھ دن تک میں اپنی انتہا کو پہنچ جاتا ہے۔ ابتدائی سُمّی درجہ بے قاعدہ متفرق تپ سے متمیز ہوتا ہے جو کئی ایک ہفتہ تک جاری رہتی ہے اور اس دوران میں شروی طفحات، زیرجلدی بافت کے عارضی تہیجات، بر معدہ اور زیر معدہ کا درد، قے، اسہال، بُہر اور کھانسی بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ امتحان سے کبرطحال، کبرکبد، مرطوب آوازوں، اور پھیپھڑوں کے قاعدوں پر اصمیت اور شدید ایوسین پسندی کا انکشاف کیا جا سکتا ہے۔ اس درجہ میں متمم تثبیتی تعامل شدت سے مثبت ہوتا ہے اور ادمی بیش حساسیت کا مظاہرہ کیا جا سکتا ہے۔ اس سے اگلا درجہ تیسرے ماہ کے اختتام پر تزحُّر اور مخاطی دموی اجابتوں سے شروع ہوتا ہے جن میں جانبی گومڑی دار بیضے ہوتے ہیں۔ اب قولون الیم اور حبس پذیر ہو جاتا ہے اور اختلالاتِ ہضم اور نقص تغذیہ کے امارات نمودار ہونے لگتے ہیں۔ تیسرے درجہ میں بابی تسدد مع استسقاء اور کبدی عدم کفایت کی شہادتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ دماغ کے بلہارزیائی اریکی سلعات کی سریری تصویر ایسی ہوتی ہے کہ اس سے دماغی سلعات کا شبہ ہوتا ہے اور یہ دردِ سر، قے، التہابِ عصبِ بصری، عصبی شلل کے مختلف اقسام اور جیکسنی قسم کی صرع پر مشتمل ہوتی ہے۔

تشخیص ۔ سُمّی درجہ میں تپِ معوی، مسمومیت غذا اور ریوی تدرن کا شبہ پیدا ہو سکتا ہے، لیکن تعدیل پسندی اور متمم تثبیتی تعامل سے اس عارضہ کی بیماریٔ اصلی کی شناخت بیضوں کے نمودار ہونے سے پہلے ہو جانی چاہئے۔ زحیری خصائص جن کے ساتھ جگر کی کلانی بھی موجود ہوتی ہے امیبائیت اور معوی دارالفلیقہ میں مشترک ہیں اور تشخیص صرف مینبہ بینی اور معملی تدابیر ہی سے ممکن ہوتی ہے۔

1072

انذار ۔ جن مریضوں میں سرایت بار بار واقع ہو ان میں موت بیشتر واقع ہو جاتی ہے، لیکن اگر جگر خاصا تندرست ہو اور کوئی بین رو مرض موجود نہ ہو تو جدید علاج کا

عموماً اطمینان بخش اثر ہوتا ہے۔ تمام انسانی انواع میں سے اس نوع کا شافی علاج مشکل ترین ہے۔

علاج ۔ علاج دوسری فلیتی سرایتوں کے علاج کے مشابہ ہے جس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے۔ دماغی اریکی سلعات کے اصابات میں ازالۂ ضغط (decompression) کی کوشش کرنے سے پہلے ٹارٹار ایمیٹک کے علاج کا ایک متشدد نصاب پورا کر لینا چاہئے۔

ہیٹیرو فائیڈ یت (Heterophyidiasis)- یہ مرض ہیٹیرو فائی ایڈی (Heterophyidæ) خاندان کے وشیعات (flukes) سے سرایت واقع ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ انسان تین انواع کا مسکن ہو سکتا ہے۔ ہیٹیرو فائیس ہیٹیرو فائیس (Heterophyes heterophyes)' ہیٹیرو فائیس کیٹسوراڈائی (Heterophyes katsuradai) اور میٹا گونیمس یوکاگوائی (Metagonimus yokagawai)-

ہیٹیرو فائیس ہیٹیرو فائیس (ڈسٹوما ہیٹیرو فائیس Distoma heterophyes: وغیرہ) - یہ چھوٹا سا وشیعہ (fluke) انسان اور دوسرے پستانیوں مثلاً کتے اور بلی کے رودہ میں رہتا ہے۔ یہ نہایت ہی چھوٹا ہوتا ہے' اور اسکی پیمائش ۱ـــ ۱.۷ × ۰.۳ــ۰.۴ ملی میٹر ہے۔ اس کے انڈے بیضوی شکل کے' ہلکے بھورے رنگ کے اور طباق دار ہوتے ہیں جن کی پیمائش ۲۸ ـــ ۳۰ × ۱۵ ـــ ۱۷ مائکران ہوتی ہے۔ انسان ایسی ملیٹ (mullet) کے کھانے سے سرایت زدہ ہوتا ہے جس میں دوریہ بند قنیبے موجود ہوں۔ دوسری انواع کی سرایتیں اس قدر قلیل الوقوع ہیں کہ کسی مفصل بیان کی ضرورت نہیں۔

امتحانِ نعش پر وشیعات اپنے ماصّوں کے ذریعہ سے معوی مخاطیہ سے چسپیدہ پائے جاتے ہیں جہاں یہ خفیف سے التہابی تعاملات اور مقامی ایوسین پسندی کا پیدا کر دیتے ہیں۔ خفیف سی سرایتوں کی حالت میں یہ مرض تحت سریری رہتا ہے لیکن جن حالتوں میں کثیر التعداد طفیلیے موجود ہوں ان میں معوی اختلالات واقع ہو جاتے ہیں اور بدہضمی' اسہال اور براز الدم پیدا ہو جاتا ہے۔ تشخیص براز میں ہیٹیرو فائیس ہیٹیرو فائیس (H. Heterophyes) کے طباق دار انڈوں کی شناخت کرنے سے کی جاتی ہے۔ جہاں تک علاج کا تعلق ہے کاربن ٹیٹرا کلورائیڈ' بیٹا نیفتھال اور تھائیمال سب کے سب موثر ثابت ہوتے ہیں۔ چونکہ یہ وشیعے بہت چھوٹے ہوتے ہیں

اس لئے اجابتوں کو باریک ململ کے کپڑے سے چھاننا چاہئے کیونکہ معمولی طریقہ سے چھاننے سے ان کے ضائع ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے ۔

ریبانیوں یا فیتیوں سے پیدا شدہ امراض

(DISEASES DUE TO CESTODES OR TAPE-WORMS)

بالغ ریبانیے (cestodes) مطول اور فیتہ نما ساختیں ہیں جو عرضاً قطعوں میں منقسم ہوتی ہیں جو کرم پارے (proglottides) کہلاتے ہیں تنگ اگلے سرے پر راس الشریطیہ (scolex) ہوتا ہے اور یہ قطعہ دار حصہ سے ایک پتلی گردن کے ذریعہ سے ملا ہوتا ہے۔ بالغ فیتیوں سے انسان اور دوسرے حیوانات میں معوی شریطیت (intestinal tæniasis) پیدا ہوتی ہے جو قطعی میزبان کے طور پر کام دیتے ہیں ۔ بدنی شریطیت (somatic tæniasis) ان حالتوں میں پیدا ہوتی ہے جن میں درجہ نمو درمیانی میزبان کے عضلات یا اس کی بافتوں میں گذرتا ہے ۔

معوی ریبانیت (Intestinal Cestodiasis) (۱) خنزیری شریطیہ (Tænia solium) یعنے لحم خنزیر کا فیتیہ انسان میں معائے صغیر کے بالائی ثلث میں پایا جاتا ہے ۔ اس کا طول ۶ تا ۱۰ فٹ ہوتا ہے اور سر گلوبچی ہوتا ہے چار چوسنے ہوتے ہیں، ایک تو لچہ (rostellum) ہوتا ہے اور خطافوں کی دو دائری قطاریں ہوتی ہیں جو ایک دوسری سے متبادل ہوتی ہیں ۔ رحم کرم پارہ (proglottis) کے وسطی ستوی میں واقع ہوتا ہے ۔ اس کی شکل نالی نما ہوتی ہے، اور اس میں شاخدار جانبی علقات بارہ سے زیادہ نہیں ہوتے ۔ بیضے شکل میں گردی ہوتے ہیں اور ان کا قطر ۳۰ تا ۴۰ مائکران ہوتا ہے ۔ خول موٹا ہوتا ہے، اور ان میں ایک خطیفی کرہ (oncosphere) ہوتا ہے جس پر خطیفات کے تین جوڑے ہوتے ہیں ۔ حامل کرم پارے الگ ہو کر براز میں خارج ہوتے ہیں جس میں یہ شکستہ ہو جاتے ہیں اور ان میں سے انڈے باہر نکل آتے ہیں ۔ یہ انڈے درمیانی میزبان یعنی سوٗر کے غذائی خطے میں یا تو غلیظ پانی کے ساتھ یا اسوقت جبکہ وہ اپنی غذا کھود کھود کر حاصل کر رہا ہو، داخل ہو جاتے ہیں ۔ بعض اوقات خود بھی درمیانی میزبان بنجاتا ہے ۔ اندر داخل ہونیکے بعد خول حل ہو جاتا ہے

اور کُرّیفی کرہ معدہ میں آزاد ہوجاتا ہے۔ بعد میں یہ آنت کی دیوار میں سے گزر کر دوران خون میں داخل ہوجاتا ہے اور عضلات کی اتصالی بافتوں میں مطروح ہوجاتا ہے جہاں بافتی خراش کی وجہ سے اس کے گرد ایک کیسہ بنجاتا ہے۔ یہاں یہ نمو پاکر ایک دویرہ نما ساخت بنجاتا ہے جو دنبالی دویرۂ سیلولوسی (cysticercus cellulosæ) کے نام سے موسوم ہے، جس کی جسامت ۵---۲۰ × ۵---۱۰ ملی میٹر ہوتی ہے۔ جب قطعی میزبان دُنبالی دویرہ کو کھالیتا ہے تو وہ دویرہ نما ساخت ہضم ہوجاتی ہے اور راس الشریطہ (scolex) آزاد ہوجاتا ہے۔ معائے صغیر کے بالائی حصہ میں راس الشریطہ آنت کی دیوار سے چپک جاتا ہے اور اس کی گردن سے کرم پارے غنچوں کی شکل میں نکلنے شروع ہوجاتے ہیں۔ دُنبالی دُویری درجہ قدرتی حالت میں سُوَر کے عضلات میں پایا جاتا ہے، اور انسان میں اکتسابِ آیت ایسے "حصبہ نما" لحم خنزیر ("measly" pork) کے کھانے سے ہوتا ہے جو کافی طور پر نہ پکایا گیا ہو۔ اچار بنانے (pickling) اور دُخانی (smoking) کے عملوں سے دنبالی دُویرے (دیکھو صفحہ ۶۸، ۲۸---۳۰ صفحہ 1066) ہلاک نہیں ہوتے۔ 1073

(۲) بقری شریطیہ (Tænia saginata)- بقری فیتیہ صرف انسان کے معوی خطے میں پایا جاتا ہے۔ یہ طول میں ۹ سے لیکر ۱۲ فٹ تک ہوتا ہے، لیکن گا ہے گا ہے یہ لمبائی میں اس سے دگنا بھی ہوتا ہے۔ راس الشریطہ ناشپاتی نما یا مکعبی ہوتا ہے اور اس پر چار جانبی ماقعے ہوتے ہیں اور نوکچہ اور خطافات نہیں ہوتے۔ رحم نالی نما اور اس کا محل وقوع وسطی ہوتا ہے۔ اور اس میں پندرہ یا اس سے زائد شاخدار جانبی منعطفات ہوتے ہیں۔ یہی وہ خاصہ ہے جس سے یہ خنزیری شریطیہ کے کرم پارے سے تمیز کیا جاتا ہے۔ اس کے انڈے خنزیری شریطیہ کے انڈوں سے تمیز نہیں کیے جاسکتے۔ دُنبالی دویری درجہ بیل میں پایا جاتا ہے (دنبالی دویرۂ بقری (Cysticercus bovis:)، اور انسان گائے کا ایسا گوشت کھانے سے سرایت زدہ ہوتا ہے جو کافی پکا ہوا نہ ہو۔ دنبالی دویرے ۴۸ درجہ م کی تپش پر پانی میں پکانے سے ہلاک ہوجاتے ہیں (دیکھو صفحہ ۶۸، ۲۶ اور ۲۷)۔

(۳) ڈِپی لائیڈیئم کیبنائینم (Dipylidium caninum)- یہ فیتیہ طبعاً

بلّی اور کتّے کے امعاء کا طفیلیہ ہے گو بعض اوقات یہ کم عمر بچوں میں بھی پایا جاتا ہے۔ اس کا طول ۱۰ سے لیکر ۴۰ سینٹی میٹر تک اور عرض ۵ ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ یہ مرض عام نہیں ہوتا۔ دوسری شاذ انسانی سرایتوں میں برٹیلا سیٹیری (Bertiella satyri) شامل ہے۔

(۴) دو بہرگی جوبیہا عریضہ ڈائیفلوبوتھریم (Diphyllobothrium latum: (دوجوبی راسیۂ عریض (Dibothriocephalus latus)۔ اس عریض سمکی فیتیہ کا طول ۲ سے لیکر ۳۰ فٹ تک ہوتا ہے۔ اس کا رنگ رمادی ہوتا ہے اور یہ کتّے، بلّی، لومڑی اور انسان کی آنتوں میں رہتا ہے۔ اس کا سر بادام کی شکل کا ہوتا ہے اور اس پر کوئی سلاح (armature) نہیں ہوتا۔ انڈے طباق دار ہوتے ہیں اور ان کی شکل بیضوی ہوتی ہے اور ان کی پیمائش ۷۰ × ۴۵ مائکران ہوتی ہے۔ بار وراَنڈا تین سے لیکر پانچ ہفتوں میں شش خطافی (hexacanth) مضغہ میں تبدیل ہوجاتا ہے جو پانی میں آزاد ہوجاتا ہے۔ سائیکلوپس کے جسم میں داخل ہونے کے بعد یہ اس کے سیلوی کہفہ میں نمو پاکر پیش ذنبیتی سروہ (procercoid larva) بنجاتا ہے۔ اگر اس متأثرہ قشریہ (crustacean) کو طافیہ (plankton) کھانے والی تازہ پانی کی مچھلی مثلاً پائیک (pike)، پرچ (perch) سامن (salmon) اور ٹروٹ (trout) نگل لے تو سروہ مچھلی کے عضلات میں نمو پاکر تام ذنبیتی درجہ (plerocercoid stage) تک پہنچ جاتا ہے، اور انسان اس مچھلی کا گوشت کھانے سے سرایت زدہ ہوجاتا ہے جو اچھی طرح سے پکایا گیا نہ ہو۔

علامات۔ اکثر کوئی علامات نہیں ہوتے لیکن بعض مریضوں میں بدہضمی، عدم اشتہا، تونجی دردِ شکم اور اسہال کی شکایات پیدا ہوجاتی ہے اور بچوں میں درد، تشنجات اور حول دیکھنے میں آتا ہے۔ دو بہرگی جوبیہا عریض (D. latum) کی سرایت میں گاہے گاہے شدید کبیر خلوی عدم دمویت پائی جاتی ہے جس پر کبدی علاج کا نوعی اثر ہوتا ہے، لیکن اس سے شفا مستقلاً صرف اسی حالت میں ہوتی ہے جبکہ فیتیہ کو مناسب علاج سے خارج کردیا جائے۔

تشخیص۔ تشخیص کا انحصار براز میں طفیلیہ کے قطعات اور اس کے بیضوں

کا مظاہرہ کرنے سے اس کی شناخت کرنے پر ہے۔ ایئوسین پسندی سے دیدانی مرض کا خیال پیدا ہوسکتا ہے۔ فیتیتی پروٹین کے لئے جلد کی بیش حساسیت کا مظاہرہ درکا ادمی کاشفہ سے کیا جاسکتا ہے۔

علاج - زرینرخس (Filix-mass) سے اکثر مریضوں کو شفا ہوجاتی ہے بشرطیکہ ابتدائی غذائی علاج عمل میں لایا جائے اور بعد میں املاح سے مناسب تسہیل کی جائے۔ پہلے دو دن میں امعاء کو یلمات سے خالی کیا جائے اور سیال غذا کا استعمال کیا جائے۔ ایکسٹرکٹم فلیسس لیکوئڈم (Extractum filicis liquiddm) جلاٹینی کیسوں میں ۳۰ قطروں کی مقدار میں صبح کے وقت ۸ ، ۸ - ۲۰ اور ۸ - ۴۰ پر دینا چاہیئے اور ان اصابات میں جن کے علاج میں پہلے ناکامی ہوچکی ہو ۳۰ قطرہ کی ایک اور خوراک ۹ بجے دینی چاہیئے جس کے ساتھ ۳۰ قطرہ روغن تارپین بھی شامل ہو۔ دو گھنٹہ بعد سوڈیئم سلفیٹ (½ اونس) دیا جاتا ہے۔ علاج کے ۴۸ گھنٹہ بعد تک جتنی اجابتیں ہوں وہ جمع کرلی جاتی ہیں اور ان کو چھان کر ایک تاریک زمین پر انکا امتحان کیا جاتا ہے تاکہ کرم کے سر کی شناخت کیجائے۔ اگر کرم زندہ بچ رہے تو تقریباً ۳ ماہ کے بعد قطعات پھر خارج ہونا شروع ہوجاتے ہیں۔ ایک اور متبادل علاج ہے جو کاربن ٹیٹرا کلورائیڈ سے کیا جاتا ہے اور یہ بالغوں کو ۳ مکعب سنٹی میٹر کی مقدار میں کیسوں میں دیا جاتا ہے۔ اس کے تین گھنٹہ بعد ایک نمکی مسہل دیا جاتا ہے۔ اگر کسی امر سے کیلسیئم کی قلت کا اظہار ہو تو اس دوا کے استعمال سے پہلے کیلسیئم لیکٹیٹ ۳۰ گرین مقدار میں دن میں تین مرتبہ کئی دن تک دینا چاہیئے۔ اگر معوی سُترِ بطیت (intestinal taeniasis) میں عدم دمویت موجود ہو تو بقراوی شریطیہ (ٹینیا سیجینیٹا) او رخنزیری شریطیہ (ٹینیا سولیئم) کی سرایتوں کی حالت میں اس کا علاج اوپر کے مکمل معتادات سے کرنا چاہیئے اور جو کبیر خلوی دمویت دوسرگی ہوئیہ عرایضہ (ڈائیفلو باتھریئم لیٹم) کی سرایت میں پائی جاتی ہے اس کا علاج جگر کے خلاصہ سے کرنا چاہیئے۔ جن حالتوں میں معدی افراز کم ہوگیا ہو ان میں ایسڈ ہائیڈرو کلور ڈل بی پی (acid hydrochlor. dil. B.P.) کا استعمال ۱ ڈرام مقدار میں دن میں تین مرتبہ کھانے کے بعد مناسب ہوتا ہے اور اسے سنگترہ کے عرق سے

1074

رقیق کرلیا جاتا ہے۔

بدنی ریباانیت (Somatic Cestodiasis)۔ جب درمیانی میزبان ریبانیوں کے انڈے یا کرم پارے نگل لیتا ہے تو مضغہ کا خول ہضم ہوجاتا ہے اور مضغہ آزاد ہوجاتا ہے۔ یہ اپنے خطافات کے ذریعہ سے رودہ کی دیوار سے چپک جاتا ہے اور نقب لگاکر عروق خون میں چلا جاتا ہے جہاں سے یا ان اعلیٰ احشاء اور بافتوں میں چلا جاتا ہے جن کے لئے یہ بہت میلان رکھتا ہے۔ بافتوں میں خراش پیدا ہوجانے کی وجہ سے اس کے گرد ایک حاصر کیسہ بنجاتا ہے اور اس کے اندر سروہ نمو پاتا ہے۔ اس کے مختلف متعدد اقسام پائے جاتے ہیں جو یہ ہیں۔ (الف) تام ذنبیتی (plerocercoid) جبکہ یہ فیتہ نما بنجاتا ہے اور راس الشریطہ منغمد ہوتا ہے۔ (ب) انبان ذنبیتی (cysticercoid) جبکہ تھوڑا سا انبان بن جاتا ہے (ج) وہ دوررے جن میں انبان بخوبی نمو یافتہ ہوتا ہے۔ ان دوروں کی تین قسمیں پائی جاتی ہیں؛ (۱) انبان ذنبیہ حقیقی (cysticercus proper) جس میں ایک انبان اور ایک راس الشریطہ ہوتا ہے۔ (۲) مشترک ذنبیہ (cœnurus) جس میں ایک انبان اور بہت سے رؤس الشریطہ ہوتے ہیں۔ (۳) نبقہ قنفذیہ (echinococcus) جس میں رؤس الشریطہ نمو پاکر حاضن کیسو (brood-capsules) کی شکل اختیار کرلیتے ہیں۔ بعض اوقات دختری دوررے بھی بنجاتے ہیں۔

(۱) قماطیئہ مینسن (Sparaganum mansoni)۔ یہ مینسن کے دوبرگی جوبیہ (Diphyllobothrium mansoni) کا تام ذنبیتی درجہ (plerocercoid stage) ہے؛ اور اس کی روئداد حیات دوبرگی جوبیہ عریضہ (D. latum) کے مشابہ ہے جو مچھلیوں کا عریض فیتیہ ہے۔ بالغ کرموں کا مسکن کتے اور بلی کی آنت ہے اور بدبودار سروہ کے لئے یہ ضروری ہے کہ براز میں خارج ہونے کے بعد یہ ایک سائیکلوپس کے جسم میں جس کا نام سائیکلوپس لیوکارٹی (C. leucarti) ہے؛ داخل ہو جس میں یہ نمو پاکر پیش ذنبیتی سروہ (procercoid larva) بنجاتا ہے۔ اب اگر اس کو کوئی مناسب حفاقینی (ophidian) یا طیوری (avian) یا پستانی میزبان نگل لے جس میں انسان بھی شامل ہے تو سائیکلوپس ہضم ہوجاتا ہے

اور آزاد شدہ سروہ معدہ کی دیوار میں نفوذ کرکے تحت باریطونی سفر کرنے کے بعد بدنی عضلات، جن میں حرقفی اور قطنی خطہ کے عضلات بھی شامل ہیں، پلورا، امپال اور آنکھ تک چلا آتا ہے اور یہاں مستعرض انشقاق سے اس کی غیر صنفی تولید ہوتی ہے۔ اس طرح ایک ہی تام زنبیہ (plerocercoid) سے کئی ایک قطلیے (spargana) پیدا ہوجاتے ہیں۔ اگر اس طفیلہ دار بافت کو کتا یا بلی کھالے تو بالغ فیتیہ یعنی مینسن کا دوبرگی جوبیہ (Diphyllobothrium mansoni) پیدا ہوجاتا ہے۔ انسان میں بالغ درجہ کبھی نہیں دیکھا گیا۔

علامات۔ ٹاکن کے ڈلا ئین چشمی قماطیت (ocular sparganosis) بہت عام ہے اور التہاب مع درد، سرخی، عروق کا اشراب، تہیج، تدمّع اور سقوط الجفن پیدا ہوجاتا ہے۔ چین کے باشندوں میں چشمی سرایت قروح کے علاج کے لئے قماطیہ سے سرایت زدہ مینڈک لگانے کے رواج سے اکثر واقع ہوتی ہے۔ جب بدنی عضلات ماؤف ہوجاتے ہیں تو التہاب عضلات پیدا ہوجاتا ہے جس کے ساتھ متصلہ زیر جلدی بافتوں کا ورم اور تہیج بھی پایا جاتا ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار بافتوں کے ایک مخاطی قالب میں قما (sparganum) کے بے شاخ سروں کا مظاہرہ کرنے پر ہے جو اس میں گرڈے ہوتے ہیں۔

علاج۔ جب مناسب ہو تو سروں کا اخراج جراحی سے کردیا جاتا ہے۔

(۲) قماطیہ ولودی (sparganum proliferum)- قماطیہ کی یہ نوع جاپان میں انسانوں میں پائی جاتی ہے، لیکن بالغ درجہ اور دورحیات کے متعلق ابھی معلومات حاصل نہیں ہوئیں (فاسٹ)۔ سریری لحاظ سے کثیر التعداد قماطیے بافتوں پر حملہ آور ہوتے ہیں جن کی وجہ سے وسیع رقبہ پر کرنجیے بنجاتے ہیں اور شہد کے چھتے کی سی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے، اور کہا جاتا ہے کہ عروق لمف کے متاثر ہوجانے کی حالت میں داءالفیل پیدا ہوجاتا ہے۔

انسان ذنبیت (Cysticercosis)۔ خنزیری شریطیہ (Tænia solium) کا دوسری درجہ ہے جس سے بعض اوقات بدنی عضلات، قلب اور اس کے مصاریع، دماغ اور اس کے بطینات، جگر، پھیپھڑے،

مجری بافتیں اور آنکھ ماؤف ہو جاتی ہے۔ انسان ذنبیت یورپ اور خاص کر جرمنی میں پائی جاتی ہے اور یہ افریقہ، مدغاسکر اور ان سپاہیوں میں بھی دیکھنے میں آتی ہے جو ہندوستان اور مصر سے واپس آتے ہیں۔ انسان کو یہ مرض غالباً ذاتی سرایت (auto-infection) یا ایسی کچی غذا کے کھانے سے عارض ہوتا ہے جو خنزیری شریطیہ (ٹینیا سولیئم) کے قطعات یا انڈوں سے ملوث ہو۔

امراضیات۔ دویرہ جو کبھی لیفی بافت کے کیسہ سے محصور ہوتا ہے اور کبھی نہیں، ایک دودھیا انسان پر مشتمل ہوتا ہے جس میں ایک تنہا منغمد سر ہوتا ہے جس پر خطافات ہوتے ہیں۔ آنکھ، بطینات اور ام حنونہ میں دویروں کا میلان کیسہ بند ہونے کی طرف بہت کم ہوتا ہے۔ ان کی جسامت کا انحصار ان کے محل وقوع اور ان کی عمر پر ہوتا ہے۔ دماغ میں ان کا رجحان گول اور عضلات میں بیضوی ہونے کی طرف ہوتا ہے اور جب یہ پختہ ہو جاتے ہیں تو ان کا طول ۲۰ ملی میٹر ہوتا ہے۔ برمپٹ (Brumpt)(68) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ اگر دویرہ ہلاک ہو جائے یا اس میں کلسی انحطاط واقع ہو جائے تو شدید مقامی کثرتِ خلیاتِ ابیض پیدا ہو جاتی ہے حتیٰ کہ تقیح تک بھی نوبت پہنچ جاتی ہے۔ میک آرتھر (MacArthur) (64) کا یہ خیال ہے کہ سردوں کی موت پر سیال کی مقدار بڑھ جاتی ہے اور اس حالت میں یہ مفد شات غریبہ کے طور پر اثر کرتے ہیں اور اکثر پہلی مرتبہ علامات پیدا کرتے ہیں جو کسی حد تک تو ورم پیدا ہونے کی وجہ سے میکانی ذرائع سے اور کسی حد تک سمی اثرات سے رونما ہوتے ہیں۔ بعض اوقات راس الشریط میں کیسہ یا دویرہ سے پہلے تکلس واقع ہو جاتا ہے۔ فرانسیسی محققین نے عضلۂ قلب کی جیش پرورش اور مصراعی تکلیف کا بھی ذکر کیا ہے جو متکلس انسان ذنبیوں (calcified cysticerci) سے پیدا ہوتی ہے۔

علامات۔ زمانۂ حضانت کا مقرر کرنا مشکل ہے کیونکہ اکثر مریض اپنے جسم میں بالغ خنزیری شریطیہ کی موجودگی سے بے خبر ہوتے ہیں۔ مختلف اصابات

مرض غالباً چند ماہ سے لیکر کئی سال تک ہوتا ہے۔ علامات متذکرہ عموماً نہیں پائے جاتے، لیکن بعض اصابات میں حملہ کے درجہ میں تپ، دردِ سر، اور ان عضلات میں درد اور ورم کی روئداد پائی جاتی ہے جو بعد میں ماؤف ہوجاتے ہیں۔

(۱) عضلی قسم۔ سریری مظاہر کا انحصار طفیلیوں کی تقسیم اور ان کی ہلاکت پر ہے۔ جسم کے تمام حصوں کی تحت جلدی بافتوں اور عضلات میں جس پذیر دوریرے شناخت کئے جاسکتے ہیں اور ان حصوں میں سر، پھوٹے زبان، لب، دھڑ اور جوارح بھی شامل ہیں۔ جس پر ان کی جسامت چھوٹے مٹر کے برابر معلوم ہوتی ہے لیکن گاہے گاہے یہ کبوتر کے انڈے کے برابر بھی ہوتے ہیں (میک آرتھر)۔ دوبروں کا خفا ایک ممیز خاصہ ہے اور یہ آناً فاناً کبھی غائب ہوجاتے ہیں اور کبھی پیدا ہوجاتے ہیں۔ عضلات میں درد، الیمیت اور اینٹھن کی شکایت بھی بعض اوقات کی جاتی ہے۔

(۲) عصبی قسم۔ صرع ایک عام ترین مظہر ہے۔ ہندوستان سے فوجی سپاہی واپس آتے ہیں ان میں سے نام نہاد ذاتی صرع کے ہر پانچ سپاہیوں میں سے ایک ابیان ذنبیت (cysticercosis) کا مریض ہوتا ہے، یہ حملے بعض اوقات جیکسنی قسم کے ہوتے ہیں جن میں مریض کبھی بیہوش ہوجاتا ہے اور کبھی نہیں، یا یہ صرع صغیر کی طرح کے ہوتے ہیں۔ نسمہ (aura)، زبان گزیدگی، عاصرات کی عدم کفایت اور پس صرعی جزہوشی بھی بعض اوقات پائی جاتی ہے۔ بعض اوقات دوریرے اُسوقت ہوتے ہیں جبکہ زیر جلدی دوریرے پہلی مرتبہ شناخت کئے جاتے ہیں اور بعض اوقات صرع نمودار ہونے سے پہلے کئی سال گذر جاتے ہیں۔ بعض اصابات میں مختلف اقسام کے ماسکی ضررات پائے جاتے ہیں اور دماغی سلعہ صلابت منتشرہ (disseminated sclerosis)، التہاب دماغ، اور ان مختلف ادوارِ النفس (psychoses) کے مشابہ کیفیتیں پیدا ہوجاتی ہیں جن کے ساتھ ذہنی سستی، ناقص حافظہ، ماحول ناشناسی (disorientation)، مالیخولیا اور حاد مانیا حتیٰ کہ اختباطی جنون (delusional insanity) بھی پایا جاتا ہے۔ اشتدادات کے زمانوں کے بعد اکثر سکون کے وقفے ہوتے ہیں چنانچہ ایک ہی مریض مختلف وقا

میں اختلاطی جنون، صلابتِ منتشرہ اور دماغی سلعہ سے مریض معلوم ہوتا ہے ۔
(۳) چشمی قسم ۔ آنکھ میں مختلف حالتیں پیدا ہو سکتی ہیں جو یہ ہیں
آنکھ کا تمدد، جحوظ العین (exophthalmos) التہاب ملتحمہ، التہاب قرحیہ،
زجاجیہ میں عتامت کی پیدائش، التہاب شمیمیہ اور شبکیہ کی علٰحدگی ۔ مقدم یا مؤخر
کو شکلوں میں دو ویسے واقع ہو سکتے ہیں ۔
یہ ظاہر ہے کہ یہ قسمیں ایک دوسری سے بخوبی ممیز نہیں بلکہ اس تقسیم کا انحصار
اس امر پر ہے کہ انبان ذنبیوں کی تقسیم کس خطہ میں زیادہ ہوتی ہے ۔ دوسرے خطے
مثلاً قلب اور جگر بھی گاہے گاہے ماؤف ہو جاتے ہیں ۔
تشخیص ۔ عضلی اور تحت جلدی دو ویرے غلطی سے شحمی سلعات، فائن
ریکلنگہاسن کا مرض، ثانوی خبیث مطروحات، اور کرمیجی جذام تصور کیے جا سکتے
ہیں ۔ ایسے شخص میں اس مرض کے موجود ہونے کا خیال کرنا چاہیے جو سمندر پار
(انگلستان سے باہر) رہا ہو اور اس کی خاندانی روئداد دوروں سے بھری ہو اور
اس میں سر کے تضرر، تشنگ یا نوساخت کا بھی پتہ نہ چلے اور اگر جس پذیر دو ویرے
موجود ہوں تو ان سے اس مرض کا شبہ پیدا ہو جانا چاہیے ۔ مقامی معدم حس کے زیر اثر
حیوی معائنہ (biopsy) ہمیشہ قرین مصلحت ہوتا ہے ۔ دو ویرہ کے کیسہ میں شگاف
دینے کے بعد ایک نیم شفاف غشا پائی جاتی ہے جس پر ایک "لبنی نقطہ" ("milk
spot") ہوتا ہے جو منفذ راس الشریطہ سے پیدا ہوتا ہے ۔ گردن کی جڑ، بازوؤں،
پشت بازوؤں، رانوں اور ٹانگوں کے لاشعاعی امتحان سے متکلس رؤس الشریطہ
یا کامل النمو الہلیلجی دو ویروں (تقریباً ۳ء ۲ سنٹی میٹر طویل) کا انکشاف ہو سکتا ہے
لیکن کھوپڑی کے لاشعاعی امتحان سے شاذ و نادر ہی ایسا ہوتا ہے ایوسینوفیلیا
شاذ و نادر ہی موجود ہوتی ہے، اور مناعیاتی کاشفات (immunological tests)
مثلاً متمم تثبیتی تعامل اور دروں ادمی جلدی کا شفہ اگرچہ بعض اوقات مفید پائے
جاتے ہیں لیکن یہ اکثر مایوس کن ثابت ہوتے ہیں کیونکہ شدید ابتلا کی حالتوں میں
بھی منفی نتائج حاصل ہو سکتے ہیں ۔ یہ دونوں کاشفات ٹینیا پروٹین (شریطیتی
پروٹین) کے لئے گروہی تعاملات ہیں اور ان سے آدمی کو سرایت زدہ کرنے والے

شریطیہ کے مختلف انواع (صفحہ ۷۰) ایک دوسرے سے تمیز نہیں کیے جا سکتے۔
انذار۔ بیک آرتھر کی رائے کے مطابق سب سے زیادہ خطرناک زمانہ چھٹے سال سے لیکر آٹھویں سال تک کا ہے۔ کیونکہ اس زمانہ میں جو دماغی علامات پہلے سے موجود ہوتے ہیں وہ اکثر نہایت ہی شدید ہوجاتے ہیں اور جن مریضوں میں دماغی خصائص موجود نہیں ہوتے ان میں یہ اسی زمانہ میں پیدا ہوجاتے ہیں جب دماغ ایک مرتبہ ماؤف ہوجاتا ہے تو عمومی رجحان ابتری ذہن کی طرف ہوتا ہے لیکن بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ جن مریضوں میں دورے شروع ہوجاتے ہیں وہ بھی مکمل طور پر صحت یاب ہوجاتے ہیں۔ لہٰذا انذار ہمیشہ مشکل ہوتا ہے۔
تحریز۔ جو اشخاص شریطیۂ خنزیری (T. solium) کے مرض میں مبتلا ہوں ان کا علاج بغیر کسی تاخیر کے موثر طریقے سے کرنا چاہیئے' اور سئور کا ایسا گوشت جو اچھی طرح سے پکا ہوا نہ ہو نہ کھانا چاہیئے۔ کمیلوں میں قابل ناظروں سے سئور کے گوشت کا سختی سے معائنہ کرانا چاہیئے۔
علاج۔ جراحی مداخلت سے کوئی فائدہ نہیں' اور صرف اتنا کیا جاسکتا ہے کہ دوروں کو لومینال (luminal) اور برومائیڈ (bromide) سے روکا جائے۔

قنفذی نبقیت

(ECHINOCOCCOSIS)

(صفحہ ۱۸' ۶۸' صفحہ ۳۵-۳۷' 1006)

مرض کیسہ (Hydatid Disease)۔

مرض کیسہ انسان اور پالتو جانوروں دونوں میں کثرت کے فیثیۂ یعنی ذراتی شریطیہ قنفذیہ (Echinococcus granulosus) کا دویری یا سروی درجہ ہے۔
بحث اسباب۔ سرایت زدہ کتوں کو ہاتھ لگانے یا ان سے پیار کرنے یا ایسی غذا کھانے سے جو ان کے براز سے ملوث ہو سرایت واقع ہوتی ہے۔ اگرچہ مرض کیسہ کا اندراج تمام ممالک میں کیا گیا ہے لیکن یہ ان خطوں میں خاص طور پر کثیر الوقوع ہے جہاں بھیڑیں پالنے کا پیشہ ترقی پذیر ہے مثلاً آسٹریلیا'

نیوزیلینڈ، ارجنٹائن، جنوبی افریقہ، آئس لینڈ، بلگیریا، رومانیا اور الجزائر یورپ کے بعض حصوں مثلاً یونان میں یہ قلیل الوقوع نہیں۔ جزیرہ برطانیہ میں دروں زاد اصابات پائے جاتے ہیں۔

ذراتی شریطیہ قنفذیہ (Echinococcus granulosus) (شریطیہ قنفذیہ: Taenia echinococcus) ایک چھوٹا سا شریطیہ ہے جس کا طول ۳ تا ۶ ملی میٹر ہوتا ہے اور یہ کتوں، گیدڑوں، بھیڑیوں اور کبھی کبھی پالتو بلیوں کی آنتوں میں پایا جاتا ہے۔ سر چھوٹا اور قطر میں ۳۰ء۰ تا ۵ء۰ ملی میٹر ہوتا ہے، اور اس پر ایک نوکیلا (rostellum)، گلاب کے کانٹوں کی طرح کے خطیفات کی دو قطاریں اور چار ماصّے (suckers) ہوتے ہیں۔ چوتھا یا آخری قطعہ باقی قطعات سے بڑا ہوتا ہے اور اس میں صنفی اعضا اور انڈے ہوتے ہیں۔ انڈے جن کی پیمائش ۳۰ × ۳۶ مائکران ہوتی ہے دوسرے ریبانیوں (cestodes) کے انڈوں کے مشابہ ہوتے ہیں اور ان میں چھ خطافات والا مضغہ ہوتا ہے۔ جب مرے کے کرم پارے پختہ ہو جاتے ہیں تو وہ الگ ہو کر براز کے ساتھ خارج ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ ایک کتا روزانہ سینکڑوں نہیں بلکہ ہزاروں انڈے خارج کر سکتا ہے۔ درمیانی میزبان ان انڈوں کو فرداً فرداً یا انبوہ در انبوہ ملوث غذا کے ساتھ نگل جاتا ہے۔ معدہ اور اثنا عشری میں پہنچنے پر خول ہضم ہو جاتا ہے اور شش خطافی مضغہ آزاد ہو جاتا ہے، اور رودہ کی دیوار میں نقب لگا کر کسی ایک ماساریقی عروق میں پہنچ جاتا ہے۔ جگر کی شعریات میں یہ عموماً معتقل ہو کر رہ جاتا ہے اور یہاں یہ آٹھ گھنٹے میں پہنچتا ہے۔ کبھی کبھی یہ پھیپھڑے کی شعریات میں یا کسی دوسری جگہ بھی مقیم ہو جاتا ہے۔ اب نوخیز مضغہ کے خطیفات غائب ہو جاتے ہیں اور یہ خلیادار ہو کر کیسیتی جراب (hydatid follicle) کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ کئی ماہ بعد ایک لچکدار دویرہ بنجاتا ہے جس میں ایک صاف شفاف سیال بھر جاتا ہے اور جس کے گرد ایک استری غشا اور بیرونی غلاف ہوتا ہے۔ دویری غشا مندرجۂ ذیل طبقات پر مشتمل ہوتی ہے۔ (۱) دروں زاد یا نابت خلوی تہ جس سے کیسیتی سیال کا افراز ہوتا ہے، اور جس سے چھوٹے چھوٹے دویرے غنچوں کی طرح پیدا ہوتے ہیں

جن میں رؤس الشریطیہ ہوتے ہیں اور جو حاضن کیسے (brood-capsules) کہلاتے ہیں۔ (۲) ایک بیرونی ورقی دار یا بروں زادتہ جو زیادہ تر ہیالن (hyalin) سے مرکب ہوتی ہے' اور جس کا لازمی فعل حفاظت ہے۔ یہ دروں زادتہ ہی سے طیار ہوتی ہے۔ ان کے علاوہ میزبان کے مقامی ردعمل سے لیفی بافت کی ایک دیوار بنجاتی ہے جو بیرونی غلاف یا ظہارہ کہلاتی ہے اور یہ غلاف اردگرد کی بافتوں اور دویرہ کے درمیان حد فاصل ہوتا ہے۔ شگاف دینے کے بعد دویرہ کی غشا ظہارہ سے باسانی علیحدہ کی جاسکتی ہے۔ اصلی مادری دویرہ سیال اور حاضن کیسے پیدا کرنے کے علاوہ دختری اور دختر دختری دویرے بھی پیدا کرتا ہے جن میں رؤس الشریطہ ہوتے ہیں۔ موخرالذکر در حقیقت آئندہ شریطیوں کے مضغئی سر ہوتے ہیں جن میں مناسب تہیجات سے بازکشی اور بروں انعقاد (evagination) پیدا ہوسکتا ہے (صحفہ ۶۸' ۳۵' صفو 1066)۔ بعض اوقات مادری دویروں کی دروں زادتہ سے حاضن کیسے اور دختری دویرے پیدا نہیں ہوتے اور اس حالت میں یہ عقیم دویرہ کہلاتا ہے۔ بعض اوقات بروں زاد غنچے پیدا ہوجاتے ہیں اور یہ خاصکر ہڈی میں کثرت سے پائے جاتے ہیں' اور گاہے گاہے یہ جگر میں بھی دیکھنے میں آتے ہیں جہاں یہ سخت گلو بجی کثیر خانہ دار تودہ کی شکل کے ہوتے ہیں جس میں ایک دویری غشا ہوتی ہے' جس میں کثیرالتعداد جوفیزے ہوتے ہیں اور ایک فالودہ نما قالب ہوتا ہے۔ اس قسم کے جوفیزی کیسہ کے متعلق یہ خیال ہے کہ یہ ایک علیحدہ طفیلیہ جوفیزی شریطیہ قنفذیہ (Echinococcus alveolaris) سے پیدا ہوتا ہے' لیکن کسی دوسری نوع کا وجود غیراغلب ہے۔ 1077

دویروں کی تقسیم۔ جسم کے تقریباً ہر عضو اور اس کی ہر بافت میں کیسی دویروں کے موجود ہونے کا اندراج کیا جاچکا ہے' لیکن ابتدائی دویروں میں سے تقریباً ۷۰ فیصدی جگر میں پائے جاتے ہیں۔ کثرت وقوع کے لحاظ سے اس کے بعد پھیپھڑے' عضلات' تحت جلدی بافتیں' گردے' طحال' ہڈیاں' مجر اور دماغ ہیں (ڈیوی: Dévé (65))۔ بچوں میں دماغی کیسہ بافتوں کی نسبت تقریباً سات گنا کثیرالوقوع ہے' اور عظمی کیسہ نادرالوقوع ہے۔ دورے

اکثر متعدد بھی ہوتے ہیں اور مجرد بھی۔ قبل الذکر حالت میں جگر تقریباً ہمیشہ ماؤف ہوتا ہے' اور عموماً دو سے لیکر چھ تک دویرے پائے جاتے ہیں' لیکن چالیس سے لیکر ساٹھ دویرو تک کا بھی اندراج کیا جا چکا ہے۔

تغیرات جو دویروں کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ دباؤ کے مقامی اثرات کا انحصار دویرہ کے محل وقوع' اس کے نمو کی رفتار اور ان تعویقی تغیرات پر ہے جو ماؤف احشاء میں واقع ہوتے ہیں۔ بہرکیف زود یا بدیر کوئی نہ کوئی پیچیدگی واقع ہو جاتی ہے' مثلاً انشقاق' صفرا کا دخول' دویرہ کا تقیح یا اسکی موت یا اس کا انحطاط۔ جوں جوں اس کی عمر بڑھتی ہے اس کا ظہارہ زیادہ کثیف ہوتا جاتا ہے اور اس کی عروقیت کم ہوتی جاتی ہے' اور ناقص تغذیہ سے سیال کا افراز بند ہو جاتا ہے' دویرہ مہبوط ہو جاتا ہے اور طفیلی بافت کا جبنی انحطاط واقع ہو جاتا ہے جس کے ساتھ پٹین کی طرح کے فواصل پیدا ہو جاتے ہیں جن میں ورقہ دار غشا کی تلفیف یافتہ تہیں کئی سال بعد تک شناخت کی جا سکتی ہیں۔ کیلشیم کے املاح کی درریزش پہلے ظہارہ میں اور بعد میں تمام دویرہ میں واقع ہو سکتی ہے۔

علامات ۔ زمانۂ حضانت دویرہ کی شرح نمو کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے جو ہڈی میں کم اور دماغ اور پھیپھڑوں میں زیادہ ہوتی ہے۔ علامات بعض اوقات پانچ سے لیکر تیس سال تک نمودار نہیں ہوتے اور امتحانِ نعش کے اندراجات سے ظاہر ہوتا ہے کہ کم از کم ۳۰ فیصدی اصابات میں یہ حالت تمام عمر تحت سریری رہتی ہے۔ دویرہ میں کوئی نہ کوئی حادثہ مثلاً انشقاق یا تقیح واقع ہونے کی وجہ سے اکثر اس کی طرف پہلی مرتبہ توجہ منعطف ہوتی ہے۔

تشخیص ۔ کیسیتی مادہ (Hydatid material)۔ دویرہ کے استقصائی پچھوکے سے کیسیتی سیال کا امتصاص کیا جا سکتا ہے یا کھانسی کے ساتھ یا پیشاب اور پاخانہ میں غشا کے ایسے ٹکڑے خارج ہوتے ہیں جو انگور کے چھلکوں کے مشابہ ہوتے ہیں۔ رؤس الشریطہ اور خطیفات کی طرح کے کیسیتی اجزا کی بھی شناخت کی جا سکتی ہے۔ ورقہ دار غشا کا منظر ممیز ہوتا ہے اور اس کے مڑے ہوئے کنارے کتاب کے ورقوں کے مشابہ ہوتے ہیں۔ سیال پانی کی طرح صاف یا خفیف سا دھندلا

ہوتا ہے، اسکی کثافت نوعی ۱.۰۰۸ سے لیکر ۱.۰۱۵ تک ہوتی ہے، اور اس میں ۰.۱۲ سے لیکر ۰.۱۵ فیصدی تک ترویب پذیر پروٹین ہوتی ہے اور سوڈیم کلورائیڈ کی ایک معتد بہ مقدار (۰.۵۵ تا ۰.۶۵ فیصدی) بھی پائی جاتی ہے اجماض (centrifuga-lisation) سے عموماً خلیقات یا رؤس الشریطہ کا انکشاف ہوتا ہے (صفحہ ۶۸، ۳۶ اور ۳۷)۔ جب سر کا بروں انعقاد ہوتا ہے تو راس الشریطہ کا طول تقریباً ۳ ملی میٹر ہوتا ہے اور اس کے چاروں ماصوں کے علاوہ اس پر خطیقات کی ایک دوہری قطار بھی ہوتی ہے۔ اور خلیہ مایہ میں کلسی اجسام پائے جاتے ہیں۔ (۲) سفیدہ خلوی شمار - حملہ کے ابتدائی مدارج میں ایئوسین پسند خلیات کا مقامی اجتماع اور عمومی ایئوسین پسندی پائی جاتی ہے، لیکن سریری علامات کے نمودار ہونے سے بہت پہلے خون کا شمار بعض اوقات طبعی ہوجاتا ہے۔ عملیہ سے پہلے نبق تقنقذ کے مریضوں کی صرف ایک تہائی تعداد میں ایئوسین پسندی پائی جاتی ہے۔ دویرہ کے انشقاق کے بعد نمایاں ایئوسین پسندی پیدا ہوجاتی ہے اور بعد عملیتی زیادہ اس حالت میں پیدا ہوتی ہے جب کہ سیال جذب ہوجائے۔ اگر تبقی سرایت (coccal infection) سے ثانوی تقیح واقع ہوجائے تو تعدیل پسند کثرت خلیات ابیض پیدا ہوجاتی ہے اور ایئوسین پسند عناصر کم ہوجاتے ہیں۔ (۳) بیرلیسیلی شٹین کا شفعہ۔ اس کا شفعہ کے انجام دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ بھیڑ کے کار آمد کیسیتی سیال (۰.۵ فیصدی کی ۰.۴ مکعب سنٹی میٹر مقدار ۰.۴ مکعب سنٹی میٹر تازہ صاف مصل سے ملادی جاتی ہے (66)- آخری متروآت کرہ کی تپش پر چھتیس گھنٹہ بعد لئے جاتے ہیں۔ مثبت تعامل باریک گدیفی رسوب کے بننے سے ظاہر ہوتا ہے جو نلی میں آہستہ آہستہ تہ نشین ہوجاتا ہے۔ یہ کا شفعہ ۶۵ تا ۷۰ فیصدی اصابات میں مثبت ہوتا ہے۔ (۴) متمم تثبیتی تعامل - اینٹی جن کے طور پر یا تو کیسیتی سیال استعمال کیا جاتا ہے یا رؤس الشریطہ کا الکحلی خلاصہ، اور اس مقصد کے لئے بھیڑ کے دویرے موزوں ترین ہوتے ہیں (67)- عملیہ سے پہلے تقریباً ۸۰ فیصدی مریضوں میں مثبت تعاملات حاصل ہوتے ہیں، لیکن اگر ان مریضوں کو مستثنیٰ کردیا جائے جن پر پہلے عملیہ ہوچکا ہے تو یہ تعداد ۶۰ فیصدی سے متجاوز نہیں ہوتی۔ انشقاق

1078

یا تقیح سے اینٹی جن جذب ہوجاتا ہے اور ان پیچیدگیوں کے بعد ۹۵ تا ۱۰۰ فیصدی معمل مثبت ہوتے ہیں۔ انحطاط یافتہ یا پرانے دوروں میں جن کا نمارہ بہت لیفیت یافتہ ہوتا ہے نتائج منفی ہوتے ہیں، اور عقیم دوروں میں بھی یہ منفی ہوتے ہیں جن کا سیال ناقص اینٹی جنی خواص رکھتا ہے۔ عملیہ کے بعد عموماً متمم تثبیتی ضد جسم میں زیادتی کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے، اور یہ دورہ کرنے والا جسم صرف آہستہ آہستہ غائب ہوتا ہے۔ اگر مثبت تعامل برقرار رہے تو کم سے کم دو سال گذرنے سے پہلے اس کو کوئی اہمیت نہ دینی چاہئے۔ (۵) داخل ادمی کاشفہ۔ (تعامل کیسونی Casoni reaction:)۔ یہ کاشفہ ادمہ میں کیسیتی سیال کی ۲۵ء۰ مکعب سنٹی میٹر مقدار کا اشراب کرنے پر مشتمل ہے، اور اس سیال کی پہلے تقطیر کرلی جاتی ہے تاکہ یہ یقینی طور پر عقیم ہوجائے۔ دو قسم کے تعاملات دیکھنے میں آتے ہیں۔ (۱) ایک سفید دوڑا فوراً پیدا ہوجاتا ہے جس کا قطر بہت جلد بڑھکر ۴ء۲ سنٹی میٹر یا اس سے زیادہ ہوجاتا ہے اور جس کے محیط سے بے قاعدہ شاخیں ادھر ادھر کو نکلی ہوتی ہیں اور یہ احمرار کے ایک منطقہ سے محصور ہوتا ہے۔ (۲) ایک آجل تعامل ہوتا ہے جو احمرار کے ایک بڑے سے رقبہ سے متمیز ہوتا ہے جس کا حاشیہ واضح ہوتا ہے، اور گہری زیر جلدی بافتوں میں ورم پایا جاتا ہے جو تہیج سے پیدا ہوتا ہے، اور یہ اشراب کے بعد چھ گھنٹہ سے لے کر چوبیس گھنٹہ تک کے عرصہ میں پیدا ہوتا ہے۔ جلد سختی سے تنی ہوتی ہے لیکن حقیقت میں اس میں درد نہیں ہوتا، اگرچہ بعض زیادہ حساس اشخاص میں کافی تکلیف اور کھجلی پیدا ہوجاتی ہے اور ساتھ ہی بہت سا ورم اور سرخی بھی پائی جاتی ہے اور آبلے بھی پیدا ہوجاتے ہیں۔ فعال کیسیتی اصابات میں سے تقریباً ۹۰ فیصدی میں یہ تعامل مثبت ہوتا ہے، چنانچہ مشتبہ اصابہ میں منفی تعامل بنقہ قنفذیت (echinococcosis) کے خلاف ایک قوی شہادت تصور کیا جاسکتا ہے بشرطیکہ مشروب سیال اینٹی جنی ہو۔ بخلاف اس کے مثبت تعامل سے کیسیتی دوید کا وجود ہرگز ثابت نہیں ہوتا کیونکہ یہ تعامل گروہی قسم کا ہے اور معوی شریطیت (intestinal tæniasis) اور انسان ذنبیت (cysticercosis) دونوں امراض کے انسانی اصابات میں یہ تعامل مثبت ہوتا ہے اور اسی طرح ان افراد میں بھی یہ مثبت ہوتا ہے جو اس میزبان کی پروٹین

کے لئے حساس ہوں جس سے سیال حاصل کیا گیا ہے۔ مزید برآں چونکہ تمام دورِ ان کے مکمل جراحی استعمال کے بعد آدمی حساسیت کئی سال تک برقرار رہتی ہے اس لئے جلد کے مثبت کا شفہ کا موجود سرایت سے کوئی لازمی تعلق نہیں۔

کیسیتی استہداف (Hydatid Anaphylaxis)۔ دوپرہ کے کچو کے یا انشقاق کے بعد استہداف، سلادی مظاہر اور ثانوی بنقہ قنفذیت پیدا ہو سکتی ہے، اور کیسیتی اجزا عروقی خون یا مصلی تاجوں میں داخل ہو سکتے ہیں۔ استہدافی مظاہر میں مندرجۂ ذیل حالتیں شامل ہیں۔ شری جو دفعۃً نمودار ہو جاتا ہے، تہیج، احمرار اور حکّہ (pruritis) جس کے ساتھ کبھی التہابِ ملتحمہ ہوتا ہے اور کبھی نہیں، ملتحمات کا اشراب، پیلاپن، بردِ اطراف، اسراع القلب، خون کے دباؤ کی کمی، غشیان، سینہ کے بھینچنے کا احساس، ربوی کھانسی، زراق، نبض، متلی، قے، اسہال، معائے مستقیم سے خون کا اخراج، انتہائی گھبراہٹ، ہذیان، تشنج اور کوما۔ مراقی ایوسین پسندی بھی موجود ہوتی ہے، اور موت قلبی عروقی صدمہ سے بہت جلد واقع ہو سکتی ہے جس میں شدید شبہی تشنج پایا جاتا ہے جس کے ساتھ کبھی ریوی اور مزماری تہیج موجود ہوتا ہے اور کبھی نہیں۔

حملے درجہ میں ورقی دارتہ کے پھٹنے سے پہلے شائد حساس گری پیدا ہو جاتی ہے، اور کئی سال بعد کچو کے یا انشقاق سے سیال کے بہ جانے ہی سے استہداف کا تعامل جلد پیدا ہوتا ہے۔ ایسے اصابات میں کیسیتی پروٹین کے لئے ہمیشہ آدمی حساسیت کا مظاہرہ کیا جا سکتا ہے، اور مصلی اشرابات سے حیوانات یا انسان میں انفعالی حسّی حساسیت منتقل کی جا سکتی ہے۔ شاذ حالتوں میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ بیش حساس مریضوں میں جلدی کا شفہ کے دوران میں جلد میں کیسیتی سیال کا اشراب کرتے وقت ہی یہ مکمل علامیہ دفعۃً نمودار ہو جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ایسے مریضوں کو اشراب کے بعد کم سے کم ایک گھنٹہ تک زیرِ مشاہدہ رکھنا چاہئے، اور علامات کے نمودار ہونے کے فوراً بعد ایڈرینالین (... ا میں محلول کے ۱۰ قطرے) کا اشراب کر دینا چاہئے۔

جگر کا کیسیہ (Hydatid of the Liver)۔ انسان میں جو کیسیتی دیرے پائے جاتے ہیں ان سب میں سے تقریباً ۵۰ فیصدی جگر میں واقع ہوتے ہیں اور انہیں سے

ہر پانچ میں سے چار اس عضو کے دائیں حصہ میں پائے جاتے ہیں۔ ابیائی خراج کے خلاف ان کا رجحان تحتانی سطح پر ظاہر ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ سادہ یا یک کیسکی دوبیرا ہے۔ یہ دویرے جن میں حاضن کیسے اور رؤس الشریطہ ہوتے ہیں، مگر دختری دویرے نہیں ہوتے، خاصکر بچوں اور نوجوانوں میں پائے جاتے ہیں۔ جو چیز عموماً سب سے پہلے مشاہدہ میں آتی ہے وہ دائیں مراق (hypochondrium) یا پر معدہ میں سلعہ کا وجود ہے۔ اگر مقدم یا تحتانی سطحیں ماؤف ہوں تو یہ گول، دویری اور بغیر الیم ورم کی شکل کا ہوتا ہے جو جگر کی اصمیت کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے جس کے ابعاد بعض اوقات بیحد بڑے ہوتے ہیں۔ بچوں میں میان ضلعی فضاؤں کے چوڑے ہو جانے اور ضلعی حاشیہ کے باہر نکل آنے کی وجہ سے سینہ کی دیوار میں معتدبہ بدشکلی پیدا ہو سکتی ہے۔ درد عموماً نہیں پایا جاتا اور عمومی صحت اطمینان بخش ہوتی ہے۔ ڈیو (Dew) کی رائے کے مطابق (68) پندرہ سال کی عمر سے پہلے انشقاق شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔

1079

کثیر کیسکی دویرا ہے۔ جن دویروں میں دختری دویرے پائے جاتے ہیں وہ بالغ عمر ہی کا زیادہ امتیازی خاصہ ہیں، اور یہ عارضہ اکثر صرف اسی حالت میں شناخت کیا جاتا ہے جب کہ بڑا سا سلعہ پیدا ہو گیا ہو یا پیچیدگیاں نمودار ہو گئی ہوں۔ زیر معدہ میں بعض اوقات تکلیف یا وزن یا حقیقی درد کا احساس پایا جاتا ہے اگر درد قولنجی ہو تو اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ دویری مشمولات صفراوی گذرگاہوں میں سے گذر رہے ہیں، اور اس حالت کو اکثر حصاۃ المراری قولنج تصور کر لیا جاتا ہے معدی اختلالات عموماً پائے جاتے ہیں اور یہ کھانے کے بعد نفخ، متلی، سوزش سینہ، حتیٰ کہ قے پر مشتمل ہیں۔ تپہر اور کھانسی صرف اسی حالت میں پیدا ہوتی ہے جبکہ ڈایافرام میں بھی خلل واقع ہو۔ یرقان کبھی سریع الزوال ہوتا ہے اور کبھی برقرار رہتا ہے، اور موخر الذکر حالت میں یا تو دویرہ صفراوی قنات میں منشق ہو چکا ہے یا تقیح واقع ہو چکا ہے۔ استسقاء نادر الوقوع ہے۔

طبیعی امتحان سے چار اصابات میں سے تقریباً تین میں ایک گول دویری سلعہ کا انکشاف کیا جا سکتا ہے جو جگر کی اصمیت کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے اور جگر کی تحتانی سطح پر دویرہ کے موجود ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ الیم نہیں ہوتا اور سانس

کے ساتھ اس میں حرکت واقع ہوتی ہے کیسیتی حفیف (hydatid fremitus) یا
کیسیتی ذبذبہ (hydatid thrill) کا وجود دالِ مرض ہے۔ جب دوبیرے بڑھ کر معدہ
اور قولون کے نیچے آجاتے ہیں تو صورتِ حالات کلوی سلعہ کے مشابہ ہوتی ہے۔ دائیں
قاعدے کے ریوی علامات قلیل الوقوع ہیں تاوقتیکہ دوبیرہ جگر کی اوپر کی سطح کو متاثر
نہ کرے (۲۵ فیصدی اصابات میں ایسا ہوتا ہے) اور ڈایافرام میں مداخلت نہ کرے
ایسی حالت میں زیرڈایافرامی اور ریوی دوبیروں میں تمیز کرنے کے لئے لاشعاعی امتحان
ضروری ہوتا ہے۔ ڈایافرام میں تثبیت، بدشکلی اور ارتفاع پیدا ہوجاتا ہے۔ جگر کے
بائیں نصف کی بالائی جانب پر جو دوبیرے ہوتے ہیں ان سے قلب اپنے مقام سے
ٹل جاتا ہے اور ان کا رجحان بر معدہ میں قولون اور معدہ کے سامنے ظاہر ہونے کی
طرف ہوتا ہے۔ بہرکیف اس نواح میں جس پذیر کلانی اکثر بائیں تعویفی بیش پرورش
سے پیدا ہوتی ہے جو جگر کے دائیں نصف کے بڑے بڑے تباہ کن دوبیروں کے ساتھ
پائی جاتی ہے۔

پیچیدگیاں - یہ دوبیروں کے تقیح اور ان کے قنات صفرا، کہفۂ باریطون،
سینہ، اور غذائی خطہ یا دوسرے مقامات میں منشق ہونے پر مشتمل ہیں۔

(۱) تقیح - تقریباً ۹۰ فیصدی تقیحی دوبیرے کثیر کیسی ہوتے ہیں۔ پیپ ہمیشہ
صفرا آلود اور عموماً بدبودار ہوتی ہے، اور اس میں اکثر مختلف قسم کے عضویے ہوتے
ہیں جن میں جرثومۂ قولون (Bact. coli)، تبقات خلبیہ، تبقات سبحیہ کثیر الاشکال
جرثومہ (Bact. proteus)، عفونتی گزعشہ (Vibrion septique) اور گیس آفرین
کیسہ دار جرثومہ (Bact. aerogenes capsulatus) شامل ہیں (68)۔ بدہضمی شکمی
تکلیف، درد یا یرقان کی سابقہ روئداد عموماً پائی جاتی ہے، لیکن بعض اصابات میں ابتدا
بالکل فوری ہوتی ہے، اور جو علامت سب سے پہلے نمودار ہوتی ہے وہ کبدی درد ہے
جو اکثر قولنجی قسم کا ہوتا ہے۔ بنلیتی علامات خلاف توقع عموماً کم نمایاں ہوتے ہیں
اور ان کا انحصار طبارہ کی دبازت اور حملہ آور عضویہ کی قشبیت پر ہے۔ تپش کبھی
ایک سی نہیں رہتی، لیکن متوقف تپ عموماً پائی جاتی ہے جس میں شام میں اضافہ
ہوجاتا ہے۔ علاوہ ازیں قشعریرے ہونے لگتے ہیں، پسینے آتے ہیں اور عدم اشتہا

قے اور اسہال کی شکایت ہوجاتی ہے۔ کمزوری بڑھتی جاتی ہے، جلد زرد یا یرقانی ہوجاتی ہے اور بعد میں نہر/ لاغری اور ضعفہ (cachexia) پیدا ہوجاتا ہے۔ ناہوا باشی سرایتیں بہت جلد ترقی کرتی ہیں اور ان کے نتیجی خصائص خطرناک ہوتے ہیں۔

طبیعی امتحان سے ایک الیم سلعہ کا انکشاف کیا جاسکتا ہے جو جگر کی سمت کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے، لیکن اس کی حرکت پذیری انضمامات کی وجہ سے محدود ہوتی ہے یعضلہ مستقیم اکثر سخت ہوتا ہے اور حرکات تنفس محدود ہوتے ہیں زیر ڈایافرامی متقیح دبیرول کے ساتھ اکثر دائیں قاعدہ میں انصباب موجود ہوتا ہے یا اس محل میں خشک ذات الجنب، ریوی امتلا، یا شعبتی ذات الریہ کے امارات بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔ تعدیل پسند کثرت خلیات ایض پائی جاتی ہے جس میں ایئوسین پسند خلیات کی تعداد کم ہوتی ہے۔ تقیحی کیسہ زیر ڈایافرامی خراج، ایمیائی خراج کبد، التہاب مرارہ، التہاب قنات صفرا، التہاب وریدالباب (pylephlebitis) قاعدی ذات الریہ، گردکلوی خراج، یا حادثمکی بحران مثلاً منقلب اثناعشری قرحہ کے ساتھ خلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ ان میں تمیز کرنے کیلئے روئداد، گول سلعہ کی موجودگی، مناعیاتی کاشفات اور لاشعاعی امتحان سے مدد لی جاسکتی ہے۔

(۲) دروں باریطونی انشقاق - اس کے ساتھ باریطونی صدمہ ہوتا ہے شکم کے بالائی حصہ میں درد محسوس ہوتا ہے اور قے ہونے لگتی ہے اور ہبوط اور اسراع القلب پیدا ہوجاتا ہے بعض اوقات استہدافی علامات کا اضافہ ہوجاتا ہے جن میں شری اور حکہ شامل ہیں متاخر مدارج میں اگر صفرا کہنہ باریطون میں ٹپک کر چلا جائے تو شکم میں دفعتہ کلانی واقع ہوجاتی ہے اور اس میں آزاد سیال کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے (صفراوی باریطون :choleperitoneum)۔ اگر اصلی دویرہ سرایت زدہ ہوچکا ہو تو التہاب باریطون واقع ہوجاتا ہے، اور کئی سال بعد ثانوی باریطونی نبقہ تقنفذیت (echinococcosis) پیدا ہوجاتی ہے جس میں کثیرالتعداد دویرے پائے جاتے ہیں جو تمام باریطون میں منتشر ہوتے ہیں اور

یہ دختری دویروں، حاضن کیسوں اور رؤس الشریطہ کے منتصب ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔

(۳) درون صدری انشقاق - جگر کی فوقانی سطح پر جو دویرے واقع ہوتے ہیں ان کا رجحان اوپر کو جانے کی طرف ہوتا ہے۔ یہ ڈایا فرام کو مرتفع اور پھیپھڑے کو مضغوط کر دیتے ہیں یا انفعالی پلورائی انصباب پیدا کر دیتے ہیں۔ بعض اصابات میں کمزور شدہ ڈایا فرام میں سے متصلہ ریوی بافت میں انشقاق واقع ہوجاتا ہے، اور بعض میں یہ کہفۂ باریطون یا شعبہ میں واقع ہوتا ہے۔ انشقاق سے پہلے تقیح عموماً پیدا ہوجاتا ہے۔ کبدی شعبی دویرے بھی پیدا ہوسکتے ہیں جن کے ساتھ کبھی تقیح الصدر ہوتا ہے اور کبھی نہیں۔ اس حالت میں تشخیص صفرا آلود پیپ کے نفث سے جو دفعۃً واقع ہوتا ہے، اور پیپ میں کیسیتی غشا یا دیگر اجزا کے موجود ہونے سے کی جاسکتی ہے۔ قدرتی شفایابی بھی ممکن ہے، لیکن دختری دویروں کی موجودگی، اور کبدی شعبی دویرہ کی چھوٹے سے شعبہ میں سے بدقت مسیلیت ایسے امور ہیں جو اس کے لئے مانع ہوتے ہیں۔ اور طویل المدت تقیح، نفث الدم، تکونِ خراج یا گنگرین کی وجہ سے جراحی مداخلت کی عموماً ضرورت ہوتی ہے۔

علاج - یہ لازمی طور پر جراحی ہے بشرطیکہ دویرہ میں انحطاط اور تکلس واقع نہ ہوا ہو، اور اگر ایسا ہوجائے تو عملیہ جائز نہیں ہوتا۔ امتصاص کی کھلے عملیہ سے الگ ہرگز کوشش نہ کرنا چاہئے کیونکہ استہداف، ثانوی نبقہ قنفذیت اور ثانوی جرثومی سرایت کا خطرہ ہوتا ہے۔

پھیپھڑے کا کیسہ (Hydatid of the Lung) - جگر کے بعد نبقہ قنفذیت (echinococcosis) کا عام ترین محل پھیپھڑا ہے، اور اس مقام پر ۱۰ تا ۱۵ فیصدی دویرے واقع ہوتے ہیں۔ دایاں پھیپھڑا بائیں کی نسبت سے کم دوگنی کثرت سے ماؤف ہوتا ہے۔ دویرے عموماً زیر پلورائی ہوتے ہیں، لیکن گاہے گاہے یہ گہرے اور نزد شعبی بھی ہوتے ہیں اور ان میں عموماً رؤس الشریطہ اور حاضن کیسے ہوتے ہیں، لیکن دختری دویرے نہیں ہوتے۔ یہ امر اہم ہے کیونکہ شعبہ میں منشق ہوجانے کے بعد شفا خود بخود زیادہ آسانی سے ہوجاتی ہے۔

ظہارہ پتلا ہوتا ہے، لیکن چونکہ دوبیروں کے سیال میں سوڈیئم کلورائیڈ کا جز زیادہ ہوتا ہے اس لئے یہ لاشعاعوں سے بخوبی ظاہر ہوجاتے ہیں اور ان کا سایہ کردی ہوتا ہے جو ایک امتیازی خاصہ ہے۔

سادہ دوبیرے (یک کیسکی) ۔ یہ عموماً زیادہ جاذب توجہ نہیں ہوتے اور انشقاق یا تقیح سے پہلے چار اصابات میں سے صرف ایک تشخیص کیا جاتا ہے بعض اوقات علامات سابقہ تنفسی سرایت کے ساتھ ہی شروع ہوجاتے ہیں سینہ میں درد عام طور پر نہیں پایا جاتا، لیکن تکلیف یا گرانی کے احساس کی شکایت موجود ہوتی ہے۔ کھانسی ایک عام علامت ہے اور یہ اول اول خشک ہوتی ہے۔ یہ عموماً زیادہ تشویشناک نہیں سمجھی جاتی جبتک کہ التہاب شعبہ ذات الریہ اور ثانوی سرایت کی وجہ سے نفث بکثرت نہیں ہوتا یا نفث الدم واقع نہیں ہوجاتا۔ موخرالذکر پیچیدگی ۶۰ فیصدی اصابات میں پائی جاتی ہے اور یہ کبھی خفیف ہوتی ہے اور کبھی شدید۔ اکثر سل، تو بالیدیا اورما کی تشخیص کردی جاتی ہے۔ جب دوبیرے گہرے واقع ہوتے ہیں تو شعبہ پر دباؤ پڑنے سے بُہر اور انتصابی تنفس (orthopnœa) پیدا ہوسکتا ہے، اور بڑے بڑے دوبیروں سے سینہ میں ایک واضح ابھار پیدا ہوجاتا ہے جس کا مظاہرہ پیمائش سے کیا جاسکتا ہے اور گاہے گاہے یہ قلب کو بھی اپنے مقام سے ہٹا دیتے ہیں۔ بہرکیف ضربۃ الراس عموماً طبعی ہوتی ہے۔ ریوی دوبیروں کی حالت میں ان کے گول خاکے کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے، صوتی حفیف (vocal fremitus) کم ہوتا ہے، قرع سے ایک مدھم اصم آواز نکلتی ہے اور تنفس کی آوازیں یا تو غائب ہوتی ہیں یا کم سنائی دیتی ہیں۔ جب دوبیرے دائیں قاعدے پر پائے جاتے ہیں تو اصمیت جگر کی اصمیت کے ساتھ مسلسل ہوتی ہے اور اس حالت کو پلورائی انصباب یا زیرڈایا فرامی دوبیروں سے تمیز کرنے کے لئے لاشعاعی امتحان کی ضرورت ہوتی ہے۔ امتلا، ہبوط اور سرایت سے یا گرد دوبیری ریوی بافت کی موجودگی سے جس کے طبیعی امارات موجود ہوتے ہیں، خاصکر بچوں میں شعبی ذات الریہ تشخیص کردیا جاتا ہے۔

پیچیدگیاں ۔ ریوی دوبیرے شعبہ یا پلورا میں منشق ہوسکتے ہیں، جس سے

ذات الجنب تقیح الصدر یا استرواح الصدر پیدا ہوجاتا ہے اور گاہے گا ہے یہ ریوی عروق اور قلب تک کو بھی متأثر کردیتے ہیں۔ شعبہ میں انشقاق اس حادثہ کے بعد کھانسی کا ایک تشنجی دورہ ہوتا ہے اور ایک نمکین ذائقہ کا سیال منہ اور ناک میں بھر آتا ہے۔ منفث مادہ جھاگ دار اور عموماً خون آلود ہوتا ہے اور اس میں بعض اوقات کیسیتی غشا یا دورے اجزا موجود ہوتے ہیں مریض اکثر کھانسی کے ساتھ " انگور کے چھلکے سے " باہر آنے کی روئداد دیتا ہے۔ موت استہداف سے یا کیسیتی سیال میں حقیقتہً غرق ہوجانے سے واقع ہوسکتی ہے۔ دیگر خصائص درد اور متوالی نفث الدم پر مشتمل ہیں۔ طبیعی امتحان سے مختلف ابعاد کے کہفہ کے امارات کا انکشاف ہوتا ہے اور قرع پر تطبلی یا ٹوٹے ہوئے برتن کی آواز آتی ہے، صوتی حفیف کم اور تنفس کہفکی ہوتا ہے اور سرگوشی صدر کلامی (whispered pectoriloquy) موجود ہوتی ہے۔ کبھی کبھی شفا خود بخود ہوجاتی ہے، اور کبھی دویرہ میں تقیح واقع ہوجاتا ہے، جس سے متوالی نفث الدم پیدا ہوجاتا ہے، تپ آنے لگتی ہے اور منفث مادہ کثیر المقدار، بدبودار، اور جھاگ دار ہوتا ہے اور یہ شدید کھانسی سے خارج ہوتا ہے۔ رات کو پسینے بھی بعض اوقات آتے ہیں اور قشعریرے بھی ہوتے ہیں بعض مریضوں میں تپ نہیں آتی اور بعض میں کم آتی ہے۔ اگر مرض طویل المدت ہو تو لاغری اور علامم موتیہ پیدا ہوجاتی ہے اور انگلیاں گرزشکل ہوجاتی ہیں۔

1081

علاج۔ گہرے نزد شعبی دویروں پر جبکہ ان سے کوئی تکلیف نہ ہو عملیہ نہ کرنا چاہئے، کیونکہ ۸۰ فیصدی اصابات میں شفا خود بخود ہوجاتی ہے (ڈیو Dew: (68))۔ تمام متقیح دویروں کو کھول کر ان کی مسیلیت کردینی چاہیئے اور بڑے بڑے تحت پلورائی دویروں پر بغیر کسی تاخیر کے عملیہ کرنا چاہئے۔ شعبی سیلاب کے خطرہ کی وجہ سے مریض کو ایسی وضع میں رکھنا چاہیئے کہ شگافدہ دویرہ کے کہفہ کے نچلے حصہ میں آئے۔ بہترین معدم حس ایتھر ہے جس کا استعمال دروں قصبی راستہ سے کیا جاتا ہے۔

دماغ کا کیسیا۔ دماغ کے ابتدائی کیسیتی دویرے بالغوں میں

نادرالوقوع ہیں لیکن بچوں میں قلیل الوقوع نہیں - یہ عموماً مجرد اور یک کیسکی ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ بیشتر کبدی نبقہ قنفذیت (hepatic echinococcosis) پائی جاتی ہے - ثانوی دماغی دویرے قلبی دویرے کے انشقاق سے پیدا ہوتے ہیں یہ عموماً متعدد ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ طحال اور گردہ میں ثانوی دویرے پائے جاتے ہیں - دردِ سر، قے اور التہاب عصب بصری عموماً موجود ہوتا ہے، اور بعض اوقات مختص المقام عصبیاتی خصائص بھی پیدا ہو جاتے ہیں، یا جیکسنی صرع بھی پائی جا سکتی ہے - مرتقی اصابات میں لاشعاعی امتحان سے جمجمہ میں تخلخل عظم (osteoporosis) کا انکشاف ہوتا ہے اور اس کی ہڈیاں پتلی پائی جاتی ہیں - ثانوی دویروں کی حالت میں بعض اوقات ایسی روئداد موجود ہوتی ہے جو دروں قلبی انشقاق کی طرف اشارہ کرتی ہے جس کے بعد بڑھتے ہوئے دروں جمجمی دباؤ کے امارات ظاہر ہونے سے پہلے ایک مخفی زمانہ ہوتا ہے -

علاج - ثانوی دویرے متعدد ہونے کی وجہ سے ناقابل عملیہ ہوتے ہیں، لیکن ابتدائی دویروں کے لئے ترفان بغیر کسی تاخیر کے کرنا چاہئے - انذار بہت خطرناک ہوتا ہے، اور ۵۰ فیصدی اصابات میں موت تپ مفرط اور قلبی عروقی صدمہ سے واقع ہو جاتی ہے، اور سیال کے دباؤ کے دفعۃً کم ہو جانے سے ناغی تہیج واقع ہو جاتا ہے -

کلوی کیسیا - گردہ کے کیسیتی دویرے عموماً ثانوی ہوتے ہیں اور بعض اوقات قشرہ اور بعض اوقات لُب میں واقع ہوتے ہیں - خفا ان کا ایک ممیز خاصہ ہے، اور ممکن ہے کہ جب تک کہ بڑے بڑے گول دویری سلعات پیدا نہ ہو جائیں کوئی علامات پیدا نہ ہوں - عمومی صحت عمدہ رہتی ہے، گو بڑے بڑے دویروں کی حالت میں صلب میں دردِ مستمر کی شکایت موجود ہوتی ہے - کلوی حوض میں انشقاق واقع ہونے اور غشا یا دختری دویروں کے گزرنے سے کلوی قولنج کے متوالی حملے ہو سکتے ہیں، اور بعض اوقات متوقف استسقاء الکلیہ پیدا ہو جاتا ہے - کبھی کبھی عارضی بول الدم بھی موجود ہوتا ہے، اور تشخیص پیشاب میں کیسیتی غشا، رؤس الشریطہ یا خطیفات کے پائے جانے سے عموماً کی جا سکتی ہے - تقیح واقع ہونے کے بعد ایک الیم کلوی ورم

پیدا ہوجاتا ہے' کلوی درد ہر وقت موجود رہتا ہے اور پیشاب بار بار درد سے آتا ہے اور تپ بھی آنے لگتی ہے۔ پیشاب میں ریمی خلیات اور کیسیتی اجزا موجود ہوتے ہیں۔

شریطیۂ غشائیۂ اقزم (Hymenolepis nana)۔ انسان کا یہ بونا فیتیہ جنوبی ریاستہائے متحدہ امریکہ' جنوبی یورپ اور ہندوستان میں عام طور پر پایا جاتا ہے اور یہ معائے صغیر میں رہتا ہے۔ یہ غالباً ان انواع کا متماثل ہے جو چوہیوں اور چوہوں میں پائی جاتی ہیں۔ اس کا طول ۵ء۲ تا ۰ء۵ سنٹی میٹر ہوتا ہے' اس پر ہم نصف کروی ماقصے ہوتے ہیں اور ایک چھوٹا سا قولحیہ (rostellum) ہوتا ہے جس پر خطیفات کی ایک ہی قطار ہوتی ہے۔ انڈوں میں ایک خطیفی کرہ (onchosphere) ہوتا ہے اور ان کا قطر ۳۰ تا ۴۵ مائکران ہوتا ہے۔ کسی درمیانی میزبان کی ضرورت نہیں کیونکہ انڈوں میں سے منفقص معائے صغیر ہی میں باہر نکل آتے ہیں۔ یہ خملات میں گھس جاتے ہیں اور نموپا کر ذنبی ویروں (cercocysts) کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ اس کے بعد یہ پھر دروں میں واپس آجاتے ہیں اور اپنے سر سے دوسرے خملات سے چپک جاتے ہیں اور نموپا کر پختہ کرم بنجاتے ہیں (دیکھو صفحہ ۶۸' ۳۱-۳۴' صفحہ 1066)۔

علامات۔ بیش سرایت کی حالت میں بچوں میں بعض اوقات شدید معکوس اور سمی علامات پیدا ہوجاتے ہیں' اور یہ درد شکم' اسہال' سہر' دوار' سر اور تشنجات پر مشتمل ہوتے ہیں۔ ایوسین پسندی عموماً پائی جاتی ہے۔ تشخیص اجابتوں میں بیضے یا قطعات کے پائے جانے سے کی جاتی ہے۔

علاج۔ سرایت کے استیصال کے لئے فلکس ماس اور آئل آف چینو پوڈیم موثر ادویہ ہیں۔

گاہے گاہے انسان شریطیہ غشائیہ اصغیر (Hymenolepsis diminuta) سے سرایت زدہ ہوجاتا ہے جو چوہوں اور چوہیوں کا ایک عام ریبانیہ (cestode) ہے۔ مختلف حشرات مثلاً کن کھجیے (earwigs)' چوہوں کے پسو' اور جھینگر (cockroaches) درمیانی میزبان کا کام دیتے ہیں' اور انسان آٹے یا کھانے

1082

میں سرایت زدہ حشرات کو اتفاقاً نگل جانے سے سرایت زدہ ہوجاتا ہے ۔

سلکیوں سے پیدا شدہ امراض

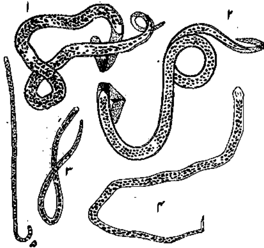
(DISEASES DUE TO NEMATODES)

مستدیریت (Strongyloidiasis)۔ انسان میں صرف مادہ مستدیرنما براز نمای (Strongyloides stercoralis) ہی پائی جاتی ہے' اور افزائش نسل توالد البکر (parthogenesis) سے ہوتی ہے ۔ یہ کرم اثنا عشری اور صائمی کے مخاطیہ میں گہرا چلا جاتا ہے جہاں یہ سکونت اختیار کرلیتا ہے اور انڈے دیتا ہے جن میں سے مضغے نکلتے ہیں ۔ طبعی اجابتوں میں صرف حرکت پذیر مضغے ہی پائے جاتے ہیں لیکن اگر اسہال عارض ہو تو انڈے بھی باہر نکل آتے ہیں ۔ ان کا طول ۰۵ تا ۰۷ مائکران اور عرض ۳۰ تا ۳۴ مائکران ہوتا ہے اور یہ کچوتہ (ankylostoma) کے انڈوں سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں ۔ اجابتوں سے نکل کر عصائیہ نما سروے (rhabditiform larvæ) اپنا غلاف جھاڑ دیتے ہیں اور ان سے فلاریا شکل سروے منفی دور کے وقوع کے ساتھ یا اس کے بغیر پیدا ہوجاتے ہیں ۔ فلاریا شکل سروے ہر ایک حالت میں میزبان کی جلد یا اس کی دہنی غشائے مخاطی میں نفوذ کرجاتے ہیں' اور وریدی دوران خون کے راستے سے دائیں قلب و پھیپھڑوں میں چلے جاتے ہیں ۔ یہاں یہ ریوی شعریات میں سے گزر کر جوفیڑوں میں داخل ہوجاتے ہیں اور تنفسی خطہ میں سے سفر کرتے ہوئے کبی (epiglottis) تک پہنچ جاتے ہیں ۔ اور یہاں سے یہ معا میں چلے جاتے ہیں جہاں بالغ مادہ بافتوں میں گھس جاتی ہے ۔ تقریباً سترہ دن کے بعد کرم بالغ ہوجاتے ہیں' اور عصائیہ نما سروے (rhabditiform larvæ) اجابتوں میں خارج ہونے لگتے ہیں ۔ مستدیرہ نما براز نمای (S. stercoralis) سرایت کی جغرافیائی تقسیم مرض کچہ دہنسر (ankylostomiasis) کی تقسیم کے بہت مشابہ ہے' اور اس کی سرایت انسانوں میں مدارس میں قلیل الوقوع نہیں ۔ معائے صغیر میں حاملہ مادہ کرموں کی فعالیت سے معوی التہاب پیدا ہوسکتا ہے اور یہاں بعض اوقات مخاطیہ کے وسیع

1083

تا کلات پیدا ہوجاتے ہیں ۔

علامات ۔ جلد کی عصائیہ نما (rhabditiform) سرایت سے ابتدائی التہاب اور ادمہ پیدا ہوجاتا ہے، اوراس کے چند دن بعد ریوی علامات پیدا ہوجاتے



شکل ۴۰۱ ۔ خون اور جلد کے مخصوص فلاریا (Microfilariae)۔ (۱) فلاریا لوآ (F. loa)۔ (۲) فلاریا بان کرافٹائی (F. bancrofti)۔ (۳) فلاریا ستیرز (F. perstans)۔ (۴) خارذنبیہ مفتول (Onchocerca volvulus) (۵) غیر زواجی فلاریا سبیلہ ذنبیہ (Agamofilaria streptocerca) ۔ (۶) منحرج فلاریا ملایائی (Mf. Malayi) جو یہاں نہیں دکھایا گیا، اور یہ (۱) کا تقریباً متماثل ہوتا ہے ۔

نوع	حشراتی میزبان یا برنڈ	انسان میں بالغ کا مسکن	انسان میں مضغہ کا مسکن
فلاریا بان کرافشائی	کیولکس فیٹی گینس	لمفی غدد اور قناتیں	محیطی خون، رات میں
فلاریا اوزرڈائی	کیولیکائیڈیز فیورنس	ناساریقا	محیطی خون، تمام اوقات میں
فلاریا پرسٹانس	کیولیکائیڈیز آسٹینائی	ناساریقا کی جڑ	” ”
لوآ لوآ	کرائی سوپس ڈائی لیپیا	جلد اور ملتحمہ	” دن میں
آنکوسرکا والوولس	سائیمولیئم ڈیمنوسم	زیر جلدی گرہچے	برادمہ، خاصکر صلب
ایکیموفلاریا سٹرپٹوسرکا	نامعلوم	نامعلوم	” ”
خرد فلاریا ملایائی	مینسونائی آئیڈیز کے انواع	”	محیطی خون، رات میں

ہیں جن کے ساتھ ایئوسین پائی جاتی ہے۔ معوی علامات عموماً پیدا نہیں ہوتے لیکن شدید سرائیتوں میں بر معدی تکلیف اور اسہال پایا جاتا ہے۔ اجابتوں میں بعض اوقات مکتوم خون (occult blood) موجود ہوتا ہے، اور شری اور تہیجی طفحات خاصکر عجانی خطہ میں پیدا ہوجاتے ہیں جن کے ساتھ شدید حکہ موجود ہوتا ہے جو ان عصائیہ نما سروں کے حملے سے پیدا ہوتا ہے جو محسّس افراد میں براز میں خارج ہوتے ہیں۔ جیسا کہ فولی بارن (Fülleborn) نے بیان کیا ہے ادمی حساسیت کا مظاہرہ مستدیرہ نما (strongyloid) کے طمی خلاصہ جات کا اشراب کرنے سے کیا جاسکتا ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار اجابتوں میں عصائیہ نما سروں کا مظاہرہ کرنے پر ہے۔ اگر براز کو پانی میں حل کر کے ململ کے کپڑے میں سے چھان لیا جائے تو یہ آسانی سے حاصل ہوسکتے ہیں۔ خطافیہ (hook-worm) کے مضغوں اور ان میں یہ فرق ہے کہ ان میں پیش مریوی دہنی کہفہ (pre-œsophageal buccal cavity) زیادہ چھوٹا ہوتا ہے۔ جب انڈے اجابتوں میں آتے ہوں تو ان کو خطافیہ کے بیضوں سے سروں کی موجودگی سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔

علاج۔ یہ جینشن وائیولٹ (gentian violet) کا استعمال کرانے پر

مشتمل ہے جیسا کہ ڈی لینگن (De Langen) (69) نے بیان کیا ہے۔ نصاب یہ ہے کہ اس دوا کی ۱/۲ ۲ گرین کی کیراٹین غلافی گولیاں دن میں تین مرتبہ کھانے کے بعد دس دن تک دی جائیں۔

فلاریت (Filariasis)۔ خاندان فلاری آئیڈی کی مختلف انواع سے انسان میں سرایت واقع ہوتی ہے۔ ان میں فلاریا بان کرافٹائی (Filaria bancrofti) فلاریا لوآ (لوآ لوآ: Loa loa)، فلاریا مستمر (Filaria perstans) (اُخار لب رشتۂ مستمر Acanthocheilonema perstans:) اور فلاریا اوزرڈائی (Filaria ozzardi) (مانسونیلا اوزرڈائی Mansonella ozzardi:) شامل ہیں۔ ان کے علاوہ دوسری فلاری آئیڈی ہیں جن کی بالغ شکلیں ابھی تک نہیں پائی گئیں۔ ان میں سے ایک خرد فلاریا سبجہ ذنبیہ (Microfilaria streptocerca) ہے جس کا ذکر میک فائی (Macfie) اور کارسن (Corson) (70) نے ۱۹۲۲ء میں کیا تھا اور جو گولڈ کوسٹ کے اصلی باشندوں کی جلد میں پایا جاتا ہے اور دوسرا خرد فلاریا ملایائی (Microfilaria malayi) ہے جس کا اندراج برگ (Brug) (71) نے ۱۹۲۷ء میں کیا تھا اور جو مشرق بعید میں اطرافی خون میں پایا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۰۴ اور جدول)۔

فلاریا بان کرافٹائی

(FILARIA BANCROFTI)

(صحفہ ۶۸، ۱۲–۱۵، صفحہ 1066)

بحث اسباب۔ فلاریا بان کرافٹائی بہت سے مدارینی اور تحت مدارینی ممالک میں پایا جاتا ہے اور یہ جزائر غرب الہند، وسطی اور جنوبی امریکہ، ہندوستان، جنوبی چین، اور بحرالکاہل کے جزائر اور افریقہ کے مغربی ساحل اور کوئینز لینڈ میں بکثرت مشاہدہ میں آتا ہے۔ بالغ کرم عروق لمف اور گرد غدی لمفی فضاؤں میں رہتا ہے جہاں یہ انڈے دیتا ہے جو لمف میں مل کر دوران خون میں چلے جاتے ہیں۔ مضغے اطرافی خون سے دن میں غائب ہو جاتے ہیں اور رات میں پھر

اس میں ظاہر ہوجاتے ہیں، اور یہ واضح شبانہ نوبیت قاعدۃً پائی جاتی ہے۔ لین (Lane) کے خیال کے مطابق اس منظر کی وجہ مادہ کرموں کا روزانہ دوری وضع حمل ہے، مگر خرد فلاریا کی نوبیت کے متعلق مینسن (Manson) کا جو نظریہ ہے اس کا انحصار اس امر پر ہے کہ دن کے وقت مضغے پھیپھڑوں اور صدری عروق میں رہتے ہیں اور اطرافی خون میں صرف رات ہی کے وقت آتے ہیں۔ مضغوں کا طول ۲۲۰ تا ۳۲۰ مائکران اور عرض ۵ء۷ تا ۱۰ مائکران ہوتا ہے، اور یہ ایک ڈھیلے سے غلاف میں بند ہوتے ہیں جو صرف بیضی غشا ہوتا ہے جو دوران نمو میں تن جاتی ہے۔ بحرالکاہل کے جزائر کی فلاریت میں کوئی نوبیت نہیں پائی جاتی اور اگرچہ یہ طفیلیہ شکلیاتی بنا پر عموماً فلاریا بانکرافٹائی کا متماثل تصور کیا جاتا ہے لیکن یہ امر مشتبہ معلوم ہوتا ہے۔ جس مچھر سے یہ منتقل ہوتا ہے وہ ای ڈیس ویرائی گیٹس (Aëdes variegatus) ہے جو دن کے وقت کاٹتا ہے۔ فلاریا بانکرافٹائی کا عام میزبان کیولکس فیٹی گینس (Culex fatigans) مچھر ہے جیسا کہ مینسن نے سب سے پہلے دریافت کیا ہے۔ مچھر رات کے وقت مضغوں کو چوستا ہے اور اس کے صدری عضلات میں ان میں تقلبات (metamorphoses) کا ایک سلسلہ واقع ہوتا ہے، اور یہاں سے یہ انجام کار اس کی سونڈ میں آجاتے ہیں۔ جب مچھر انسان کو کاٹتا ہے تو اس میں ان کا اشراب از سر نو کر دیتا ہے۔ اطرافی عروق خون میں سے نفوذ کرکے یہ انجام کار عروق لمف میں چلے جاتے ہیں جہاں ان میں صنفی پختگی واقع ہوتی ہے اور جفتی کے بعد یہ خرد فلاریا (Microfilariæ) پیدا کرتے ہیں۔ اس نمو کے لئے حشراتی برندہ کے اندر دس سے لیکر چالیس دن تک کا عرصہ درکار ہوتا ہے۔ جہاں تک ہمیں علم ہے صرف انسان ہی قطعی میزبان ہے۔

1084

امراضیات - فلاریائی کرموں سے عموماً ایئوسین پسندی پیدا ہوجاتی ہے لیکن بافتوں کو ضرر نہیں پہنچتا اور اگر کبھی پہنچتا بھی ہے تو بہت کم۔ جب مضغے دوران خون میں گردش کرتے ہیں تو ان سے بظاہر کوئی ممرض اثرات پیدا نہیں ہوتے۔ بہرحال بعض مریضوں میں لمفی نظام اور لمفی غدد کو بین ضرر پہنچ جاتا ہے جس سے فلاریائی التہاب عروق لمف، فلاریائی خراج، دوالی نما اربی غدد،

بول کیلوسی، کیلوسی قیلہ (chylocele)، التہابِ مثانہ، لمفی صفن (lymph scrotum)، کیلوسی استسقاء اور داء الفیل پیدا ہو جاتا ہے۔ داء الفیل زیادہ تر جوارح اسفل، صفن اور فرج پر اثر انداز ہوتا ہے، اور پستانی غدد بھی بعض اوقات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ یہ امراضیاتی تغیرات کسی حد تک تو میکانی تسدد کا نتیجہ ہوتے ہیں اور کسی حد تک یہ اس کرمی التہابِ غدد اور التہابِ عروقِ لمف سے پیدا ہوتے ہیں جو دیدانی سم سے رونما ہوتا ہے اور جس سے کیفیت، تسدد اور لمفی رکود واقع ہو جاتا ہے۔ جو حصہ نبقہ سمجھ لیتا ہے وہ تنازع فیہ ہے لیکن جو حاد التہابِ عروقِ لمف تپ کے ساتھ پیدا ہوتا ہے اس کی وجہ غالباً ثانوی سبحی نبقی سرایت ہے جس کا اضافہ لمف کے رکود پر ہو جاتا ہے۔ عروقِ لمف کے ممر پر بعض اوقات چھوٹے چھوٹے کربیچے پیدا ہو جاتے ہیں جو اس التہابی بافت سے مرکب ہوتے ہیں جو مردہ کرموں کو گھیرے ہوتی ہے۔

علامات - مریضوں کی اکثریت میں یہ مرض زیر سریری رہتا ہے اور یہ مریض صرف حاملین مرض کا کام کرتے ہیں۔ بہرکیف اگر لمف کے بہاؤ میں میکانی تسدد واقع ہو جائے تو خلاریائی عروقِ لمف کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ عارضہ جو تپ داء الفیل (elephantoid fever) کے نام سے بھی موسوم ہے دفعتہً سردی کے احساس یا حقیقی قشعریرہ سے شروع ہوتا ہے۔ اس کے بعد تپش میں بلندی، کثرتِ خلیاتِ ابیض اور لمفی غدد میں الیم کلانی واقع ہو جاتی ہے۔ التہابِ عروقِ لمف بھی پیدا ہو جاتا ہے اور یہ سرخ لکیروں سے ظاہر ہوتا ہے جو ان التہابی ماسکات سے جو ماؤف حصوں میں ہوتے ہیں اوپر کی طرف کو جاتی ہیں۔ ملتہب عروقِ لمف کے ممر میں بعض اوقات جس پذیر کربیچے پائے جاتے ہیں۔ جب بول لمفی (lymphuria) یا بول کیلوسی (chyluria) کی حالتیں موجود ہوں تو مریض کا پیشاب دودھیا ہوتا ہے جس میں اکثر خون ملا ہوتا ہے۔ مثانہ بینی سے متسع منشق عرقِ لمفی والی کا انکشاف کیا جا سکتا ہے جس سے مثانہ میں دودھیا سیال بہتا ہے۔

تشخیص - تحت سریری اصابات میں سرایت کا انکشاف خون میں مفضعے تلاش کرنے سے کیا جا سکتا ہے، اور یہ خون دس بجے شام اور دو بجے صبح کے درمیان لیا جاتا ہے۔

یا ایؤسین پسندی اس امتحان کی ضرورت پر دلالت کرتی ہے، لیکن جب داء الفیل پیدا ہوجاتا ہے تو خود فلاریا کا شاذونادر ہی مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ بیادرون ادمی کا شفہ جس میں ڈائرو فلاریا امیٹس (Dirofilaria immitis) کا خلاصہ اینٹی جن کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے داء الفیل کے فلاریائی اقسام کو داء الفیل مقامی (elephantiasis nostra) سے تمیز کرنے کے لئے مفید ثابت ہوتا ہے۔ تحت جلدی عروق لمف کے ممر پر جو گرہیں ہوتے ہیں ان کے استیصال کے بعد ان کی تراش کا امتحان کرنے سے بالغ کرم شناخت کئے جاسکتے ہیں، اور اگر ان میں تکلس واقع ہوگیا ہو تو لاشعاعی امتحان سے ان کا وجود ثابت کیا جاسکتا ہے۔

تحرز۔ تحرز کا انحصار مچھروں کے کاٹنے سے بچنے اور درمیانی بزند کو تباہ کرنے پر ہے۔

علاج۔ دواؤں سے کوئی نوعی علاج معلوم نہیں۔ التہاب عروق لمف کے حملہ کے دوران میں مریض کو بستر پر لٹا دینا چاہئے اور عمومی اصولوں پر اس کا علاج کرنا چاہئے۔ آوکونر (O' Connor) کا یہ بیان ہے کہ فلاریائی کریحوں پر ایتھل کلورائیڈ کا رشاش کرنے سے تپ کا حملہ ناتمام رہ جاتا ہے بشرطیکہ یہ عمل حملہ کے ابتدائی حصہ میں کیا جائے۔ داء الفیل کا علاج لچکدار جرابوں یا پٹیوں کی شکل میں دباؤ کے استعمال سے کیا جاتا ہے اور جارحہ کو مرتفع وضع میں آرام دینا چاہئے تاکہ لمفی رکود کم ہوجائے۔ ان فیلپائی عوارض میں سے بعض کے لئے جراحی مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے، اور حال ہی میں بعض تکوینی عملیہ جات ترتیب دئے گئے ہیں جن کا مقصد یہ ہے کہ تندرست بافت کے ساقچی پیوندوں میں سے لمف کا بہاؤ ازسرنو قائم کردیا جائے تاکہ لمفی تہیج کا ازالہ ہوجائے (میک انڈو McIndoe، اور گلیز Gillies: (72))۔

فلاریائے مستمر (Filaria perstans) (خارلب رشتۂ مستمر (Acanthocheilonema perstans: کا انکشاف اول اول ڈینیلس (Daniels) نے برٹش گائنا میں کیا تھا، اور مینسن (Manson) نے خود فلاریا کی شناخت کانگو کے

حبشیوں کے اطرافی خون میں کی ہے - یہ مرض مداریٹی افریقہ کے معتدبہ حصہ میں پایا جاتا ہے جس میں مغربی ساحل شامل ہے اور یہ وینزویلا، ٹرینی ڈاڈ اور وادی امیزان کے بعض حصوں اور دوسرے مقامات میں بھی دیکھنے میں آتا ہے -

بحث اسباب - بالغ کرم متطول اور خیط نما سکلیے (nematodes) ہیں - نر کا طول ۴ سم ملی میٹر اور مادہ کا ۷ سم - مادہ ملی میٹر ہوتا ہے - خرد فلاریوں کی تعداد اطرافی خون میں اختلاف پذیر ہے اور یہ اس میں دن رات موجود رہتے ہیں اور ان کا رجحان قلب کے کہفوں، بڑی بڑی شریانوں اور ریوی عروق میں مرتکز ہو جانے کی طرف ہوتا ہے - یہ فلاریا بان کرافٹائی اور لوآلوآ کے مضغوں سے چھوٹے ہوتے ہیں اور ان کی پیمائش ۲۰۰ × ۵ و ۴ مائکران ہے - ان پر غلاف نہیں ہوتا، اور خون کے خوردبینی امتحان کے دوران میں انکی عجیب و غریب انقباضی حرکات کا مشاہدہ کیا جا سکتا ہے - یہ مرض ایک بھنگے (midge) کیولی کوائیڈیز آسٹینائی (Culicoides austeni) کے ذریعہ سے منتقل ہوتا ہے اور شارپ (Sharp) نے اس کا مکمل تقلب (metamorphosis) دریافت کیا ہے اور تجرباتی سرایت پیدا کرنے کے سات سے لیکر دس دن بعد تک کے عرصہ میں سونڈ میں خالص سرووں کی موجودگی کا مظاہرہ کیا ہے - کیولی کوائیڈ ینز گریہیمائی (Culicoides grahami) بھی غالباً ایک برندہ ہے -

1085

علامات - یورپین عموماً سرایت زدہ نہیں ہوتے، لیکن یوگنڈا اور کیمرون میں ۹۰ فیصدی دیسی باشندے حامل ہوتے ہیں - امراضیاتی ضررات اور علامات وثوق کے ساتھ معلوم نہیں ہوئے، لیکن بعض ارباب سند کا یہ خیال ہے کہ ان سے لمفی دوالی پیدا ہو سکتا ہے -

تشخیص - اس کا انحصار خرد فلاریوں کا اطرافی خون میں مظاہرہ کرنے پر ہے -

علاج - درمیانی میزبان کو تباہ کرنے سے جس کی افزائش نسل جنگلوں اور دلدلوں میں ہوتی ہے - مرض کا وقوع کم کیا جا سکتا ہے - کوئی نوعی علاج معلوم نہیں -

فلاریا اوزرڈائی (Filaria ozzardi) (مینسونیلا اوزرڈائی (Mansonella ozzardi:

جزائر غرب الہند اور جنوبی امریکہ کے متصلہ حصوں میں پایا جاتا ہے۔ خرد فلاریئے جو خون کی فلموں میں فعال حرکت کرتے ہیں بے غلاف اور غیر نوبتی ہوتے ہیں وثوق کیسا تھ صرف مادہ ہی کے متعلق علم ہے اور اسکا طول ۶۵ تا ۸۱ ملی میٹر ہوتا ہے۔ بکلے (Buckley) نے ثابت کیا ہے کہ حشراتی گزندہ کیولی کائیڈینز فیورینس (Culicoides furens) ہے مگر فل بورن (Fulleborn) نے جزوی نمو اینا فیلیز میکولی پینس (Anopheles maculi-pennis) میں بھی حاصل کیا ہے۔ بالغ کرم ماساریقائی تحت باریطونی بافتوں میں بھی دریافت کئے جاچکے ہیں لیکن اس امر کے متعلق کوئی شہادت نہیں کہ یہ ممرض ہیں یا علامات پیدا کرتے ہیں تشخیص۔ یہ خرد فلاریوں کا خون کی فلموں میں انکشاف کرنے سے کی جاتی ہے۔ اس طفیلیہ سے ابھی تک کوئی امراضیاتی تعاملات منسوب نہیں کئے گئے۔

لوآ لوآ

(LOA LOA)

کلاباری ورم (Calabar Swelling)۔

یہ مرض لوآ لوآ کرموں کے جلد اور ملتحمہ کے نیچے موجود ہونے اور سریع الزوال اورام کی پیدائش سے ممیز ہے، اور یہ مغربی افریقہ کے وسیع رقبہ جات میں پایا جاتا ہے اور کیمرون میں خاص طور پر کثیر الوقوع ہے۔ یہ مین گرووکھیوں (mangrove flies) کی بعض انواع کرائی سایپس ڈیمی ڈی ایٹا (Chrysops dimidiata) اور کرائی سایپس سائی لیشیا (C. silacea) سے منتقل ہوتا ہے جو اپنی غذا دن ہی کے وقت حاصل کرتی ہیں۔ خرد فلاریوں میں روزانہ نوبیت پائی جاتی ہے اور جب کرائی سایپس مکھی کسی سرایت زدہ مریض کا خون چوستی ہے تو یہ اس کے معدہ میں چلے جاتے ہیں۔ غلافوں میں سے نکلنے کے بعد خرد فلاریئے شکم کی عضلی اور اتصالی بافتوں میں داخل ہو جاتے ہیں اور ان میں بہت سی تبدیلیاں واقع ہوتی ہیں۔ یہاں سے یہ سر کی طرف سفر اختیار کرتے ہیں، اور تقریباً دسویں دن

جب کبھی غذا حاصل کرتی ہے تو یہ لب میں سے باہر آتے ہیں ۔ کبھی چار یا پانچ دن تک منسری رہتی ہے ۔

امراضیات ۔ بالغ کرم تحت جلدی اور پس باریطونی بافتوں میں سکونت اختیار کرتے ہیں اور یہ باریطون ' پلورا اور گرد قلبہ کے نیچے ' اور اختیاری عضلات اور عضلاتِ قلب میں پائے جاتے ہیں ۔ کلاٹز (Klotz) نے کھال کی کر بیجی کیفیت کا ذکر کیا ہے جو خرد فلاریوں (لوآ لوآ) کی موجودگی کو متلازم ہوتی ہے ۔ کلاباری اورام میں کبھی تقیح واقع نہیں ہوتا ' اور یہ مقامی استبدادی تعامل سے پیدا ہوتے ہیں جس کے ساتھ مصل کا ارتشاح اور ایئوسین پسند دریزش پائی جاتی ہے اور یہ دونوں ملی فوتا میں بالغ کرموں کے دیدانی پروٹین خارج کرنے سے پیدا ہوتے ہیں ۔ اورام کا کوئی تعلق مادری کرم کی موت یا بافتوں میں مضغوں کے خارج ہونے سے نہیں اور پہلے اس کے برعکس خیال کیا جاتا تھا ۔

علامات ۔ کرم جلد کے نیچے مختلف مقامات میں پائے جاتے ہیں جن میں جوارح ' چہرہ ' کمر ' سینہ ' پستان ' زبان ' پپوٹے ' ملتحمات اور آنکھ کی مقدم کوشک شامل ہیں ۔ کرم کا آنکھ کے گرد کی بافتوں کی طرف خاص میلان پایا جاتا ہے جب یہ ملتحمہ میں سے گذرتا ہے تو معتدبہ خراش اور امتلا پیدا ہو جاتا ہے جس کے ساتھ درد اور ورم پایا جاتا ہے اور بصارت دھندلی ہو جاتی ہے ۔ مثانہ کی گردن کے خطہ کی طرف کرموں کے نقل مکان کرنے سے بھی معتدبہ درد پیدا ہوتا ہے ۔ سریری لحاظ سے کرم پھیلے ہوئے سفید ورم (کلاباری اورام) پیدا کرتے ہیں جو گودار نہیں ہوتے اور جلد کی زیر جلدی بافت پر اثر انداز ہوتے ہیں ۔ یہ بڑھ کر مرغی کے انڈے کے برابر یا اس سے بھی بڑے ہو جاتے ہیں اور دو تین دن تک موجود رہتے ہیں ۔ یہ اورام کبھی مجرد ہوتے ہیں اور کبھی متعدد ' اور جسم کے مختلف حصوں میں مہینوں یا سالوں تک بار بار پیدا ہوتے رہتے ہیں ۔ جب یہ ہاتھ یا پیش بازو میں نمودار ہوتے ہیں تو بعض اوقات کسی قدر کمزوری کا احساس پیدا ہو جاتا ہے ' اور جہاں جلد مضبوطی سے چپکی ہوتی ہے ' مثلاً چاندنی میں ' وہاں بہت سی تکلیف یا حقیقی درد بھی پیدا ہو جاتا ہے ۔ گاہے گاہے شری طفحات پیدا ہو جاتے ہیں اور

1086

دمہ تک بھی نوبت پہنچ جاتی ہے - کلا بارنما اورام فلاریائی پروٹین کے محلول کے زیر جلدی اشراب سے تجربتہً پیدا کئے جاسکتے ہیں، اور محسن موضوع میں بشری اور دمہ تک بھی پیدا ہوسکتا ہے - جہاں تک ہمیں معلوم ہے یہ مرض پندرہ سال تک بھی جاری رہتا ہے -

تشخیص - مقامی مرض کے خطہ میں سکونت کی روئداد، سریع الزوال اورام کی پیدائش، اور آنکھ کے قرب وجوار میں کرم کا ظہور سب بدرجہ خاص طور پر دلالت کرتے ہیں - کل کثرت خلیات ابیض میں تقریباً ہمیشہ ایک نمایاں اضافہ پایا جاتا ہے اور بلند ایئوسین پسندی موجود ہوتی ہے جو ۱۰ سے ۶۰ فیصدی تک ہوتی ہے - جو خون ۱۰ بجے صبح اور ۲ بجے بعد دوپہر کے درمیان لیا جائے اس میں مضغوں کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے - بیشتر یہ اس میں نہیں بھی پائے جاتے اور اوائل مرض میں خاصکر ایسا ہوتا ہے، اور اس صورت حالات میں متمم تثبیتی تعامل جس میں ڈائروفلاریا امیٹس (Dirofilaria immitis) کا اینٹی جن کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے نہایت مفید ثابت ہوتا ہے کیونکہ یہ تقریباً ہمیشہ مثبت پایا جاتا ہے - لوآ لوآ کے مریضوں کی ایک بڑی اکثریت میں فلاریائی پروٹین کے لئے دروں ادمی حساسیت بھی پائی جاتی ہے (78)-

انذار - انذار اچھا ہے لیکن کرم بعض اوقات سالوں تک تکلیف دیتے ہیں اور وقفوں پر ورم پیدا ہوتے رہتے ہیں جن سے عارضی معذوری پیدا ہوجاتی ہے -

علاج - کوئی نوعی علاج معلوم نہیں جو کیا جاسکے، لیکن جہاں ممکن ہو سطحی کرموں کو مقامی معدم حس کے زیر اثر نکال دینا چاہئے - جن اصابات میں بشری یا ربوی علامیہ موجود ہو ان میں فلاریائی پروٹین کے عقیم ملحی خلاصہ کے اشرابات سے جن کے مقادات بتدریج بڑھائے جاتے ہیں، ازالۂ حساسیت کرنے سے بعض اوقات کامیابی ہوتی ہے - بہرحال استہداف سے بچنے کے لئے احتیاط کرنا چاہئے اور ابتدائی اشراب کے ساتھ ایڈرینالین زیر جلدی طور پر دی جاسکتی ہے -

خارذنبیت
(ONCHOCERCIASIS)

(۱) خار ذنبیۂ مفتول (Onchocerca volvulus)۔ خار ذنبیۂ مفتول کی سرایتیں مغربی افریقہ اور کانگو کے تمام طاس میں پائی جاتی ہیں، اور ان کا اندراج لائبیریا، یوگنڈا، نائیجیریا، کیمرون، سینیگال، اور فرانسیسی گائنا میں بھی کیا گیا ہے۔ بچوں کی نسبت بالغوں میں سرایت بہت زیادہ کثرت سے واقع ہوتی ہے۔ یورپینوں میں یہ بہت نادرالوقوع ہے۔۔ قیصدی اصابات میں بے علامت مفتول کا مظاہرہ خون میں کیا جاسکتا ہے، اور یہ سیاہ مکھی سائی مولیئم ڈیمونوسم (Simulium damnosum) میں داخل ہونے کے بعد اس کے صدری عضلات میں نمو پاتے ہیں، اور یہاں سے یہ سر کی طرف سفر کرجاتے ہیں اور جب انسان کی بافتوں میں ان کا پھر اشراب ہوجاتا ہے تو یہ اطرافی زیر جلدی عروق لمف میں پہنچ جاتے ہیں۔

اعراضیات ۔ بالغ خار ذنبیتی کرموں (onchocerca worms) سے جو التہاب زیر جلدی عروق لمف میں شروع ہوجاتا ہے اس سے خلوی تعامل پیدا ہوجاتا ہے جس کے بعد لیفیت رونما ہوجاتی ہے اور دوری سلعات بن جاتے ہیں جن کے رخنوں میں نر کرم اور مضغہ لزج مادہ میں مدفون پائے جاتے ہیں۔ مادہ کرم قالب کے اندر رخنوں میں مدفون ہوجاتے ہیں اور اس لئے ان کو دور کرنا ناممکن ہوتا ہے۔

علامات ۔ زیر جلدی دوری گرہچوں کا قطر جن پر جلد آزادی سے حرکت پذیر ہوتی ہے، ا تا ۔ اسنٹی میٹر ہوتا ہے، اور یہ کہنیوں، گھٹنوں، پسلیوں، حرقفی عرف، اور طرو خانے کبیر کے قرب وجوار میں خاص طور سے پائے جاتے ہیں۔ جلد میں مضغوں کی وجہ سے جو خراش پیدا ہوتی ہے اس سے ادمی ضررات پیدا ہوجاتے ہیں جو بیرنگی (achromia)، جفاف الجلد (xeroderma) اور کاذب سمک جلدی (pseudo-ichthyosis) سے ممیز ہوتے ہیں (لیگریٹ :Laigret) (74)، اور چشمی ضررات کا اندراج بھی حال ہی میں کیا جاچکا ہے۔ بعض ارباب سند نے خار ذنبیتی

1087

مرض میں خصیوں کی کلانی، صفن کے داء الفیل اور قیلہ مائیہ کا ذکر بھی کیا ہے، اور مضغوں کا مظاہرہ قیلہ مائیہ کے سیال اور متہیج لمفی بافت میں کیا جاسکتا ہے۔

تشخیص۔ اس عارضہ کو ادمیتی دویروں (dermoid cysts)، لیفی سلعات رخوت لیفی (molluscum fibrosum) اور زیرمفصلی کرہیچوں سے جو آتشک و ریاز میں پائے جاتے ہیں تمیز کرنا چاہئے۔ تشخیص کی توثیق کے لئے بعض اوقات حیوی معائنہ (biopsy) اور بعد میں کرہیچہ کی تراشش کی ضرورت ہوتی ہے یا ممتص خون یا متصلہ جلد میں مضغوں کا مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔

علاج۔ نووکین کی عدم حسیت کے زیر اثر کرہیچوں کا استیصال کیا جاسکتا ہے خاصکر جبکہ یہ جوڑوں کے قریب ہوں اور ان سے معتدبہ درد اور تکلیف پیدا ہوتی ہو۔

(۲) اونکوسرکا سی کوٹی ئینس (Onchocerca cæcutiens) کو بعض ارباب سند اونکوسرکا والوولس (O. volvulus) ہی تصور کرتے ہیں۔ گاٹی مالا میں اونکوسرکا سی کوٹی ئینس کی سرایت کافی پیدا کرنے والے رقبہ جات میں ۲,۵۰۰ سے لیکر ۵,۰۰۰ فٹ تک کی بلندی پر پائی جاتی ہے جہاں کافی کی مکھیاں (coffee flies) بکثرت موجود ہوتی ہیں۔ سمولی آئی ڈی (Simuliidæ) کے تین انواع سے یہ مرض منتقل ہوتا ہے، اور وہ یہ ہیں سمولیئم میٹیلیکم (S. metallicum)، سمولیئم موسیئرائی (S. mooseri) اور سمولیئم آکریسیئم (S. ochraceum)۔ یہ مکھیاں دن میں ۸ بجے صبح سے لیکر ۶ بجے شام تک کھیتوں میں کاٹتی ہیں۔ گاٹی مالا کے بعض اضلاع میں ۶,۵۸ فیصدی باشندے اور میکسیکو میں ۹۰ فیصدی باشندے سرایت زدہ پائے گئے ہیں۔ بچے اور بالغ دونوں عموماً متاثر ہوتے ہیں۔ بالغ کرم سفید دودھیا سلکیے ہیں۔ مادہ کا طول ۳۳,۵ ملی میٹر سے لیکر ۵۰ ملی میٹر تک ہوتا ہے اور نر چھوٹا ہوتا ہے طول میں ۱۹ تا ۳۲ ملی میٹر ہوتا ہے۔ بے غلاف خرد فلاریئے خون میں شاذونادر ہی پائے جاتے ہیں، اور ان کا طول ۱۵۰ تا ۳۶۰ مم اور عرض ۶ تا مم ہوتا ہے۔

امراضیات۔ نر اور مادہ خارزنبیتی کرموں کی خراش کے نتیجہ کے طور پر

لیفی بافت کے کربیچے بنجاتے ہیں اور یہ کرم لیفی بافت کے قالب میں کمل طور پر کینہ بند ہوجاتے ہیں۔ کربیچے محکم اور رمادی مائل سفید ہوتے ہیں اور ان کا مرکزی حصہ نرم ہوتا ہے اور اس میں دودھیا مادہ ہوتا ہے جن میں مضغوں کا بآسانی مظاہرہ کیا جاسکتا ہے۔ سٹرانگ (Strong) کے بیان کے مطابق (75) خرد فلاریئے کربیچوں میں ادھر اُدھر آزادانہ حرکت کرتے ہیں اور کیسہ میں سے گذر کر ادمہ تک پہنچ جاتے ہیں اسی طرح یہ آنکھ کی بافتوں اور خاص کر ملتحمہ، قرحیہ اور قرنیہ پر بھی حملہ آور ہوتے ہیں۔ ایوسینی پسند کثرت خلیات ابیض عموماً موجود ہوتی ہے اور تفریقی شمار میں ۲۵ تا ۵۰ فی صدی خلیات ایوسین پسند خلیات ہوتے ہیں۔

علامات: امریکی خارذنبیت (American onchocerciasis) کے سریری مظاہر کربیچوں، جلدی ضررات اور چشمی پیچیدگیوں پر مشتمل ہیں۔ (۱) گاٹی مالائی کربیچے (Guatemala nodules)۔ یہ محکم کربیچے ہیں جن سے چاندلی اور چہرہ متاثر ہوتا ہے اور ان کی پیمائش عموماً ۰.۵ سے لیکر ۲.۰ سنٹی میٹر تک ہوتی ہے اور گاہے گاہے ان کے ابعاد ۵.۰ سنٹی میٹر تک پہنچ جاتے ہیں۔ (۲) جلدی ضررات: اصابات کی ایک اکثریت میں جس میں مضغے ادمہ میں پائے جاتے ہیں کوئی ضررات نہیں پائے جاتے، لیکن ان کی خراش سے گاہے گاہے حکاکی (pruriginous) اور جفاف الجلدی حالتیں پیدا ہوجاتی ہیں۔ ایک خاص قسم کا سرخبادہ جو سر، گردن اور چہرہ تک ہی محدود رہتا ہے اور جو "ساحلی سرخبادہ" ("erisipela de la costa") کے نام سے مشہور ہے اسی سبب سے منسوب کیا گیا ہے، لیکن سٹرانگ کا، جس نے حال ہی میں اس مسئلہ کے متعلق تحقیقات کی ہے، یہ خیال ہے کہ یہ شائد ان حالتوں میں جن میں ادمہ خرد فلاریوں سے بافراط سرایت زدہ ہوتا ہے کھجلانے سے جلد کی سبحہ نبقی سرایت سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے۔ (۳) چشمی ضررات۔ یہ گاٹی مالا اور جنوب مغربی میکسیکو میں تقریباً ۵ فیصدی اصابات میں پائے جاتے ہیں اور یہ التہاب ملتحمہ، نقطہ دار التہاب قرحیہ، التہاب قرنیہ، اور التہاب مشیمیہ پر مشتمل ہیں۔ خرد فلاریئے گرد قرنیتی ملتحمہ، قرنیہ، قرحیہ اور مشیمیہ کی تراشوں میں پائے گئے ہیں۔ ابتدا عموماً غیر محسوس طور پر ہوتی ہے۔ بعض اصابات میں ملتحمی بیش دمویت موجود ہوتی ہے،

اور قرنیہ میں عنبیت کے چھوٹے چھوٹے رقبہ جات پائے جاتے ہیں اور نور ترسی کی شکایت کی جاتی ہے۔ کوری کھوتا پیدا ہوجاتی ہے۔

تشخیص - یہ کرمچوں سے امتصاص کردہ وودھیا سیال میں یا متصلہ جلد میں سے خلاف خرد فلاریوں کا مظاہرہ کرنے سے کی جاتی ہے۔ جلد میں ان کا مظاہرہ کرنے کا یہ طریقہ ہے کہ ایک پتلا سا ٹکڑا تیز چاقو سے اتار لیا جاتا ہے اور خرد بینی امتحان کے لئے ملحی محلول میں چیرا جاتا ہے۔ ایئوسین پسند کثرت خلیات ابیض عموماً موجود ہوتی ہے۔ زندگی کے لئے یہ زیادہ خطرناک نہیں۔

تحریز - سیاہ مکھی (black fly) کا استیصال، مرووں (larvæ) اور شرنقوں (pupæ) کے لئے مچھلی اور نیز دافعات (repellants) کا استعمال اہم ہے لیکن سر، چہرہ اور کندھے پر کے کرمچوں کا خاص طور پر جراحی استیصال کرنا چاہئے کیونکہ یہ مرض کے منتشر کرنے کے ماسکہ کا کام دیتے ہیں۔

علاج - جب کبھی ممکن ہو تو کرمچہ کا استیصال فووکیمن کی عدم حسیت کے زیر اثر کر دینا چاہئے۔ جلد سے فلاریوں کو دور کرنے کیلئے پلازموکین (plasmoquine) 1088 ٹارٹار ایمیٹک (tartar emetic) اور فواڈین (fouadin) قابل آزمائش ہیں۔

مرض رشتہ

(DRACONTIASIS)

(صحیفہ ۶۸، ۱۶، صفحہ 1066)

نارو (Guinea-worm Disease)۔

نارو خبیطیت، مدنی (Dracunculus medinensis) فوئلی بارنیئس میڈی نیتس (Fuellebornius medinensis) شدید منطقہ حارہ افریقہ، ہندوستان، ایران، عرب، ترکستان اور برازیل کے بعض حصوں میں پایا جاتا ہے۔ ہندوستان میں دکن میں یہ مرض خاص طور پر کثیر الوقوع ہے جہاں پانی ایسی باولیوں سے آتا ہے جن میں سیڑھیاں اترتی ہیں۔ بالغ مادہ پتلے اور حبل نما کرم کی طرح کی ہوتی ہے اور اس کا اگلا سرا گول ہوتا ہے اور

دم خمیدہ ہوتی ہے۔ اس کا طول ۰۔۴ تا ۰۔۸ سنٹی میٹر اور عرض ۵ء۰ تا ۷ء۱ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اس کا مسکن خاص کر جوارح اسفل کی تحت جلدی اور رخنکی بافتیں ہیں اور جب یہ مضغے خارج کرنے کے قریب ہوتی ہے تو اس سے ادمہ کے نیچے کسی سمی شئے کا افراز ہوتا ہے جس سے آبلہ بن جاتا ہے اور تقرح پیدا ہوجاتا ہے۔ پانی کے تماس یا جارحہ پر سرد اطلاقات کا استعمال کرنے سے مضغے بروز یافتہ رحم میں سے معکوس طور پر خارج ہونا شروع ہوجاتے ہیں جس سے قرحہ کا قاعدہ ہمیشہ مثقب رہتا ہے۔ جب مضغے پانی میں آزاد ہوجاتے ہیں تو یہ ضروری ہے کہ ان کو سائیکلوپس (Cyclops) کی ایک خاص نوع نگل لے جو ان کے لئے درمیانی میزبان کا کام دیتی ہے۔ یہ معدہ میں سے نکل کر سیلوم (cœlom) میں چلے جاتے ہیں اور یہاں ان میں نموی تغیرات کا ایک سلسلہ واقع ہوتا ہے جس کے لئے سات سے لیکر نو دن کا عرصہ درکار ہوتا ہے۔ انسان ایسے پانی کے پینے سے سرایت زدہ ہوتا ہے جس میں سرایت زدہ سائیکلوپس موجود ہوں۔ انسان کے معدہ میں پہنچ کر یہ ترشئی افراز سے ہلاک ہوجاتے ہیں لیکن سرووں کو کوئی ضرر نہیں پہنچتا اور یہ آزاد ہوکر رودہ پر حملہ آور ہوتے ہیں' اور حاملہ مادہ زیر جلدی بافتوں میں دس سے لیکر چودہ ماہ بعد تک کے عرصہ میں نمودار ہوتی ہے۔ نر کرم کے انجام کے متعلق کوئی علم نہیں۔

امراضیات۔ آبلہ مندرجۂ ذیل ساختوں پر مشتمل ہوتا ہے' (۱) مرتفع ادمہ کی ایک تہ' (۲) لیفی جلاٹینی رشحہ کی ایک تہ جس میں سروے پھنسے ہوتے ہیں' (۳) اریکی بافت کا ایک قاعدہ جس پر ایک مرکزی غشّم (eschar) ہوتا ہے جس میں سے مادہ کرم کا مہین رحم بروز کرتا ہے۔ یہ کرم زیر جلدی بافت کی ایک سرنگ میں پڑا ہوتا ہے جو ایک لیفی خلوی تہ سے محصور ہوتی ہے۔ انسان میں جو امراضیاتی ضررات دیکھنے میں آتے ہیں ان کا انحصار تین اسباب پر ہے یادہ کرم مضغوں اور جراثیم پر۔ جن سمی اشیاء سے آبلہ پیدا ہوتا ہے اگر وہ خون میں جذب ہوجائیں' تو ان سے استہداف نما علامات پیدا ہوسکتے ہیں' اور اگر مضغے زیادہ گہری بافتوں میں قبل از وقت خارج ہوجائیں تو ایک تحت الخاد عقیم خراج پیدا

ہوسکتا ہے۔ نبقۂ عنبیہ ذہبی (Staphylococcus aureus)' نبقات سبحیہ (streptococci) اور عصیہ قولونی (Bacillus coli) وغیرہ کی طرح کے عفونی ثانوی جراثیمی حملہ ہونے سے معادخراجات غلوی التہاب تقیحی کہتے (suppurative buboes) 'زلالی التہاب (synovitis)' التہاب مفصل اور عفونت الدم پیدا ہوسکتے ہیں اور موت تک بھی واقع ہوسکتی ہے۔

علامات - آبلہ پیدا ہونے سے عین پہلے یا اس کی پیدائش کے ساتھ گاہے گاہے اسی قسم کے استنداف نما علامات مشاہدہ میں آتے ہیں جیسے کہ نشوٗ کیسہ میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ یہ ایک خارشی شری طفح پر مشتمل ہوتے ہیں جو ۴۰ فیصدی اصابات میں دیکھنے میں آتا ہے اور بعض مثالوں میں اس کے ساتھ عرق حرکی ہبوط ضیق سینہ کا احساس' ربوی بہر (asthmatic dysponcea)' قے' اسہال اور بلند ایئوسین پسندی پائی جاتی ہے (76) ۔ جوارح اسفل تقریباً ۸۶،۵ فی صدی اصابات میں متاثر پائے جاتے ہیں اور بازو' دھڑ' سرین اور صفن اس سے کم کثرت سے ماؤف ہوتے ہیں۔ عفونتی پیچیدگیوں سے جن کا ذکر کیا جا چکا ہے شدید تپ عارض ہوجاتی ہے اور اوتار کے تقبض سے مستقل بدشکلیاں پیدا ہوجاتی ہیں اور جوڑوں میں لیفی جسانت بھی واقع ہوسکتی ہے۔ متکلس کرموں سے جو خراش اور دباؤ پیدا ہوتا ہے اس سے رثیت نما درد اور عصبی التہاب پیدا ہوسکتا ہے' اور جن مریضوں میں ایسے علامات موجود ہوں اور جو متقامی مرض کے رقبہ جات سے آئے ہوں ان کا لاشعاعوں سے امتحان کرنا چاہئے۔ کونر (Conner) نے یہ دریافت کیا ہے کہ ان کا ملغف اور منکے دار سایہ نارو کے لئے دالۂ مرض ہے۔ مرض رشتہ میں ایئوسین پسندی پائی جاتی ہے' لیکن جب ثانوی جراثیمی سرایت واقع ہوجاتی ہے تو ایئوسین پسند خلیات کے صرفہ پر تعدیل پسند کثیر الاشکال نواتی خلیات بڑھ جاتے ہیں۔

تشخیص - جب کرم سطح جسم پر نمودار ہوجاتا ہے تو تشخیص میں کوئی دقت پیش نہیں آتی لیکن اس سے پہلے صرف ایئوسین پسندی اور متقامی مرض کے رقبہ میں سکونت کی روئداد ہی ایسے خواص ہوتے ہیں جو اس کی سرایت پر دلالت

1059

کرتے ہیں مشتبہ اصابات میں ماؤف حصہ پر سرد پانی ڈالنے یا ایتھل کلورائیڈ کا رشاش کرنے سے سروں کا اخراج شروع ہو جاتا ہے۔

تحریز - باؤلیوں اور جوہڑوں کا پانی نارو کے مریضوں کے ماؤف جوارح کے تماس سے سرایت زدہ ہو جاتا ہے اور اس سرایت کے انسداد کے لئے تدابیر اختیار کی جائیں مثلاً کنوؤں کو ڈھانک دیا جائے اور جوہڑوں کے گرد سیمنٹ کی مینڈیں بنائی جائیں۔ململ کے کپڑے میں سے پانی کی تقطیر کرنا بھی ایک موثر طریقہ ہے کیونکہ اس سے سائیکلوپس الگ ہو جاتے ہیں۔

علاج - تریٔ اور استہداف نما علامات کا بہترین علاج ایڈرینالین کے اشرابات ہیں (...۱ میں ۱ طاقت کے محلول کے ۱۰ قطرے) اور اگر مرض آبلہ کے پھٹنے سے پہلے مشاہدہ میں آئے تو اس پر آئیوڈین کا طلا کر دینا چاہئے اور اس کا استیصال کر دینا چاہئے۔ اگر کرم کو کھینچ کر نکالنے کی کوششیں ناکام رہیں تو ثانوی جراثیمی سرایت تقریباً ہمیشہ واقع ہو جاتی ہے۔ چونکہ یہ کرم لچکدار ہوتا ہے اس لئے منقبض ہو کر زیر جلدی بافتوں میں چلا جاتا ہے اور اپنے ساتھ جوف اور قرحہ کی جراثیمی نباتات کو بھی لے جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس کو کھینچ کر نکالنے سے پہلے قرحہ کے قاعدہ اور جوف کی جس میں سے یہ ابھرا ہوا ہے تعقیم کے لئے ہر قسم کی کوشش کر لینا چاہئے۔ کرم کو یا تو متوقف جر اور مالش سے نکالنا چاہئے جیسا کہ ہندوستان میں ویدوں کا دستور ہے یا نیلی پنسل سے کرم کی خاکہ بندی کر لینی چاہئے اور پھر نوووکین کی عدم حسیت کے زیر اثر متعدد شگاف دیکر اسے نکال دینا چاہئے۔ بعض اوقات کرم اپنے اوپر بالکل لپٹا ہوا پایا جاتا ہے اور اس صورت میں تمام رقبہ کا استیصال کر دینا چاہئے۔ اگر مختص التقام خراج پیدا ہو گیا ہو تو اس کا علاج جراحی طریقہ سے کرنا چاہئے۔ جوف میں ایک سلائی داخل کر کے اس لیفی خلوی سرنگ کو شگاف دیکر کھول دینا چاہئے جس میں یہ کرم پڑا ہوتا ہے۔ دوسری عفونتی پیچیدگیاں جب پیدا ہوں ان کا علاج کرنا چاہئے۔ مشرق میں ابھی تک وہ پرانا طریقہ رائج ہے جس میں کرم کو روزانہ نطول سے آہستہ آہستہ کھینچ کر نکالا جاتا ہے اور اسے ایک تنکے یا دیا سلائی پر لپیٹ دیا جاتا ہے۔

مرض موئینی

(TRICHINIASIS)

موئینچی مرض (Trichinosis, Trichinelliasis)۔

مرض موئینی (Trichiniasis)' مرغولی موئینچیہ (Trichinella spiralis)' (مرغولی موئینہ :Trichina spiralis) کے مضغوں سے پیدا ہوتا ہے جبکہ یہ امعائے انسان سے سفر کرکے اختیاری عضلات کی طرف جاتے ہیں۔ اگرچہ یہ مرض انگلستان میں نادرالوقوع ہے مگر امریکہ اور جرمنی میں یہ قلیل الوقوع نہیں میزبانی خزینے سیاہ اور بھورا چوہا ہیں' اور سؤروں کتوں اور بلیوں کو یہ مرض ان چوہوں کو کھا جانے سے عارض ہوتا ہے۔ انسان سؤر کا کچا یا ناقص پکا ہوا گوشت کھانے سے سرایت زدہ ہوتا ہے جس میں سروے دویرہ بند ہوں۔ معدی رس سے دویرہ کی دیواریں ہضم ہوجاتی ہیں اور مضغے آزاد ہوکر بلوغ کو پہنچ جاتے ہیں اور معوی مخاطیہ سے چپک جاتے ہیں اور ان کی افزائش نسل معائے صغیر ہی میں ہوتی ہے۔ نر جلد ہی مرجاتے ہیں' لیکن حاملہ مادہ کرم خملات میں تثقب سے گہرے چلے جاتے ہیں اور یہاں یہ عروق لمف یا شائد ماساریقی وریدوں میں زندہ زا بچے دیتے ہیں۔ لسکارڈ (Liscard) نے یہ اندازہ کیا ہے کہ ہر مادہ کرم ۱۵۰۰ زندہ زا سروے پیدا کرتا ہے۔ ان زندہ زا سروں میں جن کی پیمائش ۱۰۰ ملا × ۶ ملا ہوتی ہے اپنے دوران سفر میں جگر اور پھیپھڑوں کے شعریاتی بہادمیں سے گذر جانے کی استعداد موجود ہوتی ہے' اور یہ سات دن سے لیکر چھبیس دن تک کے وقفہ میں شریانی دوران خون میں نمودار ہوجاتے ہیں۔ نویں دن کے بعد یہ عضلہ میں مطروح ہونا شروع ہوجاتے ہیں اور پانچ یا چھ ہفتہ تک یعنی جب تک کہ مادہ کرم رودہ میں زندہ رہتے ہیں یہ دوران خون پر مسلسل حملہ آور رہتے ہیں۔ اس تمام عرصہ میں ان کا مظاہرہ خون میں کیا جا سکتا ہے۔

امراضیات ۔ حملے کے درجہ کے دوران میں بعض اوقات معائے صغیر میں نازلتی یا نزفی التہاب پیدا ہوجاتا ہے۔ جب سروے عضلات میں مطروح

ہوجاتے ہیں تو ان سے مقامی التہابی تعامل پیدا ہوجاتا ہے جس سے لیفی بافت کا بیضوی شکل کا ایک کیسہ بنجاتا ہے جس کے سرے کند ہوتے ہیں ۔ کیسہ کے مرکز میں سروہ ہوتا ہے جو بالکل لپٹا ہوا ہوتا ہے ۔ یہ کیسے ہمیشہ اس طرح واقع ہوتے ہیں کہ ان کا طولی محور عضلی ریشوں کا متوازی ہوتا ہے ۔ خردبینی امتحان پر اردگرد کے عضلی ریشوں میں انحطاط، مستعرض خطوط کا فقدان اور نواتات کی تعداد میں اضافہ پایا جاتا ہے نیکلس جو قطبین سے شروع ہوتا ہے چھ سے نو ماہ تک کے عرصہ میں واقع ہوجاتا ہے، اور بعد میں کرم خود بعض اوقات چونے کے املاح سے پُر ہوجاتے ہیں ۔ بہرحال دویدہ بند سرووں کے متعلق ہیں یہ معلوم ہے کہ یہ اکتیس سال تک بھی زندہ رہتے ہیں (77)۔ ڈایافرام اور بین ضلعی، شکمی، لسانی اور حنجری عضلات خاص طور پر ماؤف پائے جاتے ہیں۔

1090

علامات ۔ تین مدارج تسلیم کئے جاسکتے ہیں ۔ (۱) مادہ کرموں کے حملہ کا درجہ ۔ (۲) سرووں کے سفر کا زمانہ ۔ (۳) عضلہ میں سرووں کے دویدہ بند ہونے کا زمانہ ۔ پہلے کے درجہ میں پہلے ہفتہ میں معدی معوی علامات پیدا ہوجاتے ہیں جو متلی، قے، اسہال جس میں اجابتوں میں شائد خون اور مخاط بھی پایا جاتا ہے، اور قولنج نما دردِ شکم پر مشتمل ہیں کسل، بیخوابی اور پستی بھی موجود ہوتی ہے ۔ زبان سرخ اور خفیف سی فرودار ہوتی ہے اور بعد میں خشک ہوجاتی ہے ۔ دوسرے درجہ میں زبان کا اور حنجری اور بین ضلعی عضلات اور ڈایافرام کا عضلی التہاب پیدا ہوجاتا ہے، اور نگلنے، بولنے اور سانس لینے میں تکلیف ہوتی ہے ۔ جب بازوؤں، ٹانگوں، شکم اور جبڑوں کے عضلات متاثر ہوجاتے ہیں تو مقامی سختی اور درد پیدا ہوجاتا ہے اور ماؤف عضلات نہایت درد تیز ہوجاتے ہیں اور چھونے پر الیم اور سخت پائے جاتے ہیں ۔ شری، چہرہ کا تہیج، ایئوسین پسند کثرت خلیاتِ ابیض اور طویل المدت متفرق تپ جس میں پسینے بھی آتے ہیں ممیز خصائص میں سے ہیں ۔ عصب اور عضلہ کے برقی تعاملات میں کمی پائی جاتی ہے ۔ بعض اوقات فکّ بستگی (trismus) پیدا ہوجاتی ہے تنفسی عضلات کے ماؤف ہونے سے تنفس اتھلا اور وقفہ دار ہوجاتا ہے، اور اگر کھانسنا، چھینکنا اور جمائی لینا ناممکن نہ ہوگیا ہو تو ان سے تکلیف ضرور ہوتی ہے ۔ ریوی افرازات کو کھانس کر باہر نہ نکال سکنے کی وجہ سے ریوی

پیچیدگیاں پیدا ہوجاتی ہیں۔ پپوٹوں کی حرکت دردخیز ہوجاتی ہے تطبیق (accomm-odation) کی قوت بھی عارضی طور پر زائل ہوجاتی ہے۔ تیسرے ہفتہ کے دوران میں ضعف (cachexia) اور زیر جلدی تہبج پیدا ہوسکتا ہے' اور ہیش سرایتوں میں دردِ سر، عدم ہوشی' ہذیان اور کوما پیدا ہوجاتا ہے۔ موت تسمم الدم' ذات الریہ (نمونیا) یا تشنجی التہاب سے چوتھے ہفتہ میں یا اس سے پہلے واقع ہوسکتی ہے' اور اگر مریض شفایاب ہوجائے تو نقیہیت تدریجی ہوتی ہے اور عضلات کے درد' عضلی ذبول' اور مستمر تہبج کی وجہ سے اس میں رکاوٹ پیدا ہوجاتی ہے۔

تشخیص - مرض مونینی (trichiniasis) پہلے ہفتہ میں ٹومین (ptomaine) کی مسمومیت یا معوی التہاب یا زہریے' اور اس کے بعد تشنجی تپ' محرقہ یا کلوی التہاب سے خلط ملط کیا جاسکتا ہے۔ مرض مونینی کے اس رجحان سے کہ یہ گروہوں میں یا ایک ہی خاندان کے کئی ایک افراد میں رونما ہوتا ہے' اور بلند ایوسین پسندی سے اس کی تشخیص کی طرف بعض اوقات رہنمائی ہوجاتی ہے۔ اِس درجہ میں سٹوبلی (Stäubli) کے رائج کردہ طریقہ سے مضغوں کا مظاہرہ خون کی رو میں کیا جاسکتا ہے۔ مریض کا خون ۳ فیصدی ایسیٹک ایسڈ کے ۱۰ حصوں سے ملا دیا جاتا ہے اور بعد میں مخروطی مطروح کا امتحان کرلیا جاتا ہے۔ اِس طریقہ سے بارھویں سے لیکر بیسویں دن تک کے زمانہ میں اکثر مثبت نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ بعد کے زمانہ میں باؤنی عضلات مثلاً عضلہ دالیہ (ہنسلی کے قریب)' عضلات مضغیہ (masseters)' عضلہ ثلث الرؤس (triceps) اور عضلہ بطنیہ ساقیہ (gastrocnemii) کے حیوی معائنہ (biopsy) سے مثلاً دوہری یا دوہرہ بند سروں کا انکشاف کیا جاسکتا ہے۔ اگر تکلس واقع ہوگیا ہو تو لاشعاعی امتحان سے بیضوی دوہرے نظر آسکتے ہیں۔

انذار - شرح اموات مختلف حملوں میں مختلف ہوتی ہے اور یہ ۱ تا ۳۰ فیصدی ہے' اور اس کا انحصار زیادہ تر سرایت کی شدت پر ہے۔ مثلاً سرایت زدہ مریض اکثر تسمم الدم یا ریوی پیچیدگیوں سے ہلاک ہوجاتے ہیں لیکن پانچ ہفتہ کے بعد شفایابی کا قاعدہ امکان ہوتا ہے۔

تحریز - اس کا انحصار ملکوں میں سؤر کے گوشت کا معائنہ کرنے اور

اس کو اچھی طرح سے پکانے پر ہے۔ سؤر کے گوشت کی صیانت کے طریقے مثلاً دخان نی (smoking) اور نمک زنی (salting) غیر موثر ہیں، لیکن بیس دن تک یا اس سے زیادہ مدت کے لئے ۵° ف پر اس کی تبرید (refrigeration) موثر ثابت ہوتی ہے۔ ماہرین امراضیات کو یہ مرض دوران امتحانِ نعش میں عارض ہوسکتا ہے۔

علاج - کوئی نوعی دوا معلوم نہیں ہے، اور علاج مخفف اصولوں پر ہی کرنا چاہئے۔ عضلات کے درد کو مخدرات (narcotics)، اسپرین، فیناسیٹین اور کیفین سٹریٹ کے داخلی استعمال اور بیلاڈونا کے خارجی استعمال سے تسکین دی جاسکتی ہے۔

مری دہنگی (œsophagostomiasis) - ایسوفیگوسٹومم ایپیئوسٹومم (œsophagostomum apiostomum) ایک سلکیہ (nematoda) ہے جو مغربی افریقہ کے بشر آسا قرود (anthropoid apes) اور فلپائن اور چین کے بندروں میں پایا جاتا ہے۔ کہا جاتا ہے کہ مشرقی نائیجیریا کی جیلوں میں یہ طفیلیے تقریباً ۴ فیصدی قیدیوں میں پائے جاتے ہیں۔ سروں کا نمو روده کی دیوار میں ہوتا ہے اور یہ لیفی کیسوں میں بند ہوتے ہیں۔ جب یہ پختہ ہونے کے قریب ہوتے ہیں تو یہ درونہ میں نکل آتے ہیں، اور پیچھے اکثر ایک متقرح رقبہ باقی رہ جاتا ہے۔ یہ مخاطیہ سے چپک جاتے ہیں اور پختگی تک پہنچ جاتے ہیں۔ یہاں یہ بعض اوقات غلطی سے خطافیے (hook-worms) سمجھ لئے گئے ہیں۔ سریری لحاظ سے قولونی اسہال پیدا ہوسکتا ہے جس کے ساتھ خون اور مخاط آتا ہے، اور گاہے گاہے التہاب باریطون اور تسمم الدم پیدا ہوجاتے ہیں۔ اجابتوں کے خردبینی امتحان سے کج دہنہ کے انڈوں (ankylostome eggs) کی طرح کے بیضیوں کا انکشاف کیا جاسکتا ہے، اور صرف بالغ کرم ہی کا امتحان کرنے سے دیدان کی اس نوع کی شناخت کی جاسکتی ہے۔ جو مختلف دافعاتِ کرم (anthelminthics) مرض کج دہنہ (ancylostomiasis) کے لئے موثر ثابت ہوتے ہیں، مثلاً تھائیمال، آئل آف چینوپوڈیم، اور کاربن ٹیٹرا کلورائیڈ ان کے استعمال سے اس مرض سے بھی شفا حاصل ہوجاتی ہے۔ 1091

جنوبی امریکہ میں ایک اور نوع پائی جاتی ہے جو اس سے قریبی تعلق رکھتی ہے اور یہ ایسوفیگوسٹومم سٹی فینوسٹومم (œsophagostomum

stephanostomum) ہے۔ صرف ایک اصابہ کا اندراج کیا جا چکا ہے۔ اس میں کرپیچ معائے صغیر اور رودہ کبیر دونوں میں موجود تھے۔

مرض کج دہنہ

(ANCYLOSTOMIASIS)

(محضلہ ۱۱-۲۶۸ صفحہ 1060)

مرض خطافیہ (Hook-worm Disease) خطا فیت (Uncinariasis)۔

مرض کج دہنہ دو چھوٹے چھوٹے سلکیتی کرموں سے اثنا عشری اور رسالم کے سرایت ہونے سے پیدا ہوتا ہے اور یہ سلکیے کج دہنہ اثنا عشری (Ancylostoma duodenale) اور نیکیٹر ایمیری کینس (Necator americanus) (امریکی کج دہنہ) ہیں جن سے شدید خرد خلوی قلیل اللونی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ اقتصادی نقطۂ نظر سے مرض کج دہنہ ملیریا کے بعد مداری کا اہم ترین مرض ہے۔ یہ اندازہ کیا گیا ہے کہ صرف ہندوستان ہی میں ۴ کروڑ ۵۰ لاکھ مزدور اس کرم کی سرایت سے مریض ہیں اور چائے کے کھیتوں میں مزدور رکھنے والوں کا یہ بیان ہے کہ جب مزدور کو اس طفیلیہ سے نجات دلادی جاتی ہے تو اس کی قابلیت کار میں ۲۵ تا ۵۰ فیصدی اضافہ ہو جاتا ہے۔ برازیلی کج دہنہ (Ancylostoma brasiliense) سے جو کتوں اور بلیوں میں پایا جاتا ہے انسان بھی شاذ و نادر سرایت زدہ ہو جاتا ہے، اور کلبی کج دہنہ (Ancylostoma caninum) کے سروں کی سرایت سے ذات طفح پیدا ہو سکتا ہے۔

بحث اسباب ۔ اثنا عشری کج دہنہ (A. duodenale) جو "پرانی دنیا کے خطافیہ" ("Old World hook-worm") کے نام سے مشہور ہے فاسٹ (Faust) کی رائے کے مطابق (78) نصف کرۂ مشرقی کے شمالی معتدل خطہ کا عام انسانی کج دہنہ ہے۔ بالغ نر کی پیمائش ۸ تا ۱۰ ملی میٹر × ۴ء تا ۵ء ملی میٹر اور مادہ کی ۱۰ تا ۱۸ ملی میٹر × ۱ ملی میٹر ہوتی ہے۔ اجابتوں میں جو بیضے پائے جاتے ہیں وہ بلیلی ہوتے ہیں، ان پر ایک پتلا سا خول ہوتا ہے اور یہ شفاف ہوتے ہیں انمیں

دو سے لیکر آٹھ تک قطعہ دار کُرّیے ہوتے ہیں جن کی پیمایش ۵۵ تا ۶۵ ملر × ۳۲ تا ۴۵ ملر ہوتی ہے۔ بخلاف اس کے نصف کرہ شرقی کے اس حصہ میں جو ۲۰ درجہ عرض البلد شمالی کے جنوب میں ہے امریکی کج دہنہ (N. americanus) عام نوع ہے اور یہ جنوبی ریاستہائے متحدہ اور وسطی اور جنوبی امریکہ میں کثیر الوقوع ہے۔ یہ طفیلیہ چھوٹا ہے اور نر کی پیمایش ۷ تا ۹ ملی میٹر × ۰.۳ ملی میٹر اور مادہ کی ۹ تا ۱۲ ملی میٹر × ۰.۴ ملی میٹر ہوتی ہے۔ انڈے اثنا عشری کج دہنہ کے انڈوں کے مشابہ ہوتے ہیں اور ان کی پیمایش ۶۴ تا ۷۵ ملر × ۳۶ تا ۴۰ ملر ہوتی ہے۔ ان دونوں انواع کے بالغ کرم خدی سلاح (buccal armature) کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ امریکی کج دہنہ میں کیسہ (capsule) زیادہ چھوٹا ہوتا ہے اور اس کا حاشیہ چار بطنی خطاف نما دانتوں کی بجائے جو اثنا عشری کج دہنہ کا امتیازی خاصہ ہیں بے قاعدہ ہوتا ہے۔

دورِ حیات۔ جن اجابتوں میں بیضے ہوتے ہیں، مرطوب زمین پر ان کے ایک یا دو دن پڑے رہنے کے بعد عصائیہ نما سروے (rhabditiform larvæ) بیضوں سے باہر نکل آتے ہیں۔ شاذ و نادر ایسا بھی ہوتا ہے کہ جب مریضوں کو زیادہ قبض ہو تو یہ اجابتوں میں بھی خارج ہوتے ہیں۔ دو دفعہ کی پوست ریزی کے بعد فلاریا نما سروے نکل آتے ہیں جو تین یا چار ماہ تک بھی قابل حیات رہتے ہیں۔ جب یہ انسان کی جلد کے تماس میں آتے ہیں تو یہ بافتوں میں سے گھس کر عروق میں پہنچ جاتے ہیں اور ان کے ذریعہ سے یہ قلب کی دائیں جانب اور پھیپھڑوں میں چلے جاتے ہیں بعد میں یہ قصبۂ فتحۂ مزمار، مری اور معدے کے راستہ سے سفر کرتے ہوئے اثنا عشری اور صائم میں پہنچ جاتے ہیں جو ان کا قدرتی مسکن ہیں۔ اس کے بعد مادہ اور نر کرم بلوغ کو پہنچ جاتے ہیں اور انڈے پانچ ہفتوں میں اجابتوں میں آنے لگتے ہیں۔ یورپ میں کج دہنی مرض کان کنوں میں پایا جاتا ہے۔ کانوں کی گرمی اور رطوبت اور ناقص صفوتیات (sanitation) کی وجہ سے مزدوروں کے ننگے جسموں میں سے سرایت واقع ہو جاتی ہے۔

امراضیات کج دہنے (ancylostomes) جو اپنے خدی کہفہ میں مخاطیہ کو پکڑ لیتے ہیں

اصلی خون چوسنے والے کرموں میں سے ہیں' اور یہ مقامی جریانِ خون اور نقصانِ خون پیدا کرتے ہیں' اور امتحانِ نعش پر معائے صغیر میں ان کی چسپیدگی کے مقامات پر نشئی نزفات پائے جاتے ہیں ۔ مہلک اصابات میں قلب متسع ہوتا ہے اور اس کے عضلات میں شحمی انحطاط پایا جاتا ہے جس سے جگر اور گردے بھی ماؤف ہوتے ہیں ۔

علامات ۔ جلد پر حملہ کرنے کے بعد سرِ کج دہنی التہاب (ancylostome dermatitis) پیدا کردیتے ہیں جو "گل خارش" ("ground itch") یا "خارش حمالین" ("cooley itch") کے نام سے مشہور ہے جس کی ابتدا کھجلی سے ہوتی ہے جس کے بعد تہیج' احرار' اور ایک بثوری طفح پیدا ہوجاتا ہے اور آبلے بنجاتے ہیں۔ یہ حالت دو ہفتہ میں غائب ہوجاتی ہے بشرطیکہ ثانوی براثیمی سرایت واقع نہ ہو' اور اگر یہ واقع ہوجائے تو قوارح (pustules) اور دمل پیدا ہوجاتے ہیں۔ حالوں میں پاؤں اور ٹانگیں بالعموم متاثر ہوجاتی ہیں ۔ کارنوال کے کان کنوں میں جو اس طفح کو "خوشوں" ("bunches") کے نام سے موسوم کرتے ہیں زیادہ تر ہاتھ اور کلائیاں ماؤف پائی جاتی تھیں ۔ کتے اور بلی کے سروی تخطیفات (larval hook worms) سے بھی اسی قسم کے طفحات پیدا ہوسکتے ہیں اور یہ انسان میں بلوغ تک نہیں پہنچتے ۔

1092

شدید سرایتوں میں علامات چھ سے لیکر آٹھ ہفتہ تک کے عرصہ میں رونما ہوتی ہیں ۔ ان کا انحصار معدی معوی فسادِ فعل اور عدمِ دمویت پر ہے جو خضری قسم کی ہوتی ہے (chlorotic) ۔ پرائس جونز کے انحنائوں سے خرد خلویت (microcytosis)' جسیمہ کے اوسط قطر میں کمی' اور بائیں جانب کی طرف غیر ذومیت ظاہر ہوتی ہے ۔ لونی اشاریہ کم ہوتا ہے (۵ء ۰ تا ۸ء ۰) اور قلیل اللونی (hypochromia) نمایاں ہوتی ہے ۔ کم نمک ترشگی (hypochlorhydria) یا بے نمک ترشگی (achlorhydria) اکثر موجود ہوتی ہے ۔

سرایت کے تحت سرِیری رہنے کا انحصار صرف اس کی شدت ہی کی نوعیت پر نہیں' بلکہ یہ مریض مغذی معیشت پر بھی ہے جس میں تعویضی احمرار بعض مثل پرورش واقع ہوجاتی ہے ۔ ایسے بہت سے اسباب ہیں جو اس معیشت پر مخالف اثر ڈالتے ہیں

مثلاً ناقص تغذیہ، حیاتین کے لحاظ سے ناقص غذائیں اور بین رو مرض۔ بچوں اور بالغوں کی نسبت اور عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ آسانی سے مجیبیت ظاہر نہیں ہوتی اور اس لئے ان میں زیادہ عدم دمویت رونما ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ جن مریضوں میں خون کے نقصان کی تولیض ہو جاتی ہے ان میں کوئی علامات یا عدم دمویت نہیں پائی جاتی۔ ان کی سرایت اکثر خفیف ہوتی ہے۔ جن اصابات میں تولیض جزوی ہوتی ہے ان میں تکان جلد پیدا ہو جاتا ہے، اور ذہنی سبات، بر معدی درد، طبیعت کی خرابی، شکم میں پری کا احساس اور نفخ پایا جاتا ہے۔ اختلاج اور قصر تنفس بھی شروع ہو جاتا ہے اور بچوں میں "قدری شکم" ("pot belly") ایک عام امارت ہوتی ہے۔ جن اصابات میں تکون الدم مجیبیت (hæmopoietic respons) بین طور پر ناکام رہتی ہے ان میں ذہنی اور جسمانی جمود بڑھ جاتا ہے۔ شدید اصابہ میں اب جلد کی رنگت بہت مٹیالی ہو جاتی ہے، جناح الانف اور پیشانی کی رنگت زرد ہو جاتی ہے، اغشیۂ مخاطی زردی مائل ہو جاتے ہیں اور معدی معوی خصائص کے ساتھ قبض یا اسہال پایا جاتا ہے۔ خاک خوری (geophagia) یعنی مٹی کھانے کی عادت بھی لگا ہے گا ہے دیکھنے میں آتی ہے۔ بہرا اختلاج، نابض عنقی وریدیں، دموی خریرات، تشکیجی تزفات، پاؤں کا تہبج اور مصلی انصبابات پیدا ہو جاتے ہیں۔ عدم دمویت شاذ و نادر ہی شدید ہوتی ہے، اور سرخ خلیوں کا شمار فی مکعب ملی میٹر ......، ۲ سے لیکر ......۰،۰۰۰ ۲ تک رہتا ہے، ہیموگلوبین ۱۰ سے ۲۵ فیصدی تک ہوتی ہے، اور لونی اشاریہ ۵ ر۰ سے لیکر ۷۷ ر۰ تک ہوتا ہے۔ خلیات ایعض طبیعی ہوتے ہیں، یا ان کی تعداد میں خفیف سا اضافہ پایا جاتا ہے اور ایوسین پسندی اکثر موجود ہوتی ہے۔ اگر مریضوں کا علاج نہ کیا جائے تو موت عدم دمویتی فشل قلب یا کسی بین رو مرض مثلاً ذات الریہ (نمونیا) اور زحیر سے واقع ہو سکتی ہے، اور جو مریض بچ رہتے ہیں ان میں ایسے وسیع نقائص پیدا ہو جاتے ہیں جن کے اثرات مضر ہوتے ہیں۔ بچوں میں ذہنی اور جسمانی نمو رک جاتا ہے اور وہ بلوغ کو دیر سے پہنچتے ہیں، اور جہاں تک بالغوں کا تعلق ہے قوم کو جو اقتصادی نقصان پہنچتا ہے وہ حساب سے باہر ہے۔ مدارین اور تحت مدارین میں پسماندہ سفید فام افراد میں تحقیقات کرنے پر دماغی سستی کا سبب اکثر یہی سرایت پائی جاتی ہے (79)۔

تشخیص - سوء الہضمی اختلالات، جسمانی اور ذہنی جمود، اور خرد خلویتی تقلیل اللونی عدم دمویت سے کج دہنی مرض کا شبہ ہونا چاہئے خاص کر جبکہ ایوسین پسندی بھی ساتھ ہی موجود ہو۔ مقامی مرض کے رقبہ جات سے جو مریض آئیں ان کی اجابتوں کا خردبینی امتحان بیضوں کے لئے کرنا چاہئے، اور اس مقصد کے لئے کلیٹن لین (Clayton Lane) کے تیرانے کے طریقہ کو ترجیح دیجاتی ہے۔

انذار - مرض خطافیہ بچوں میں، اور قحط کے زمانہ میں، اور ایسے اشخاص میں جن کو ملیریا، زحیر اور ذات الریہ کی طرح کے امراض عارض ہوں جن کے لئے یہ سرایت محرض ہے، خاص طور پر خطرناک ہوتا ہے۔ اگر علاج بہت زیادہ عرصہ تک ملتوی نہ رہے تو مناسب علاج سے تقریباً ہمیشہ کامیابی ہوتی ہے۔

تحریز - یہ مناسب بوٹ اور جوتے پہننے، غلیظ زمین کی مناسب نگہداشت اور غلاظت کا مناسب دفعیہ کرنے پر مشتمل ہے۔ حاملین مرض کا علاج کرنا چاہئے، اور مشرق میں جابجا پاخانہ پھرنے کا جو عام قبیح رواج ہے اس کی جگہ بیت الخلاؤں کا انتظام کرنا چاہئے۔ کانوں میں مناسب صفائی کا لحاظ رکھنا چاہئے۔

علاج - ایسی کئی ایک دوائیں ممکن الحصول ہیں جو کج دہنوں پر مہلک اثر رکھتی ہیں۔ ابتدائی علاج ہلکی غذا اور نمکی مسہلات کا استعمال کرانے اور تھائیمال (thymol) ۳۰ گرین جو اچھی طرح سے پسا ہوا ہو برشاموں (cachets) میں فی الکر دینے یا ۵ ر مکعب سنٹی میٹر آئل آف چینو پوڈیم (oil of chenopodium) ۲ ' ۸ اور ۱۰ بجے صبح دینے پر مشتمل ہے اور اس کے بعد میگنیشیئم سلفیٹ (۱ اونس) دوپہر کے وقت دیا جاتا ہے۔ اگر ساتھ ہی صفاریت (ascariasis) بھی موجود ہو تو آئل آف چینو پوڈیم خاص اہمیت رکھتا ہے، اور بعض ارباب سند تھائیمال کے نصاب کے ایک ہفتہ بعد اس کے استعمال کو دستور العمل بنانے کی تعریف کرتے ہیں تھائیمال کے محللات مثلاً الکحل، مسکہ، دودھ، کیسٹر آئل، ایتھر، گلیسرین اور کلوروفارم سے پرہیز لازم ہے کیونکہ ان سے اس کی بہت زیادہ مقدار جذب ہو جاتی ہے جس سے دوران سر، دردسر، عضلی ناہم آہنگی، قے اور بر معدہ میں جلن کا احساس پیدا ہو جاتا ہے۔ اگر تپ، کبدی مرض، گلوی التہاب یا ریوی یا قلبی مرض موجود ہو تو اس کا

استعمال جائز نہیں۔ کاربن ٹیٹرا کلورائیڈ (carbon tetrachloride) ۳ مکعب سنٹی میٹر مقدار میں سیال کی شکل میں یا جلاٹین کے کیپسوں میں دیا جاتا ہے۔ ابتدائی فاقہ کشی مناسب نہیں۔ موثر طریقہ کار یہ ہے کہ کاربن ٹیٹرا کلورائیڈ (۳ مکعب سنٹی میٹر) کو آئل آف چینوپوڈیئم (۱ مکعب سنٹی میٹر) کے ساتھ ملا لیا جاتا ہے، رات کو ہلکی غذا دی جاتی ہے اور صبح ناشتے کی اجازت نہیں دی جاتی۔ ان دواؤں کا آمیزہ صبح ۷ بجے دے دیا جاتا ہے اور ۹ بجے صبح نمکی مسہل دیا جاتا ہے۔ دوپہر کو ہلکی غذا کی اجازت دی جاتی ہے۔ علاج کے دوران میں اور اس کے بعد اجابتیں جمع کی جاتی ہیں اور ان کا امتحان بیضوں اور طفیلیوں کے لئے کیا جاتا ہے، اور ایک ہفتہ کے بعد پھر امتحان کیا جاتا ہے اگر بیضے پھر موجود ہوں تو علاج کے دوسرے نصاب کی ضرورت ظاہر ہوتی ہے جواب دوسری دوا سے کیا جاتا ہے۔

عدم دمویت ایک اہم حالت ہے اور سرایت کا استیصال کرنے کے علاوہ مریض کو لوہا بڑے بڑے مقادات میں دینا چاہئے، مثلاً فرائی ایٹ امونیائی سٹراس (ferri et ammon. cit.) ۳۰ گرین دن میں ۳ مرتبہ، یا بلاڈ کی چار گولیاں دن میں تین مرتبہ بعد غذا۔ علاوہ ازیں جن اصابات میں ترشہ کا افراز ناقص ہو ان میں ایسڈ ہائیڈرو کلور ڈل (acid hydrochlor. dil.) (بی۔پی) ۱ ڈرام کے مقادات میں رنگترہ کے مرقق عرق میں ملا کر کھانے کے بعد دیا جائے۔ غذا مغذی اور بخوبی متوازن ہونی چاہئے اور اس میں حیاتین با فراط ہونے چاہئیں۔

صفاریت

(صحیفہ ۶۸، ۱۴، ۱۹ صفحہ 1066)

دود مستدیر (Round Worm)۔

شکل میں بالغ خراطینی صفار (ascaris lumbricoides) معمولی کیچوے کے مشابہ ہوتا ہے۔ نر کی پیمائش ۱۷ تا ۲۵ سنٹی میٹر × ۳ ملی میٹر، اور مادہ کی ۲۰ تا ۴۰ سنٹی میٹر × ۵ ملی میٹر ہوتی ہے۔ آگے کی طرف یہ پتلا ہوتا جاتا ہے اور پیچھے کا سرا کند مخروطی ہوتا ہے۔ انڈے زرد اور بیضوی ہوتے ہیں، اور ان پر ایک دبیز شفاف خول

ہوتا ہے اور بعض اوقات ایک حلمہ دار غلاف بھی ہوتا ہے۔ ان کی پیمائش ۴۵ تا ۷۵ μ x ۳۵ تا ۵۰ μ ہوتی ہے۔ نابارور انڈے زیادہ بیلچی ہوتے ہیں اور یہ اس حالت میں خارج ہوتے ہیں جبکہ صرف مادہ کرم ہی موجود ہوں۔

دورِ حیات ۔ انسان کے براز میں جو بیضے خارج ہوتے ہیں وہ غلاظت ہی میں پختہ ہوجاتے ہیں اور تپش، رطوبت اور آکسیجن کی رسد سے یہ متاثر ہوتے ہیں۔ عصائیہ نما سروہ (rhabditiform larva) ۹ سے لیکر ۱۴ دن کے عرصہ میں نمو پاتا ہے اور ملوث زمین میں بیضے کئی مہینوں یا سالوں تک قابل حیات رہتے ہیں۔ نگلے جانے کے بعد کامل النمو بیضے معدے میں سے گذر جاتے ہیں، اور عصائیہ نما سروے معوی رسوں میں انڈوں سے باہر نکل آتے ہیں اور معوی دیوار میں سے گذر کر عروق کلف یا وریدوں میں چلے جاتے ہیں، اور قلب یا قنات صدری کے راستہ سے گذر کر پھیپھڑوں میں چلے جاتے ہیں۔ یہاں شعری جھاد میں یہ منقطر ہو کر رہ جاتے ہیں اور نقب لگا کر جوفیزوں میں گھس جاتے ہیں۔ اس کے بعد یہ اپنے قدرتی مسکن یعنے معائے صغیر کی طرف قصبہ، مری اور معدہ کے راستہ سے سفر کر جاتے ہیں۔ کرم انسانی سرایت کے تقریباً دو سے اڑھائی ماہ تک کی مدت کے بعد پختگی کو پہنچتے ہیں اور اسی موقع پر مادہ کرم انڈے دینے شروع کر دیتے ہیں۔

امراضیات ۔ اپنے دوران سفر میں سروے التہاب پیدا کرسکتے ہیں جس کے ساتھ چھوٹے چھوٹے نزفات پائے جاتے ہیں اور تہیج بھی موجود ہوتا ہے۔ تنفسی گذرگاہوں میں امراضیاتی رشحہ پایا جاتا ہے اور مقامی ایئوسین پسندی موجود ہوتی ہے بیشتر سرایتوں میں تجمد کے قطعات میں بعض اوقات "صفاری ذات الریہ" (ascaris pneumonia) پیدا ہوجاتا ہے۔

علامات ۔ ریوی ابتلا کے علامات صفاری بیضوں کے نگلنے کے دو سے لیکر پانچ دن تک کی مدت کے بعد شروع ہوجاتے ہیں۔ تپ، کھانسی اور بہر پیدا ہوجاتا ہے اور تجمد کے امارات رونما ہوجاتے ہیں جو لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) کے مشابہ ہوتے ہیں۔ تپش عموماً چار یا پانچ دن میں رفع ہوجاتی ہے لیکن بیشتر سرایت زدہ مریضوں میں صفاری ذات الریہ بعض اوقات مہلک ثابت

ہوتا ہے۔ گاہے گاہے سروے اپنے دوران سفر میں غیر طبعی محلات مثلاً جگر، قلب، عضلات، گردوں
اور مرکزی عصبی نظام میں چلے جاتے ہیں۔ کلوی التہاب کا بھی ذکر کیا جا چکا ہے جس
میں پیشاب میں سروے موجود تھے۔ شری مظاہر، زیر جلدی بافتوں کا تہیج اور شدید
ایئوسین پسندی مرض کے اس درجہ کے ممیز خصائص ہیں۔ بالغ کرم سمی، معکوس اور
میکانی ذرائع سے علامات پیدا کرتے ہیں۔ جو مریض صفاری پروٹین کیلئے حساس ہوجاتے
ہیں ان میں خارشی اور شری طفحات اور زیر جلدی بافتوں کا تہیج پیدا ہوجاتا ہے
جو خاصکر چہرہ میں دیکھنے میں آتا ہے، اور بچوں میں عصبی اضطراب، سلس البول اور
تشنجات تک بھی پیدا ہوجاتے ہیں۔ سوء ہضم، نفخ، تکلیف شکم، درد اور اسہال
بھی پیدا ہوجاتا ہے، جس کے ساتھ کبھی خون ہوتا ہے اور کبھی نہیں۔ موخر الذکر حالت
"صفاری زحیر" ("ascaris dysentery") کے نام سے موسوم ہے۔ جیش مرائیدہ
اصابات میں پیچیدگیاں قلیل الوقوع نہیں۔ یہ مندرجہ ذیل ہیں (۱) معدی تسدد
جو لفائفی اعوری مصراع (ileocecal valve) کے قرب و جوار میں پایا جاتا ہے اور
صفاری کرموں کا "گولا" بنجانے سے پیدا ہوتا ہے۔ (۲) معا کا تثقب جس کے
ساتھ التہاب باریطون یا مختنق المقام خراج پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات جوف بھی
بن جاتے ہیں اور شکم کی دیواریں سے کرم خارج ہوتے ہیں۔ (۳) التہاب زائدہ۔
(۴) لبلبی اور صفراوی قناتوں کا تسدد جس سے یرقان، التہاب قنات صفراً
التہاب مرارہ یا خراج جگر تک پیدا ہوسکتا ہے۔ (۵) مزمار کا تہیج جو اُن کرموں
کرموں سے پیدا ہوتا ہے جو قصبہ میں ٹھہر گئے ہوں۔ اگر یہ اس محل میں پھنس جائیں تو
اختناق (suffocation) پیدا ہوسکتا ہے۔ (۶) معین جوفوں مثلاً مفارہ کا ابتلا
جو قے کے دوران میں کرموں کے داخل ہونے سے عمل میں آتا ہے۔

1094

تشخیص - صفاری ذات الریہ (ascaris pneumonia) کی تشخیص مشکل
ہے گو ایئوسین پسندی سے جو اس حالت میں موجود ہوتی ہے اس کا شبہ ہوسکتا ہے،
اور بعد میں اس کی توثیق اجابتوں میں بیضوں کے نمودار ہونے سے کی جاسکتی ہے۔
معوی صفاریت (intestinal ascariasis) کی تشخیص اجابتوں میں بار ور یا نابار ور
بیضوں کا مظاہرہ کرنے سے یا بالغ کرموں کے خارج ہونے سے کی جاتی ہے۔

انذار - سوائے بعض سرایتوں کے جن میں صفاری ذات الریہ یا مختلف قسم کی میکانی پیچیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں، انذار عمدہ ہوتا ہے۔

تحریز - اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ انسان کو صفاریت کا مرض کچی غذا سے یا سرایت زدہ مٹی سے ہاتھوں کے ملوث ہونے سے عارض ہوتا ہے جیسا کہ چین میں کیا جاتا ہے ملوث غلاظت کو سبزی کے باغوں میں استعمال نہ کرنا چاہئے کیونکہ اس کو عقیم بنانے کے لئے کوئی اطمینان بخش طریقہ موجود نہیں۔

علاج - سینٹونین (santonin) ۳ تا ۵ گرین کا استعمال مسلسل یا متبادل تین دن تک عموماً کارگر ثابت ہوتا ہے۔ ابتداء میں علاج سے پہلے فاقہ کرانا چاہئے اور کیسٹر آئل بطور مسہل دینا چاہئے۔ بچوں میں بلحاظ تناسب کم مقدار دیا جاتا ہے۔ آئل آف چینوپوڈیم (۱ مکعب سنٹی میٹر) اور کاربن ٹیٹرا کلورائیڈ (۳ مکعب سنٹی میٹر) بھی موثر دوائیں ہیں۔ ان کا استعمال ٹھیک اسی طرح کیا جا سکتا ہے جس طرح یہ کچھ دہنی مرض میں استعمال کی جاتی ہیں۔ بعض مذکورہ بالا پیچیدگیوں کے لئے فوری جراحی مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے۔

بال دُمی مرض (Trichuriasis)- یہ رودۂ کبیر کی سرایت ہے جو دودۂ سوطیہ (whip-worm) (بال دُمی بال دمہ: Trichuris trichura) یا غیر مساوی بال سر (Trichocephalus dispar) سے واقع ہوتی ہے۔ بالغ کرموں کی پیمائش ۴ تا ۵ x ۵ء سنٹی میٹر ہوتی ہے۔ اگلا دو تہائی حصہ بال کی طرح نہایت باریک ہوتا ہے، لیکن پچھلا ایک تہائی حصہ موٹا ہوتا ہے۔ انڈوں کا رنگ بھورا ہوتا ہے، شکل میں یہ برمیل نما ہوتے ہیں اور سروں پر گومڑ نما ہوتی ہیں۔ ان کی پیمائش ۵۰ ملا x ۲۳ ملا ہوتی ہے۔ انسان کو یہ مرض سرایت زدہ برازسے ملوث غذا یا پانی میں بار ور انڈوں کے کھائے جانے سے عارض ہوتا ہے۔ امعاء میں پہنچنے پر انڈوں میں سے سروے نکل آتے ہیں اور یہ مخاطیہ سے چپک جاتے ہیں۔ گاہے گاہے زائدہ، لفائفی اور قولون بھی ماؤف ہو جاتے ہیں (صفحہ ۹۸، ۴، ۵، صفحہ 1066)۔

امراضیات - گاہے گاہے کوئی کرم تحت مخاطیہ یا باریطونی کہفہ کو

منتقب کر دیتا ہے۔ زائدہ کے درونہ کی مسدودی سے التہاب زائدہ پیدا ہو سکتا ہے۔
علامات۔ مشرق میں یہ سرایت عام ہے اور تقریباً ۲۵ فیصدی آبادی سرایت زدہ پائی جاتی ہے۔ یہ عارضہ عموماً تحت سریری رہتا ہے، لیکن بچوں میں معکوس انتقالات، عدم دمویت، ثری اور ائیوسین پسندی واقع ہو سکتی ہے۔
تشخیص کا انحصار براز میں ممیز انڈوں کا مظاہرہ کرنے پر ہے۔
تحریز۔ جہاں سرایت زدہ مٹی سے متاس ہونے کا امکان ہو وہاں کھانا کھانے سے پہلے ہاتھ احتیاط سے صاف کر لینے چاہئیں، اور کچے پھلوں اور سبزیوں کو استعمال کرنے سے پہلے جوش کھاتے ہوئے پانی میں چند سکنڈ کے لئے ڈبو لینا چاہئے۔
علاج۔ ایسی کوئی دوا ممکن الحصول نہیں جو قطعی طور پر نوعی حیثیت رکھتی ہو، لیکن ہیکسل ریزارسینال (hexylresorcinol) ۰.۲ تا ۱ گرام مقدار میں قرص کی شکل میں خالی معدہ پر دینے سے (80) بعض اوقات فائدہ ہوتا ہے۔ گاہے گاہے انسان میں آئل آف چینو پوڈیئم دینے سے کامیابی ہوتی ہے، اور ہال (Hall) نے یہ دریافت کیا ہے کہ کتے میں مرکیورو کروم کیسوں میں ڈال کر کھلانے سے ۸۰ فیصدی دیدان سوطیہ خارج ہو گئے۔

چرنوں کا مرض (Oxyuriasis)۔ یہ مرض دود الخل (thread-worm) یا دودہ ابریہ (pin-worm) کی سرایت سے پیدا ہوتا ہے جس کا نام نوک دملہ کرمک (Oxyuris vermicularis) یا کرمک معائیہ (Enterobius vermicularis) ہے۔ یہ کیڑے مردوں کی نسبت عورتوں میں اور بالغوں کی نسبت بچوں میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ ایک خاندان کے افراد میں عدید سرایتیں اکثر دیکھنے میں آتی ہیں اور ذاتی سرایت عام ہے۔ بالغ کرم جن کا مسکن اعور، زائدہ اور معائے کبیر اور معائے صغیر کے متصل حصے ہیں مخاطیہ سے چپک جاتے ہیں۔ نر کرم کی پیمائش ۳ تا ۵ ملی میٹر اور مادہ کی ۱۰ ملی میٹر ہوتی ہے۔ بیضوں کی پیمائش ۵۰ × ۲۰ مد ہوتی ہے اور ان کا خول نرم ہوتا ہے۔ یہ بے رنگ اور شکل میں مستوی محدب (plano-convex) ہوتے ہیں اور ان میں لپٹے ہوئے مضغے موجود ہوتے ہیں۔ یہ براز میں شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں۔ حاملہ مادہ کرم مبرز کے قریب جوار

1095

میں شدید خارش پیدا کردیتے ہیں جہاں یہ اکثر خشک ہو کر پھٹ جاتے ہیں اور ان میں سے بیضے آزاد ہو جاتے ہیں۔ کھجلانے پر مریض کے انگلیوں کے ناخن ملوث ہو جاتے ہیں اور اس ماخذ سے سرایت بار بار واقع ہوتی رہتی ہے۔ جب انڈے نکلے جاتے ہیں تو اثنا عشری میں ان میں سے عصائیہ نما سروے (rhabditiform larvæ) نکل کر آزاد ہو جاتے ہیں (صفحہ ۶۸ '۱ - ۳)۔

اعراضیات۔ مخاطیہ میں ان مقامات کے اردگرد جہاں یہ کرم چپکے ہوتے ہیں التہابی تعاملات پیدا ہو جاتے ہیں' اور جب یہ زائدہ میں موجود ہوتے ہیں تو بعض اوقات ایک کرمی نازلتی التہاب زائدہ (verminous catarrhal appendicitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ گرد مبرزی خطہ میں چھوٹے چھوٹے نزفات اور زیر جلدی سلعات پیدا ہو جاتے ہیں اور غشائے مخاطی میں تاکلات (erosions) واقع ہو جاتے ہیں جن کی وجہ سے جلدی اکزیما پیدا ہو سکتا ہے۔

علامات۔ معوی کرموں سے معکوس علامات پیدا ہو سکتے ہیں' اور رات کے وقت جبکہ مریض بستر پر لیٹ جاتا ہے ان کے معائے مستقیم سے باہر نکل آنے سے معتدبہ تکلیف اور خارش پیدا ہوتی ہے۔ حکۃ المبرز (pruritis ani) اور اکزیما پیدا ہو سکتا ہے جس سے بیخوابی' عصبی فتور' اور عصبی نہاکت پیدا ہو سکتی ہے مثانہ کی خراش پذیری' تواتر بول' معائے مستقیم سے مخاط نما افراز اور سقوط مبرز واقع ہو سکتا ہے' اور کم عمر لڑکیوں میں بعض اوقات جبلی مواد آنا شروع ہو جاتا ہے۔ گاہے گاہے یہ کرم معدہ' مری اور دوسرے رقبہ جات میں چلے جاتے ہیں۔

تشخیص۔ جن مریضوں میں حکۃ المبرز کی روئداد موجود ہو ان میں گرد مبرزی خطہ کی کھرچنوں کا خوردبینی امتحان کرنے سے انڈوں کا انکشاف کیا جا سکتا ہے' اور اگر مریض کا امتحان سونے کے لئے لیٹنے کے ذرا دیر بعد کریں تو بالغ کرم بھی پائے جاتے ہیں۔ خفیف سی ائیوسین پسندی قلیل الوقوع نہیں۔

انذار۔ انذار اچھا ہے۔ جن مریضوں کا عصبی توازن درست نہ ہو ان میں بعض اوقات شدید عصبانیتیں پیدا ہو جاتی ہیں' اور ان کرموں سے پیدا شدہ ضررات کی وجہ سے جراثیم سے نظامی سرایت کے واقع ہونے کا بھی امکان

ہوتا ہے۔

علاج۔ سرایت زدہ بچوں کو اکیلے سلانا چاہئے۔ ان کے ناخن اچھی طرح سے کاٹنے چاہئیں اور انھیں دستانے اور معقم کئے ہوئے پاجامے پہنانے چاہئیں رفع حاجت کے بعد ہاتھ اچھی طرح سے دھلائے جائیں۔ اعور میں حاملہ مادہ کرموں کو آئل آف چینو پوڈیم، سینٹونین، تھائیمال اور زر نرخس (filix-mas) دینے سے ہلاک کیا جا سکتا ہے۔ رودہ کو پٹیشیم تنشی لحمی محلول (ایک پائنٹ میں ۲ ڈرام) سے دھو کر $\frac{1}{1000}$ انفیوژن آف کوئیشیا کا حقنہ دیا جاتا ہے اور پائنتی کو اونچا کر دیا جاتا ہے یا اس کی جگہ صابون کے سادہ حقنہ کا بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔ ایک اور موثر طریقہ ہے جس میں رودہ کو ابتداءً بائی کاربونیٹ آف سوڈا سے دھو دیا جاتا ہے اور یٹرین (Yatren) (۵ء۲ فیصدی محلول کی ۸ اونس مقدار) دیجاتی ہے جسے آدھ گھنٹہ تک روک کر رکھا جاتا ہے۔ گرد مبرزی خط پر انگوئنٹم ہائیڈرارجیرائی اموٹی ایٹی (unguent.hydrarg.ammon.) (بی۔پی) لگایا جا سکتا ہے۔ اگر التہاب زائدہ کے علامات موجود ہوں تو جراحی مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے۔

سروؤں سے پیدا شدہ امراض
(Diseases due to Larvæ)

ذبابیت
(MYIASIS)

جب بعض دو پرہ حشرات (dipterous insects) کے سروے انسانی بافتوں پر حملہ آور ہوتے ہیں تو اس کا نتیجہ ذبابیت (myiasis) ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ مدارین میں ایسے زخموں اور کھفوں کو ہمیشہ ڈھانک کر رکھنا چاہئے جن سے پیپ یا بدبودار مواد بہتا ہو کیونکہ ایسی بہت سی مکھیاں ہیں جو ایسے وسیط میں انڈے یا سروے دیتی ہیں۔ اس قسم کے سروؤں کے کان، انفی کہفجات، جلد، جبل، مبال اور رودہ میں پائے جانے کا اندراج کیا جا چکا ہے۔ اور وہ مکھی جو وولفارٹیا میگنی فیکا (Wohlfartia

magnifica) کے نام سے موسوم ہے بعض اوقات ملتحمہ تاجیہ میں انڈے دے دیتی ہے جن کے نتائج خطرناک ہوتے ہیں۔ ذبابیت کی دو بڑی قسمیں ادمی اور معوی ہیں۔

(۱) **پیچ کرم** (Screw-Worm) (کرائیسومائیا میسیلیریا (Chrysomyia macellaria:)۔ اس مکھی کا طول ۹ تا ۱۰ ملی میٹر ہوتا ہے اور یہ مداری اور تحت مداری امریکہ کے بہت سے حصوں میں نہایت کثرت سے پائی جاتی ہے۔ یہ عام گوشت کی مکھی (blue-bottle) سے اس امر سے تمیز کی جاسکتی ہے کہ اس کے صدر پر تین سیاہ خط نما ظہری نشانات ہوتے ہیں۔ یہ اپنے انڈے ایسے زخموں پر دیتی ہے جس سے بدبودار مواد بہتا ہو۔ انڈوں سے سروے چند گھنٹوں میں نکل آتے ہیں اور جب یہ پختہ ہوجاتے ہیں تو ان کا طول ۲ سے لیکر ۳ انچ تک ہوتا ہے۔ ان کی شکل پیچ کی طرح کی ہوتی ہے اور اس لئے ان کو یہ نام دیا گیا ہے۔

1096

ان کے جسم میں بارہ قطعے ہوتے ہیں، ہر ایک پر شوکوں کا ایک سلسلہ ہوتا ہے اور بافتوں میں نقب لگا کر یہ انہی سے اپنی غذا حاصل کرتے ہیں اور بہت تباہی پیدا کرتے ہیں۔ جب ناک متاثر ہوجاتی ہے تو سروے معین جوفوں میں گھس جاتے ہیں۔ متصلہ ہڈیوں میں سوراخ کرکے راستہ بنالیتے ہیں حتیٰ کہ یہ کھوپری کے قاعدہ میں بھی نفوذ کرجاتے ہیں جس سے مہلک التہاب سحایا پیدا ہوجاتا ہے۔ جب خارجی سمعی منفذ پر حملہ ہوتا ہے تو اذن وسطی بھی تباہ ہوجاتا ہے۔

تحریز - یہ زخموں اور بہتے ہوئے دہنوں کو ڈھانکنے اور مسہری میں سونے پر مشتمل ہے۔

علاج - خوش زخموں میں سے سروں کو عموماً دافعاتِ عفونت کے استعمال سے دور کیا جاسکتا ہے، اور جب ناک متاثر ہو تو کلورا فارم اور مرقق کاربالک ایسڈ کے اشرابات مفید ثابت ہوتے ہیں۔ جب جوف یا جوف ہوں تو بعض اوقات عملیہ ضروری ہوتا ہے۔

(۲) **پشہ کرم** (Mosquito-Worm) (ورمیکیک Ver macaque: کرم گوشت گاؤ beef-worm:) (ڈرمیٹوبیا ہومینس (Dermatobia hominis:) یا ڈرمیٹوبیا سیانی وینٹرس

(D. cyaniventris: - پشہ کرم وسطی امریکہ میں اور جنوبی امریکہ کے ان حصوں میں جو وسطی امریکہ کے متصل ہیں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ اس کا سر زرد اور آنکھیں بھوری ہوتی ہیں۔ سینہ کی رنگت خاکستری ہوتی ہے، اور شکم تاریک اور دھات کے رنگ کا نیلا ہوتا ہے۔ اس کا طول ۱۴ سے لیکر ۱۶ ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ سروے انسان کی جلد تک ان انڈوں سے پہنچتے ہیں جو بعض انواع کے مچھروں اور کاٹنے والی مکھیوں اور کلیوں (ticks) کی بطنی سطح سے چپک جاتے ہیں، اور نمو پانے کے بعد یہ بافتوں پر وخزی زخم (puncture wound) کے راستہ سے حملہ آور ہوتے ہیں۔ ایک قسم کا دل پیدا ہو جاتا ہے جو جبنہ (warble) کہلاتا ہے، اور جس میں ایک وسطی سوراخ ہوتا ہے۔ اس سوراخ میں سے گمنہ (maggot) سانس لیتا ہے اور اس کا سیاہ براز اسی میں سے خارج ہوتا ہے اور بعد میں یہ اسی میں سے باہر نکل جاتا ہے۔ اس کے بعد یہ نمو پاکر شرنقہ (chrysalis) بن جاتا ہے جس سے آخر کار مکھی بن جاتی ہے۔ بروکس (Bruce) نے جبنی سروں (warble larvæ) (ہائپوڈرما بووس Hypoderma bovis) اور اوئیسٹرس اوویس (Oestrus ovis:) سے سرایت زدہ بیلوں اور بھیڑوں میں دوبرہ کے قدرتی ضربہ کے بعد ایک عجیب وغریب استہدافی تعامل کے رونما ہونے کا ذکر کیا ہے جو بعض اوقات مہلک ثابت ہوتا ہے۔ ابھی تک یہ معلوم نہیں ہوا کہ یہ علامیہ انسان میں بھی پایا جاتا ہے لیکن اس کے وقوع کا امکان ہے۔

علاج۔ جبنہ کے سوراخ کو مشرط (bistoury) سے بڑا کر کے گمنہ کو باہر نکال دینا چاہئے اور کہفہ کو دافعات عفونت سے صاف کر دینا چاہئے۔ دیسی باشندے سروں کو ہلاک کرنے کے لئے تمباکو کے رس کا استعمال کرتے ہیں۔

(۳) ورڈوکیار (Ver du Cayor) یا مرض تمبو (Tumbu Disease) - یہ مرض وسطی اور مغربی افریقہ میں عام طور پر پایا جاتا ہے، اور یہ تمبو مکھی (Tumbu fly) (کارڈی لوبیا اینتھروپوفیجا Cordylobia anthropophaga:) کے سروں سے پیدا ہوتا ہے۔ اس مکھی کا طول ۵ء۸ ملی میٹر سے لیکر ۵ء۱۱ ملی میٹر تک ہوتا ہے اور اس کا رنگ زرد ہوتا ہے اور شکم پر سیاہ دھبے ہوتے ہیں۔ یہ کپڑوں پر یا زمین پر انڈے دیتی ہے اور ان سے جو سروے

نکلتے ہیں ان کے منہ پر خطافات ہوتے ہیں اور یہ بافتوں میں گھس جاتے ہیں۔ جس سے کانٹا چبھنے کی طرح کا احساس پیدا ہوتا ہے اور بعد میں ایک جبہند (warble) یا دل پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ جبنے بچوں میں چاندلی، رانوں اور سرین پر پائے جاتے ہیں اور بعض اوقات ان میں التہاب پیدا ہوجاتا ہے اور پیپ پڑجاتی ہے۔ یہ تقریباً دو ہفتہ میں پختہ ہوجاتے ہیں اور اسی وسطی سوراخ میں سے باہر نکل جاتے ہیں جس میں سے ان کا براز پہلے خارج ہوتا تھا۔

علاج ۔اگر ضرورت ہو تو روزن کو بڑا کرلیا جاتا ہے اور اس میں سے گرگو دبا کر نکال دیا جاتا ہے، اور کہفہ کو دافعات عفونت سے صاف کردیا جاتا ہے۔

(۴) کانگو کا فرشی مگسہ (Congo Floor Maggot)۔

بالغ مکھی (آوکمیرومائیالیوٹیٹولا Auchmeromyia luteola:) جو افریقہ کے تمام ملاریئی حصوں میں پائی جاتی ہے جھونپڑیوں اور بڑے مکانات کے ملحقہ حجروں کے فرش پر انڈے دیتی ہے۔ سروے انڈوں سے نکلکر زمین پر سوئے ہوئے اشخاص کی بافتوں سے خون چوسنا شروع کردیتے ہیں اور ان کو درد کا احساس بالکل نہیں ہوتا۔ سروں کا طول تقریباً ۱۵ ملی میٹر ہوتا ہے اور ان میں گیارہ قطعات ہوتے ہیں اور معتدبہ حرکت پذیری موجود ہوتی ہے۔ بالغ مکھی کا رنگ زرد ہوتا ہے اور اس کی کمر اور اس کے سینہ پر طولی دھاریاں ہوتی ہیں۔ اس کا طول ۱۰ سے لیکر ۱۲ ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ اس مرض کا انسداد زمین سے اونچے بستر پر سونے سے کیا جاسکتا ہے۔

(۵) معوی ذبابیت (Intestinal Myiasis)۔ مکھیوں کے سروے انسانی براز میں اکثر دیکھنے میں آتے ہیں۔ یہ عموماً تبرز کے بعد براز پر دیئے ہوئے انڈوں سے پیدا ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ انڈے غذا کے ساتھ نگلے جاتے ہیں، اور سروے انسان کی معوی قنال میں نمو پاکر نکل آتے ہیں۔ یورپ میں اکثر اصابات میں یہ مرض فینیا کینی کیولیرس (Fannis canicularis) سے پیدا ہوتا ہے، لیکن یہ دوسری جنسوں کے مختلف انواع مثلاً سارکوفیگا (Sarcophaga)، اپیئوکیٹا (Apiochæta) اور اینتھومائیا

(Anthomyia) سے بھی پیدا ہوسکتا ہے۔ کسلمندی، قے، اسہال، قولنجی دردِ شکم، تپ، تقشعریرے، دردِسر، دوران سر اور تشنجات پیدا ہوسکتے ہیں۔ بعض اوقات قناتِ صفرا پر بھی حملہ ہوجاتا ہے جس کے نتائج خطرناک ہوتے ہیں۔

علاج۔ مریضوں کو کیسٹر آئل کا مسہل دینا چاہئے۔ تھائمال، نر فرن (filix-mas)، سینٹونین اور تارپین سے بعض اوقات فائدہ ہوتا ہے۔　1097

لسانی کرم

(TONGUE-WORMS)

(صفحہ ۱۷)

بالغ لسانی کرم (tongue-worms) جو دیدانِ شریطیہ (tape-worms) سے سطحی مشابہت رکھتے ہیں درا صل انحطاط یافتہ، قطعہ دار عنکبیہ (segmented arachnids) ہیں، جو بعض گوشت خوار جانوروں یا سانپوں کے نتھنوں اور پھیپھڑوں میں رہتے ہیں اور اپنے انڈے نباتات پر دیتے ہیں۔ جب یہ انڈے کھائے جاتے ہیں تو سرو ے درمیانی میزبان کے احشاء میں دویرہ بند ہوجاتے ہیں۔ انسان میں دو انواع کے پائے جانے کی اطلاع ملی ہے۔ لنگوئیٹولا سیراٹا (Linguatula serrata) جس کے سرو ے انسان کے جگر میں دویرہ بند ہوتے ہیں۔ اصابات کی اطلاع برازیل اور یورپ کے بعض حصوں سے آئی ہے دوسری نوع پروکیفیلس آرملیٹس (Procephalus armillatus) ہے، اور یہ ساریقا، جگر، پھیپھڑوں اور دوسرے اعضا میں دویرہ بند ہوتی ہے، اور بلجیمی کانگو کے حبشیوں میں اس کے اصابات قلیل الوقوع نہیں۔ پھیپھڑوں اور باریطون کا التہاب واقع ہوسکتا ہے جس سے ریوی امارات اور علامات پیدا ہوجاتے ہیں۔ امتحانِ نعش پر کہنہ باریطون میں سروی شکلیں پائی جاتی ہیں۔ یہ طفیلیے کہنہ شکم میں مختلف احشاء کی سطح پر ادھر اُدھر پھرتے رہتے ہیں اور جگر، پھیپھڑوں اور معائے صغیر میں دویرہ بند ہوجاتے ہیں۔ لو (Low) اور کارڈینر (Cordiner) نے حال ہی میں ایک اصابہ کا ذکر کیا ہے (81) جس میں لاشعاعی تصویر میں جگر اور شکم کے

دوسرے حصوں میں عجیب قسم کے سایے موجود تھے اور یہ اپنی شکل اور جسامت کے لحاظ سے صرف پیروکیفیلس آرملیٹس (P. armillatus) کے دویرے ہی ہو سکتے تھے۔ ان میں سے بہتوں میں وہ ہلالی منظر بہت وضاحت سے دکھائی دیتا تھا جو طفیلیوں کی پری نما شکلوں (nymph-forms) نے دویرہ کے اندر زمانۂ حیات میں اختیار کیا تھا، اور اب اگرچہ ان میں تکلس واقع ہو گیا تھا لیکن یہ لاشعاعی تصویر میں بخوبی دکھائی دیتے تھے۔

نیش زنی اور گزیدگی
(Bites and Stings)

بعض مفصل پایوں (arthropods) کی گزیدگی اور نیش زنی، تقطیر پذیر ریکٹسیا اجسام، اور مختلف مرض جراثیم، سخز جیوا تاست (protozoa) اور دیدان (helminths) کے منتقل ہونے کے علاوہ انسان کے لئے بعض اوقات شدید تکلیف کا باعث ہوتی ہے۔ یہاں اسی گزیدگی اور نیش زنی کا ذکر کیا جائیگا۔

حشرات کی گزیدگیاں۔ اس نقطۂ نظر سے جو حشرات انسان کے لئے خاص طور پر تکلیف دہ ہیں وہ مندرجۂ ذیل ہیں۔ (۱) کاٹنے والے بھنگے (biting midges)(کائیرونومیڈی :Chironomidæ)، (۲) جاموشی پشے (buffalo gnats)(سیمولائی ئیڈی :Simuliidæ)، (۳) ریت مکھیاں (سائیکوڈیڈی :Psychodidæ)، (۴) مچھر (کیولیسیڈی :Culicidæ)، (۵) کاٹنے والی مکھیاں (ٹےبینیڈی :Tabanidæ)، (۶) خون چوسنے والی مسیڈی (Muscidæ) جس میں اصطبل مکھی (سٹیموکسس کیلسٹرانس :Stemoxys calcitrans) اور سیٹسی مکھیاں (گلاسینا پیلپیلس :Glossina palpalis اور گلاسینا مورسی ٹینس (Glossina morsitans: شامل ہیں، (۷) خون چوسنے والی جوئیں (پیڈی کیولیڈی :Pediculidæ)، (۸) خون چوسنے والے وہ کھٹمل جن کا تعلق سیمیسیڈی (Cimicidæ) اور ریڈووائی ئیڈی (Reduviidæ) خاندانوں سے ہے (۹) ھائیمینوپٹیرا (Hymenoptera) کے ارکان مثلاً شہد کی مکھیاں،

چیونٹیاں اور بھڑیں۔

علامات ۔ کیڑے کے زہر کے مخدش فعل سے مختص المقام التہاب پیدا ہوجاتا ہے اور گاہے گاہے زہر کے خوں پاش اور عصبی سمی دونوں قسم کے اثرات عمل میں آتے ہیں محسس شخص میں سریری مظاہر استہدائی تعامل کا نتیجہ ہو سکتے ہیں' اور اس صورت حالات میں مقامی تعامل کی قسم کا انحصار بظاہر تطعیم کے محل پر ہوتا ہے۔ اگر مخدش کا اشراب ادمہ میں ہوا ہو تو ایک بڑا ساتھری درد ورا فوراً پیدا ہوجاتا ہے جیسا کہ بائیکاٹ (Boycott)(82) نے ان اشخاص میں دیکھا ہے جو بھنگوں کی گزیدگیوں کے لئے محسس تھے' اور اگر یہ گہری بافتوں تک پہنچ جائے جیسا کہ اصطبل مکھی (سٹیموکسس کیلسٹرانس (Stemoxys calcitrans: کی حالت میں ہوتا ہے تو ایک آجل تعامل رونما ہوتا ہے جس میں زیر جلدی بافتوں کا تہیج پایا جاتا ہے۔ گزیدہ حصہ پھول جاتا ہے اور اس میں ورم نمودار ہوجاتا ہے' اردگرد کی جلد اس پرتن جاتی ہے جس سے کھچاوٹ کا احساس پیدا ہوجاتا ہے' اور زیادہ سطحی عروق کے تعامل کے لحاظ سے اس کا رنگ زردی مائل یا قرمزی سرخ ہوتا ہے۔ گرانی کے احساس اور کھجلی کے علاوہ یہ حالت درحقیقت درد خیز نہیں ہوتی' اور ورم عموماً چھتیس گھنٹے سے لیکر بہتر گھنٹے تک کے عرصہ میں غائب ہوجاتا ہے۔ شدید اصابات میں عموماً بہت زیادہ کھجلی پائی جاتی ہے اور بعض اوقات سطحی آبلے پیدا ہوجاتے ہیں۔ مچھروں اور اصطبل مکھی وغیرہ کی طرح کے حشرات کے کاٹنے کا ایک خطرناک نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بافتوں میں قشبی عضویات مثلاً سبحی نبقات (streptococci) کی تطعیم ہوجاتی ہے یا جمرہ' کزاز اور گیس گنگرین کی طرح کے نوعی عضویات داخل ہوجاتے ہیں۔

خون چوسنے والے میوسڈس (Muscids) مثلاً اصطبل مکھی اور سیلسی مکھی کے کاٹنے کی حالت میں درد فوراً شروع ہوجاتا ہے۔ ریت مکھیاں برہنہ حصوں مثلاً ہاتھوں' پہنچوں' ٹخنوں اور گردن پر خاصکر سورج غروب ہونے کے بعد کاٹتی ہیں اور مقام گزیدگی پر کئی دن تک کھجلی ہوتی رہتی ہے جو ناقابل برداشت ہوتی ہے۔ صرف مادہ مچھر ہی خون چوستا ہے اور بعض انواع کے کاٹنے سے درد نہیں ہوتا

1098

اور بعض کے کاٹنے سے بہت تکلیف ہوتی ہے۔مقامی تعامل کی شدت مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے۔اثر پذیر اشخاص میں بہت سا ورم اور احمرار پیدا ہوجاتا ہے اور آبلوں تک بھی نوبت پہنچ جاتی ہے۔خون چوسنے والی جوئیں عموماً انسان پر حملہ آور ہوتی ہیں۔قملِ عانہ (Phthirus pubis) یا کیکڑا جوں موئے زہار پر پائی جاتی ہے اور یہ اکثر دوران مجامعت میں منتقل ہوتی ہے۔اس کے کاٹنے سے بعض اوقات معتدبہ خراش پیدا ہوتی ہے' تپ آجاتی ہے اور جلد کی رنگت نیلگوں ہوجاتی ہے۔جسم کی جوں سے احمرار پیدا ہوجاتا ہے اور خارشی گلابی بثور نمودار ہوجاتے ہیں۔بعض اوقات آبلے پیدا ہوجاتے ہیں اور جلد کی رنگت کانسی کی سی ہوجاتی ہے جو مرضِ آوارگاں (vagabond's disease) کے نام سے موسوم ہے۔کھجلانے سے ثانوی عفونت پیدا ہوسکتی ہے' اور سر کی جوں سے بچوں میں چاندنی کا اکزیما' غدی التہاب اور سہر (insomnia) پیدا ہوسکتا ہے۔معتدل ممالک کے عام کھٹمل سائمیکس لیکٹولیریئس (Cimex lectularius) اور بداریئی ممالک کے سائمیکس ھیمی پٹیرا (C. hemiptera) کے کاٹنے سے شری اور خارشی ددوڑے پیدا ہوجاتے ہیں۔موخر الذکر بدارین میں دھوپ میں پہننے کی انگریزی ٹوپیوں کے کارک کے استر میں پایا جاچکا ہے۔شہد کی مکھیوں اور بھڑوں (ھائیمینوپٹیرا) کے ڈنک بہت درد خیز ہوتے ہیں' اور ان کے کاٹنے کے بعد مقامی اور عمومی تعامل کی شدت کا انحصار کسی سابقہ نیش زنی سے پیدا شدہ حساسیت پر ہے۔اگر کسی شخص کے منہ کے اندر کاٹا ہو تو زبان اور حلقوم کے ماؤف ہونے کی حالت میں تنفسی تسدد واقع ہوسکتا ہے' اور مزاحمہ کے تہیج سے موت گاہے گاہے اختناق (asphyxia) سے واقع ہوجاتی ہے۔محسس (sensitised) افراد میں نیش زنی کے بعد شدید عرق حر کی ہبوط' سکتہ (syncope) اور کوما پیدا ہوجاتا ہے اور کبھی کبھی موت بھی بہت جلد واقع ہوجاتی ہے' اور زیادہ متوسط اصابات میں بیس منٹ کے اندر ایک ددوڑا دیکھنے میں آتا ہے جو تیزی سے بڑھتا جاتا ہے اور احمرار سے محصور ہوتا ہے اور عمومی شری بھی پیدا ہوجاتا ہے۔اس کے بعد ملتحمی اشراب' تدمع' اور کدم (chemosis)

پیدا ہوجاتا ہے اور ساتھ ہی درد سر، غشیان، متلی، قے اور عرق حرکی ہبوط پیدا ہوجاتا ہے جس کے ساتھ کم طنابی (hypotension) اور ربوی قسم کا بُہر موجود ہوتا ہے۔ یہ حالت بتدریج زائل ہوجاتی ہے، لیکن دوسرے دن، جس حالت میں کہ نیش زنی کا مقام کسی جارحہ پر ہو، زیر جلدی بافتوں میں ایک بڑا سا پھولا ہوا ورم پیدا ہوجاتا ہے جس کے گرد کی جلد قرمزی سرخ ہوتی ہے اور اس میں شدید خارش ہوتی ہے اور کبھی کبھی آبلے بھی پیدا ہوجاتے ہیں۔ انتہائی اصابات میں تمام جارحہ میں بہت سا ورم پیدا ہوجاتا ہے۔

تحریز - مضر حشرات کو تباہ کرنے کی ہر کوشش کرنا چاہیئے اور ان کی افزایش نسل کے مقامات کو بھی تباہ کردینا چاہیئے۔ رہایشی مکانات میں پردوں کا انتظام اور رات کو مسہری کا استعمال بہت مناسب ہے بشرطیکہ (citronella) اور یوکلپٹس (eucalyptus) کی طرح کے طیران پذیر روغنوں کا استعمال مفید ہے اور یہ کپڑوں یا جلد کو بطور مرہم براہِ راست لگائے جاسکتے ہیں۔

علاج - اصطبل مکھیوں اور دوسرے حشرات کی گزیدگی کی حالت میں جس سے جراثیم کے منتقل ہونے کا احتمال ہو فوراً آیوڈین لگا دینی چاہیئے، اور بعد میں جو کھجلی ہوتی ہے وہ کاربالک ایسڈ کا آبی محلول (۲۰ میں ۱) یا مینتھال کا الکحلی محلول (۱ فیصدی)، یا لوشیو کیلیمینی جس میں لائکوار کاربونس ڈیٹرجنس (liquor carbonis detergens) اور لائکوار پلمبائی سب ایسی ٹیٹیٹس فورٹ (liquor plumbi subacetatis fort) ملایا گیا ہو لگانے سے بخوبی رفع کیجاسکتی ہے۔

شہد کی مکھیوں اور بھڑوں کی نیش زنی کی حالت میں ماؤف حصہ پر دباؤ کا استعمال نہ کرنا چاہیئے کیونکہ اس سے زہر کے تاچہ کے مشمولات دب کر بافتوں میں چلے جاتے ہیں۔ ڈنک کو نرمی سے دور کردینا چاہیئے یا اسے آہستہ سے کھرچ کر الگ کردینا چاہیئے۔ بعد میں اگر شہد کی مکھی نے کاٹا ہو تو نیش زنی کے مقام پر مرقق سیال ایمونیا یا بائی کاربونیٹ آف سوڈا کا سفوفہ یا مقطیلین جیلی لگا دینی چاہیئے، اور اگر بھڑنے کاٹا ہو جس کا ڈنک قلوی ہوتا ہے تو سرکہ کی طرح کے خفیف ترشوں کا استعمال کرنا چاہیئے۔ اگر استعدادی علامات رونما

ہوں تو $\frac{1}{1000}$ ایڈرینالین کے ۰۵ قطروں کا زیر جلدی اشراب کر دینا چاہیئے۔ عفونت کا علاج عام جراحی اصولوں کے مطابق کیا جاتا ہے اور سبحی نبقتی (streptococcic) سرایتوں میں جبکہ التہاب عروقِ لمف پیدا ہو گیا ہو اور جمرہ اور گیس گنگرین اور کزاز کی حالت میں نوعی ضد مصلات کا استعمال فوراً کرنا چاہیئے۔

عنکبیوں کی گزندہائی۔ عنکبیوں (arachnida) میں مقّاشات (mites) 'قرادات (ticks)' مکڑیاں اور بچھو شامل ہیں' اور ان کے کاٹنے سے معتدبہ معذوری پیدا ہو سکتی ہے۔

(۱) مقّاشات۔ شکر اور اناج کی طرح کی خام اشیا کو ہاتھ لگانے سے بعض اوقات ایک تکلیف دہ قسم کا التہاب ادمہ پیدا ہو جاتا ہے جو "پنساری کھجلی" ("Grocer's itch") (گلائیکی فیگس ڈومیسٹیکس (Glycyphagus domesticus: "اناج کھجلی" ("grain itch") (پیڈی کیولائیڈیز وینٹری کوسس: pediculoides ventricosus) چائے کے کھیتوں میں "پن کھجلی" ("water itch") (رھائیزوگلائی فس پیراسائی ٹیئس (Rhizoglyphus parasitious: اور "کھوپرا کھجلی" ("copra itch") کے ناموں سے موسوم ہے۔ معتدل ممالک میں فصلی عثّہ (harvest mite) بعض اوقات معتدبہ کھجلی اور احرار کا باعث ہوتا ہے۔

1099　**علاج۔** عثی التہاب ادمہ (mite dermatitis) سے بچنے کا بہترین طریقہ دستانوں کا استعمال ہے۔ معمولی فصلی عثہ سے بچنے کے لئے جرابوں میں سفوفِ طلق (talc powder) یا تصعید کردہ گندک کا چھڑکنا یا ٹانگوں کو گرین سوپ (green soap) یا بنزین (benzene) سے دھونا مفید ہوتا ہے۔

(۲) قرادات (Ticks)۔ قرادات انسان کو عموماً اتفاق ہی سے کاٹتے ہیں۔ ان کی کئی ایک انواع کے کاٹنے سے انسان میں قرادی شلل واقع ہو سکتا ہے جن میں ڈرماسنٹار وینسٹس (Dermacentor venustus) اور ڈرماسنٹار اینڈرسونائی (D. andersoni) شامل ہیں۔ یہ عموماً گردن کی گدی پر کاٹتے ہیں جو متورم' درد خیز اور متہیج ہو جاتی ہے۔ بعد میں زیریں حرکی عصبیتی قسم

(lower motor neuron type) کا شلل پیدا ہوجاتا ہے اور ٹانگیں پہلے متاثر ہوتی ہیں اور بازو بعد میں ماؤف ہوتے ہیں۔

علاج - قرادات کو الگ کرنے کے لئے ان کو کھینچنے کی کوشش کرنے سے پہلے کار بالک آمیختہ تیل یا پیرافن لگا دینا چاہئے کیونکہ ایسا کرنے سے سر نکل آتا ہے اور ٹوٹ کر نہیں رہ جاتا۔

(۳) **مکڑیاں** - اکثر مکڑیاں انسان کے لئے چنداں خطرناک نہیں' لیکن بعض اور خصوصاً لیٹروڈیکٹس (Latrodectus) ایسی ہیں جو بہت ہلک ہیں - ایرا ینیڈا (Araneida) یا صادق مکڑیوں میں سمی غدد ہوتے ہیں اور یہ اپنے شکار میں زہر کا اخراج کرتی ہیں۔

بحث اسباب - مکڑیوں کے زہر میں عصبی سمی فعل غالب ہوتا ہے اور اس کا اثر عصبی عضلی اتصال اور نخاع مستطیل کے مراکز پر ہوتا ہے - جن گنی پگوں کو قدرتی طور پر کاٹا گیا ہو وہ عضلات کے کزاز نما تشنجات اور شعبی تشنج سے ہلاک ہوجاتے ہیں - بعض زہروں میں ہیمولائیسن (hæmolysin) ہوتی ہے - آسٹریلیا اور نیوزیلینڈ کی مکڑی لیٹروڈیکٹس ہیسل ٹیلٹی (L. hasseltii) جس کی کمر سرخ ہوتی ہے' اور کیلی فورنیا کی "بلیک وڈو" ("black widow") (لیٹروڈیکٹس میکٹینس :L. mactans) اپنے جالے' اضلاع میں جہاں گندآبی نظام موجود نہیں ہوتا' خشک مٹی کی کھڈیوں کے قدمچوں پر تنتی ہیں اور یہ انسان کو دوران اجابت میں عموماً اعضائے تناسل پر کاٹتی ہیں - سرخبادۂ خلوی التہاب اور عفونت الدم' کزاز' جمرہ اور گنگرین واقع ہوسکتی ہے۔

امراضیات - کاٹنے کے بعد بعض اوقات مقامی التہاب پیدا ہوجاتا ہے اور گنگرین تک بھی واقع ہوسکتی ہے' لیکن اکثر مرئی تغیر بہت کم ہوتا ہے - امتحان نعش پر احشائی امتلا' غشئی نزفات اور ریوی تہیج پایا جاتا ہے' اور بعض انواع کے کاٹنے میں کلوی تغیرات پائے جاتے ہیں جن کے ساتھ ہیموگلوبین بولیت (hæmoglobinuria) موجود ہوتی ہے۔

علامات - درد اور مختلف اقسام کے عضلی تشنجات نمایاں سریری علامات

ہوتے ہیں ۔ بعض اوقات کاٹنے کے فوراً بعد مریض شدید درد محسوس کرتا ہے اور بعض اصابات میں درد ایک یا دو گھنٹے کے بعد شروع ہوتا ہے ۔ درد اکثر شدید ہوتا ہے، اور یہ جوارح، خصیتین اور شکم کی طرف منتشر ہوتا ہے جس کی دیواریں اسقدر استوار ہوجاتی ہیں کہ حاد شکمی بحران کا شبہ ہوتا ہے ۔ عرق حرکی ہبوط واقع ہوجاتا ہے جس کے ساتھ ہی رنگت زرد ہوجاتی ہے، قے ہونے لگتی ہے، پسینہ نکلنے لگتا ہے اور خون کا دباؤ کم ہوجاتا ہے ۔ بخر واقع ہوجاتا ہے، جس کے ساتھ تنفسی صرصرہ (respiratory stridor) موجود ہوتا ہے ۔ حدقات عموماً منقبض پائے جاتے ہیں، اور متاخر مدارج میں روشنی کے لئے کوئی تعامل واقع نہیں ہوتا ۔ معکوسات سست ہوتے ہیں، ضعف ابتداء ہی میں پیدا ہوجاتا ہے اور عسر البلع (dysphagia) اور نعوظ مستمر (priapism) بھی گاہے گاہے پائے جاتے ہیں ابتداء میں نبض زیادہ ہوتی ہے لیکن بعد میں گرجاتی ہے اور اگر ثانوی جراثیمی سرایت واقع ہوجائے تو تپ کئی دن تک جاری رہتی ہے ۔ شدید اصابات میں دائیں قلب کا اتساع، زراق (cyanosis)، ریوی تہیج اور کوما واقع ہوسکتے ہیں ۔ بعض انواع میں جن میں " چلیپا کڑی " ("cross spider") ایپائرا ڈایاڈیما (Epeira diadema) اور جی۔ گیسٹیرا کینتھائیڈیز (G. gasteracanthoides) شامل ہیں ہیموگلوبین بولیت پیدا ہوجاتی ہے ۔

انذار ۔ اکثر اصابات میں انذار عمدہ ہوتا ہے، لیکن لیٹروڈیکٹس (Latrodestus) اور ایٹریکس (Atrax) کے بعض انواع میں شرح اموات ۶ فیصدی یا اس سے زیادہ تک پہنچ جاتی ہے ۔ جن اصابات میں شفا ہوجاتی ہے ان میں حاد علامات کے رفع ہوجانے کے کچھ عرصہ بعد بھی جوارح میں درد رہتا ہے اور بے خوابی کی شکایت پائی جاتی ہے ۔

تشخیص ۔ اس حالت میں تشخیص آسان ہوتی ہے جبکہ کڑی دیکھ لی گئی ہو اور حاد درد فوراً شروع ہوگیا ہو ۔ جب مخفی زمانہ موجود ہو اور مقامی التہابی عوارض غائب ہوں تو تشخیص میں معتدبہ دقت پیش آتی ہے اور مختلف عوارض مثلاً مسمومیت غذا، فشل قلب اور شکم حاد کا شبہ ہوتا ہے ۔

تجویز - اجابت سے پہلے خشک مٹی کی کھڈیوں کا احتیاط سے معائنہ کرلینے سے لیٹروڈیکٹس کی گزیدگی کا خطرہ ایک بڑی حد تک کم کیا جا سکتا ہے۔

علاج - جب جوارح پر کاٹا گیا ہو تو فوراً بندش لگا کر شگاف دے دینا چاہئے اور میکانی امتصاص سے کام لینا چاہئے' اور ثانوی سرایت کے انسداد کے لئے آئیوڈین کا استعمال مقامی طور پر مفید ثابت ہوتا ہے۔ درد رفع کرنے کے لئے بعض اوقات مارفیا کی ضرورت ہوتی ہے' اور تشنجی اور عضلی تشنجات کو کیلشیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) (۱۰ فیصدی محلول کی ۱۰ مکعب سنٹی میٹر مقدار) کے دروں وریدی اور دروں عضلی انشرابات سے فائدہ ہوتا ہے۔ فشل دوران کا علاج ملحی محلول (۹ء۰ فیصدی) اور گلوکوس کے محلول (۵ فیصدی) کے دروں وریدی انشرابات اور کورامین (coramine)' پچوٹرین (pituitrin) اور ایڈرینالین (adrenalin) کے انشرابات سے کرنا چاہئے۔ ریوی تہیج کے لئے ایٹروپین (atropine) اور فوری فصد کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر تقیہینی مصل ممکن الحصول ہو تو یہ قابل آزمایش ہوتا ہے۔

(۴) بچھو۔ بچھوؤں کا جسم جزوی طور پر قطعہ دار ہوتا اور ان کے پامجاس (pedipalps) مضبوط اور سنسی کی طرح کے ہوتے ہیں' اور شوکہ دار دم کے پس مرزی قطعہ پر سمی غدد کا ایک جوڑا ہوتا ہے۔ جب بچھو حملہ کرتا ہے تو دم کو آگے بڑھا کر شکار میں بھونک دیتا ہے اور زہر کے تاچہ کے مشمولات فوراً خارج ہو جاتے ہیں۔ بوتھس (Buthus) جنس کے بچھو مدارین میں بخوبی معروف ہیں اور بعض دوسرے مثلاً (یوسکورپیئس اٹیلی کس :Euscorpius italicus) اور سینٹرورس اکسلی کوڈا (Centrurus exlicauda) خطرناک ہیں۔

علامات - جہاں بچھو ڈنک مارتا ہے وہاں شدید درد ہونے لگتا ہے اور بعض اوقات شدید سمی علامات نمودار ہو جاتے ہیں جو کہ اسہال' تعرق' اینٹھن اور تپ پر مشتمل ہیں۔ فک بستگی (trismus)' گردن کی اکڑ' مختلف اقسام کا عضلی شلل کوما اور تنفسی شلل بھی واقع ہو سکتا ہے۔ بچے اکثر بلا واسطہ سمی اثرات سے ہلاک ہو جاتے ہیں اور بالغوں میں گا ہے گا ہے شدید عفونت واقع ہو جاتی ہے۔

علاج - مقامی علاج اسی علاج کے مشابہ ہے جس کا خاکہ مکڑی کی گزیدگی کے بیان میں دیا گیا ہے - قوی ایمونیا لگانے یا نووو کین (novocaine) اور ایڈرینالین (adrenalin) کا مقامی اشراب کرنے سے درد رفع کیا جاسکتا ہے اگرچہ کبھی کبھی مارفیا کی بھی ضرورت پیش آتی ہے - ایک نوعی عقربی اینٹی وینین (specific scorpion antivenene) بھی گھوڑوں میں زہر کے تاچوں کے شمولات کی تطعیم کرنے سے کامیابی سے طیار کی جاچکی ہے اور یہ بالائی مصر میں کثرت سے استعمال کی جاتی ہے جہاں بچوں کی شرح اموات میں بہت بڑی تخفیف دیکھنے میں آئی ہے - بچوں کے لئے معمولی مقادہ ۵ مکعب سنٹی میٹر دروں وریدی راہ سے ہے -

کنکھجوروں کی گزیدگی - (مائیریا پوڈا :Myriapoda) معتدل ممالک میں جو چھوٹے کنکھجورے پائے جاتے ہیں وہ بعض اوقات زہر کا اشراب کردیتے ہیں جس سے معتدبہ مقامی التہاب اور علامات پیدا ہو جاتے ہیں جن کے ساتھ سرخباد ہ نما ثوران بھی ہوتا ہے - مدارین میں ایک بڑا کنکھجورا ہوتا ہے جو سکولوپینڈرا جائی گینٹا (Scolopendra giganta) کے نام سے موسوم ہے اس کے کاٹنے سے زیادہ شدید مقامی التہاب، تنخر، التہاب عروق لمف اور سمی خصائص مثلاً عمومی درد، دردِ سر، قے اور تپ پیدا ہوتے ہیں - بچوں میں کوما رونما ہوجاتا ہے اور موت واقع ہوجاتی ہے -

علاج - علاج انہی اصولوں پر کیا جاتا ہے جن کا ذکر بچھو کے کاٹنے کے بیان میں کیا جاچکا ہے، لیکن کوئی نوعی ضد مصل ممکن الحصول نہیں -

کاٹنے والی جونکیں

(ھیرو ڈینیا :Hirudinea) جونکیں ہیروڈینیا کے ارکان میں سے ہیں جو چیٹوپوڈ دیدان (Chætopod worms) کی ایک شاخ ہے، اور یہ مدارین میں گھنے پتوں اور دلدل والے جنگلوں، ندیوں اور دریاؤں میں خاص طور پر تکلیف دہ ثابت ہوتی ہے -

ایشیائی بری جونک (ھیمے ڈائی پیا زے لینیکا (Hæmadipea zeylanica: تقریباً ۱ انچ لمبی ہوتی ہے - یہ ہندوستان، لنکا، جاپان اور

فلپائن میں پائی جاتی ہے اور جونکوں والے جنگلوں میں سے سفر کرنے کے بعد مسافروں کی جرابیں خون سے تر پائی جاتی ہیں اور جو لوگ باہر سوتے ہیں ان کو یہ رات میں اس شدت سے کاٹتی ہیں کہ بعض اوقات حقیقۃً موت واقع ہو جاتی ہے۔ جونک کے کاٹنے کا ایک اور خطرہ عفونت ہے۔

آبی جونک (لمنیٹس نلوٹیکا Limnatus nilotica:) زیادہ تر بحیرۂ روم اور مشرق قریب میں پائی جاتی ہے۔ جب یہ نگل لی جاتی ہے تو یہ انسان اور حیوانات میں منہ، بلعوم، حنجرہ، مزمار یا انفی کہفہ جات کے مخاطیہ سے چپک جاتی ہے اور شدید نزف پیدا کر دیتی ہے اور اگر اسے علٰحدہ نہ کیا جائے تو یہ نزف مہلک ثابت ہوتا ہے۔ جنگ عظیم میں یہ جونک گیلی پولی اور فلسطین میں معتدبہ تکلیف کا باعث ہوئی۔

تحریز۔ جونکوں کو کاٹنے سے باز رکھنے کے لئے گم بوٹ ضروری ہیں لیکن چونکہ یہ جنگلوں میں مسافروں پر درختوں کے پتوں پر سے بھی گرتی ہیں اس لئے دوران قیام میں ان کی تلاش کرنا چاہئے۔ رات کو اگر باہر سونا ہو تو باریک جالی کی مسہری کا استعمال کرنا چاہئے۔ پینے کے پانی کو ململ کے کپڑے یا چھلنی میں چھاننے سے آبی جونکوں کو الگ کیا جا سکتا ہے۔

علاج۔ جونکوں کو نمک یا سرکہ لگا دینا چاہئے کیونکہ اس سے انکی گرفت چھوٹ جاتی ہے۔ اگر جونک کو ایسا کرنے کے بغیر کھینچا جائے تو سر غالباً ٹوٹ جائیگا اور اس کا امتصاصی آلہ وہیں رہ جائیگا اور اس سے مقامی التہاب اور تقیح کے پیدا ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ جونک کو الگ کرنے کے بعد گزیدگی کے مقام پر ٹنکچر آف آئیوڈین لگا دینی چاہئے۔

گزیدگی مار

(SNAKE BITE)

IRDI

جب پیروٹیلیروگلائی فس کولوبرا ئیڈی (proteroglyphous colubridæ) کے کسی رکن کے زہر کی کافی مقدار کا انشراب بافتوں میں ہو جاتا ہے تو

مسمومیت مار کے علامات پیدا ہوجاتے ہیں۔ ان تمام سانپوں میں زہر کے غدد اور زہر کے دانت ہوتے ہیں۔ بعض میں یہ دانت میزابی ہوتے ہیں (ای لیپیڈی :Elapidæ)، اور بعض میں یہ مکمل طور پر قنال دار ہوتے ہیں (وائی پیرڈی :Viperidæ)۔ اور یہ اوپر کے جبڑے میں اگلی طرف واقع ہوتے ہیں۔ جن سانپوں کے زہر کے دانت جبڑے میں پیچھے کی طرف واقع ہوتے ہیں ان میں سے صرف ایک ہی سانپ انسان کے لئے خطرناک ہے اور وہ بوم سلینگ (ڈسفولیڈس ٹائیپس :Dispholidus typus) ہے۔

بحث اسباب - سانپ گوشت خوار جانور ہیں، اور ان کا زہر زہر کے غدہ کا اختصاص یافتہ ریقی افراز ہے (اور یہ غدہ پستانیوں کے نکفی غدہ (parotid gland) کا مماثل ہے۔ یہ اوپر کے جبڑے کے پیچھے واقع ہوتا ہے اور زہر کی قنات جو جانبوں پر مضبوط ہوتی ہے اوپر کے لب کے حاشیہ کے ساتھ ساتھ جا کر زہر کے دانت کے، جو غشائے مخاطی کی ایک شکن سے گھرا ہوا ہوتا ہے (غلافِ اسنان :vagina dentis) قاعدہ پر کھل جاتی ہے۔ وائیپروں کے زہر کے دانت لمبے اور مکمل طور پر قنال دار ہوتے ہیں اور ان میں آگے کی طرف کو معتدبہ گردش واقع ہوسکتی ہے، بخلاف اس کے ایلیپائن کولوبرڈس (elapine colubrids) کے زہر کے دانت زیادہ چھوٹے اور میزاب دار ہوتے ہیں اور ان میں ارتفاع کی صرف ایک محدود قوت ہوتی ہے۔ منہ کے حصوں کا امتحان کرنے اور یہ تحقیق کرلینے سے کہ اوپر کے جبڑے میں زہری دانت اگلی طرف واقع ہیں یا نہیں یہ آسانی سے معلوم کیا جاسکتا ہے کہ سانپ زہریلا ہے یا نہیں۔ اس کے بعد زہر کے دانتوں کا معائنہ کرنے اور یہ دیکھنے سے کہ یہ میزاب دار ہیں یا قنال دار یہ معلوم ہوجاتا ہے کہ سانپ کا تعلق ایلیپنس (elapins) سے ہے یا وائیپرس (vipers) سے۔ ایلیپیڈی (Elapidæ) میں سمندری سانپ (ہائیڈروفائی ڈی :Hydrophiidæ)، جن کے نتھنے مصراع دار ہوتے ہیں اور جن کی دم انتصابی رُخ میں چپٹی ہوتی ہے، اور بری ایلیپائن سانپ (ایلیپینی :Elapinæ) شامل ہیں۔ ایلیپینی سب سے زیادہ مہلک سانپ ہیں اور ان میں شاہ ناگ (king cobra)

(نائیابنگیرس :Naia bungarus)، تھوکنے والا ناگ (spitting cobra) (نائیا نائیگری کالس :Naia nigricollis)، ایشیا اور افریقہ کے عام ناگ (نائیا :Naia) ہندوستانی کریٹ بنگیرس (Bungaris) خوفناک میمبا (Mamba) (ڈینڈراسپس آگسٹی سیپس :Dendraspis augusticeps)، خطرناک آسٹریلیائی ڈیتھ ایڈر (death adder) (اکینتھوپس اینٹارٹیکس :Acanthopis antarticus) اور شیر سانپ (tiger snake) (نانیکس ایکوٹیٹس :Notechis acutatus)، اور وسطی اور جنوبی امریکہ کے مونگے کے سانپ (coral snakes) (ایلیپس :Elaps اور مائیکرورس :Micrurus) شامل ہیں۔ وائیپریڈی (Viperidæ) کی تھراکی گڑھے (loreal pit) کی موجودگی یا عدم موجودگی کے لحاظ سے وائیپرینی (Viperinæ) اور کروٹیلینی (Crotalinæ) میں تقسیم کی گئی ہے۔ وائیپرینی میں خوفناک گیبون وائیپر (بائیٹس گیبونیکا Bitis gabonica:) پف ایڈر (puff adder) (بائیٹس ایری ایٹینس Bitis arietans:)، مصر کا سینگ والا وائیپر (سیرا سٹیس کارنوٹس Cerastes cornutus:)، ہندوستان کا (ایکس کیری نیٹس (Echis carniatus) اور ڈوبا ٹیا (وائیپرا رسلی آئی :Vipera russellii)، اور یورپ کے وائیپرس (وائیپرا بیرس :V.berus، وائیپرا ایسپس :V. aspis اور وائیپرا ایموڈیٹس :V. ammodytes)، شامل ہیں۔ کروٹیلینی (Crotalinæ) ریٹل سنیکس (rattlesnakes) اور گڑھے والے وائیپرس (pit vipers) پر مشتمل ہے اور اس میں کروٹولس (Crotulus) کی مختلف انواع مثلاً کروٹولس ہورڈس (C. horridus) اور کروٹولس ایڈامینٹیس (C. adamanteus) ایگکسٹروڈان (Agkistrodon) کے مختلف انواع، بش ماسٹر (Bushmaster) (لیکی سس میوٹس :Lechesis mutus) اور فرڈی لانس (Fer-de-Lance) (باتھ روپس ایٹراکس :Bothrops atrox) وغیرہ شامل ہیں۔

کاٹنے کا میکانیہ - جب سانپ چوٹ کرنے کو ہوتا ہے تو یہ بہت تیزی سے آگے کی طرف کو جھپٹتا ہے اور یہ فاصلہ اس کے طول کی ایک تہائی سے زیادہ نہیں ہوتا۔ شکار کے قریب پہنچتے ہی اس کے جبڑے بہت تیزی سے کھل جاتے ہیں،

اور دانت اوپر اٹھ کر آگے کی طرف کو گردش کر جاتے ہیں۔ جبڑوں کو زور سے بند کرنے سے دانت بافتوں میں گھس جاتے ہیں اور ساتھ ہی زہر بھی قناتِ زہر اور میزابِ دار یا قنال دار دانتوں میں سے گذر کر دباؤ کے اثر سے بافتوں میں داخل ہوجاتا ہے۔ ناگ کی طرح کے ایلیپائن کولوبرڈس (elapine colubrids) میں جبڑے کی تثبیت اہم ہے' اور اس قسم کے سانپ کتے کی طرح کاٹتے ہیں۔ یہ اکثر گزیدہ حصہ سے لٹک جاتے ہیں' اور کبھی کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ ان کو ان کے شکار سے بڑے زور سے الگ کرنا پڑتا ہے۔ وائپروں میں چونکہ ان عضلات کی ترتیب مختلف ہوتی ہے جو زہر کے غدد پر فعل کرتے ہیں' اس لئے زہر کا اخراج فوری ہوتا ہے اور اس کو جبڑے کی تثبیت سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ وائپر اس تیزی سے کاٹتے ہیں کہ دیکھنے والے کو یہ تعجب ہوتا ہے کہ آیا سانپ نے دراصل کاٹا بھی ہے یا نہیں۔

زہر اور اس کے اجزا۔ زہر کا وہ معتاد جو یقیناً مہلک ثابت ہو سانپوں کے مختلف انواع میں مختلف ہے اور اسی طرح خارج شدہ زہر کی مقدار بھی مختلف ہوتی ہے۔ بہت سے اسباب مثلاً قید' مرض اور فاقہ سے زہر کی خارج شدہ مقدار متاثر ہوتی ہے۔ وائپروں کے زہر میں ایک سمی خافض مادہ ہوتا ہے جس سے اطرافی دورانی شلل واقع ہوجاتا ہے اور ایک قوی تھرومبیس (thrombase) ہوتی ہے' اور ایک اور جزو بھی ہوتا ہے جو ہیموریجین (hæmorrhagin) کے نام سے موسوم ہے اور یہ عروقی درحلمہ کو ہضم کرلیتا ہے اور جسم کی تمام بافتوں میں نزف پیدا کردیتا ہے۔ ایلیپائن کولوبرڈ کے زہر میں ایک عصبی سم (neurotoxin) ہوتا ہے جس کا فعل عصبی عضلی اتصال پر کراری (curari) کے فعل کی طرح کا ہوتا ہے اور یہ مختلف عضلات کا شلل پیدا کردیتا ہے جن میں عضلاتِ تنفس بھی شامل ہیں۔ ان سانپوں میں سے بہتوں کے زہر میں ہیمولائیسینس (hæmolysins) اور اینٹی کوایگولینس (anti-coagulins) بھی موجود ہوتی ہیں۔ آسٹریلیا کے کالوبرڈس کی بعض انواع کا زہر مخلوط قسم کا ہوتا ہے۔ ایلیپائین کولوبرڈس کا تطعیمی آلہ عموماً ادنیٰ قسم کا ہوتا ہے لیکن ان کا زہر بہت تیز ہوتا ہے جو کراری نما شلل پیدا کرنے سے ہلاکت پیدا کرتا ہے۔ بخلاف اس کے وائپروں کا

1102

کاٹنے کا آلہ بہت عمدہ ہوتا ہے اور ان کے کاٹنے سے موت اطراقی قلبی عروقی صدمہ اور داخلی نزف سے واقع ہوتی ہے۔ ان کا زہر اتنا مہلک نہیں ہوتا لیکن بافتوں پر مقامی انہضامی فعل کہیں زیادہ شدید ہوتا ہے۔

امراضیات ۔ ایلیپائین کولوبرڈ سانپوں کی گزیدگی کی حالت میں موت کا طریقہ امتلائی ہوتا ہے اور تنفسی عضلات کے شلل کا نتیجہ ہوتی ہے ۔ عروق میں سیال خون پایا جاتا ہے، دایاں قلب متسع ہوتا ہے اور دانتوں کے کوکس کے ارد گرد ورم، امتلا اور تہیج موجود ہوتا ہے۔ وائپر کی مہلک گزیدگی کے اصابات میں احشائے مصلی اور مخاطی اغشیہ اور جلد میں عدید نزفات پائے جاتے ہیں، لیکن جب تک کہ تطعیم کسی ورید میں نہ ہوئی ہو انسان میں عموماً سیال خون پایا جاتا ہے۔ گزیدگی کے قرب و جوار میں امتلا موجود ہوتا ہے اور ایک جلائینی نزفی رشحہ بافتوں میں در ریختہ ہو جاتا ہے اور منظر سرخ کشمش کے فالودہ کے غیر مشابہ نہیں ہوتا۔ ہم پہلو عروق اکثر طقیت یافتہ ہوتے ہیں اور متاخر مدارج میں وسیع تقیح اور گنگرین بھی پائی جاتی ہے۔

علامات ۔ سانپ کے کاٹنے کے امارات اور علامات کا انحصار مندرجہ ذیل امور پر ہے۔ اول سانپ کی نوع، دوم زہر کے انصراب کی مقدار اور اس کا محل، سوم مریض کے جسم کا وزن۔ گزیدگی مار چھوٹے بچوں میں خاص طور پر مہلک ہوتی ہے۔

مقامی ظواہر ۔ کولوبرڈس کے کاٹنے سے جو مقامی ضررات پیدا ہوتے ہیں وہ مقام گزیدگی کے سن پن، امتلا اور ورم پر مشتمل ہیں۔ وائپروں کے کاٹنے کی حالت میں درد بہت ہوتا ہے اور ورم کہیں زیادہ ہوتا ہے اور دانتوں کے کوکوں میں سے خون معتدبہ مقدار میں رستا ہے اور یہ نزف سے محصور ہوتے ہیں اور ان میں عموماً ا لیکر ۳ سنٹی میٹر تک کا فاصلہ ہوتا ہے۔ ایک گزیدگی کے بعد دانتوں کے عموماً دو ہی نشانات پیدا ہوتے ہیں، لیکن ایک یا تین یا چار تک بھی پائے جا سکتے ہیں، اور زائد نشان محفوظ دانتوں سے پیدا ہوتے ہیں۔ مقامی تقیح اور گنگرین خاصکر وائپر کی گزیدگی میں پیدا ہو سکتی ہے اور بعض اوقات ہاتھوں، پاؤں اور جوارح میں مزمن قروح وسیع تخر

اور حقیقی گنگرین واقع ہوجاتی ہے۔ مارگزیدہ اشخاص میں سے تقریباً ۵۹ فیصدی میں گزیدگی کا مقام جوارح اسفل پر اور ۴۲ فیصدی میں جوارح اعلیٰ پر ہوتا ہے' اور جسم اور گردن اور چہرہ کی گزیدگی خوش قسمتی سے نادر الوقوع ہے۔

نظامی ظواہر۔ سانپ کے کاٹنے اور نظامی ظواہر کے نمودار ہونے کے درمیانی وقفہ کا انحصار اشراب کردہ زہر کی مقدار' اس کی نوعیت اور اس کے انجذاب کی رفتار پر ہے۔ علامات بعض اوقات پندرہ منٹ کے اندر ہی نمودار ہوجاتے ہیں' اور بعض اصابات میں یہ کئی گھنٹہ تک ملتوی رہتے ہیں۔ مثلاً غشیان' قے' دردِ سر' اور عرق حرکی ہبوط کے امارات مع بردِ جوارح' خون کے دباؤ کی کمی' سریع خیطی نبض' جلد کی سفیدی اور انتہائی انبطاح ابتدائی خصائص میں سے ہیں۔ گزیدگی مار میں نفسی صدمہ ایک خاص اہمیت رکھتا ہے' اور دیسی باشندوں میں ایسے مصدقہ اصابات کی اطلاع ملی ہے جن میں ایسے سانپوں کے کاٹنے کے بعد خوف ہی سے موت واقع ہوئی ہے جو بعد میں زہریلے نہیں ثابت ہوئے۔

ایلیپائن کولوبرڈ کی گزیدگیاں (Elapine Colubrid Bites) ۔ ایلیپائن کولوبرڈ کی گزیدگیوں میں جن کی مثال ناگ سانپ ہے' جوارح کا عضلی ضعف' ہرجلی رفتار (ataxic gait)' چشمی عضلات کا استرخاء اور تواتر تبول ابتدا ہی میں پیدا ہوجاتا ہے۔ تکلم مبہم اور غیر واضح ہوجاتا ہے اور اگر حنکی شلل واقع ہوگیا ہو تو آواز میں غنغناہٹ پیدا ہوجاتی ہے۔ سقوط الجفن اور دہری بصارت اکثر پیدا ہوجاتی ہے اور بعض اوقات حتیٰ اختلالات بھی واقع ہوجاتے ہیں۔ انجام کار نگلنے کا فعل مشکل ہوجاتا ہے' زبان متورم ہوجاتی ہے اور منہ سے ریق ٹپکنے لگتی ہے۔ تنفس جو پہلے مفرط اور مشقت طلب ہوتا ہے اب اتھلا اور سست ہوجاتا ہے۔ تراق پیدا ہونے لگتا ہے' اور کوما اور اختناقی اصل کے تشنجات پیدا ہوجاتے ہیں اور موت اطرافی تنفسی شلل سے واقع ہوجاتی ہے۔

وائپیروں کی گزیدگیاں (Viperine Bites) ۔ عرق حرکی ہبوط شدید ہوتا ہے' جلد میں وسیع نزفی دعا بدریاں پائی جاتی ہیں' مسوڑوں سے بعض اوقات خون رسنے لگتا ہے' اور رُعاف (epistaxis) انفث الدم

1103 (hæmoptysis) ،بول الدم، قے الدم، اور براز دم الاسود (melæna) بھی پیدا ہوسکتا ہے۔ دوسرے نزفی مظاہر نمودار ہونے سے پہلے پیشاب میں خون کے سرخ جسیمات آنے لگتے ہیں۔

پیچیدگیاں ۔ وائپروں کے کاٹنے سے وسیع مقامی تقیح اور گنگرین اکثر پیدا ہوجاتی ہے اور ایلیپائن گزیدگی میں کھانسی کے منعکسات کے سست ہوجانے اور عضلات بلع کے استرخاء سے انجام کار عفونتی ذات الریہ پیدا ہوجاتا ہے۔ کریٹ کی گزیدگی کی حالت میں تقریباً دس دن بعد جبل شوکی کے حاد صعودی شلل کے نمودار ہونے کا اندراج کیا جا چکا ہے۔

عمر اور انذار ۔ انذار کا انحصار مریض کے جسم کے وزن، اشراب شدہ زہر کی کمیت اور کیفیت، اور نوعی اینٹی وینین (specific antivenene) کے ممکن الحصول ہونے یا نہ ہونے پر ہے۔ مقامی علاج اکثر غیر موثر ہوتا ہے کیونکہ یہ زیادہ دیر سے شروع کیا جاتا ہے۔ موت پندرہ منٹ سے لیکر تین دن تک کے عرصہ میں واقع ہوسکتی ہے۔

تشخیص ۔ جب کبھی ممکن ہو سانپ کا امتحان کرلینا چاہئے جس سے یہ معلوم ہوجاتا ہے کہ سانپ زہریلا ہے یا نہیں۔ مبہم تکلم، لڑکھڑاتی چال اور دوہری بصارت کے علامئیہ سے بعض حالتوں میں الکحلی تسمم کا شبہ ہوچکا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مشرق میں گزیدگی مار کے مبینہ اصابات مجرمانہ زہر خورانی کا نتیجہ بھی ہوتے ہیں۔

تجویز ۔ مضبوط بوٹ پہننے اور ساتھ ہی پٹیوں اور ساق پوشوں کا استعمال کرنے سے ایک بڑی حد تک حفاظت ہوسکتی ہے۔ اور ایسے خطہ میں جہاں سانپ ہوں رات کو سڑک پر چلتے وقت قندیلوں یا برقی ٹارچوں سے روشنی کا انتظام کرنا چاہئے۔ بستر اور کپڑوں اور سونے کے تھیلوں کا احتیاط سے امتحان کرلینا چاہئے، اور اگر باہر کیمپ میں ہوں تو مسہری کے استعمال سے حفاظت ہوسکتی ہے۔

علاج ۔ جہاں تک علاج کا تعلق ہے ہمیشہ دو سوال پیدا ہوتے ہیں (۱) کیا بافتوں میں زہر کے مہلک مقدار کا اشراب ہوچکا ہے؟ (۲) کیا دوران خون میں مہلک مقدار جذب ہوچکا ہے؟ جن حالتوں میں زہر کی بہت سی مقدار کی

تطہیر ہو جاتی ہے ان میں انجذاب کی مدت بہت ہی تھوڑی ہوتی ہے اور اگر سانپ بہت خطرناک ہو تو یہ دو سے لیکر دس منٹ تک ہوتی ہے' اور اگر بافتوں تک زہر کی تھوڑی سی مقدار ہی پہنچی ہو تو یہ مدت زیادہ ہو سکتی ہے ۔

مقامی علاج ۔ سب سے ضروری تدبیر بندش لگانا ہے ۔ ربڑ کی نلی جس کا قطرہ ۵ اسنٹی میٹر ہو بہترین ضاغط (tourniquet) کا کام دیتی ہے' اور اگر یہ ممکن الحصول نہ ہو تو ابتدائی مدد کے طور پر کپڑوں کی دھجیاں جارحہ کے گرد ڈھیلی رکھ کر باندھ دی جاتی ہیں اور ان کو بیچ میں ایک لکڑی پھنسا کر اسے پھرانے سے کسا جا سکتا ہے ۔ جہاں ایک ہی ہڈی ہو مثلاً بازو یا ران پڑ وہاں گز یدگی کی قریبی جانب پر بندش فوراً لگا دینی چاہئے ۔ بندش کو اتنا کس دینا چاہئے کہ اس سے شریانی دوران خون بند ہو جائے' اور اسے پہلی مرتبہ بیس منٹ تک بنے دینا چاہئے ۔ بعد میں اس کو ایک یا آدھ منٹ کے لئے ڈھیلا کیا جا سکتا ہے حتیٰ کہ جارحہ خون سے متورم ہو جائے اور اس کے بعد اسے پھر کس دیا جاتا ہے اور اتنے ہی عرصہ کے لئے رہنے دیا جاتا ہے ۔ جہاں ضرورت ہو اس طریقۂ عمل کا تکرار کیا جاتا ہے ۔ اگر بندش جلد لگا دی جائے تو جان بچانے کے لئے اینٹی وینین (antivenene) کے معتاد کی جس مقدار کی ضرورت ہوتی ہے وہ کم ہو جاتی ہے' اور چونکہ مدت موت میں اضافہ ہو جاتا ہے اس لئے ایسے اصابات میں اس کے دینے کا موقع مل جاتا ہے جو بصورت دیگر مہلک ثابت ہوتے ہیں ۔

جراحی تدابیر ۔ اگر پوٹاشیم پرمینگنیٹ کا محلول ممکن الحصول ہو تو جلد کو اس سے صاف کر دینا چاہئے ورنہ کسی دوسرے سیال کا استعمال کرنا چاہئے تاکہ اگر زخم پر زہر جما ہوا ہو تو وہ دور ہو جائے ۔ دانت کے ہر ایک نشان پر ۱/۲ انچ لمبا اور ۱/۴ انچ گہرا شگاف دینے سے زخم میں ٹوٹے ہوئے دانت کا انکشاف کیا جا سکتا ہے ۔ اس سے یہ فائدہ بھی ہوتا ہے کہ پستانی پمپ یا تائر کے امتصاصی گلاس سے میکانی امتصاص کیا جا سکتا ہے اور اس سے بندش کے کارگر ہونے کا بھی اندازہ ہو سکتا ہے' لیکن یہ امر مشتبہ ہے کہ اس سے دانت کے زخم کے تمام راستہ سے زہر کی سیلیت بھی ہوتی ہے یا نہیں ۔ گزیدہ بافتوں کا ابتدا ہی میں استیصال

کردینا زیادہ مفید ہوتا ہے ۔ اگر بندش جلد لگا دی گئی ہو تو استیصال کردہ رقبہ کی وسعت اور اس کی گہرائی کا انحصار کاٹنے والے سانپ کی نوع پر ہوتا ہے۔ بعد میں میکانی انتصاص کا عمل میں لانا فائدہ سے خالی نہیں ہوتا ۔

مقامی اشرابات ۔ مختلف محلولات کے استعمال کی سفارش کی گئی ہے جن میں پوٹاشیم پرمینگنیٹ اور گولڈ کلورائیڈ کا ۱ تا ۵ فیصدی محلول شامل ہے اور اشراب سے پہلے بندش ضرور لگی ہونی چاہئے ۔ ان مخدش کیمیاوی ادویہ سے بدقسمتی سے تنخر اور گنگرین اکثر پیدا ہو جاتی ہے اور ان کے مفید ہونے میں شبہ ہے ۔

نوعی اینٹی وینین سے علاج ۔ قاعدۃً ہر ایک اینٹی وینین (antivenene) صرف ایک خاص زہر ہی کے لئے تریاق کا حکم رکھتی ہے' اور جن ممالک میں مارگزیدگی عام ہے ان میں سے اکثر میں اب وہاں کے سانپوں کی انواع کے خلاف مقامی طور پر اینٹی وینینس تیار کی جاتی ہیں ۔ یہ یک گرفتہ' دوگرفتہ یا کثیر گرفتہ ہوتی ہیں اور ان کا معتاد از تکاز اور عیار کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے ۔ کولوبر ڈگزیدگیوں میں اشرابات دروں وریدی راستہ سے دینے چاہئیں' اور یہی راستہ وائپیر کی گزیدگیوں کے لئے بھی قابل ترجیح ہے ' گو ریاستہائے متحدہ امریکہ میں فرکز اینٹی وینینس دروں عضلی راستہ سے دی جاتی ہیں اور ان سے بین فائدہ ہوتا ہے ۔ اگر وقت اور صورت حالات اجازت دے تو مریض کا امتحان گھوڑے کے مصل کے خلاف حساسیت کے لئے کرلینا چاہئے' اور اگر ضرورت ہو تو حساسیت ربائی عمل میں لے آنا چاہئے ۔ اینٹی وینین حتی الامکان جلد از جلد دینی چاہئے' اور یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اس کے دینے میں جتنی دیر ہوگی اور مریض کا وزن جتنا کم ہوگا اتنا ہی زیادہ معتاد دینا پڑیگا ۔ یہی وجہ ہے کہ بچوں کو اس معتاد کا کئی گنا معتاد دینا پڑتا ہے جو بالغ کی جان بچانے کے لئے کافی ہوتا ہے ۔ اینٹی وینین دینے کے بعد کم از کم چوبیس گھنٹہ تک مریض کی احتیاط سے نگہداشت کرنی چاہئے' کیونکہ تشمل کے علامات نمودار ہو سکتے ہیں جن کیلئے مزید اشرابات دینے کی ضرورت ہوتی ہے ۔

1104

عمومی تدابیر۔ مریض کو اطمینان دلانا چاہئے اور اسے حیات شلاً سیاہ کافی اور کیفین سٹریٹ دینے چاہئیں اور آرام سے بستر میں گرم تولئیں لگا کر لٹا دینا چاہئے۔ سٹرکنین اور الکحل سے احتراز مناسب ہے اور مارفیا کا استعمال ممنوع ہے۔ دوران صدمہ کا علاج گرم سیالات بذریعہ دہن و براستہ معاء مستقیم با فراط دینے سے کیا جاتا ہے، اور اگر نگلنے میں کوئی دقت ہوتی ہو تو وہ فی صدی گلوکوس کے دروں وریدی اشرابات دینے چاہئیں۔ کورمین (coramine)، پچوئٹرین (pituitrin) اور ایڈرینالین (adrenalin) کے اشرابات بعض اوقات مفید ثابت ہوتے ہیں۔ پائنتی کو بلند کردینا چاہئے اور جوارح پر نیچے سے اوپر کی طرف پٹیاں باندھ دینی چاہئیں تنفسی شلل کا علاج کورمین کے اشرابات، مصنوعی تنفس اور آکسیجن سے کرنا چاہئے۔ یہ ایک اہم امر ہے کہ جہاں تک ممکن ہو سکے منہ اور انفی البلعوم کو مخاط سے صاف رکھنا چاہئے اور اگر قے ہو تو غذا کو حنجرہ میں داخل ہونے سے روکنا چاہئے۔

زہریلی مچھلیاں

مداریں میں بعض اوقات انسان پر ایسی مچھلی حملہ آور ہوتی ہے جس کی گزندگی یا نیش زنی سے خطرناک نتائج پیدا ہوتے ہیں۔ بعض حالتوں میں مچھلی کا زہر جیسا کہ ٹریکائنس ڈریکو (Trachinus draco) کا ہے، سانپ کے زہر کے مشابہ ہوتا ہے اور اس کے تحت جلدی اشراب سے اسی طرح کا نزف اور مقامی تنخز پیدا ہوجاتا ہے، اور اگر اس کا اشراب دروں وریدی طور پر کیا جائے تو خون کا دباؤ ابتدا میں بڑھ جاتا ہے اور بعد میں کم ہوجاتا ہے اور قلبی او تنفسی شلل واقع ہوجاتا ہے۔ جو زہریلی مچھلیاں عموماً پائی جاتی ہیں ان میں سے چند کا ذکر ذیل میں کیا جاتا ہے۔

(۱) سریشم ماہی (Jelly Fish) (میڈوسی (Medusae؛ جس کی بہترین مثال پرتگالی مین اوور (man-o'-war) (فائی سیلیا پیلے جیکا (Physalia pelagica ہے بعض اوقات بہت شدت سے نیش زنی کرتی ہے

جس سے شری وو وڑے، مقامی تہیج، سُن پن اور درد جو جارحہ سے اوپر کی طرف کو جاتا ہے، کھجلی، سوزش اور احمرار پیدا ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات آبلہ دار التہاب جلد اور تقرح پیدا ہوجاتا ہے اور بافتوں کے تنخر تک بھی نوبت پہنچ جاتی ہے۔ نظامی ظواہر تپ، عمومی عضلی درد اور شکی عضلات کے تشنج، تدمع، تنگیٔ صدر، بہرا اور قلبی عروقی صدمہ پر مشتمل ہیں۔ گاہے گاہے موت بھی واقع ہوجاتی ہے۔ شدید ظواہر کا سبب غالباً وہ استبدادی صدمہ ہے جو پہلے ہی سے محسس افراد میں پیدا ہوجاتا ہے۔

(۲) مدارینی بام مچھلیاں (Tropical Eels) (میورینیڈی Murænidæ :) بھی خطرناک ہیں، کیونکہ ان کے دانتوں کے درمیان سے جو مضبوط اور بے میزاب ہوتے ہیں زہر کی جیبیوں میں سے زہر بہ کر آتا ہے اور یہ جیبیں حنک کی غشا سے اوپر واقع ہوتی ہیں۔ ان مچھلیوں کے کاٹنے سے شدید مقامی اثرات اور قلبی عروقی صدمہ پیدا ہوسکتا ہے۔

دوسری زہریلی مچھلیوں کے میزاب دار یا تنال دار خار یا کانٹے ہوتے ہیں جن کا تعلق زہر کے غدد سے ہوتا ہے۔ ان کی مثالیں عقرب ماہی (Scorpion Fish)، (سکورپینیڈی Scorpænidæ :)، نیش ماہی (Sting-rays) (ریائی Raii:) اور گربہ ماہی (Cat-fish) مثلاً کرائیڈوگلینس باسٹوکیائی (Cridoglanis bostockii) اور ٹریکیورس ڈریکو (Trachuris draco) ہیں۔

علامات۔ مقامی طور پر وخزی قسم کا شدید درد پیدا ہوجاتا ہے، اور سُن پن اور جھنکار بھی محسوس ہوتی ہے۔ اس کے بعد ورم اور التہاب پیدا ہوجاتا ہے۔ انتہائی اصابات میں قیحی مواد بہنے لگتا ہے، اور وسیع اغثاث اور گنگرین بھی واقع ہوجاتی ہے ممکن ہے کہ بتر کی ضرورت پیش آجائے۔ نیش ماہی کی نیش زنی کی حالت میں جوارح میں فاسد حسیتیں (paræsthesias) پیدا ہوجاتی ہیں اور تپ عارض ہوجاتی ہے۔ علاوہ ازیں معدی معوی علامات، ضعف قلب، عروق حرکی ہبوط، تنگیٔ صدر، ہذیان اور غشیان بھی پیدا ہوجاتا ہے۔ موت بعض اوقات فشل قلب اور عفونت الدم سے

واقع ہو جاتی ہے۔ کزاز کے وقوع کا بھی اندراج کیا جا چکا ہے۔

علاج۔ مقامی علاج ویسا ہے جس کا ذکر گزیدگی مار کے بیان میں کیا جا چکا ہے۔ درد کے لئے مارفیا کا استعمال آزادانہ کرنا چاہئے۔ قلبی عروقی صدمہ اور فشل تنفس کا علاج انہی اصولوں پر کیا جاتا ہے، جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں مقامی پیچیدگیوں مثلاً تقیح، خراج اور گنگرین کے لئے جراحی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔

مدارینی امراضِ جلد

جلد کے بعض امراض گرم ممالک ہی سے مخصوص ہیں، اور بعض ایسے ہیں جو یورپ میں پائے جاتے ہیں مگر ان میں بعض اسباب مثلاً نسلی مناعت، معاشرتی رواجات اور لونیتِ جلد کی وجہ سے ان ممالک میں کسی قدر تغیر واقع ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بیاض الجلد (leucoderma) (برص :vitiligo) سے تاریک رنگت کے اشخاص میں بہت سی بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے، اور اسے عصبی جذام کے مفقود اللون قطعات سے خلط ملط کیا جا سکتا ہے۔ ندبیہ (keloid) جو یورپین اشخاص میں گاہے گاہے جراحی ندبات اور احتراقات کی پیچیدگی کے طور پر پیدا ہوتا ہے، وحشی نسلوں میں بعض قبائلی رواجات کے مطابق عمداً پیدا کیا جاتا ہے۔ وسطی افریقہ کے حبشیوں میں کانوں، کمر، رانوں اور سینہ پر ندبیات عموماً پائے جاتے ہیں۔ خبیث تغیرات شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتے ہیں۔

مرضِ چگر

(CHIGGER DISEASE)

چگر افریقہ کے بعض حصوں، مدارینی امریکہ، ہندوستان، جزائر غرب الہند اور مدغاسکر میں پائے جاتے ہیں۔ حمالوں اور دیگر دیسی باشندوں میں یہ مرض معذوری کا ایک عام سبب ہے۔ چگر (ٹنگا پینی ٹرانس :Tunga penetrans) ایک سرخی مائل بھورا پتسو ہے جو خشک ریتیلی زمین میں رہتا ہے اور گرم خون والے حیوانات پر

عموماً حملہ آور ہوتا ہے ۔ مادہ حاملہ ہونے کے بعد جلد میں ترچھے رُخ میں گھس جاتی ہے' اور اس کی جسامت میں سرعت سے اضافہ ہوجاتا ہے اور انڈے پختہ ہوکر جلد کے چھوٹے سے سوراخ میں سے نکلنے شروع ہوجاتے ہیں ۔

امراضیات ۔ حاملہ مادہ مقتدیہ خراش اور بافتوں کا مقامی تعامل پیدا کردیتی ہے ۔ ماؤف حصہ ملتہب ہوجاتا ہے' پیپ بن جاتی ہے اور مٹر کی طرح کا ایک ارتفاع پیدا ہوجاتا ہے ۔ بعد میں جلد متقرح ہوجاتی ہے اور چگر (chigger) خارج ہوجاتا ہے اور ایک چھوٹا سا قرحہ رہ جاتا ہے جس میں بعض اوقات جراثیم کی ثانوی سرایت پائی جاتی ہے ۔

علامات ۔ پاؤں سب سے زیادہ کثرت سے ماؤف پائے جاتے ہیں کیونکہ یہ زمین سے متماس رہتے ہیں اور موزوں محل پاؤں کی انگلیوں کے درمیان کی جلد' ناخنوں کی جڑ اور تلوے ہیں ۔ ٹانگیں' ہاتھ' چہرہ' صفن' قضیب اور عجانی جلد بھی بعض اوقات متاثر ہوجاتی ہے' اور شدید اصابات میں کبھی کبھی چگر کے سینکڑوں قرحے پائے جاتے ہیں ۔ بیشتر سرایتوں میں بافتیں اس عمل سے چھتے کی طرح کی ہوجاتی ہیں ۔ سرایت کے بعد شدید مقامی عفونت' عفونت الدم اور کزاز تک بھی واقع ہوسکتا ہے اور یہ بعض اوقات مہلک ثابت ہوتی ہے ۔

علاج ۔ جہاں چگر کا مرض مقامی طور پر موجود ہو وہاں گھروں کے فرش کو اکثر صاف کرتے رہنا چاہئے اور اسی غرض سے موزوں دافعات عفونت کا استعمال بھی کرنا چاہئے' اور ننگے پاؤں چلنے سے احتراز کرنا چاہئے ۔ لائیسال (lysol) ۵ قطرہ اور ویسلین ۱ اونس کے آمیزہ کو پاؤں پر ملنا چاہئے ۔ چگروں کی تلاش احتیاط سے کرنی چاہئے جو بافتوں میں سیاہ نقطوں کی طرح دکھائی دیتے ہیں ۔ جونہی یہ جلد کے ساتھ چپکیں ان کو الگ کردینا چاہئے ۔ داخلہ کا سوراخ عقیم کردہ سوئی سے بڑا کرکے حشرہ کو باہر نکال دینا چاہئے اور اس مقام کا عدیم العفونت تکمیہ کردینا چاہئے ۔

کرا کرا (Craw-Craw) (کرہچی التہاب ادمہ Nodular Dermatitis)

کرا کرا کی اصطلاح جلد کے اور خاصکر جوارح کی جلد کے خارشی بثوری یا قائمی ثوران کے لئے استعمال کی جاتی ہے ۔ یہ مرض مدارینی افریقہ کے بعض حصوں

لنکا، ہندوستان، جنوبی چین اور جزائر غرب الہند میں پایا جاتا ہے۔ اونیل (O' Neil) نے رشحہ میں فلاریائی مضغے دریافت کئے، لیکن یہ غالباً مائکروفلاریا سٹریپٹوسرکا (Microfilaria streptocerca) تھے جن کا مظاہرہ میکفی (MacFie) نے مغربی افریقہ کے بہت سے حبشیوں کی جلد میں کرچکا ہے۔

علامات - یہ عارضہ بثوری التہاب ادمہ (papular dermatitis) کی شکل میں شروع ہوتا ہے اور بثور سخت اور قرنی ہوتے ہیں اور ان پر بہت سی کھجلی ہوتی ہے۔ کھرچنے سے ثانوی سرایت واقع ہوجاتی ہے اور بعض اوقات ایک قاحی التہاب ادمہ (pustular dermatitis) پیدا ہوجاتا ہے جس کے ساتھ ہم پہلو لمفی غدد کی کلانی پائی جاتی ہے۔ پاؤں اور ٹانگوں پر اکثر قوائح پیدا ہوجاتے ہیں۔

تشخیص - اس عارضہ کو قرادی ادواء الجلد (acari dermatoses) خارش حالین اور خارشت (scabies) سے خلط ملط نہ کرنا چاہئے۔ قرادات (acari) اور دیگر عثات (mites) کا مظاہرہ نہیں کیا جاسکتا اور کوئی نقبیں دکھائی نہیں دیتیں۔ 1106

علاج - سرایت زدہ جرابوں اور جوتوں وغیرہ کو تباہ کردینا چاہئے اگر قوائح موجود ہوں تو ان کو کھول دینا چاہئے، کھرنڈوں کو الگ کردینا چاہئے قروح کو کھرچ دینا چاہئے اور بعد میں ....را میں اسب لیمیٹ کے محلول (sublimate solution) سے ان کی عفونت دفع کرکے بورک ایسڈ کے مرہم اور لنٹ سے ان کا تکمیہ کردینا چاہئے۔ کاربالک لوشن (carbolic lotion) (۲۰ میں ۱) کی تخمیل مفید ثابت ہوتی ہے۔

میدانی قرحہ (Veldt Sore) - میدانی قرحہ جنوبی افریقہ میں پایا جاتا ہے، اور یہ ایک مزمن عفونتی متقرح ضرر ہے جس سے جسم کے کھلے ہوئے مشعر حصے ماؤف ہوتے ہیں۔ مدارین اور تحت مدارین میں اس کی جغرافیائی تقسیم بہت وسیع ہے اور آسٹریلیا میں یہ بارکو روٹ (Barcoo Rot) کہلاتا ہے اور جزیرہ نمائے سینا اور عراق عرب میں یہ قرحۂ صحرا (Desert Sore) کے نام سے

موسوم ہے جہاں گذشتہ جنگ عظیم میں یہ افواج کو عارض ہوا تھا ۔ گرم ریتیلے یا صحرائی خطوں میں یہ بہت کثیرالوقوع ہے' اور یہ خاص کر وہاں پایا جاتا ہے جہاں باشندوں کی غذا محدود ہو اور پھلوں اور سبزیوں کا استعمال بہت کم ہوتا ہو ۔ ضررات میں سے نبقات سبحیہ (streptococci)' نبقات عنبیہ (staphylococci) اور ڈفتھیریا کے عصیات کی تفریق کی جا چکی ہے ۔

علامات ۔ پہلے ایک آبلہ پیدا ہو جاتا ہے جس میں درد ہوتا ہے اور یہ ہاتھ کی پشت' کلائی' کہنی یا گھٹنے پر خاص طور پر نمودار ہوتا ہے ۔ اس میں ایک زرد سیال ہوتا ہے' اور پھٹنے کے بعد ایک مزنبہ (punched out) یا مدور یا بیضوی قرحہ باقی رہ جاتا ہے جس کا قاعدہ سخت اور رمادی ہوتا ہے اور جس کے کنارے نیلگوں اور متصلب ہوتے ہیں ۔ یہ کئی مہینوں کے بعد مندمل ہوتا ہے اور اس صورت میں ایک پتلا ندبہ پیدا ہو جاتا ہے ۔ جزیرہ نما سینائی میں جوارح اور حنک کے ڈفتھیریائی شلل کی مثالیں مشاہدہ میں آئی ہیں' اور قروح میں کلبس لوفلر (Klebs —Lœffler) کا عصیہ پایا گیا ہے' لیکن یہ معلوم نہیں ہوا کہ آیا یہ ثانوی طور پر حملہ آور ہوا تھا ۔

تحریز ۔ غذا میں سنگترے کے رس اور مارمائیٹ کے اضافہ سے حیاتین کی مقدار بڑھانا ضروری ہے' اور خراشیدگیوں کو دافعاتِ عفونت سے صاف کر کے ڈھک دینا چاہئے ۔ ممکن ہے کہ گھوڑے کی لید سرایت کا منبع ہو ۔

علاج ۔ قروح کو عقیم تکمیہ سے محفوظ رکھنا چاہئے' اور امونیئیٹ یا نائٹریٹ آف مرکری کا مرہم لگانا چاہئے ۔ زیادہ حیاتین والی غذا اور لوہے اور سم الفار کے مقویات کا استعمال مناسب ہوتا ہے ۔ اگر ڈفتھیریا کے عصیات موجود ہوں تو ضد ڈفتھیریا مصل ضرور دینا چاہئے اور اس سے حیرت انگیز سرعت سے شفا ہو جاتی ہے ۔ خودزاد سبحی نبقی جدریئیں (autogenous streptococcal vaccines) قابل آزمائش ہیں ۔

مداریئی قرحہ (Tropical Ulcer) (قرحۂ مداریئی)

Ulcus tropicum' مداریئی اغتذاث پذیر آکلہ (tropical sloughing

phagedæna: یہ جلد اور تحت جلدی بافتوں کا گنگرینی اور اغثاث پذیر تقرح ہے جس سے مزمن قروح پیدا ہوجاتے ہیں جو علاج کے لئے اکثر بہت مزاحم ہوتے ہیں ۔ میدانی قرحہ اور اس مرض میں یہ فرق ہے کہ یہ مدارین کے تر اور مرطوب خطوں اور خاصکر جنگلوں میں پیدا ہوتا ہے ۔ ضربہ کی روئیداد عموماً موجود ہوتی ہے جس کے بعد جوارح اسفل پر ضرات نمودار ہوجاتے ہیں ۔ یہ مرض خاصکر لاغر اشخاص اور دوسرے امراض کے مریضوں میں پایا جاتا ہے ۔ ہر عمر اور ہر صنف کے افراد اثر پذیر ہیں' اور چائے کے کھیتوں میں حمالوں میں اس مرض کے حملے کبھی کبھی مقامی وبا کی شکل اختیار کرلیتے ہیں ۔ سمتھ کے مشاہدہ کے مطابق (83) یہ مرض قرحہ کے مادہ کی تطعیم سے ایک آدمی سے دوسرے آدمی میں بلا واسطہ منتقل کیا جاسکتا ہے ۔ بحث اسباب میں مختلف نظریئے بیان کئے جاتے ہیں ۔ بعض کا یہ خیال ہے کہ یہ مرض قلت (deficiency disease) ہے اور بعض کی یہ رائے ہے کہ یہ ایک دوکی عصیہ اور پیچ مویہ (spirochæte)' پیچ سلکیہ شاؤڈنی (Treponema schaudinni) سے پیدا ہوتا ہے ۔ ناقص موی کلسیت (hypocalcæmia) قلیل الوقوع نہیں ۔

علامات ۔ یہ مرض ایک پھپولے کی شکل میں شروع ہوتا ہے جس میں مصلی یا دموی سیال ہوتا ہے ۔ اس کے پھٹنے کے بعد ایک میلا سا رمادی غشیۂ (slough) باقی رہ جاتا ہے جو جلد ہی پھیل کر ایک بدبودار اغثاث پذیر قرحہ بن جاتا ہے جس میں معتدبہ درد ہوتا ہے' اور بعض اوقات تپ بھی آنے لگتی ہے ۔ بافت کے معتدبہ رقبہ جات ماؤف ہوجاتے ہیں اور عمیق تقرح بعض اوقات اوتار' عضلات' اعصاب' عروق خون' گرد عظمہ' اور مفاصل تک کو بھی متاثر کردیتا ہے ۔ پاؤں کی چھت اور ٹانگوں کے سامنے کی طرف سب سے زیادہ کثرت سے ماؤف پائی جاتی ہے' اور ہاتھ اور کلائیاں گاہے گاہے متاثر ہوتی ہیں اغثاث اور انتشار مرض کے حاد درجہ کے بعد بافتی توازن کا درجہ ہوتا ہے جس میں اریکی بافت کی بالیدگی تباہ شدہ بافت کے رقبہ کے برابر ہوتی ہے ۔ اس کے کچھ عرصہ بعد اندمال واقع ہوجاتا ہے ۔ قروح عموماً کئی مہینوں تک اور انتہائی

اصابات میں کئی سالوں تک موجود رہتے ہیں ۔ غیر مناسب مرحلمی تکاثر اندمال میں عموماً تاخیر کا باعث ہوتا ہے ۔

تشخیص ۔ ان قروح کو مختلف قروح سے مثلاً وہ جو دوالی نما وریدوں یا ز، آتشک، لیشمانیت اور جلد کے فطر نما اریکی سلعات (fungoid granulomata) کے ساتھ پائے جاتے ہیں تمیز کرنا چاہئے ۔ ضربہ کی روئیداد اور جنگل کے رقبہ کی بود وباش اہم ہے ۔

1107

انذار ۔ اگر مناسب علاج کیا جائے تو مناسب مدت کے بعد اکثر اصابات شفایاب ہوجاتے ہیں، لیکن گا ہے گا ہے دشوار علاج اصابات میں زندگی کو بچانے کے لئے بتر ضروری ہوتا ہے ۔ موت عموماً تسمم الدم، خواہ (inanition) اورعفونت الدم سے واقع ہوتی ہے ۔

تحریز ۔ جنگل میں ضربہ سے محفوظ رہنے کے لئے پٹیوں، ساق پوشوں اور مضبوط بوٹوں کا استعمال کرنا چاہئے ۔

علاج ۔ عمومی تدابیر میں آرام اور ایسی مغذی غذا شامل ہے جس میں حیاتین بافراط موجود ہوں اور جو کاڈ لور آئل سے مقوی بنائی گئی ہو، اور اگر نقص دموی کلسیت (hypocalcæmia) موجود ہو تو کیلسیئم اور نزد درستی خلاصہ دیا جائے۔ سالورسین (salvarsan) کے اشرابات بعض اوقات مفید ثابت ہوتے ہیں۔ مقامی علاج قرحہ کے درجہ کے مطابق کیا جاتا ہے ۔ جس درجہ میں مرض سرعت سے ترقی کرتا ہے اس میں اخثاث کا استیصال کردینا چاہئے، اور پرمینگنیٹ یا کاربالک کے غسولات کا استعمال کرنا چاہئے ۔ قرحہ کے قاعدہ کے جرف (curettage) اور بی۔آئی۔پی۔پی (B. I. P. P.) کے روزانہ تکمیہ کے نتائج بعض اوقات عمدہ ہوتے ہیں ۔ بعض مشاہدین نے یہ بیان کیا ہے کہ لاصق لچکدار بندکشی (adhesive elastic strapping) یا لچکدار پٹیوں کے لگانے سے اندمال ہوجاتا ہے ۔ جب مرحلمی تکاثر کی رفتار سست ہو تو جلدی پیوند لگانے سے اندمال کی رفتار میں بہت سی تیزی پیدا کی جاسکتی ہے ۔

داءالفقاع متعدی

(PEMPHIGUS CONTAGIOSUS)

(Pyosis mansoni: رقیحیت میسنس

یہ ادمہ کی ایک متعدی نبتی سرایت ہے جس میں آبلے اور پھپھولے پیدا ہو جاتے ہیں اور ان میں تقرح پیدا ہونے کے بعد ان پر کھرنڈ بن جاتے ہیں۔ ضرات سے جو کاشتیں طیار کی جاتی ہیں ان میں نبقدا عنبیہ ذہبی (Staphylococcus aureus) اور نبقدا عنبیہ ابیض (Staphylococcus albus) پائے جاتے ہیں اور گاہے گاہے نبقات سبحیہ (streptococci) بھی پائے جاتے ہیں۔ یورپین بچے خاص طور پر متاثر ہوتے ہیں۔ یہ مرض لنکا، ملایا اور افریقہ کے بعض حصوں میں پایا جاتا ہے۔

علامات۔ ابتدائی ضرر ایک چھوٹا سا سرخ دھبہ ہوتا ہے جو پہلے آبلے میں اور پھر پھپھولے میں تبدیل ہو جاتا ہے اور انجام کار ایک نفاع نما آبلہ بنجاتا ہے جس میں سیال ہوتا ہے جو پہلے صاف ہوتا ہے اور بعد میں خلیظ اور قیحی ہو جاتا ہے۔ پھٹنے کے بعد قرحے عموماً خشک ہو کر مندمل ہو جاتے ہیں، اور جلد پر اکثر گلابی اور مجلی مدبے باقی رہ جاتے ہیں۔ بچوں میں ثوران کی تقسیم بہت وسیع ہوتی ہے اور بعض اوقات تمام جسم سوائے چہرے کے متاثر ہو جاتا ہے، لیکن ثوران زیادہ تر بغل، اور بین الفخذین (crutch) تک ہی محدود رہتا ہے۔

تشخیص۔ اس مرض کو حصفۂ متعدی (impetigo contagiosa)، موتیا سیتلا (chicken-pox)، چیچک اور داد (ring-worm) سے تمیز کرنا چاہئے۔

علاج۔ ذاتی سرایت سے احتراز واجب ہے۔ ضرات کو پرکلورائیڈ آف مرکری کے ....ا میں ا محلول سے دھوکر ان پر زنک آکسائیڈ، بورک ایسڈ اور نشاستہ کے مساوی حصص کا ڈڑور چھڑک دینا چاہئے اور انگوئینٹم ہائیڈرارجرائی امونی ایٹی (ung. hydrarg. ammon.) کے استعمال سے نمایاں فائدہ ہوتا ہے۔

سعفہ

(TINEA)

جلد اور ناخنوں کی سعفی سرایتیں مدارین میں بکثرت پائی جاتی ہیں ان میں سے دو نہایت عام ہیں ۔۔۔ دھوبی کھجلی اور ہانگ کانگ پا (Hong-kong foot)' اور یہ ایپی ڈرموفائیٹون انگوئینیل (Epidermophyton inguinale) سے پیدا ہوتی ہیں ۔ یہ یورپ میں پائی جاتی ہیں اور ان کا ذکر دوسرے مقام پر کیا جا چکا ہے (صفحہ 881)۔

سعفۂ ظفری (Tinea Unguium) - یہ ناخنوں کی فطرتی سرایت ہے جو مشرق بعید میں یورپیئنوں میں قلیل الوقوع نہیں' اور اس کے ساتھ اکثر جسم کے کسی دوسرے حصہ میں سعفی سرایت موجود ہوتی ہے ۔ ناخنوں کی رنگت بدلجاتی ہے' ان میں چمک نہیں رہتی' اور یہ خستہ اور میزاب دار ہوجاتے ہیں اور ان میں گڑھے پڑجاتے ہیں' اور ان کے نیچے ایک مادہ جمع ہوتا ہے جو سرطلی خلیات' باقیتی فواضل اور فطرسے مرکب ہوتا ہے ۔ ناخن کا مہادہ بین طور پر ماؤف ہوجاتا ہے' اور داحی التہاب کے مختلف مدارج پائے جاتے ہیں ۔ تشخیص کھرچنوں میں ایپی ڈرموفائیٹون انگوئینیل کا مظاہرہ کرنے سے کی جاتی ہے جن کا تراکب ۲۰ فیصدی پوٹاشیم ہائیڈریٹ میں کیا جاتا ہے ۔ علاج مقامی لاصقات کے استعمال پر مشتمل ہے جو سیلی سیلک ایسڈ (۳ فیصدی) اور بینزوئک ایسڈ (۵ فیصدی) سے مرکب ہوں ۔ لاشعاعیں مفید ثابت ہوتی ہیں لیکن شدید مصابات میں ناخنوں کا جراحی استیصال ضروری ہوتا ہے ۔　　1108

سعفۂ متراکب (Tinea Imbricata) (ٹوکیلاؤ :Tokelau)- یہ داد خاص کر چہرہ' دھڑ اور جوارح پر نمودار ہوتا ہے اور ایک فطر اینڈوڈرموفائیٹون کنسنٹریکم (Endodermophyton concentricum) سے پیدا ہوتا ہے جس کا مظاہرہ سرطلی چھلکوں میں آسانی کیا جاسکتا ہے ۔ یہ مرض زیادہ تر مشرقی مجمع الجزائر اور جنوبی بحر الکاہل میں پایا جاتا ہے' اور یہ گچھہ نما بھورے دھبوں سے ممیز ہوتا ہے

جن سے ندفی، اور حریری کاغذ کی طرح کے چھلکے پیدا ہوتے ہیں جو مرکز پر آزاد ہوتے ہیں اور اپنے محیطی قاعدوں سے چپکے ہوتے ہیں - مدور ضررات کا قطر تقریباً ½ انچ ہوتا ہے اور چونکہ یہ قریب قریب واقع ہوتے ہیں اس لئے ان کا منظر پھولوں کے ہار کی طرح دکھائی دیتا ہے -

سعفۂ زرد (Tinea Flava) - یہ داد مدارین میں کثیر الوقوع ہے، اور چہرہ، گردن، سینہ اور بازوؤں پر نمودار ہوتا ہے - یہ حبشیوں کی طرح کی سیاہ جلد پر ایک زردی مائل بھورے بفائی قطعہ (scurfy patch) کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے - کیسٹیلانی (Castellani) کے خیال کے مطابق سبب فطر میلس سیلزیا ٹراپیکا (Malassezia tropica) ہے - ایک سیاہ قسم بھی ہے جو سعفۂ اسود (Tinea nigra) کے نام سے موسوم ہے اور یہ کلیڈوسپوریم مینسونائی (Cladosporium mansoni) سے پیدا ہوتی ہے -

پنٹا (Pinta) (کیراٹ: Caraate، مال ڈل پنٹو Mal del Pinto:) یہ جلدی فطری امراض کا ایک گروہ ہے جو مداریتی امریکہ میں پایا جاتا ہے، اور یہ جلد میں لونیت کے قطعات کے نمودار ہونے سے ممیز ہے - یہ مرض متعدی ہے اور ہر صنف اور ہر عمر میں پایا جاتا ہے - کئی ایک مختلف سبب فطرات ہیں جن میں پینی سیلیئم (Penicillium)، اسفر جلوس (Aspergillus) اور مونیلیا (Monilia) شامل ہیں -

علامات - ہاتھوں کی پشت پہلے متاثر ہوتی ہے اور اس پر لونیت کے قطعات نمودار ہو جاتے ہیں جو کھردرے خشک اور مرتفع ہوتے ہیں اور جنکی رنگت مختلف ہوتی ہے - سرخ، بنفشئی، سفید اور سیاہ قسمیں مختلف اقسام کے فطرات سے پیدا ہوتی ہیں - یہ عارضہ بتدریج جسم کے دوسرے حصوں تک پہنچ جاتا ہے، اور جب چاندی ماؤف ہو جاتی ہے تو بال سفید ہو جاتے ہیں - جلد کے ضررات میں کھجلی بہت ہوتی ہے اور یہ بعض اوقات بدبودار ہوتے ہیں -

تشخیص - اس مرض کے قطعات بعض اوقات جذام یا بیاض الجلد (leucoderma) کے مشابہ ہوتے ہیں - عدم حسیت موجود نہیں ہوتی اور مادہ کا

۲۰ فی صدی کاسٹک سوڈا میں خوردبینی امتحان کرنے سے فطر کا انکشاف کیا جاسکتا ہے۔

علاج - علاج وہی ہے جو جلد کے معمولی داد کے لئے کیا جاتا ہے۔

پائیڈرا (Piedra) (شعری بذوریت :Trichosporosis)-
یہ مرض برطانوی گائنا اور کولمبیا میں پایا جاتا ہے۔ یہ شعری بذوریۂ عفونتی (Trichosporon giganteum) سے پیدا ہوتا ہے جس سے چاندلی کے بالوں کے گرد سخت اور کنکریلی گرہیں بنجاتی ہیں۔

ثوران دبیب (Creeping Eruption) (سروۂ مہاجر 'Larva migrans: ذبابیت خطی :Myiasis linearis) - یہ ایک مرتفع اور خطی سرخ ثوران ہے جو بل کھاتا ہوا یا سیدھے خط کی شکل میں بتدریج بڑھتا جاتا ہے، اور اس کا پچھلا حصہ غائب ہوتا جاتا ہے۔ یہ بعض اوقات گیسٹروفیلس (Gastrophilus) یا دوسری مکھیوں کے سروں کی زیر جلد آوارگی سے پیدا ہوتا ہے، لیکن عموماً یہ سلکیتی سروں (nematode larvæ) مثلاً کج دھنۂ برازیلی (Ancylostoma braziliense)، کج دھنۂ کلبی (A. canium) خطافیۂ مضیق الراس (Uncinaria stenocephala) اور شدق دھنۂ خشن (Gnathostoma hispidum) سے پیدا ہوتا ہے۔

علامات - ضرر کے مقام پر اکثر سوزش اور جلن اور شدید کھجلی پائی جاتی ہے، اور ان سے بعض اوقات چھوٹے چھوٹے گول اور سرخ ثور یا قوائخ پیدا ہوجاتے ہیں۔

علاج - اگر مرض گیسٹروفیلس کے سروں سے پیدا ہوا ہو تو بہترین علاج یہ ہے کہ مقامی معدم حس کے زیر اثر جراحی استیصال کردیا جائے۔ کج دھنہ کے سروں کے لئے اولیئم چینوپوڈیائی (Oleum chenopodii) کو تین حصہ کیسٹر آئل سے رقیق کرکے مقامی طور پر لگانا چاہئے۔ کلبی کج دہنوں کی حالت میں سروہ کے مقدم سرے پر ایتھل کلورائیڈ کا رشاش دومنٹ کے لئے مفید ثابت ہوتا ہے۔ پھپھولوں اور قاشحوں کا تدارک مرکیوروکروم کے محلول یا

دیگر مناسب دافعاتِ عفونت سے کیا جا سکتا ہے۔

ذنبیتی التہاب ادمہ (Cercarial Dermatitis) - یہ جلد کی ایک التہابی حالت ہے جو اس میں سے ذنبیوں (cercariæ) کے گذر جانے سے پیدا ہوتی ہے۔ کورٹ (Cort) نے ۱۹۲۸ء میں اس کا ذکر کیا تھا اور اس کا باعث سرکیریا ایلوی (Cercaria elvæ) ہے۔ ٹیلر (Taylor) اور بیلس (Bayliss) نے انگلستان میں اسی قسم کی ایک حالت کا مشاہدہ کیا ہے جس میں ذنبیوں کی ایک دوسری نوع پائی جاتی ہے۔ یہ حالت انسان میں بلہارزیائی سرایت کی بعض اوقات پہلی علامت ہوتی ہے۔

علامات - یہ جلد کی سوزش اور خارش اور اس پر احراری سرخ دھبوں، تہری ددوڑوں اور بثور کے نمودار ہونے پر مشتمل ہیں۔ گا ہے گا ہے بعد میں تو اکل بھی بنجاتے ہیں۔

علاج - یہ صرف مختف ہے اور مبرّد غسولات مثلاً کیلامین لوشن (calamine lotion) جس میں لڈ ایسی ٹیٹ (lead acetate) ملا ہوا ہو، اور لائیکوار کاربونس ڈیٹرجنس (liquor carbonis detergens) کے استعمال پر مشتمل ہے جن سے خارش رفع ہو جاتی ہے۔

غیر معلوم اسباب سے پیدا شدہ مداریتی امراض

1109

اینم (Ainum) - یہ پاؤں کی انگلیوں کا ایک مرض ہے جس کا میز خا ایک حلقہ نما تضیق ہے جس سے انجام کار ماؤف سلامیہ کا ذاتی بتر واقع ہوتا ہے۔ یہ مرض افریقہ کے مغربی ساحل پر وہاں کے دیسی باشندوں اور ہندوؤں میں برازیل، برطانوی گائنا، جزائر غرب الهند، ریاستہائے متحدہ امریکہ جنوبی اور ہندوستان میں پایا جاتا ہے۔ اس کا سبب ابھی تک معلوم نہیں ہوا۔

امراضیات - لیفی بافت کا حلقہ عموماً پاؤں کی چھنگلی پر پایا جاتا ہے۔ برادمہ دبازت یافتہ ہوتا ہے، شحمی بافت میں زیادتی پائی جاتی ہے اور نیچے کی

ہڈی میں تلطیف واقع ہوجاتی ہے اور یہ جذب ہوجاتی ہے۔
علامات ۔ سریری لحاظ سے پاؤں کی چھنگلی کے قاعدہ پر اس کی اندرونی اور انخمصی جانب پر ایک میزاب (groove) یا نجوہ (furrow) پیدا ہوجاتا ہے جو بتدریج گہرا ہوتا جاتا ہے اور ورم کے متصل چھنگلی کے گرد پھیل جاتا ہے۔ ابتدائی مدارج میں بھی درد بہت کم پایا جاتا ہے اور بعض اوقات دونوں پاؤں ماؤف ہوتے ہیں کبھی کبھی چوتھی انگلی متاثر ہوجاتی ہے لیکن باقی انگلیاں شاذ ونادر ہی ماؤف پائی جاتی ہیں۔ لیفی بافت کا بند بعض اوقات اس قدر تنگ ہوجاتا ہے کہ انگلی ایک پتلے سے ساقچہ ہی سے لٹکی ہوتی ہے۔ یہ یا تو خود ہی گرجاتی ہے یا مریض اسے الگ کردیتا ہے۔
انذار ۔ مرض ایک سال سے لیکر دس سال تک جاری رہ سکتا ہے لیکن زندگی کو ہرگز کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔
علاج ۔ ابتدائی مدارج میں مضیق بند میں سے انتصابی شگاف مناسب ہوتا ہے اور بعد میں جراحی بتر کردیا جاتا ہے۔

ایڑی کی کلائی (Big Heel) (عظم العقب کی مقامی الحدوث بیش پرورش - (Endemic hypertrophy of the os calcis: عظم العقب

کی ایک عجیب وغریب بیش پرورشی حالت ہے جو افریقہ کے مغربی ساحل اور فارموسا کے دیسی باشندوں میں دیکھنے میں آتی ہے۔ ممکن ہے کہ بلحاظ بحث اسباب اس کا کوئی تعلق یانز (yaws) سے ہو۔
علامات ۔ ابتدا میں تپ عارض ہوجاتی ہے اور ایڑی میں درد اور الیمیت پائی جاتی ہے۔ یہ صورت حالات پہلے چار یا پانچ ہفتہ تک بہت شدید ہوجاتی ہے اور اس کے بعد اس میں بتدریج تخفیف ہوجاتی ہے۔ عظم العقب میں یک جانبی یا دوجانبی ورم پایا جاتا ہے۔ اگر یہ مرض مزمن ہوجائے تو ہڈی میں مستقل دبازت پیدا ہوجاتی ہے۔
علاج ۔ اگر کلائی بہت زیادہ ہو اور اس سے چلنے میں تکلیف ہوتی ہو تو بیش پرورشی ہڈی کا استیصال کردینا چاہئے۔

اونیالے (Onyalai) (کپولا :Chipola)۔ اونیالے ایک مجہول السبب مرض ہے جو وسطی افریقہ کے دیسی باشندوں میں پایا جاتا ہے۔ اس کا ممیز خاصہ آبلے ہیں جو خون سے پُر ہوتے ہیں اور منہ میں اور دوسرے اغشیہ مخاطیہ پر نکلتے ہیں۔ ان کے پھٹنے پر ان سے شدید نزف واقع ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ ہر عمر اور ہر صنف کے افراد متاثر ہو سکتے ہیں لیکن نوجوان مرد خاص طور پر اثر پذیر ہیں۔ یہ مرض پرتگالی مغربی افریقہ، بلجیمی کانگو، شمالی روڈیشیا اور مشرقی افریقہ میں پایا جاتا ہے۔ مینس (Mense) کی یہ رائے ہے کہ یہ یوفوربی اسے سیئی (Euphorbiaciæ) کی مسمومیت سے پیدا ہوتا ہے۔ گلکس (Gilkes) (84) اسے حیاتینی قلت تصور کرتا ہے۔

امراضیات۔ جلد، زیر لمفی بافتوں، غذائی خطہ، مصلی تا چوں، پس باریطونی بافت، حوضِ گردہ اور مثانہ سے نزف واقع ہو سکتا ہے۔ رخساروں کی اندرونی جانب پر اور لبوں اور حنک پر کئی ایک نافین بیضوی یا مدور آبلے پائے جاتے ہیں جن کا قطر تقریباً ۱ سنٹی میٹر ہوتا ہے۔

علامات۔ اس مرض کی ابتدا درد سر، سینہ کے مبہم درد اور تپش کے متوسط ارتفاع سے ہوتی ہے، اور بعد میں ناک اور منہ سے خون بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ زبان میں درد ہوتا ہے اور یہ متورم ہو جاتی ہے، اور بعض اوقات دونوں تکفی غدد متورم ہو جاتے ہیں۔ منہ میں جو آبلے پیدا ہوتے ہیں وہ بڑھ کر مٹر کے چھوٹے سے دانے کے برابر ہو جاتے ہیں اور بعد میں پھٹ جاتے ہیں اور ایک خام سطح باقی رہ جاتی ہے جس میں سے متوقف نزف واقع ہوتا ہے۔ سانس بدبو دار ہو جاتی ہے، اور مریض خون کے نقصان سے بہت جلد عدیم الدم اور غافل ہو جاتا ہے، اور شدید اصابات میں وہ اتنا کمزور ہو جاتا ہے کہ خود کچھ نہیں کھا سکتا۔ شدید اصابات میں جریانِ خون معدہ و معا، معائے مستقیم یا مثانہ سے واقع ہو سکتا ہے اور اجابتوں اور پیشاب میں خون پایا جاتا ہے۔ سرخ خلیات کی تعداد شدید اصابات میں کم ہو کر فی مکعب ملی میٹر ۵,۰۰۰,۰۰۰ سے ۱,۰۰۰,۰۰۰ تک ہو جاتی ہے، اور ہیموگلوبین میں بھی متناظر تخفیف ہو جاتی ہے۔ خفیف سی

قلتِ خلیات ابیض موجود ہوتی ہے، جس کے ساتھ اضافی لمف خلویت ۳۰ تا ۴۰ فیصدی تک ہوتی ہے۔ پیشاب میں سرخ دموی جسیمات اور سپائک پائے جاتے ہیں۔

1110

تشخیص - اس عارضہ کو وائپر کی گزیدگی، نزفی پرپورا (purpura haemorrhagica) پرپورائے ہینک (Henoch's purpura) اور یوفوربی ایسی ائی (Euphorbiaciæ) کی مسمومیت سے تمیز کرنا ضروری ہے۔ جوڑوں کے درد خیز اورام موجود نہیں ہوتے اور مسوڑے اسفنجی نہیں ہوتے، اس لئے اس عارضہ کو سکروی (scurvy) سے خلط ملط نہیں کیا جاسکتا۔

انذار - شرح اموات ۲۵ سے لیکر ۵۰ فیصدی تک ہے۔ جن اصابات میں تپش ۱۰۳° تا ۱۰۴° ف ہوتی ہے وہ ان اصابات کی نسبت جن میں تپش زیر طبعی رہتی ہے اکثر بہتر ثابت ہوتے ہیں نکسات قلیل الوقوع نہیں۔

علاج - مریض کو بستر میں لٹا دیا جاتا ہے اور اسے ایسی غذا دیجاتی ہے جس میں حیاتین بافراط موجود ہوں، اور اس میں تازہ دودھ، مار مائیٹ، رنگترے کا رس، پھل اور سبز ترکاریاں شامل کردی جاتی ہیں۔ عدم دمویت کا علاج نقلِ خون، لوہے اور سم الفار سے کیا جاتا ہے۔ گلکس (Gilkes) کا یہ بیان ہے کہ کیلیسیم لیکٹیٹ مفید ثابت ہوتا ہے۔

کیوفا (Chiufa) - یہ ایک مجہول السبب حاد التہاب مستقیم (acute proctitis) ہے جو مبرز سے شروع ہوتا ہے اور معائے مستقیم کو ماؤف کردیتا ہے۔ التہاب سے بعض اوقات تمام قولون نزولی عوجۂ طحالی (splenic flexure) تک متاثر ہوجاتا ہے۔ یہ مرض شمالی روڈیشیا کے دیسی باشندوں کو خاص کر گرمی اور برسات کے موسم میں عارض ہوتا ہے، گو یہ سال کے تمام حصوں میں پایا جاتا ہے۔

علامات - کیوفا کی ابتدا فوری ہوتی ہے اور اس کا مرحاد ہوتا ہے اور یہ مرض چند ہی دن میں مہلک ثابت ہوتا ہے۔ گلکس (Gilkes) کے بیان کے مطابق (85) مبرز کے گرد ایک سفید سفوف نما حالت پیدا ہوجاتی ہے اور

عورتوں میں فرج اور رحبل بھی ماؤف پائی جاتی ہیں - یہ سفوف نما منظر چند دن کے بعد غائب ہوجاتا ہے اور مریض شدت سے بیمار ہوجاتا ہے - تپش بلند ہوجاتی ہے' کمر اور گردن میں درد ہوتا ہے' پسینے کثرت آتے ہیں اور ضعف پیدا ہوجاتا ہے - اب مبرز کے گرد کی جلد متصلب اور سرخ دکھائی دیتی ہے' عضلۂ عاصرہ ڈھیلا ہوجاتا ہے' قنالِ مبرز متسع اور کشادہ لب ہوجاتی ہے اور مریض ضربانی درد کی شکایت کرتا ہے - مرض کے اس درجہ میں قبض عموماً موجود ہوتا ہے - جب التہاب اوپر کی طرف چلا جاتا ہے تو اسہال اور تے شروع ہوجاتی ہے' اجابتیں مخاط نما اور آبی ہوجاتی ہیں' سانس بدبودار ہوجاتی ہے' اور مریض کھانے پینے سے انکار کردیتا ہے - وزن بہت جلد کم ہوجاتا ہے' پیشاب غیر اختیاری طور پر خارج ہوجاتا ہے اور مریض بہت جلد ہلاک ہوجاتا ہے -

تشخیص - یہ عارضہ جنوبی امریکہ کے وبائی گنگرینی التہابِ مستقیم (epidemic gangrenous rectitis) سے اس لحاظ سے مختلف ہے کہ اس میں گنگرین نہیں پائی جاتی' اور جن کو اس مرض کے متعلق تجربہ نہ ہو وہ اسے صرف مستقیمی داء الفلیقہ (rectal schistosomiasis) سے خلط ملط کرسکتے ہیں -

علاج - کوئی خاص علاج ابھی تک معلوم نہیں ہوا اور اس عارضہ کا ابھی تک مناسب مطالعہ بھی نہیں کیا گیا - دیسی باشندے معائے مستقیم میں ایک سفوف لگاتے ہیں جس میں ٹینک ایسڈ ہوتا ہے اور وہ اسے بید کی شاخ کی نلی کے ذریعہ سے پھونک مار کر داخل کردیتے ہیں -

کیپا (Chappa) - یہ جوڑوں کا ایک عجیب قسم کا مرض ہے جس میں تحت جلدی بافتوں میں کریچے پائے جاتے ہیں جو شکستہ ہوکر متقرح ہوجاتے ہیں - یہ مرض جنوبی نائیجیریا کے دیسی باشندوں میں پایا جاتا ہے' اور تحت جلدی بافتوں میں بعض اوقات کبوتر کے انڈے کے برابر کریچے پیدا ہوجاتے ہیں - جوڑ تباہ ہوجاتے ہیں اور ہڈیوں پر بھی حملہ ہوجاتا ہے -

علامات - ابتدائے مرض میں جوارح' عضلات اور جوڑوں میں شدید درد ہوتا ہے' اور بعد میں کریچے پیدا ہوجاتے ہیں جو بڑے ہوکر شکستہ ہوجاتے ہیں

اور اس طرح قروح پیدا ہو جاتے ہیں جو کئی سالوں تک مندمل نہیں ہوتے۔
تشخیص۔ کربچوں کو خارذنبیتی کربچوں (onchocerca nodules).
سے اور قروح کو مدارینی قرحہ اور یاز کے قروح سے تمیز کرنا ضروری ہے۔
علاج۔ جراحی علاج یہ ہے کہ قروح کو چھیل کر ان کا دافع عفونت تکمیہ کیا جائے۔ سالورسین، مرکری اور آیوڈائیڈس کا استعمال کیا جا چکا ہے لیکن ان سے زیادہ مفید نتائج حاصل نہیں ہوئے۔ انذار ہمیشہ اچھا نہیں ہوتا۔

سِوار پا (Mossy foot) - یہ پاؤں اور ٹانگوں کا ایک سرایتی جلدی سلعی عارضہ ہے جو وادی ایمیزان کے باشندوں میں پایا جاتا ہے۔ مسبب عامل کا یقینی علم نہیں، لیکن بعض ارباب سند اس کو ایک فطر فیالوفورا ویروکوسا (Phialophora verrucosa) سے منسوب کرتے ہیں، اور بعض اسے جلدی تدرن کی ایک قسم تصور کرتے ہیں۔ اس مرض کا ذکر برازیل، ہنڈراس کوسٹاریکا اور گاٹی مالا میں کیا جا چکا ہے۔ یہ مرض ساری ہے اور ایک حصہ سے دوسرے حصہ تک ذاتی تطعیم سے پھیل جاتا ہے۔
اعراضیات۔ عرقی بافت سے مرکب ارکی سلعی (granulomatous) ثولولی تودے پاؤں اور ٹانگوں پر پائے جاتے ہیں۔ زرد کھرنڈ بھی بعض اوقات موجود ہوتے ہیں لیکن جوف پیدا نہیں ہوتے۔
علامات۔ یہ مرض پاؤں کی پشت پر ایک آبلہ کی شکل میں شروع ہوتا ہے، اور یہ اوپر کی طرف کو پھیلتا ہے حتیٰ کہ تمام سطح اور ٹانگ کی جلد پر بھی عرقی ثولولی ضربات پیدا ہو جاتے ہیں جن میں بہت درد ہوتا ہے۔ پاؤں کا تلوا ماؤف نہیں ہوتا۔ بعض اوقات اس مرض کا حملہ ان اشخاص پر ہوتا ہے جو فیل پا کے مریض ہوں۔ مرض کے مکمل طور پر نمو پانے سے پہلے بعض اوقات کئی سال گزر جاتے ہیں۔
تشخیص۔ اس مرض کو بروقی کربچوں (verruga nodules)، مدورا پا اور ثلاثی یاز کے قروح سے تمیز کرنا چاہئے۔
علاج۔ علاج یہ ہے کہ کئی سے استیصال کر دیا جائے۔ بعض مثالوں میں

1111

لاشعاعوں سے علاج کرنے میں کامیابی ہوئی ہے۔

متقرح اریکی سلعہ

(ULCERATING GRANULOMA)

زہراوی اریکی سلعہ (Granuloma venereum)'
اُربی اریکی سلعہ (Granuloma inguinale)' خارجی اعضائے
تناسل کا متقرح اریکی سلعہ (Ulcerating Granuloma'
of the Pudenda) اعضائے تناسل کا دبیب تقرح
(Serpiginous Ulceration of the Genitals)

یہ ایک زہراوی مرض ہے جو مدارین کے بہت سے حصوں میں پایا جاتا ہے اور ہر دو صنف میں اعضائے تناسل، عجان اور بن ران کے مزمن مترقی تقرح سے ممیز ہے۔

بحث اسباب - یہ مرض اول اول برطانوی گائنا اور جزائر غرب الہند میں دیکھا گیا تھا، لیکن اب یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ پورٹوریکو، برازیل شمالی اور وسطی افریقہ، ہندوستان، چین، جزائر بحرالکاہل اور شمالی اور وسطی آسٹریلیا میں بھی پایا جاتا ہے۔ سن بلوغ کے بعد یہ دونوں اصناف کو عارض ہوتا ہے، اور دیسی نسلیں اور یورپین دونوں اس سے متاثر ہوتے ہیں۔ کئی ایک مختلف مسبب عوامل کا ذکر کیا گیا ہے جن میں پیچ موئے (spirochætes)، ایک کیسہ بند عضویہ — اریکی سلعی کیسہ بند خورد جرثومہ (Microbacterium capsulatum granulomæ) - جو معصلی خلیات میں موجود ہوتا ہے اور جس کے متعلق فلو (Flu) نے یہ بیان کیا ہے کہ یہ فرئیڈ لینڈر کے گروہ سے تعلق رکھتا ہے اور ایک بیضوی عصیہ شامل ہیں۔ موخرالذکر کا ذکر ڈونووان (Donovan) اور دوسروں نے کیا ہے اور یہ ان حلمی خلیات میں ملتا ہے جو تقرح پر کی کھرچنوں میں پائے جاتے ہیں۔ ان عضویوں میں سے شاید کوئی بھی مسبب اہمیت نہیں رکھتا۔ یہ مرض یقیناً زہراوی ہے اور اس کا اکتساب دوران مجامعت میں ہوتا ہے۔

امراضیات ۔ امراضیاتی نقطۂ نظر سے یہ مرض سرایتی اریکی سلعات کا مجانس ہے ۔ خوردبینی تراش میں ایسی عروقی بافت کا انکشاف ہوتا ہے جس میں گول اور مصلی خلیات بکثرت موجود ہوتے ہیں اور دروں خلوی عصبیات کے گچھے پائے جاتے ہیں ۔ پرانے رقبہ جات میں لیفیت پیدا ہوجاتی ہے اور فعال تقرح محیط کی جانب پھیلتا جاتا ہے اور اس سے عروق لمف متاثر نہیں ہوتے ۔

علامات ۔ اس مرض کی ابتدا قضیب یا شفرتین پر ایک آبلہ یا چھوٹے بثرہ کی شکل میں ہوتی ہے ۔ اوپر کے سرحلہ میں تقشر واقع ہوجاتا ہے اور اریکی بافت منکشف ہوجاتی ہے جس سے بآسانی خون بہنا شروع ہوجاتا ہے اور یہ جلد ہی بالائی کی طرح کی اور بدبودار پیپ سے پوشیدہ ہوجاتی ہے ۔ جب حشفہ ماؤف ہوتا ہے تو ایک متفطر بالیدہ پیدا ہوجاتی ہے جو سرطلی سلعہ کے مشابہ ہوتی ہے ۔ تقرحی عمل کی توسیع بلا واسطہ تسلسل سے نہائے ران اور رانوں تک ہوجاتی ہے ' اور عورتوں میں مہبل ' عجان اور گرد مبرزی جلد بھی ماؤف ہوجاتی ہے اور مستقیمی مہبلی ناسور پیدا ہوجاتا ہے ۔ جلدی ضررات میں پرانے رقبہ جات میں اندماب (cicatrisation) واقع ہوتا جاتا ہے اور تقرح بتدریج محیط کی جانب بڑھتا جاتا ہے ' لیکن اغشیۂ مخاطیہ میں جن میں انتشار مرض بہت سرعت سے ہوتا ہے اندمال ہرگز واقع نہیں ہوتا ۔ چہرہ ' گردن اور منہ کا اسی قسم کا تقرح بھی بیان کیا جاچکا ہے ۔ نمایاں سریری خصائص حسب ذیل ہیں ۔ تقرحی عمل مزمن قسم کا ہوتا ہے ' مرض میں اندماب جلد کی طرف رجحان پایا جاتا ہے ' لمفی ابتلا نہیں پایا جاتا ' درد اور تکلیف خفیف سی ہوتی ہے ' اور عمومی صحت کی حالت اطمینان بخش ہوتی ہے ۔ پیچیدگیوں میں مبالی تضیق ' عفونتی التہاب مثانہ ' التہاب حوض گردہ اور مثانی مہبلی ناسورات شامل ہیں ۔

تشخیص ۔ بعض اوقات آتشک اور تدرنی تقرح کا شبہ ہوتا ہے ' اور کبھی کبھی یہ عارضہ ذئبۂ عام (lupus vulgaris) کے مشابہ دکھائی دیتا ہے ۔ اگر حشفۂ قضیب ماؤف ہو تو متفطر سرطلی سلعہ (fungating epithelioma) کی تشخیص کردی جاتی ہے حتیٰ کہ حیوی معاینہ (biopsy) سے ایک مختلف امراضیاتی

کا انکشاف ہوتا ہے۔

انذار۔ اس مرض کا عمر قدرتاً بہت مزمن ہے اور یہ کئی سال تک اور اکثر عمر بھر جاری رہتا ہے۔ جب اغشیہ مخاطیہ ماؤف ہوتے ہیں تو مرض کی ترقی زیادہ سریع ہوتی ہے۔ جدید علاج سے انذار بہت بہتر ہوگیا ہے۔

تحریز۔ یہ سرایت زدہ اشخاص کے ساتھ صنفی تعلقات قائم کرنے سے احتراز کرنے پر مشتمل ہے۔

1112

علاج۔ ابتدائی درجہ میں جب کہ تقرح سطحی ہو منقرح رقبہ کے جراحی استیصال سے شفا ہو جاتی ہے' اور اس کی انجام دہی برقی تکوا (electric cautery) سے قابل ترجیح ہے۔ جب تقرح زیادہ گہرا چلا گیا ہو تو جراحی مداخلت ناقابل عمل ہوتی ہے اور اس حالت میں ٹارٹار ایمیٹک کے درون وریدی انشراب سے مشدد علاج کی ضرورت ہوتی ہے جیسا کہ داء الفلقیہ (schistosomiasis) میں کیا جاتا ہے۔ عموماً ۲ گرام کی کل مقدار درکار ہوتی ہے' لیکن دشوار علاج اصابات میں اس سے دگنی مقدار کے استعمال کرنے کی بھی ضرورت پیش آتی ہے۔ غیر نوعی پروٹین سے علاج کرنے سے بھی بعض اوقات اندمال کو تحریک پہنچتی ہے اور جن اصابات میں اصلاح کی رفتار سست ہو ان میں اس کی آزمائش کی جاسکتی ہے۔ اس علاج کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ٹی۔ اے۔ بی ویکسین (T. A. B. vaccine) درون وریدی راستہ سے دی جائے۔ ابتدا ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر سے کی جائے اور چھ انشراب کے ایک سلسلہ میں جو تین یا چار دن کے وقفہ سے دئے جائیں اس عدد کو بتدریج ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر تک بڑھا دیا جائے۔

حوالہ جات

REFERENCES

1 C. Singer .. 1928 *A Short History of Medicine*, Clarendon Press, Oxford, p. 282.

2 S. M. Burrows, R. J. Matthews, and C. Wilcocks .. 1935 *Studies of Tuberculosis among African Natives*, John Bale, Sons & Danielsson Ltd., pp. 1—87.

3 C. J. Martin .. 1930 *Lancet*, ii., pp. 561, 617 and 673.

4 W. W. Hall and E. G. Wakefield .. 1927 *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 89, p. 179.

5 F. Marsh .. 1933 *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.*, 27, p. 255.

6 D. H. K. Lee .. 1935 *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.*, 29, p. 7.

7 L. A. P. Anderson, A. Howard and J. L. Simonsen. .. 1925 *Indian Journ. Med. Res.*, 12, p. 613.

8 H. H. Scott .. 1915 *Reports on Vomiting Sickness*, Jamaica Government Printing Office, Kingston, p. 22.

9 L. Wills .. 1933 *Lancet*, i., p. 1283.

10 N. H. Fairley .. 1930 *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.*, 24, p. 131.

11 N. H. Fairley .. 1932 *Ibid.*, 25, p. 297.

12 F. W. Harvey and A. G. McKendrick .. 1923 *The Practice of Medicine in the Tropics* (W. Byam and R. G. Archibald), 3, p. 2197.

13 R. Remlinger .. 1919 *Annales de l'Institut Pasteur*, 24, p. 28.

14 M. Theiler .. 1930 *Ann. Trop. Med. and Parasit.*, 24, p. 249.

15 W. A. Sawyer and W. Lloyd .. 1931 *J. Exper. Med.*, 54, p. 533.

16 L. Rogers and J. W. D. Megaw 1935 *Tropical Medicine*, J. & A. Churchill Ltd., 2nd Ed., p. 167.

17 R. Daubney, J. R. Hudson and P. C. Garnham .. 1931 *J. Path. & Bact.*, 34, p. 543.

18 H. S. Stamms .. 1933 *A Sixth Venereal Disease*, Bailliere, Tindall & Cox, London, p. 119.

19 L. Rogers and J. W. D. Megaw 1935 *Tropical Medicine*, J. & A. Churchill Ltd., 2nd Ed., p. 182.

20 E. Weil and A. Felix. 1917 *Wien. klin. Woch.*, 30, p. 1509.

21 L. Rogers and J. W. D. Megaw. 1935 *Tropical Medicine*, J. & A. Churchill Ltd., 2nd Ed., p. 197.

22 C. J. Martin and F. E. Williams .. 1918 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 447.

23 J. Cunningham .. 1918 *Indian Journ. Med. Res.*, 6, p. 68.

1113 24 R. Koch .. 1886 *Recent Essays by Various Authors on Bacteria in relation to Disease, New Sydenham Soc.*, 1935, p. 327.

25 L. Rogers and J. W. D. Megaw .. 1935 *Tropical Medicine*, J. & A. Churchill Ltd., 2nd Ed., p. 271.

26 G. A. Hansen .. 1874 *Norsk. Mag. f. Laegevidensk.*

27	L. Rogers and J. W. D. Megaw. ..	1935	*Tropical Medicine*, J. & A. Churchill Ltd., 2nd Ed., p. 314.
28	A. Whitmore ..	1913	*Journ. Hyg.*, 13, p. 1.
29	A. T. Stanton and W. Fletcher ..	1921	*Trans. 4th Cong. Far East Assoc. Trop. Med.*, 2, p. 196.
30	A. T. Stanton and W. Fletcher ..	1932	*Melioidosis*, John Bale & Sons, London, p. 36.
31	W. G. Liston ..	1924	*Brit. Med. Journ.*, i., pp. 950, 997.
32	A. W. Bacot and C. J. Martin ..	1914	*Journ. of Hyg.*, Plague Supplement, 3, p. 423.
33	F. P. Mackie and B. P. B. Naidu ..	1931	*Lancet*, ii., p. 893.
34	Sir D. Bruce ..	1887	*Prac.*, 39, p. 161.
35	B. Bang ..	1897	*Z. f. Thier*, 1, p. 241.
36	P. W. Bassett-Smith.	1922	*Brit. Med Journ.*, ii., p. 902.
37	G. W. McCoy ..	1911	*Pub. Health Bull.*, No. 43, p. 53.
38	G. W. McCoy and C. V. Chapin ..	1912	*Jorn. Inf. Dis.*, 10, p. 61.
39	J. C. G. Ledingham and F. K. Fraser..	1924	*Brit. Med. Journ.*, i., pp. 950, 957.
40	Lee Foshay .	1935	*Journ. of Allergy*, 6, p. 360.
41	Lee Foshay ..	1934	*Amer. Jour. Med. Sc.*, 187, p. 235.
42	H. Noguchi and T. S. Battistini. ..	1926	*Journ Exper. Med.*, 43, p. 851.
43	E. Rixford ..	1894	*Med. Times*, 8, p. 704.
44	A. Castellani ..	1905	*Journ. Ceylon Branch Brit. Med. Assoc.*, 2, p. 38.
45	F. P. Mackie ..	1907	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1706.
46	P. H. Ross and A. D. Milne ..	1904	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1453.

47	W. Schuffner	.. 1934	*Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.* **28**, p. 7.
48	G. Buchanan	.. 1927	*Special Report Series No.* 113, ***Med. Research Council***, p. 1.
49	N. H. Fairley	.. 1934	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 10.
50	H. C. Brown and L. J. Davis ..	1927	*Brit. Journ. Exp. Path.*, 8, p. 397.
51	K. Fataki, *et alia*	.. 1916	*Journ. Exper. Med.*, 1, p. 447.
52	C. M. Wenyon	.. 1926	*Protozoology*, Bailliere, Tindall & Cox, 2, p. 945.
53	N. H. Fairley and R. J. Bromfield ..	1934	*Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.*, 28, p. 156.
54	G. R. Ross	.. 1932	*Researches in Blackwater Fever in Southern Rhodesia*, London School of Tropical Medicine and Hygiene, p. 223.
55	C. M. Wenyon	.. 1926	*Protozoology*, Bailliere, Tindall & Cox, London, 1, p. 399.
56	H. Noguchi	.. 1924	*Proc. Internat. Conf. on Health Problems in Trop. Amer.*, Boston, Mass., p. 455.
57	H. A. Penna	.. 1934	*Brasil-Medico*, No. 46, p. 949.
58	L. E. Napier	.. 1927	*Kala-azar*, Oxford Medical Press, 2nd Ed. p. 91.
59	L. Rogers	.. 1912	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 1424.
60	L. Rogers	.. 1921	*Bowel Diseases of the Tropics*, Henry Frowde, Hodder & Stoughton London, p. 302.

61 T. P. Kilner .. 1931 *Proc. Roy. Soc. Med.* 25, p. 242.

62 A. C. Fischer .. 1934 *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.*, 28, p. 277.

63 E. Brumpt .. 1927 *Precis de Parasitologie,* Masson et Cie, Paris, p. 530.

1114

64 W. P. MacArthur .. 1934 *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.*, 27, p. 348.

65 F. Deve .. 1913 *Compt. Rend. Soc. de Biol.*, 75, p. 100.

66 K. D. Fairley .. 1923 *Med. Journ. Austral.*, 2, p. 37.

67 N. H. Fairley .. 1922 *Quart. Journ. Med.* 15, p. 244.

68 H. R. Dew .. 1928 *Hydatid Disease: Austral. Med. Pub. Co.*, 1st Ed., pp. 153, 184, 230, 338.

69 C. D. de Langen .. 1928 *Meded. Dienst. d. Volkesgezondheit* in Nederl. Indie, 17, p. 1.

70 J. W. S. Macfie and J. F. Corson .. 1922 *Ann. Trop. Med. Parasit.*, 16, p. 465.

71 S. L. Brug .. 1927 *Geneesk. Tidjschr. Nederl-Indie,* 5, p. 750.

72 A. H. McIndoe .. 1935 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 28, p. 45.

73 N. H. Fairley .. 1931 *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.*, 24, p. 635.

74 J. Laigret .. 1929 *Bull. Soc. Path. Exotique,* 22, p. 499.

75 R. P. Strong, *et alia* .. 1934 *Onchocerciasis,* Cambridge Howard Medical Press, p. 63.

76 N. H. Fairley and G. W. Liston .. 1924 *Indian Journ. Med. Res.*, 12, p. 351.

77 E. C. Faust .. 1929 *Human Helminthology*, Lea & Febiger, Philadelphia, p. 326.

78 E. C. Faust .. 1929 *Ibid.*, p. 369.

79 C. A. Kofoid and J. P. Tucker .. 1921 *Amer. Journ. Hyg.*, 1. p. 79.

80 P. D. Lamson and C. B. Ward .. 1932 *Journ. Parasitol.*, 18, p. 173.

81 G. C. Low and G. R. M. Cordiner .. 1935 *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.*, 28, p. 535.

82 A. E. Boycott .. 1928 *Univ. Coll. Hosp. Mag.*, 13, p. 200.

83 E. C. Smith .. 1932 *An Atlas of Skin Diseases in the Tropics*, John Bale, Sons & Danielsson Ltd., London, p. 44.

84 H. A. Gilkes .. 1935 *Trans. Roy. Soc. Trop Med. & Hyg.*, 27, p. 491.

85 H. A. Gilkes .. 1935 *Ibid.*, p. 495.

صحت نامہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح	صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱۰	۹	براعظم یورپ پر	براعظم یورپ میں	۳۱۶	۵	پر	یسا
۹۳	۷	ہیں	(ہیں)	۳۱۸	۵	رفاقی	رقاقی
۱۲۸	۲۰	تشبیہ	کشبیہ	۳۲۸	۱۵	اسکی	ہلکی
۱۴۳	۱	سرفاقات	سماقاقات	۳۳۰	۱	ذہنی	دہنی
۱۴۳	۹،۵	رفاقہ	رقاقہ	۳۳۶	۵	صفر	صغیر
۱۵۵	۳	فیصلہ	نصیلہ	۳۴۰	۳	محول	محول
۱۹۲	۱۳	تعاقوں	تماقوں	۳۴۴	۴	ویسا رسن	ویسا رسن
۲۰۶	۴	سشرنی	سشرہی	۳۶۸	۲	اخضاء	اخصاد
۲۴۳	۱۴	پہلے	پہلی	۳۹۹	۱۶	نخزیوانات	نخزحیوانات
۲۵۸	۱۵	براعظم یورپ پہ	براعظم یورپ میں	۳۹۹	۲۰	نخزیوانی	نخزحیوانی
۲۶۸	۱۷	ایکواڈوسسٹلا	ایکواڈوسسٹ	۴۰۱	۱۹	ً	ء
۲۸۰	۱۰	رفاقی	رقاقی	۴۱۵	۱۰	سبب کا منبع	جزو کا ماخذ
۲۸۰	۱۲	رفاقہ	رقاقہ	۴۲۳	۲۵	پیدا	محمول
۳۰۳	۹	شعبی	شعری	۴۲۹	۱۸	نخزیوانی	نخزحیوانی

صفحہ	سطر	غلط	صحیح	صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۴۴۱	۸	شدید	مشدد	۵۴۹	۱۵	یک	ایک
۴۴۲	۹-۸	مغربی امریکہ	مغربی افریقہ	۵۶۴	۱	اٹھ کر —	اٹھ کر بیٹھنے
۴۴۱	۲۲	قلیباٹوسی	قلیباٹوسس	۵۶۹	۱	رونما ہوتا ہے	رونما ہوسکتا ہے
۴۴۱	۲۴	برغش	قلیباٹوسس جیسے شیانی	۵۷۰	۱۲	قاعدی	باسلیقی
۴۴۹	۶	تپ	بخار	"	۲۳	سفید دمویت	قلت خلیات ابیض
۴۵۲	۱۴	معد	مع	۵۸۰	۲۲	— مرکزی	(۳) دماغی جذر — مرکزی
				۵۸۰	۲۵	اور اگر	بشرطیکہ
۴۸۸	۶	جاتی ہے	جاتی تھی	۵۸۱	۱	جائے تو بھی ...... ہے	جائے ۔
۵۰۹	۵	گنی چک	گنی چگ	۵۸۹	۱۹	قلت	کثرت
۵۱۲	۲۰	وسیطرہ	وسیطیہ	۵۹۹	۱۷	cholangtitis	cholangitis
۵۱۶	۲۲	(Piun:	(Pian:	۶۰۶	۳	وڈانی ستوما	زڈانی ستوما
۵۱۹	۱۲	زلابی	زلالی	۶۱۴	۷	تغفش الدم	تغفش الدم
۵۲۱	۲۵	یار	یاز	۶۲۲	۴	contaortus	contortus
۵۲۶	۱۰	جوڑوں	جوؤں	۶۴۴	۷	مستمی	مستمر
۵۴۱	۹	میلیری ای	میلیریای	۶۶۹	۱۴	عنفی	عنقی

—:o:—

اشاریہ

عمل طب

جلد چہارم